Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 08. - Paris: Masson, 1908.
Cote : 90152, 1908, n° 08

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1908x08

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

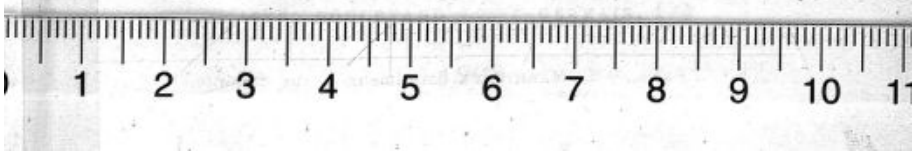
JOURNAL

DE

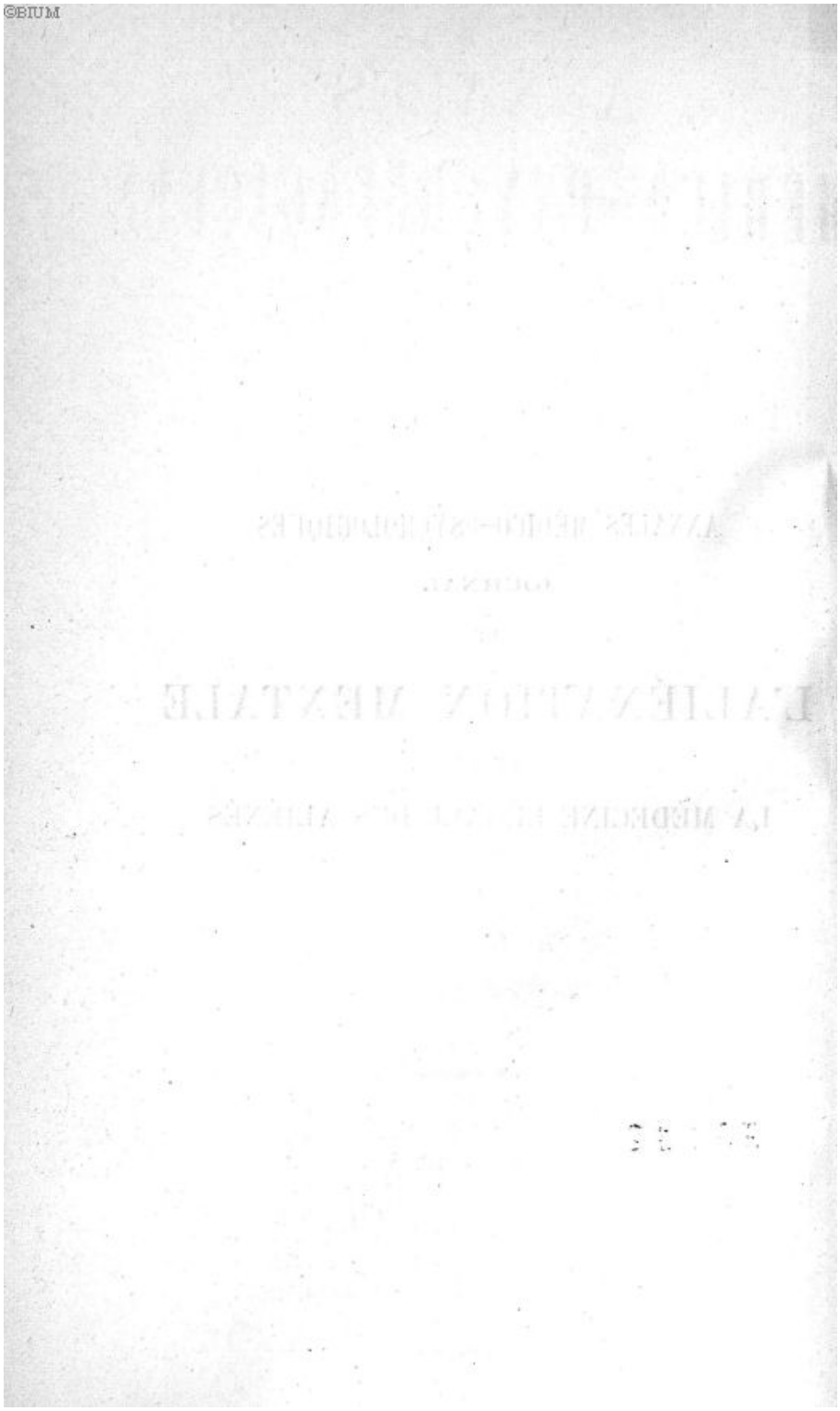
L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton

FACULTÉ DE MÉDECINE BIBLIOTHÈQUE

NEUVIÈME SÉRIE — TOME HUITIÈME

SOIXANTE-SIXIÈME ANNÉE

90152

PARIS

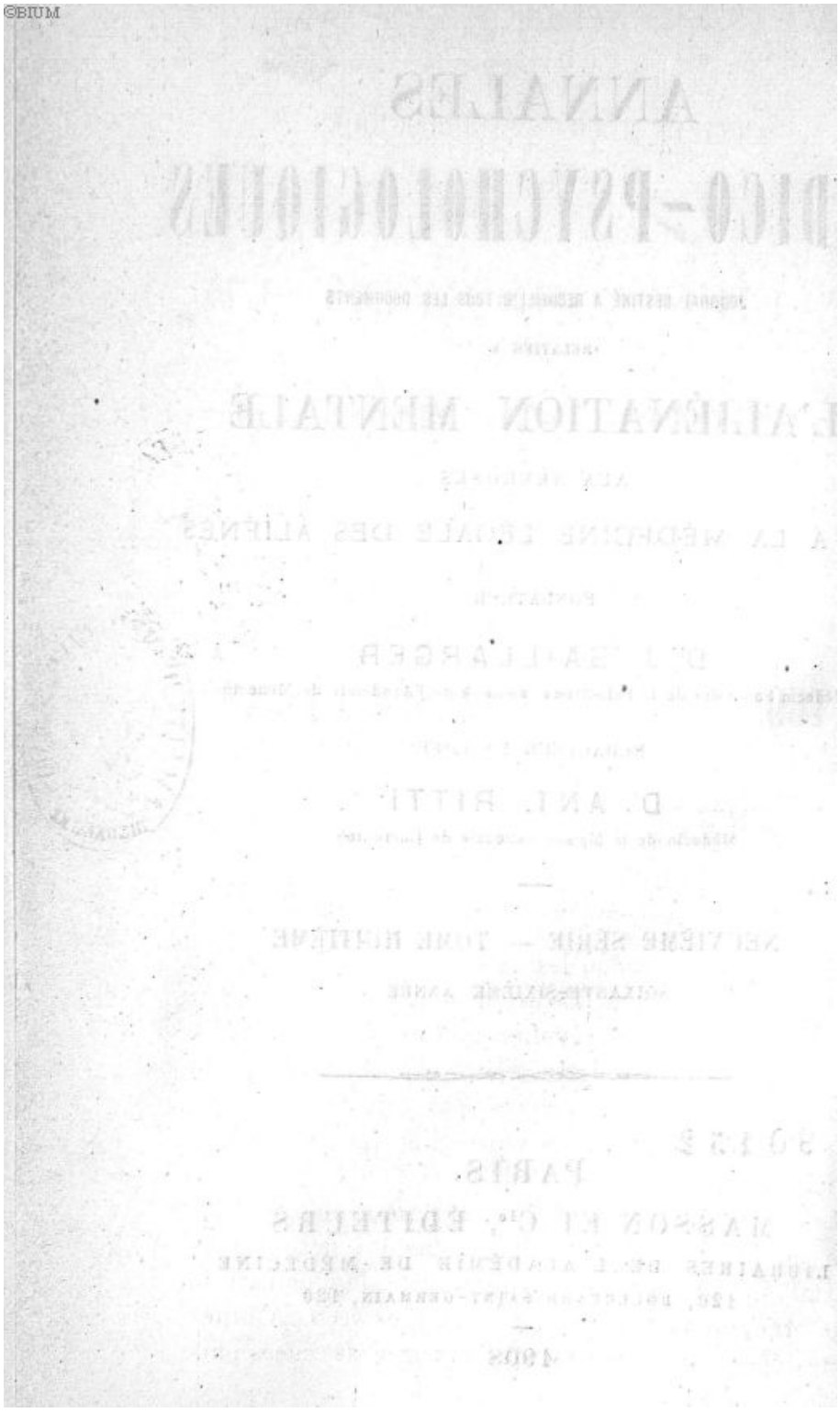
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1908

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Psychologie morbide

—

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE SUR L'ISLAM

Par le Dr BOIGEY

Médecin-major au 3e régiment de zouaves.

I. — Le type psychologique de l'Islam.

Les peuples, comme les espèces vivantes, sont en perpétuel changement. Ils évoluent sans relâche, tantôt par un développement régulier, tantôt par bonds hardis dans la sphère du progrès. Cette évolution est rapide dans les nations gouvernées par l'Idée ; elle est momentanément suspendue dans celles que guide l'Instinct.

Les Occidentaux ont évolué constamment dans l'orbite de la civilisation. Ce sont eux qui ont le plus travaillé, le plus produit, le plus lutté, le plus bâti, le plus orné, le plus perfectionné, le plus vécu. A différentes époques, ils ont marqué l'apogée des idées phi-

©BIUM

losophiques et de l'activité productive de leur temps.

On peut déterminer leur type psychologique en disant qu'il est « actif ».

D'autres populations, au premier rang desquelles se placent les populations islamiques, n'ont, au contraire, jamais produit aucun travail extraordinaire, bâti aucune capitale, construit aucune flotte, étudié à fond aucune science, embelli d'une manière durable aucun endroit de la terre. Tandis que l'état social des Occidentaux est l'aboutissant d'un immense travail de l'idée philosophique, l'Islam résulte d'un ensemble d'instincts arrêtés dans leur expansion naturelle par l'œuvre d'un imposteur génial qui est Mahomet. C'est le système cérébral d'un seul homme : Mahomet, et l'enseignement d'un seul livre : le Koran, imposés à des populations préparées à les recevoir par la violence et par la guerre sainte.

On détermine le type psychologique de l'Islam en disant qu'il est « inactif ».

II. — Qu'est-ce qu'un Musulman?

Une silhouette médiocre du Prophète.

C'est un homme incapable de naviguer, mais qui sait se servir de marins non musulmans. « Celui qui s'embarque deux fois sur la mer est infidèle », dit dans le Koran le chamelier de la Mecque.

C'est un homme incapable de devenir un musicien de mérite. Mahomet détestait la musique.

C'est un homme qui ignore la mécanique, les arts, l'astronomie, les mathématiques, car Mahomet les ignorait.

C'est un homme qui confie aux chrétiens l'administration de ses finances et aux instructeurs européens l'organisation de ses armées.

C'est un homme qui est resté tel qu'il fut à son début.

©BIUM

Il a les mêmes passions, les mêmes manies, les mêmes vices, les mêmes extravagances, les mêmes ardeurs, les mêmes impulsions, le même horizon intellectuel que ceux de ses coreligionnaires qui furent contemporains de Mahomet.

C'est un homme qui ne peut subsister que dans des régions exceptionnellement fertiles et chaudes où le travail manuel, indispensable pour assurer la subsistance des hommes, soit réduit à un minimum. Le Musulman ne saurait exister en Norvège. Les Latins et les Anglo-Saxons peuvent, au contraire, exister partout : ils sont « débordants ».

Un jour viendra où les races endormies, saisies par la tourmente des idées, deviendront à leur tour « débordantes » et, comme elles auront une énorme réserve d'énergie, elles finiront par dominer le monde. Nous assistons pour le moment à la victoire de l'Idée sur l'Instinct. Cet état témoigne de la réalité d'une lutte entre les espèces humaines.

III. — Les états nerveux des Musulmans.

L'œuvre de Mahomet se résume en un dogmatisme intense et maladif qui repousse violemment tout ce qui lui est étranger. Le dogme de l'Islam devait se développer avec la rapidité d'une épidémie contagieuse. Ses progrès s'expliquent moins par la théologie que par la pathologie mentale. L'influence des aliénés sur les masses n'est point contestée. Les épidémies de folie religieuse, de « religion hystérique », de « démonolâtrie », qui ont sévi à certaines époques, sont là pour l'attester. C'est en quelque sorte une véritable folie épidémique que les hordes koraniques ont propagée, les armes à la main.

Les premiers disciples du prophète furent des dégé-

©BIUM

nérés et leurs doctrines, mises en pratique, ont provoqué de véritables lésions mentales chez ceux qui les ont suivies. En d'autres termes, Mahomet a implanté dans le cerveau des Croyants un véritable *état névropathique*.

Les manifestations de cet état sont les suivantes :

1° L'existence dans le territoire intellectuel de tout Musulman de véritables « points morts » où certaines impressions ne s'enregistrent jamais. Il en résulte une inégalité frappante des facultés, partant un défaut d'aptitude pour les sciences, pour les arts, pour l'administration.

2° L'obsession ou, si l'on préfère, la folie des mots. Ces mots sont : Allah, illah ! et d'autres encore contenus dans les prières et les invocations à la Divinité. Il faut avoir vu à la mosquée les Musulmans prononcer comme des hallucinés pendant des heures et cent fois par minute ces deux mots : Allah, illah ! en balançant leurs têtes comme des bouées flottantes ondulant sur une invisible mer, pour se faire une idée de ce genre de folie. Au bout d'une heure de cet exercice, les plus sages sont devenus des délirants extatiques. Ces fidèles ignorent l'inspiration religieuse telle que la conçoivent les Latins, et ce qu'ils éprouvent n'a rien de comparable à l'émotion mystique ressentie par nos moines quand ils méditent.

3° Le délire de tristesse. Vous ne verrez guère la bonne humeur ni la jovialité se manifester dans un milieu islamique, tant le Koran a extirpé du cœur de l'homme tout sentiment de joie et de gaieté. Le Mahométan ne rit pas souvent. Replié sur lui-même, ses colères sont longtemps concentrées et masquées par des réticences ; elles éclatent au dehors en une poussée irrésistible durant une période d'excitation de courte durée.

4° La perversion de l'instinct sexuel qui marche de pair, chez le Musulman, avec la perversion des sentiments et l'aberration du sens moral. Le Musulman

©BIUM

aime les jeunes enfants et il est frénétiquement pédéraste et masturbateur. Il est à peu près incapable de se dévouer à quelqu'un avec désintéressement, de soigner convenablement un malade, de porter secours à autrui. L'Islam qui s'enorgueillit de saints dont la générosité fut, dit-on, proverbiale, n'a engendré ni un Vincent de Paul, ni un abbé de l'Épée, ni un homme soucieux du bonheur du peuple comme le furent les révolutionnaires de 1789.

5° Les hallucinations visuelles ou auditives qui font éclore dans les cerveaux des résolutions soudaines que rien ne faisait prévoir (crime, attentat, etc.). Ce sont elles qui se trouvent souvent à l'origine d'un soulèvement ou d'un massacre. Les marabouts sont, plus que les autres, sujets à ces hallucinations.

Une de ces folies peut prédominer. Dans ce cas, le sujet est un aliéné et ses coreligionnaires l'enveloppent dans une atmosphère de sainteté. Il devient derviche hurleur ou tourneur, marabout, abou ou madhi. Il est vénéré comme un saint, il incarne une métamorphose de Mahomet. Les femmes recherchent sa possession comme celle d'un fétiche et récitent, au moment de l'embrassement, un verset lubrique du Koran. Quand il mourra, simple paralytique général qui eût été, en Europe, catalogué dans les statistiques des asiles d'aliénés, on lui élèvera une koubba et sa sépulture deviendra un lieu de pèlerinage. Au demeurant, il n'aura produit, durant toute sa vie, en dehors de ses ablutions, aucun travail utile, ni fait aucun bien à l'humanité.

En résumé, l'état mental de la majorité des Croyants est un mélange de folies à doses variées, de délires enchevêtrés, masqués par une apparence de raison. Quant aux habitués de mosquées, ce sont des fous violents en état de somnolence. Ils ne sortent du lieu saint que pour s'endormir, et ils ne se réveillent que pour y

©BIUM

retourner. Si quelque interruption survient, ils sont grognons, amers et injurieux ; ils entremêlent les imprécations aux prières et allient sans vergogne les brutalités abjectes aux satisfactions les plus sensuelles. Ne prenant plus d'exercice, ils vivent de rien et trouvent sans peine de quoi se sustenter.

IV. — La paralysie cérébrale musulmane.

L'Islam, considéré dans son ensemble, doit être comparé à une sorte de foyer cérébral ou de centre nerveux. Tous les Mahométans sont rattachés les uns aux autres par un invisible fil. Le Koran agit sur eux comme un soleil qui, par l'incommensurable éclat de sa lumière, annule et supprime toutes les raisons individuelles. Il en résulte qu'ils n'ont pas de personnalité et qu'ils sont perpétuellement en état de suggestion. Ils n'ont ni opinions, ni goûts individuels ; ils ne créent ni ne conservent ; ce qu'ils comprennent et ce qu'ils font leur est dicté par le Koran.

Le Musulman est donc un homme qui ne porte pas en lui sa raison d'être. Il vit, il existe sans beaucoup réagir, sans beaucoup protester. Il ne peut adopter une autre manière d'être que celle du résigné. En un mot, c'est l'Islam qui le fait mouvoir, agir et parler, qui lui inspire ses idées, ses désirs, qui le pousse au combat ou au massacre, qui lui dicte le langage à tenir, l'acte à accomplir, la passion à satisfaire, le plaisir à prendre.

Que la main d'un opérateur habile, étranger à l'Islam, sectionne les fils émanés de l'organe central et les Musulmans ainsi isolés deviennent absolument *paralysés*. Cette paralysie est totale, absolue. Tous les ressorts qui les font agir sont brisés. Ils regardent sans voir, ils écoutent sans entendre, ils souffrent sans se plaindre, ils vivent et sont comme des morts. C'est un fait d'obser-

©BIUM

vation courante que les prisonniers que firent nos troupes en pays musulman, un instant détachés de la masse islamique et isolés d'elle, devenaient entre nos mains de véritables épaves. Ils étaient accablés par une véritable perturbation cérébrale et résignés. C'est cette prostration, cet accablement que les voyageurs et les poètes ont confondu avec la Fatalité.

Il se dégage de ces considérations des applications pratiques. Pour réduire les Musulmans, il faut les isoler du reste de l'Islam. Un exemple récent, celui des Beni-Snassen, le prouve surabondamment. Ces tribus marocaines étaient soulevées contre nous. L'enveloppement complet par nos troupes de la région qu'ils habitent détermina chez les chefs du mouvement la paralysie dont je parlais tout à l'heure. Les agitateurs et leurs fidèles se sentirent subitement isolés du reste de l'Islam. Le fil invisible qui les reliait au centre vital et les dirigeait fut rompu. Ils comprirent que leur perte était imminente.

Ils ne pouvaient fuir; ils n'y songèrent d'ailleurs point, incapables qu'ils étaient de s'expatrier, étant des sédentaires comme tous les montagnards et ne possédant pas le matériel ni les moyens de transport des nomades. Ils étaient étroitement enfermés dans leurs montagnes, ils se sentaient irrémédiablement perdus parce qu'une main diabolique les avait séparés de l'Islam.

Le même principe trouve une autre application dans le mode de combattre les armées musulmanes. Elles doivent être attaquées suivant une tactique appropriée aux lacunes cérébrales des soldats et des chefs. C'est ainsi qu'il convient de toujours les assaillir de plusieurs côtés à la fois, jamais de front. Quelle que soit leur supériorité numérique, attaquées de cette manière, elles seront certainement défaites. Pendant le combat, les

©BIUM

Musulmans se distinguent par une prodigieuse promptitude d'action, par une habileté incroyable à saisir les occasions. Le soldat entre en scène isolément ou collectivement, suivant les circonstances, en s'abritant à merveille. Mais il ne sait ni se ralentir, ni éviter un obstacle ; à un certain moment il ne s'appartient plus. C'est alors que l'attaque simultanée en plusieurs points provoque la perturbation cérébrale qu'il faut rechercher à tout prix. En raison de l'état de dépendance où sont les Musulmans les uns par rapport aux autres, éprouvant tous au même moment la même commotion, la même impulsion, ils éprouvent également au même instant le trouble cérébral qui les paralyse tous quand ils se sentent « entourés », et menacés d'isolement.

On pourrait citer cent exemples qui prouvent que toutes les fois que les Musulmans s'éloignent de la zone géographique de l'Islam, la paralysie ou mieux la prostration névropathique se manifeste. Le fil qui les relie au foyer central et qui les dirige se rompt par l'éloignement et la distance. Cette défectuosité de l'esprit n'est pas l'effet de la nostalgie ; elle relève de la structure mentale koranique, c'est-à-dire de la pathologie. Elle s'explique par l'état de dépendance étroite dans lequel se trouvent tous les Musulmans les uns par rapport aux autres, l'ensemble constituant un vaste mécanisme impulsif, un immense appareil électrique dont toutes les parties sont solidaires.

V. — Le parasitisme de l'Islam.

L'Islam ne porte pas en lui la justification de son existence, parce qu'il est *destructeur*. Il ne crée ni ne produit, donc il ne pourrait subsister s'il ne vivait en parasite au détriment des groupements humains qui travaillent. Citerai-je, pour fortifier ce que j'avance,

©BIUM

l'exemple d'Omar, le conquérant de l'Egypte, le fondateur de la dynastie des Omniades, qui brûla la bibliothèque d'Alexandrie? Son lieutenant lui avait proposé d'épargner ces trésors émanés de l'âme antique. Il lui fit cette réponse digne d'un disciple de Mahomet : « Ou les livres dont tu me parles sont conformes au Koran et alors ils deviennent inutiles ; ou ils sont contraires au Koran et alors ils sont dangereux : donc il faut les brûler. »

On pourrait mettre cette idée du parasitisme islamique en opposition avec la renaissance de la civilisation orientale en Espagne, avec la résurrection des arts et des sciences sous les khalifes abassides. Cette manière de voir est en contradiction avec la vérité historique. Il faut bien que l'on sache que ce sont les Espagnols violemment musulmanisés, leurs artistes, leurs savants, leurs ingénieurs, leurs médecins, leurs architectes, leurs cultivateurs qui, pour avoir la vie sauve et gagner les bonnes grâces du vainqueur, lui offraient leur savoir et se laissaient exploiter par lui.

Tout le travail intellectuel des chrétiens d'Espagne tombait en pluie d'or entre les mains des Musulmans. Ce sont eux qui, devenus Musulmans, édifièrent des monuments comme ceux de l'Alhambra, embellirent Tolède, Grenade, Cordoue sous le règne des rois illettrés, sanguinaires ou voluptueux qui s'appelaient Habbous, Badis, Haroun-al-Raschid, Abdérame III, Almanzor. Il n'y eut là qu'un odieux système d'exploitation d'un peuple vaincu par son vainqueur. Averroès qui, converti à l'Islam, musulmanisa son nom en Ibn-Raschid, et Avicenne qui signa ses livres Abou-Sina, étaient bien des Espagnols et leurs découvertes en médecine ne sauraient être attribuées aux déséquilibrés de l'Islam, pas plus, d'ailleurs, que la découverte de l'alcool et de l'alambic. Quand les khalifes interdirent aux

©BIUM

Espagnols l'usage et la fabrication du vin (une des richesses de l'Espagne), ces derniers s'attachèrent à trouver un moyen de tourner cette prescription afin d'éviter la ruine. A force de recherches, ils parvinrent à inventer cet appareil de distillation auquel ils donnèrent le nom arabe de el ou al-ambic, afin d'exploiter quand même le produit de leurs vignes.

Pendant toute la durée de l'ère conquérante, les khalifes n'organisèrent jamais politiquement les peuples soumis et convertis. Ils ne conservèrent et n'entretinrent rien. Aussi, dès que le pillage devenait illusoire, dès que la population productive était détruite, ils se voyaient, eux et leurs armées, exposés à la famine et à la mort et obligés de se déplacer pour s'abattre sur une autre région non encore convertie ni pillée.

On a parlé à plusieurs reprises de la tolérance religieuse des Musulmans. Qu'on ne se méprenne pas : chaque fois que l'Islam a épargné des étrangers (Coptes, Egyptiens, Chrétiens d'aujourd'hui), ce fut pour subvenir à son propre entretien en les écrasant d'impôts.

Le programme politique de gouvernement que le sultan Osman accepta et que lui préparèrent les sophistes grecs de l'Empire d'Orient est continué par la Turquie actuelle sous le nom de système Osmanique ou Ottoman, de politique ottomane, de Porte Ottomane, etc... Il consiste à ne pas détruire ni islamiser systématiquement toute la population chrétienne et productive des contrées conquises, afin que le monde islamique, incapable de subvenir à sa propre existence puisse vivre aux dépens de celle-là. Si les Musulmans tolèrent d'autres religions que la leur, des églises, des temples, s'ils respectent les biens des laborieuses populations chrétiennes, c'est pour éviter la famine qui ne manquerait pas de fondre sur eux.

©BIUM

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

LA QUESTION DE LA RESPONSABILITÉ D'APRÈS LES DERNIÈRES PUBLICATIONS DE M. GRASSET ET DE M. MAIRET, PROFESSEURS A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Par le Dr A. GIRAUD

Directeur-médecin en chef honoraire
des asiles d'aliénés.

SOMMAIRE. — *La responsabilité des criminels*, par le professeur Grasset. — *Demi-fous et demi-responsables*, par le professeur Grasset. — *La Responsabilité, étude psycho-physiologique*, par le professeur Mairet. — *La Jalousie, étude psycho-physiologique, clinique et médico-légale*, par le professeur Mairet. — *Un cas de folie morale*, étude présentée à la Société de médecine légale de France, par M. le Dr Riche, médecin de Bicêtre.

Les *Annales* ont publié au mois de septembre dernier le compte rendu de la discussion du rapport de M. le professeur Gilbert Ballet au Congrès de Genève : *L'expertise médico-légale et la question de responsabilité*. M. Ballet, on le sait, a soutenu d'une manière très brillante que les questions de responsabilité, qu'il s'agisse de la responsabilité morale ou de la responsabilité sociale, sont d'ordre métaphysique ou juridique, non d'ordre médical. Cet avis partagé par la majorité des membres présents au Congrès avait été combattu très vivement par M. le professeur Grasset. Depuis le Congrès, M. Grasset a fait paraître un livre intitulé :

©BIUM

La responsabilité des criminels, et dans ce travail il reprend la question traitée à Genève dont la conclusion, pense-t-il, a été un mouvement de recul. « Membre « battu mais non convaincu, dit M. Grasset, de la mi- « norité du Congrès de Genève, je crois possible d'ar- « river à des conclusions moins rétrogrades, de ne pas « renier tous les progrès faits par la neurobiologie « depuis un siècle, de démontrer que ces progrès, loin « d'établir l'incompétence des médecins en matière de « responsabilité des criminels, arment au contraire de « plus en plus solidement les experts et leur permettent « de plus en plus de répondre scientifiquement aux « questions posées par les magistrats. »

La responsabilité des criminels fait suite au livre auquel M. Grasset a donné le titre de : *Demi-fous et demi-responsables*.

De son côté, le professeur Mairet a, successivement, publié deux ouvrages intitulés, l'un : *La Responsabilité, étude psycho-physiologique*; l'autre : *La Jalousie, étude psycho-physiologique, clinique et médico-légale*. L'intérêt qui s'attache aux travaux des deux professeurs de Montpellier explique que nous leur consacrions aujourd'hui cette revue de médecine légale.

M. Grasset présente au début de son livre une étude sur l'évolution historique de l'idée de responsabilité. Ce n'est pas sans résistance que l'usage s'est établi de consulter les médecins sur la responsabilité ou l'irresponsabilité des accusés. On disait en 1830 que le bon sens suffisait pour distinguer un fou d'un homme qui ne l'est pas; mais, dit M. Grasset, en fait les progrès de la neurobiologie ont perfectionné constamment les connaissances et l'outillage nécessaires à l'expert pour mener à bonne fin ses expertises, et, en dépit des exagérations fâcheuses dites de part et d'autre, on est arrivé à poser le principe que si le médecin est parfois

©BIUM

embarrassé, s'il commet parfois des erreurs de diagnostic et d'appréciation, c'est encore avec lui qu'on a le moins de chances d'erreur. Dans la science criminaliste contemporaine l'idée d'individualisation de la peine a conduit à l'admission des circonstances atténuantes et de la responsabilité atténuée.

C'était là un progrès; mais M. Grasset croit que le vœu du Congrès de Genève n'a pas été compris dans le public, qu'on l'a interprété dans ce sens qu'il n'y avait plus lieu à expertise médicale dans les affaires criminelles, et il cite à l'appui de cette manière de voir l'article du journal *Le Matin*, publié sous le titre sensationnel : « C'est la faillite de la justice scientifique. Les médecins avouent qu'ils ignorent si les criminels sont ou non responsables. »

M. Grasset me permettra de faire cette réflexion qu'il a peut-être un peu pris au tragique les articles de la presse extra-scientifique, au moment du Congrès de Genève. Les articles sensationnels durent parfois... ce que durent les roses : « L'espace d'un matin ». Pour ma part, je n'ai pas remarqué que mes confrères et moi nous fussions moins souvent commis par les magistrats pour examiner l'état mental des prévenus depuis le Congrès de Genève. Ne regrettons pas trop que M. Grasset n'ait pas pu faire prévaloir son opinion à Genève, parce que cela nous a valu un livre fort intéressant.

Après son exposé historique, M. Grasset présente ainsi la question :

« 1° Le sort des aliénés criminels paraît réglé, ou du « moins il le sera suffisamment quand la nouvelle loi, « votée par la Chambre, aura été adoptée par le Sénat. « Nous verrons qu'avec cette loi le principe de l'assis- « tance des aliénés est reconnu en même temps que les « droits de la défense de la société, et sauvegardé par « le traitement obligatoire.

©BIUM

« Mais pour les demi-fous rien n'est fait ni proposé. « Voici donc la première question qui se pose : la « société veut-elle ou non se désintéresser de ces « pauvres malades et, du jour où ils sont devenus nui- « sibles et dangereux, les assimiler complètement aux « criminels ordinaires, employer vis-à-vis d'eux les « mêmes moyens de protection et de défense, oublier, « quand il s'agit de ces malades psychiques, tous les « devoirs qu'elle se reconnaît vis-à-vis des autres « malades, tuberculeux ou accidentés du travail ?

« 2° Un autre point semble également acquis malgré « les attaques et les controverses ; c'est la tendance « sociale à l'individualisation de la peine dans la loi, « c'est la tendance de ne plus tenir compte exclusive- « ment du *crime* et à tenir compte aussi du *criminel* « dans chaque cas en particulier. Sans dire que ceci « est admis de tout le monde, on peut soutenir cette « manière de voir sans soulever trop d'objections et de « colères.

« Mais alors se pose une question qui est la seconde « à résoudre actuellement : si l'on admet qu'on doive « dans chaque cas se rendre compte et tenir compte de « la responsabilité du criminel, à qui incombe et faut-il « confier la mission d'étudier, d'analyser et de préciser « cette responsabilité ? Est-ce ou non au médecin ? »

M. Grasset soutient qu'il est impossible de conserver au mot responsabilité uniquement son sens philosophique ancien, et qu'il est nécessaire aujourd'hui de toujours accoler une épithète au mot responsabilité. Ainsi, la responsabilité morale est solidaire de l'idée qu'on se fait du libre arbitre. La responsabilité sociale, ou culpabilité, appartient à un autre ordre d'idées, et il ne suffit pas d'établir la matérialité d'un fait délictueux ou criminel pour que l'inculpé soit reconnu coupable, il faut tenir compte des circonstances du fait.

©BIUM

Ainsi, un individu qui tue pour se défendre ou pour venger son honneur ne sera pas jugé coupable au même degré que celui qui tue délibérément pour voler.

M. Grasset admet une troisième sorte de responsabilité qu'il appelle la responsabilité physiologique ou responsabilité au sens médical, qui exprime la normalité des neurones psychiques, et qui est indépendante de toutes les doctrines philosophiques ou religieuses. Les différents experts, dit M. Grasset, peuvent concevoir différemment le devoir moral et l'obligation morale devant la conscience ; ils ne peuvent pas envisager différemment le devoir social et l'obligation sociale devant la loi.

Poursuivant sa thèse, M. Grasset dit :

« La responsabilité physiologique ou médicale est « fonction des neurones psychiques. Est responsable « le sujet dont les neurones psychiques sont normaux.

« Le médecin est seul capable d'apprécier l'intégrité « ou la non-intégrité des centres nerveux et l'influence « de cet état du système nerveux sur l'acte matériel du « psychisme volitif ; il est donc seul capable d'apprécier la responsabilité (au sens médical) des criminels.

« Le médecin a ainsi un rôle absolument net et « séparé de celui du philosophe et de celui du magistrat. Il peut remplir ce rôle s'il a les connaissances « médicales suffisantes, quelles que soient ses opinions, « métaphysiques ou religieuses, notamment sur le libre « arbitre, l'existence de l'âme... »

Après avoir énoncé la tendance actuelle à individualiser, à ne pas tenir compte uniquement de la matérialité du fait et à examiner *le criminel*, M. Grasset arrive tout naturellement à l'étude de la responsabilité atténuée, à l'étude des individus qu'il appelle les demi-responsables. L'auteur ne se dissimule pas les difficultés de la question et cite les objections qui ont été

©BIUM

faites à la théorie de la responsabilité atténuée. Toutes les objections se résument en somme dans la théorie qu'on peut atténuer une peine, mais qu'on ne peut pas fractionner la responsabilité et que l'application de courtes peines à ceux dont on déclare la responsabilité atténuée amène à des résultats déplorables. M. Grasset répond qu'il faut distinguer la question médicale de la responsabilité atténuée, et la question sociale de la conduite légale à tenir vis-à-vis des demi-responsables ; que, la responsabilité étant fonction de la normalité des neurones psychiques, ces neurones peuvent, dans certains cas, être entièrement normaux, dans d'autres cas, tous profondément altérés, dans un troisième groupe de faits partiellement ou incomplètement altérés. C'est, d'ailleurs, dit M. Grasset, une loi générale ; dans la pathologie des divers appareils et de tous les organes, il y a des demi-malades entre les malades et les bien portants. Pour le cœur, les poumons ou l'intestin, il y a les délicats chez lesquels ces organes ne sont pas entiers et normaux dans la bataille contre l'agent pathogène, ne sont pas physiologiquement armés contre la maladie.

Dans son ardeur à défendre la responsabilité atténuée, M. Grasset classe comme des adversaires ceux qui pensent qu'on ne peut pas préciser l'atténuation de responsabilité comme on le ferait, si on avait un étalon, un phrénomètre, suivant l'expression de Falret, pour mesurer l'état mental. L'auteur de cette revue n'a jamais nié l'atténuation de responsabilité, et a, dans les *Annales* mêmes, consacré jadis deux revues à l'examen de cette question (1). J'ai dit qu'on ne devait pas chercher à mesurer l'atténuation. Mais n'est-ce pas un peu

(1) *Ann. méd. psych.*, mars 1886, p. 237; septembre 1886, p. 214.

©BIUM

l'avis de M. Grasset, lorsqu'il écrit, page 95 : « Il est « certain que l'atténuation de la responsabilité n'est « pas susceptible de mesure mathématique ; les magis- « trats ne peuvent pas demander à un expert une frac- « tion, comme ils la demandent pour l'incapacité pro- « fessionnelle après un accident du travail. Mais cette « impossibilité de doser mathématiquement l'incapacité « morale, l'infériorité psychique d'un sujet n'exclut « pas la réalité de la chose. »

Dans l'état actuel de la législation, l'atténuation de la responsabilité n'aboutit qu'à l'atténuation de la peine. Or, dit M. Grasset, la société doit se préoccuper de sa propre défense et en même temps de l'assistance et du traitement du demi-fou. On ne doit pas dire que le demi-fou est ou un coupable qu'il faut punir ou un malade qu'il faut enfermer : « Le fou n'est que malade, « le raisonnable n'est que coupable, le demi-fou est l'un « et l'autre ; on ne doit pas, pour lui, choisir entre la « prison et l'asile ; il lui faut l'un et l'autre. » En d'autres termes, M. Grasset voudrait que, pour cette dernière catégorie de délinquants, à la répression se joignît une surveillance médicale, et pour cela, il faudrait introduire dans le Code des dispositions nouvelles.

Le long exposé que j'ai fait de la doctrine de M. Grasset sur la responsabilité me permettra de parler brièvement du livre sur les *demi-fous* et *demi-responsables*, que je ne dois examiner ici qu'au point de vue de la médecine légale. M. Grasset montre les demi-fous dans la littérature et au théâtre ; donc, dit-il, ils existent. Il combat la doctrine qui sépare l'humanité en deux blocs, les gens raisonnables et les gens fous. Les organes psychiques sont multiples et complexes et peuvent être partiellement altérés. Il y a les mentaux et les psychiques. La folie lucide de Trélat est pour

©BIUM

M. Grasset la démonstration clinique de l'existence des demi-fous, et, dans la neuroclinique contemporaine, les déséquilibrés, dégénérés supérieurs, desharmoniques, originaux et excentriques, viennent compléter la démonstration.

La valeur sociale des demi-fous est très variable. Plusieurs ont été des hommes de génie, et fréquemment les supérieurs intellectuels ont des tares psychiques. M. Grasset ne partage pas l'avis de Lombroso, que le génie est une névrose; mais la névrose est plutôt la rançon du génie : c'est la plaie, la complication de la supériorité. Ce n'est pas la cause, c'est l'obstacle. M. Grasset résume son opinion sur ce point dans les deux conclusions suivantes :

« 1° Beaucoup de supérieurs intellectuels ont des « tares psychiques plus ou moins marquées; beaucoup « sont des psycho-névrosés. Donc, certains demi-fous « ont une haute valeur sociale; ce qui les distingue « absolument des fous.

« 2° La psycho-névrose et la supériorité intellectuelle, « quand elles coexistent chez le même sujet ne sont « pas pour cela solidaires et dépendantes l'une de « l'autre. La valeur sociale de certains demi-fous ne « supprime pas les devoirs et les droits de la société « vis-à-vis de ces malades, soit pour les soigner, soit « pour s'en préserver. ».

C'est qu'en effet on ne doit pas perdre de vue la nocivité des demi-fous. Si certains ont une haute valeur sociale et rendent des services à la société, d'autres sont des nuisibles et commettent des délits ou des crimes. Il y a une lacune dans notre organisation sociale. Il faudrait pouvoir faire la cure psychique de ces malades dans des établissements spéciaux, et ces établissements n'existent pas. On ne peut pas les soigner dans leur famille; les services d'hôpitaux ne peuvent

©BIUM

pas servir, et les asiles d'aliénés non plus. La prophylaxie individuelle, familiale et sociale de la demi-folie est possible, et pour cela il faut une surveillance médicale. Inutile de dire que la théorie du mariage remède est vivement combattue.

M. Grasset suit les demi-fous devant la justice ; il expose sur ce point sa doctrine que nous avons vue développée dans le livre sur la responsabilité, et voici les conclusions générales du livre :

« 1° Entre le bloc des raisonnables responsables et « le bloc des fous irresponsables, il y a le groupe des « demi-fous à responsabilité atténuée ;

« 2° Ces demi-fous s'imposent tous les jours à l'attention du grand public et à l'observation extra-médicale ; aussi ont-ils envahi le théâtre et la littérature « de tous les pays ;

« 3° Ces demi-fous ont des caractères cliniques précis « qui permettent de dire que leur existence est scientifiquement démontrée ;

« 4° Ces demi-fous peuvent avoir une haute valeur « sociale, comme en témoignent les nombreux supérieurs intellectuels qui ont présenté des stigmates de « demi-folie ;

« 5° Ces demi-fous peuvent aussi être et sont souvent « nuisibles à la Société, qui a le droit de se garantir « contre leurs méfaits, tout en les assistant et les « traitant ;

« 6° Seuls les médecins peuvent décider de la demi-« folie d'un sujet ;

« 7° Quand un demi-fou a commis un délit ou un « crime, on doit à la fois le punir et le traiter ;

« 8° Il est nécessaire et urgent que la question de « demi-folie figure en tête des additions à apporter à la « loi de 1838 réformée. »

M. Grasset avait fait précéder la publication de son

©BIUM

livre d'un article dans la *Revue des Deux Mondes*, et cet article a, dans les *Annales*, fait l'objet des critiques de Victor Parant (1). La principale critique était d'avoir compris sous la dénomination de demi-fous des cas très disparates. A cela, M. Grasset répond que son article était destiné au grand public et qu'il a essayé, dans son livre, de mieux préciser le domaine de la demi-folie. Il reconnaît que l'expression de demi-responsabilité est vague et ne vaut pas celle de responsabilité atténuée. Pour ma part, je n'aime pas le terme de demi-folie. C'est assurément une expression pittoresque, mais elle manque de précision ou, du moins, elle paraît trop précise pour bien répondre à la réalité des faits. Quand, dans nos congrès de médecins aliénistes et neurologistes, M. Grasset nous parle des demi-fous, nous savons très bien que la folie ne se découpe pas par moitié ou par tiers ; mais je crois, avec mon ami Parant, que l'expression de demi-fous est mauvaise quand on aborde devant le grand public la question des tares psychiques.

M. le professeur Mairet nous dit au début de son livre comment il a été amené à aborder l'étude de la responsabilité. Chargé assez souvent par les tribunaux d'examiner l'état mental d'un prévenu et de dire, suivant une formule courante, si cet homme est ou non responsable des actes qui lui sont reprochés, et, dans le cas où il serait responsable, si sa responsabilité est ou non entière, le problème de la responsabilité se posait.

« D'aucuns pensent, je le sais, dit M. Mairet, que la « solution de ce problème n'incombe pas au médecin, « du moins au médecin français. D'après eux, celui-ci « n'a qu'à établir un diagnostic, il n'a qu'à savoir si le « prévenu soumis à son examen est ou non atteint

(1) *Ann. méd. psych.*, 1906, p. 353.

©BIUM

« d'aliénation mentale ; si oui, il est irresponsable, cette « maladie entraînant, *ipso facto*, l'irresponsabilité ; « sinon, il est irresponsable. »

M. Mairet estime que le temps n'est plus où l'on pouvait diviser les hommes en deux groupes, au point de vue de la responsabilité : les responsables et les irresponsables. Il y a des individus dont le fonctionnement psychique se fait mal, soit par suite de quelques anomalies de développement, soit par suite de déchéance, soit pour quelque autre cause. Ces individus ne sont pas des aliénés, mais le fonctionnement de leur activité cérébrale est troublé, rendu anormal, et leur responsabilité est diminuée.

Tout en employant d'autres expressions que M. Grasset pour sa démonstration, M. Mairet soutient, lui aussi, que la question de la responsabilité est d'ordre biologique, en ce qui concerne ses manifestations, que la responsabilité apparaît « comme une véritable fonction à « laquelle concourent l'intelligence et la sensibilité et « qui fournit à l'homme des armes lui permettant de « lutter contre les moyens que déploie le mobile qui « l'entraîne à quelque acte délictueux ou criminel, et « d'arriver à une détermination et à un vouloir opposés « à ceux nés du mobile ».

L'étude des impulsifs fournit à M. Mairet des indications pour lui faire apparaître la responsabilité comme constituée par des éléments multiples ayant une double origine, intellectuelle et sentante. Il trouve :

L'appréciation de l'acte, c'est-à-dire la conscience de la valeur de cet acte ;

Un sentiment d'horreur de l'acte délictueux, qui ne peut venir que de la sensibilité morale ;

L'affection, la pitié, c'est-à-dire les sentiments tendres ;

L'intelligence montrant les conséquences de l'acte délictueux, le châtiment, le déshonneur ;

©BIUM

La peur des conséquences, c'est-à-dire la peur de la punition ;

Enfin, une détermination et un vouloir opposant une volonté à la volonté née du mobile.

Ces éléments sont les mêmes que ceux dont se sert l'homme normal pour lutter contre les mobiles qui l'entraînent.

Après avoir examiné les éléments constitutifs de la responsabilité, M. Mairet fait ce qu'il appelle l'étude psycho-physiologique des mobiles et étudie tout particulièrement la colère. Puis, après avoir examiné les mobiles et les moyens que l'homme normal peut leur opposer, il arrive à poser cette sorte d'axiome : L'homme est responsable. Laissant de côté alors les deux théories adverses du libre arbitre et du déterminisme, il reprend sa démonstration par l'étude d'une série de faits. Les observations d'impulsions lui paraissent devoir être divisées en deux grands groupes suivant que l'impulsion existe seule ou est associée à d'autres troubles psychiques, viciant plus ou moins profondément la raison et la conscience. C'est ainsi que M. Mairet cite des cas où l'impulsion existe avec confusion dans les idées, avec dépression mélancolique, anesthésie morale, idées hypochondriaques. La conscience est parfois dans un état crépusculaire, parfois complètement abolie. Dans les impulsions pures, l'impulsion peut être automatique ou bien être impulsion avec lutte. Dans ce cas, l'impulsif est susceptible de résister à son impulsion, mais trois conditions sont nécessaires pour cela. Il faut que l'impulsif ait un développement psychique complet ; il faut qu'il puisse remplir son devoir ; il faut qu'il le remplisse à temps.

Quant à l'homme normal, les moyens qu'il possède étant, dit M. Mairet, « assez puissants pour lui permettre « de résister au mobile qui l'entraîne, peu importe la

©BIUM

« force de ce mobile, cet homme est responsable ».

M. Mairet a abordé en terminant les conséquences médico-légales du problème de la responsabilité. « Placé, « dit-il, comme médecin-légiste en présence d'individus « suspectés d'être atteints dans leur liberté morale, je « suis invité par les magistrats à dire si ces individus « sont ou non responsables, et, dans le cas de l'affir- « mative, si leur responsabilité est complète ou incom- « plète.

« Pour répondre à ces questions, force m'est bien de « savoir en quoi consiste la responsabilité, ce qu'elle « représente scientifiquement et, dans l'espèce, quelles « sont les atteintes subies par elle du fait de la « maladie.

« Notre travail actuel a pour but unique l'étude de « la première partie de la proposition qui précède, « c'est-à-dire l'étude de la responsabilité envisagée au « point de vue physiologique. Il nous montre à ce « sujet la responsabilité constituer non pas une pure « entité métaphysique, mais une fonction étroitement « liée à l'activité de nos cellules cérébrales, faite d'in- « telligence et de sensibilité morale, et qui, comme « toute fonction, se traduit par des manifestations que « le médecin peut étudier comme il étudie les mani- « festations propres à n'importe quelle autre fonction « de l'économie. A l'encontre de ce qu'on pense géné- « ralement, l'étude de la responsabilité appartient donc « bien, sinon dans son essence, du moins dans son « expression, au physiologiste et par suite au médecin. »

La responsabilité envisagée dans les atteintes que peut lui faire subir la maladie relève de la seule clinique, et M. Mairet examine ces altérations, soit que la fonction responsabilité n'entre pas en activité, soit qu'elle n'y entre que partiellement, soit que les éléments intellectuels et sentants qui la constituent soient altérés, soit

©BIUM

qu'ils soient atteints dans une de leurs parties, dans l'intelligence ou dans la sensibilité morale. M. Mairet insiste tout particulièrement sur l'importance de l'étude de la sensibilité morale dans la notion de la responsabilité. Il n'admet pas l'innéité de la notion du bien et du mal. Cette notion est due à l'éducation, et il faut des années à l'homme pour atteindre son complet développement moral.

Le livre de M. Mairet est écrit dans un esprit tout différent que celui de M. Grasset, mais tous deux arrivent à la même conclusion, que l'étude de la responsabilité est d'ordre médical et ne doit pas être regardée comme une pure spéculation métaphysique.

M. Mairet a expliqué au début de son livre sur la jalousie, comment il a été amené à faire cette étude. Des observations de malades lui ont montré que le symptôme jalousie n'est pas rare en aliénation mentale, et qu'on peut le rencontrer dans des formes diverses de la folie. Ce symptôme a, suivant les cas, une valeur clinique différente. Parfois, c'est un simple épiphénomène, parfois il semble résumer la maladie. C'est alors ce que M. Mairet appelle la *jalousie pathologique*, *primitive*, *idiopathique*.

Ce travail est divisé en trois parties : la première intitulée étude psycho-physiologique ; la seconde, étude clinique ; la troisième, médecine légale. Nous insisterons plus particulièrement sur la troisième partie.

Pour M. Mairet, la jalousie amoureuse est née du doute. Elle est constituée par la peur de perdre un bien et par les effets de cette peur, qui sont l'inquiétude et les souffrances morales du jaloux dans son amour, dans sa quiétude, dans son amour-propre, dans son instinct de possession et de domination. La jalousie pathologique diffère de la jalousie physiologique en ce

©BIUM

que : 1° le doute amoureux ne s'introduit dans l'esprit de l'homme normal qu'à bon escient, tandis que chez le jaloux pathologique la jalousie s'éveille pour le motif le plus futile, parfois sans motif;

2° L'intensité de la réaction n'atteint pas chez l'homme normal le degré qu'elle atteint chez le jaloux pathologique;

3° La réactivité dans la jalousie physiologique dépend simplement de la cause incitatrice ; dans la jalousie pathologique, il y a généralement des périodes d'exacerbation et de rémission.

Dans son étude clinique de la jalousie idiopathique primitive, M. Mairet distingue trois groupes. Il forme le premier sous la dénomination d'hyperesthésie jalouse, le second est décrit sous le nom de monomanie jalouse, le troisième sous le nom de folie de la jalousie. Il peut y avoir soit persistance de la forme primitive observée, soit passage d'une forme à une autre ; ainsi l'hyperesthésie avec inquiétude peut devenir hyperesthésie avec angoisse, folie de la jalousie, et aboutir au délire de persécution.

M. Mairet cite des exemples où l'idée de la jalousie est la seule idée délirante constatée, et c'est ce qu'il appelle la monomanie jalouse. Nous ne sommes plus guère habitués aujourd'hui à voir des monomanies, mais je n'ai pas à ouvrir ici sur ce point une discussion avec M. Mairet. D'après le professeur de Montpellier, l'évolution de la maladie serait d'abord naissance d'un doute, puis confirmation du doute sur de fausses interprétations, investigations et parfois réactions dangereuses. L'évolution peut se continuer et le monomane jaloux peut devenir un persécuté persécuteur.

Dans la folie jalouse, M. Mairet distingue encore une forme affective et une forme psycho-sensorielle. La folie jalouse affective se traduirait par une agitation

©BIUM

inquiète, ou, au contraire, par de la dépression, par de la tristesse avec inquiétude et angoisse ; cette tristesse pourrait aller jusqu'à la désespérance et aux idées de suicide. Dans la folie jalouse psycho-sensorielle (dont M. Mairet ne connaît que deux observations qu'il cite), le délire n'est plus exclusivement psychique ; les organes des sens jouent un grand rôle ; le délire s'accompagne d'hallucinations et surtout d'hallucinations de l'ouïe très actives.

Au point de vue de la médecine légale, M. Mairet étudie successivement le jaloux pathologique au point de vue du droit criminel et au point de vue du droit civil.

Les observations cliniques montrent, d'après M. Mairet, que fréquemment le jaloux pathologique commet des actes délictueux ou criminels sous l'influence de sa passion. Ce sont des attentats contre les personnes. Le mécanisme psychique suivant lequel les actes criminels sont commis par le jaloux pathologique est celui qui est propre aux actes passionnels. L'acte n'est généralement pas prémédité, et, dans les cas rares où il l'est, la préméditation est de courte durée.

Quelle est la responsabilité du jaloux ? S'inspirant de sa théorie exposée précédemment sur la responsabilité, M. Mairet étudie le mobile et les moyens que le jaloux peut opposer, et il distingue des cas divers. Le mobile qui fait agir le jaloux est la colère ou la haine, et le besoin de vengeance est la conséquence de l'inquiétude, des souffrances morales endurées. La colère et la haine ne seraient pas pathologiques en elles-mêmes ; elles ne sont telles que par la cause qui les fait vibrer.

Dans l'hyperesthésie jalouse non délirante, M. Mairet distingue deux groupes, suivant que le besoin de vengeance atteint ou non l'impulsion.

Lorsque le besoin de vengeance n'atteint pas l'impul-

©BIUM

sion, M. Mairet estime que l'individu peut lutter, et sortir victorieux de la lutte, et, si l'hyperesthésié jaloux peut résister à ses sollicitations, il est responsable. Lorsqu'il y a impulsion, l'individu devient un véritable automate à la merci de son impulsion et il ne peut plus être question de responsabilité. Dans les cas où l'hyperesthésié est responsable, il faut reconnaître, dit M. Mairet, « étant donnée la puissance attractive de la « force intérieure, de la passion pathologique qui l'entraîne, qu'il a beaucoup plus de mérite à résister que « l'homme normal luttant contre une de ses passions. « S'il succombe, il y aura donc pour lui moins de « démérite que pour le dernier, et si les jurés ont de « la tendance à accorder des circonstances atténuantes « à celui-ci commettant un crime passionnel, combien, « à plus forte raison, cette tendance sera justifiée pour « l'hyperesthésié que nous étudions.

« Si nous résumons les enseignements de la clinique « en ce qui concerne la responsabilité dans l'hyperes- « thésie jalouse, nous voyons que dans tous les cas « l'hyperesthésie modifie la responsabilité.

« Elle crée l'irresponsabilité, lorsque cette force est « représentée par une impulsion automatique ; elle crée « une responsabilité atténuée dans tous les autres cas, « et, dans ces derniers cas, l'atténuation de la respon- « sabilité est plus ou moins marquée suivant le degré « de l'hyperesthésie jalouse.

« Voilà ce que montre la clinique. Or, à qui incombe « d'indiquer l'intensité de cette force, et, par suite, son « action plus ou moins grande sur la responsabilité, « sinon au médecin? A l'encontre de ce que pensent « certains, le problème de la responsabilité est donc « un problème dont la solution revient au médecin ; « il lui appartient d'ailleurs puisque, je l'ai montré, « il est d'ordre physiologique. »

©BIUM

Dans l'hyperesthésie jalouse avec délire, dans la forme affective comme dans la forme psycho-sensorielle, il ne peut pas y avoir doute, l'irresponsabilité est complète parce que, dit M. Mairet, les troubles psychiques « désorganisent, suppriment même la mise en activité « de la fonction responsabilité ».

L'atténuation de responsabilité de l'hyperesthésié jaloux ne s'applique qu'aux actes commis sous l'influence de l'idée de jalousie. M. Mairet estime que pour les actes délictueux n'ayant pas cette idée comme mobile, la responsabilité est entière, parce que tous les éléments biologiques de la responsabilité existent et vibrent normalement. Le jaloux, en dehors de son idée, est dans les conditions d'un homme normal.

Au point de vue civil, on rencontre l'interdiction, les testaments, le divorce. En ce qui concerne la folie jalouse, les conséquences légales sont les mêmes que pour la folie en général. Dans l'hyperesthésie et la monomanie jalouse, en dehors de l'idée fixe qui s'impose à eux, les individus « raisonnent comme tout le monde », dit M. Mairet, et alors leur capacité civile doit rester intacte. Seul pourrait être contesté et annulé un testament qui porterait l'empreinte du délire, par exemple si le jaloux déshéritait un de ses enfants sous prétexte que celui-ci est le fruit de l'adultère. Quant au divorce, il ne paraît pas pouvoir être prononcé, parce que la maladie ne peut pas être invoquée comme cause de maladie.

J'ai analysé un peu longuement ce livre sur la jalousie. Je crois que M. Mairet a décrit des entités morbides un peu factices, mais les applications médico-légales étaient le développement de la doctrine soutenue dans le livre sur la responsabilité. Il m'a paru intéressant de présenter cette doctrine à côté de celle soutenue par M. Grasset.

©BIUM

Je terminerai cette revue en mentionnant un travail de M. le Dr Riche, publié dans le dernier *Bulletin de la Société de médecine légale de France* sous le titre : « Un cas de folie morale (1) ». Le cas en lui-même est assez vulgaire. Il s'agit de la fille de cultivateurs propriétaires, placée pour son éducation dans un milieu social plus élevé que le sien, prenant des idées de grandeur, puis manifestant de la perversion de ses sentiments et de ses instincts. Arrêtée plusieurs fois sous l'inculpation d'escroquerie dans les fugues qu'elle fit, tantôt elle bénéficia d'une ordonnance de non-lieu après examen médical, tantôt, condamnée en première instance, elle fut acquittée en appel comme irresponsable. Elle avait été examinée en dernier lieu par M. Motet.

Voici quelle a été la conclusion de M. le Dr Riche :

« Inconsciente, par cela même irresponsable de ses « actions, Mlle E... doit donc être exonérée de toute « responsabilité pénale. Telle est la conclusion du « remarquable rapport du Dr Motet.

« Mais il faut cependant empêcher la malade de « nuire. Or, Mlle E... n'est point délirante et ne sera en « réalité pas à sa place dans un asile d'aliénés : c'est « cependant là qu'elle devra aller si sa famille se « déclare incapable de surveiller ses actions.

« Aussi, dans des cas de ce genre, assez fréquents en « dehors même de la médecine légale, est-il permis de « regretter l'absence d'établissements intermédiaires « entre l'asile d'aliénés et la prison.

« L'asile, nous l'avons dit, ne convient pas à ces « malades. Quelle que soit la sollicitude éclairée du « chef de service, il ne peut à son gré modifier le mi- « lieu, et c'est là en réalité un dur châtiment. La pri-

(1) *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 2e série, t. IV, p. 16.

©BIUM

« son, c'est l'abandon dans une promiscuité souvent « dissolvante où les tendances mauvaises se développent « plus qu'elles ne s'atténuent. Dans les établissements « d'assistance médicale que les meilleurs esprits récla- « ment, le travail obligatoire, qui serait au début une « peine, pourrait plus tard, dans bien des cas, par une « sorte de rééducation morale, donner à ces anormaux « un équilibre moins instable et les empêcher d'obéir « aux sollicitations pathologiques. »

Je m'excuse d'avoir, en terminant, fait cette longue citation du mémoire de M. Riche, mais les fous moraux sont bien de la même famille que les demi-fous de M. Grasset. Quand ils deviennent délinquants, ils ne sont à leur place ni à l'asile, ni à la prison. M. Grasset réclame pour eux la création d'établissements spéciaux, et j'ai voulu montrer comment la question était venue à la Société de médecine légale de France.

©BIUM

Législation.

NOTES

SUR LE

RÉGIME DES ALIÉNÉS

EN ANGLETERRE

Par le Dr G.-G. de CLÉRAMBAULT,

Médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt
près la Préfecture de police.

Suite (1).

Examinons plus en détail la filière suivie par le malade, interné d'urgence, dans une grande ville. — Supposons l'aliéné bruyant et violent, au sujet duquel les voisins demandent du secours. Il est prescrit aux agents de police de ne pénétrer dans la maison qu'à la dernière extrémité et sur réquisition instante, dans le but d'aider à maintenir le malade. L'agent de police n'a pas qualité pour emmener le malade. Il doit faire prévenir le chef de poste par une personne de bonne volonté ; le chef de poste se rend sur les lieux et fait prévenir l'officier d'assistance (Relieving Officer) qui appelle un médecin si possible et ordonne le transfert dans tel lieu qu'il juge convenable : le poste de police par exemple, ou le workhouse. Le transfert au work-

(1) Voir les *Annales* de mai-juin 1908.

©BIUM

house peut avoir lieu avec ou sans le concours des agents. — L'officier d'assistance informe ensuite le juge qui convoque un médecin de son choix (assez rarement un spécialiste). Ce médecin peut être le médecin résidant du workhouse. Celui-ci, parfois un homme éminent, mais accaparé par des fonctions multiples (médecine générale, chirurgie, etc.) et jamais spécialement versé en aliénation, procède à un examen superficiel, du moins au point de vue psychiatrique. Sur les registres qu'il nous a été donné de feuilleter, nous n'avons guère lu de diagnostics qu'un aliéniste eût pu signer ; généralement, nulle étiquette médicale n'était posée, le médecin se borne à rapporter quelque idée absurde du malade, sans chercher à figurer l'état morbide dont elle émane. Dans ces conditions, un malade devenu tranquille doit pouvoir être remis en liberté, sans surveillance et sans conseil, aux dépens de son propre intérêt et de la sécurité publique (par exemple un épileptique qui a fait un délire transitoire, un paralytique général au début, etc.).

Lorsqu'un individu amené au poste pour délit ou scandale grave paraît pouvoir être délirant, ou avoir besoin de soins physiques, un médecin est appelé, qui n'est pas aliéniste, et qui décide si le malade peut être maintenu au poste. Dans un des postes de police que nous avons visités, un médecin a ainsi visité devant nous une femme quelque peu agitée, qu'on avait placée en cellule. C'était certainement une maniaque, peut-être avec passé alcoolique, peut-être avec appoint alcoolique actuel ; l'hypothèse d'une paralysie générale au début devait être envisagée ; après un très court examen, notre confrère concluait à l'ivresse et la malade restait au poste. Si riches et si bien installés que soient les postes de police de Londres (et ils sont, sous ce rapport vraiment favorisés), ce retard apporté dans

©BIUM

son transfert était regrettable, et, si des poursuites judiciaires étaient pendantes, le caractère morbide des actes pouvait être définitivement méconnu. — Le diagnostic d'alcoolisme n'est d'ailleurs jamais suffisant ; la forme même d'une ivresse doit être déterminée. Mais pareil travail ne peut être fait que par des médecins spécialisés, et ces derniers ne pouvant se transporter dans chaque poste, c'est aux supposés aliénés de leur être amenés dans un local d'observation.

Lorsqu'un aliéné sur la voie publique se présente à un agent de police en tenant des propos délirants, ou lorsqu'il commet sous ses yeux des excentricités inoffensives, la tâche de l'agent doit se borner réglementairement à l'éconduire et à éviter un scandale. Nous avons lu et entendu les instructions données à ce sujet aux futurs policemen dans leur École (Candidates House, Regency street). « Si une personne vient se plaindre à vous en se disant électrisée, suivie, tracassée par les rayons X, répondez-lui aimablement, faites-la circuler gentiment ; vous n'avez pas le droit de l'arrêter, elle ne commet pas en ce moment d'acte spécifique par lequel la loi soit actuellement violée ». L'initiative de la police est, on le voit, restreinte à l'excès. A Paris, dans un cas semblable, l'agent met sa psychologie à se faire suivre de l'aliéné, ou semblant tel, jusqu'au poste, d'où il ne sort que pour être conduit à l'Infirmerie spéciale des aliénés du Dépôt où des aliénistes l'examinent. Dans le cas d'arrestation à domicile, le malade est encore amené directement par la police aux mêmes aliénistes.

Qu'on nous permette d'insister un instant sur les avantages de ce processus. Ils rentrent sous quatre chefs : concentration des malades, concentration des dossiers, intervention de la police seule, examen par des médecins spécialistes. — La concentration des ma-

©BIUM

lades dans un service unique permet des économies d'installation et de personnel considérables; elle assure aux malades les soins d'un personnel expérimenté; elle permet, théoriquement au moins, de les faire profiter d'aménagements mieux appropriés à leur état. — La concentration des dossiers permet de connaître si le malade a été déjà arrêté pour trouble mental, et quels résultats ont fourni les examens et les enquêtes. — La police restant saisie du malade, le transport au lieu d'examen est exécuté avec le minimum de retard, des enquêtes sont instituées sans retard, tant par le commissaire du quartier où le malade a été arrêté que par celui du quartier où il habite; souvent, sans que le malade ait été arrêté, existe déjà dans les bureaux un dossier relatif au soupçon d'aliénation auquel il a donné lieu (plaintes des voisins adressées à un commissaire, réclamations de l'aliéné aux autorités diverses, lettres de menaces de l'aliéné adressées à un particulier, etc.). En outre, des renseignements sont obtenus, par des formalités faciles, de l'autorité judiciaire : les sommiers renseignent sur le sens moral (qui est bien un élément d'appréciation psychiatrique) et permettent parfois de reconnaître dans le délirant un prévenu, un contumace, un évadé ; parfois l'anthropométrie intervient. — Enfin, le malade est examiné par des médecins toujours les mêmes, et familiers par conséquent non seulement avec l'aliénation en général, mais avec les formes spéciales d'états psychiques que ce genre de clinique leur amène — et sachant d'avance le dossier de bien des malades récidivants. — Grâce à ces diverses conditions, le malade a les meilleures chances d'être diagnostiqué, soigné, interné ou libéré dans le minimum de temps et avec le minimum d'erreur. Il est même possible de diagnostiquer non pas seulement des maladies, mais des constitutions morbides dont l'importance sociologique dépass

©BIUM

l'intérêt médical et qui seront dirigées plus tard, lorsque ces établissements seront créés, sur les colonies pour débiles, les asiles pour buveurs, les asiles de sûreté, etc. — Dans ce service guérissent en peu de jours, sans être envoyés à l'asile, des ivresses pathologiques, des délires oniriques, etc. ; en pratique, tout malade dont la guérison complète semble devoir exiger plus de six jours est dirigé sur un asile. Un séjour de quatorze jours, tel qu'il est pratiqué dans les workhouses, permettrait la guérison sur place de délires alcooliques subaigus, voire aigus, et de quelques autres formes encore.

Il existe à Glasgow une infirmerie exactement comparable (au point de vue clinique) à notre Infirmerie spéciale, et à qui ses statuts permettent de conserver ses malades pendant *soixante jours*. Passé ce terme, ils doivent être conduits dans un asile. Le chef actuel de cette infirmerie est M. le Dr J. Carlswell. — Des infirmeries analogues à la nôtre sont sur le point d'être fondées à Lille et à Lyon ; nous ignorons quels y doivent être, dans l'esprit des organisateurs, les temps de séjour.

Nous dirons maintenant quelques mots au sujet de quelques institutions spéciales à l'Angleterre.

A. *Workhouses*. — Les workhouses ont été institués en conformité avec la Loi sur les Pauvres (Poor Law). Chaque paroisse étant tenue de secourir ses pauvres, doit édifier un workhouse et participer avec d'autres paroisses aux frais d'un workhouse commun. Ce groupement de communes s'appelle une Union (il correspond en importance, généralement, à trois de nos cantons français, suivant Foville).

Le workhouse reçoit des individus des deux sexes, miséreux et sans travail. Classés par quartiers, ils travaillent dans des ateliers variés, à des besognes tantôt de production (chaussures, vêtements, matelas, etc.),

©BIUM

tantôt d'entretien (blanchissage, couture, etc.). Les plus humbles font, classiquement, des petits fagots de bois blanc fendu. Pour éviter les réclamations de l'industrie privée, les produits du travail des workhouses sont utilisés seulement dans des établissements publics (autres workhouses, hôpitaux, etc.). Il en est de même pour le travail des asiles du Metropolitan Asylums Board (compléments des workhouses) dont nous parlerons tout à l'heure. — Quelques-uns des ateliers que nous avons visités sont gigantesques et splendides. — Le régime de vie est sévère. Les membres d'une même famille, de sexes différents, vivent dans des sections séparées. — L'hospitalisé a le droit de demander, à tout moment, sa sortie. Certaines sanctions sont édictées dans le cas d'une succession abusive d'entrées et de sorties de la part d'un même individu.

En principe, un individu n'a le droit d'être admis que dans le workhouse de son domicile de secours (à Londres, celui de son quartier). En pratique, il n'en est pas forcément ainsi, et notamment tout aliéné doit être admis dans le workhouse le plus prochain du lieu où il est arrêté (sauf objections d'ordre matériel ou médical).

Le workhouse contient des salles de malades qui en font de véritables hôpitaux. Numériquement leur importance est considérable. Nous en avons entendu faire les critiques suivantes : les malades sont trop nombreux pour le médecin ; ils constituent une richesse clinique perdue pour la science et pour l'étude (les médecins des workhouses, débordés par la besogne journalière, n'enseignent pas et publient peu ; les étudiants n'entrent pas dans les workhouses) ; enfin les catégories de malades les plus diverses se trouvent être, par la force des choses, mélangés dans un même service : ce qui n'est pas évidemment favorable ni au traitement ni à l'étude. Le quartier spécial consacré aux aliénés dans

©BIUM

chaque workhouse est forcément très inférieur, sous tous rapports, aux services d'asiles proprement dits. Dans l'un, nous avons vu de hautes grilles et un espace insuffisant ; dans d'autres les cellules d'isolement donnaient sur le dortoir commun, de façon que le sommeil d'un grand nombre de malades peut être troublé par le tapage d'un seul ; l'aération de la même cellule était en outre insuffisant, etc. Ces défauts surprennent particulièrement en Angleterre, où les services d'asile proprement dit sont, chacun le sait, organisés avec tant de soins. Si nous les relevons, c'est pour ajouter qu'ils nous paraissent inséparables de la dissémination des aliénés dans des services aussi nombreux que peu importants, alors que leur concentration dans un établissement unique permettrait, à égalité de dépenses, une installation supérieure (nous parlons des malades aigus).

Nous avons noté dans certaines cellules capitonnées quelques détails dignes de mention. Le sol et les parois sont constitués par des surfaces de caoutchouc, lisses, légèrement bombées, et intérieurement soutenues par de la rognure de liège. Au bas des parois court une rigole, où la voussure du sol amène immédiatement tout liquide; une pente facilite le courant dans cette rigole; chaque fois que le malade a souillé le plancher, une chasse d'eau est organisée qui rend à la cellule toute sa propreté, sans offrir les inconvénients permanents de la plupart des dispositifs destinés aux évacuations. Généralement, dans ces cellules, le jour vient d'en haut. Un règlement imprimé prescrit aux infirmiers de n'entrer jamais qu'à deux dans les cellules, et d'y jeter un regard de surveillance au moins à chaque quart d'heure. On consigne sur un registre spécial, et avec détail, chaque cas où on a dû recourir à un procédé de contention. (Register of Mechanical Restreint). Il est tenu aussi un mémoire des particularités physiques présentées par les malades,

©BIUM

tant au départ qu'à l'arrivée ; les malformations et les cicatrices y sont consignées. Le registre principal a pour titre « Register of Lunatics, with records of examinations on admission and discharge ».

Les délirants aigus sont évacués sur les asiles de Comtés ou d'Unions. Ceux d'entre eux qui deviennent ultérieurement tranquilles et inoffensifs sont ramenés de ces asiles d'aliénés proprement dits aux workhouses. Dans les workhouses, le prix de revient de leur entretien est moins élevé (rappelons qu'il s'agit d'incurables seulement ; leurs cas exigent un minimum de surveillance et de maniement). Pour cette raison d'économie il y eut, d'après Foville, une époque où les communes préféraient garder leurs aliénés dans les workhouses ; puis, quand on institua que l'Etat paierait une part de l'entretien des aliénés internés dans les asiles proprement dits, il s'est trouvé que la part afférente aux communes, dans le total des frais d'entretien d'un aliéné dans un asile, devenait moindre que le total des frais d'entretien du même aliéné dans un workhouse, total qui incombait en entier à la commune ; de là une tendance, de la part des communes, à adresser leurs aliénés aux asiles de Comté (au sujet d'un fait analogue en France, voir discussion du projet de 1907). Nous ne savons pas si cette tendance existe encore, mais un certain dispositif de 1890 nous semble destiné à l'enrayer ; il est dit dans l'article 26, § 2, que les aliénés transférés de l'asile d'aliénés au workhouse doivent continuer à figurer sur les registres desdits asiles : la contribution des communes reste donc sensiblement la même dans les deux cas. Nous ignorons si le double transfert de l'aliéné, du workhouse à l'asile et de l'asile au workhouse, peut n'être, dans certains cas, que fictif, c'est-à-dire si un aliéné, sans avoir bougé du workhouse, peut être porté sur les listes et au compte de l'asile de Comté voisin.

©BIUM

Pour diminuer l'encombrement des quartiers d'aliénés des workhouses, les communes ou unions de communes ont fait bâtir des Asiles-Hospices. Ceux de Londres sont désignés sous le nom d'Asylums of the Metropolitan Board (M. A. B.). Ces Asiles-Hospices se trouvent être, au point de vue de la gestion et du peuplement, sous la direction des tuteurs des pauvres (Guardians of the Poor) ; ils sont inspectés au point de vue aliéniste par les commissionners in lunacy (comme toutes les autres institutions pour aliénés), et leur surveillance à divers points de vue (notamment au point de vue immeubles) appartient au M. A. B. (département spécial du Local Government Board), tandis que l'inspection des immeubles, dans les asiles de Comté, appartient aux Conseils de Comté.

La population aliénée qui est à demeure dans les workhouses se compose surtout d'idiots, d'arriérés et de déments ou subdéments. Dans les asiles-hospices, les cas congénitaux dominent (idiotie, arriération, épilepsie).

En résumé, le workhouse se trouve contenir à la fois un quartier d'asile, des quartiers d'hospice, des services d'hôpitaux et des dépôts de mendicité avec ateliers. Ce dernier élément semble même être celui autour duquel se sont groupés les autres (Poor Law). Comme terme de comparaison en France, nous pouvons seulement mentionner (au point de vue du principe seul) la Maison départementale de Nanterre, qui abrite à la fois des miséreux bien portants, des invalides, des subdéments et des malades.

B. *Relief Ward.* — A la suite des workhouses, nous devons mentionner une institution curieuse et unique, croyons-nous, les *Relief Wards*. On appelle ainsi des Asiles-Abris où sont admis des miséreux, qui ne sont ni aliénés, ni malades, mais qui se trouvent être des sans travail (Unemployed). L'individu qui se

©BIUM

présente au Relief Ward y est admis sans formalités autres que des formalités hygiéniques. Il y est logé dans une étroite cellule, pas plus large que sa propre porte et à peine plus longue que son lit, ou, pour mieux dire, son hamac ; la porte d'entrée donne sur un couloir commun ; à l'autre bout est encore une porte qui donne sur une courette de même forme que la cellule ; les courettes sont séparées les unes des autres, couvertes d'un petit toit, et ouvertes sur une cour par leur extrémité libre. Vues de cette cour, les courettes ont l'air (ou auraient l'air, si l'on y ajoutait un grillage), de ces petits préaux individuels, adossés à certaines galeries zoologiques. Durant le jour, l'hospitalisé se tient dans cette courette. Il est occupé à casser des pierres ou à d'autres besognes de même ordre. Les hospitalisés ne se voient pas et il leur est défendu de communiquer entre eux. Pour bien marquer qu'ils ne sont pas des prisonniers, leurs portes sont dépourvues de serrures. Au bout de deux jours, munis d'un commencement de pécule, on les renvoie.

Cette institution du Relief Ward doit rendre certainement quelques services. Elle serait surtout bienfaisante si les miséreux étaient toujours ce que l'on suppose *a priori*, à savoir des êtres normaux qui sont seulement victimes du sort ; mais, la plupart du temps, il n'en est pas ainsi. Les sans travail, doublés ou non d'alcooliques, sont le plus fréquemment des débiles, des vagabonds, des instables, des récidivistes des petits délits, parfois des amoraux complets. Ils constituent ces cas frontières (*border line cases*) qui sont actuellement à l'ordre du jour dans les préoccupations des psychiatres anglais, et des mesures de simple charité ne servent suffisamment l'intérêt ni de la société ni du pauvre. Nous y reviendrons.

C. *Relieving officer*. — Le Relieving Officer (officier d'assistance) est un particulier, non rétribué, qui est

©BIUM

désigné dans chaque commune pour s'occuper de secourir et de faire traiter les pauvres. Les aliénés errants et aussi les aliénés de familles aisées qui se trouveraient être négligés, mal surveillés ou maltraités, ressortissent également à sa compétence.

Nous avons vu que le Relieving Officer doit signaler les aliénés, errants ou maltraités, au juge qui, à son gré, les interne. Le Relieving Officer peut aussi interner de sa propre autorité, et cela, de même que le juge, sans prendre l'avis d'un médecin, s'il y a urgence. En l'absence d'urgence, le recours au médecin et au juge devient nécessaire, mais le Relieving Officer est libre de ne pas regarder comme aliénés, et par conséquent de ne pas signaler au juge, les individus qu'on a signalés comme tels. Cette créance accordée à l'impression d'un total profane ne doit pas être sans inconvénients. Nous avons entendu parler d'un Relieving Officer qui, s'étant rendu dans la demeure d'un paysan, pour se rendre compte si conformément à certains dires, ce paysan était un persécuté, et ayant causé une demi-heure avec lui, le trouva calme, raisonnable et pieux : il crut à des mensonges de la part des voisins ; huit jours après, le persécuté tuait sa femme et se suicidait. Depuis, le Relieving Officer n'a plus voulu s'occuper d'aliénés. Certes, n'importe quel médecin non aliéniste et peut-être même aliéniste eût pu en pareil cas se tromper, ou au moins n'être pas convaincu ; mais, qui ne voit qu'un profane de bonne volonté et à peu près irresponsable, en fait ou en droit, est exposé plus que tout autre à de telles erreurs ?

A titre de curiosité, nous mentionnerons que jadis *les Ministres du Culte* étaient investis du même droit de reconnaître et d'interner les aliénés dont jouit le Relieving Officer.

Un officier de police présente évidemment, pour

©BIUM

mille raisons, plus de garanties. Nous avons vu qu'en Angleterre la police se dessaisit de l'aliéné, sauf très rare exception, le plus promptement possible, entre les mains du Relieving Officer ou du juge, et ne procède pas, du moins spontanément, à une enquête.

D'une façon générale, les pouvoirs du corps de police sont moins étendus et moins considérables en Angleterre qu'ils ne le sont sur le continent. Ce que nous appelons police de sûreté n'existe qu'à l'état embryonnaire ; il n'est pas tenu de registre des logements garnis, des étrangers, des fanatiques politiques dangereux, et, par conséquent, il n'existe aucune brigade afférente à ces diverses rubriques ; les recherches judiciaires en sont rendues plus difficiles. Les surveillances susindiquées seraient regardées comme attentatoires au grand principe de la liberté individuelle ; au nom du même principe, l'aliéné (voir plus haut) est laissé en liberté tant qu'il ne commet pas de délit.

D. *Traitement individuel.* — La loi de 1890 a maintenu le traitement individuel des aliénés. Il a lieu soit dans la famille, soit chez un particulier. Celui-ci doit se soumettre à certaines obligations édictées aux articles 39, 198 sq., 206 sq. Au moment où écrivait Foville (1883), le placement des aliénés indigents chez des particuliers, à titre de « malades uniques » (single patients), montrait une tendance à l'augmentation très faible, comparativement aux autres modes de placement; tandis que le total des placements avait augmenté, en vingt-trois ans, de 140 p. 100, le chiffre des malades uniques n'avait augmenté, dans le même temps, que *d'un dixième.* — Nous ferons remarquer qu'il s'agit là d'un traitement surtout « parental » et du territoire anglais au sens strict du mot. Le traitement familial (par colonies) est pratiqué sur une grande échelle, en Écosse, comme chacun sait.

©BIUM

E. *Les commissaires en aliénation* (*commissionners in lunacy*) ont été institués en 1845, sous l'influence d'un éminent philanthrope, Sir Ashley, plus connu sous le nom de lord Shaftesbury. Ils forment un bureau de 11 membres, dont 3 doivent être des médecins et 3 autres des avocats, les 5 autres appartenant à la noblesse ou à la haute société ; le président doit être choisi parmi ces cinq derniers, lesquels ne reçoivent pas d'appointements. Les 3 médecins et avocats sont rétribués. Les attributions des commissaires consistent en administration et en surveillance ; ils centralisent des pièces relatives au mouvement des malades, veillent à la création des asiles, correspondent librement avec tous les malades ; ils accomplissent des visites d'inspection au cours desquelles ils peuvent décider soit des transferts, soit des sorties, soit des maintiens. Ils constituent donc une des garanties *a posteriori* du bien-fondé des internements. (Le comité et les visiteurs, particuliers à chaque asile, sont d'autres agents de ce même contrôle.) Les commissaires ont le droit de faire des enquêtes véritablement judiciaires (Foville, p. 50). Ils ont aussi, partiellement, la charge de gérer les intérêts matériels de chaque aliéné, et d'autres attributions encore.

On a critiqué en Angleterre *le trop petit nombre des commissionners*, la rareté de leurs visites aux workhouses, l'insuffisante délimitation de leurs pouvoirs, sur ce terrain, en regard de ceux des inspecteurs du Local Governement Board, l'impossibilité par eux de surveiller les aliénés indigents traités à domicile, leur double emploi et leur conflit avec les visitors, au sujet des aliénés déclarés tels par inquisition. — Il est deux manifestations du bureau des commissaires des aliénés sur lesquelles nous désirons appeler spécialement l'attention : le *Livre Noir* et le *Rapport Annuel*. Le Livre

©BIUM

Noir consiste dans la liste nominative de tous les infirmiers renvoyés d'un asile pour cause d'inconduite et de brutalité envers les malades : ce registre est communiqué à tous les directeurs d'asile pour prévenir le réengagement de ces infirmiers. — Le Rapport Annuel présente ceci de particulier, d'être porté chaque année à la connaissance du public, sous la forme d'un grand volume, contenant, outre des statistiques, tous points de faits et toutes critiques qui ont occupé les commissionners durant l'année ; ce volume coûte un prix minime (de 3 francs à 3 fr. 50). — De son côté, le County-Council publie annuellement les rapports qui lui sont adressés par les directeurs de chacun de ses asiles (le volume pour 1907 coûte 2 sh. 12 d.).

Ce sont là des marques curieuses de l'intérêt que les sphères éclairées, en Angleterre, apportent aux questions d'assistance, et du contrôle que l'opinion publique désire constamment exercer en ces matières.

Un point curieux à signaler dans le fonctionnement des commissionners, est qu'ils opèrent toujours par deux, un avocat et un médecin marchant ensemble.

F. Nous pensons être agréables à nos confrères français en rappelant les grandes dates de l'histoire de l'aliénation en Angleterre.

1744. Loi sur les aliénés.

1763. Enquête royale (Pitt. Howard).

1792 et 1796. Fondation et ouverture de la Retraite d'York, sous l'impulsion de William Tuke. (Rapport du Dr Delarive sur ce sujet en 1798. — Initiatives similaires de Pinel en France, 1793, Daquin en Savoie et Chiarugi en Italie).

1813. Publication de l'histoire de la Retraite d'York, par Samuel Tuke.

1800. Loi sur les aliénés criminels.

1839. Conolly institue à Hanwell le no-restraint (pré-

©BIUM

curseurs Charlesworth et Gardner Hill, de l'asile de Lincoln).

1845. Institution des commissionners in Lunacy (Angleterre et Galles).

1857. Institution des Commissionners (Ecosse). Réforme générale en Ecosse.

1877. Enquête de la Chambre des communes sur les maisons d'aliénés.

1877 et 1898. Centralisation et inspection des prisons.

1879, 1888 et 1898. Lois sur les buveurs d'habitude (Inebriates Act.).

1880-1882. Enquête sur les aliénés criminels.

1890. Lunacy Act (avec amendements en 1891).

A propos de l'enquête de 1877, nous devons mentionner un des résultats les plus inattendus qu'elle ait produits. Après de longues informations et malgré une rigueur maxima, les enquêteurs déclaraient que, en dépit de lacunes à combler en de nombreux points touchant le régime des aliénés, *aucun cas de placement illégal* ou *d'application volontairement frauduleuse de la loi n'avait pu être démontré.* (Promoteur de l'enquête, M. Dillwyn.)

En Ecosse, une enquête officieuse, de même ordre, a permis de constater que pour 7.634 placements exécutés avec le minimum de garantie (placement provisoire sur simple certificat médical) un seul cas n'a pas été maintenu par le shériff, encore s'agissait-il d'une manie puerpérale indiscutée ; autrement dit, *pas un seul cas de séquestration arbitraire* n'a pu être relevé. (Foville, p. 106.)

De pareilles constatations sont à rappeler, au moment où la phobie de la séquestration arbitraire sévit chez nos législateurs.

Dans un projet soumis au Parlement en 1880 et 1881,

©BIUM

M. Dillwyn (promoteur de l'enquête de 1877) émettait les vœux suivants :

1. Nécessité d'un rapport *spécial* du médecin traitant, envoyé aux commissionners, pour chaque malade.

2. Droit pour toute personne autorisée par les commissionners de faire visiter le malade par *deux* médecins de son choix.

3. Que toute personne ayant demandé le placement soit tenue de visiter son malade deux fois par an.

4. Que la demande de placement soit toujours signée par une personne notable.

5. Que tout placement soit un placement d'office, de par l'intervention *préalable* d'un juge.

6. Que toujours deux médecins participent au placement, et que l'un des deux soit toujours un médecin *officiel* du Comté.

Ce projet a été retiré, et nous le donnons seulement comme une pièce importante dans l'histoire des projets de réforme. A ce projet les commissionners avaient répondu en 1881 : 1° que les dispositifs en question entraîneraient des formalités et des retards ; 2° que vu l'absence bien établie de toute séquestration illégale, ils constitueraient seulement « une loi d'opinion » (*sic*) ; 3° qu'ils entraîneraient des dépenses considérables, et que pour les non-indigents seuls on pouvait exiger raisonnablement les deux certificats médicaux ; 4° que le médecin officiel serait, dans la pratique, constamment le plus jeune, le plus inexpérimenté des médecins de l'Union, en tout cas jamais un médecin aliéniste ; donc, que son intervention n'apportait aucune garantie.

Ils ajoutaient que le shériff écossais, auquel on prétendait assimiler le juge de paix anglais, était en réalité un personnage supérieur, par le recrutement et l'instruction, au « justice » (juge de paix) anglais ; que le shériff, d'ailleurs, ne voyait pas personnellement les

©BIUM

malades, que les juges de paix commettraient dans le sein des familles de véritables indiscrétions, que le droit de rejet ou d'ajournement accordé au juge était arbitraire, que les dommages-intérêts seraient plus difficilement demandés et obtenus contre le juge que contre tout autre, et que le résultat global serait : 1° une répugnance plus grande des familles à faire *traiter* leurs aliénés ; 2° une certaine proportion de séquestrations clandestines dans les familles ; 3° l'envoi de certains malades aisés dans les asiles de l'étranger. Foville, qui cite ces conclusions, ajoute qu'elles mériteraient d'être méditées en France.

Encore à titre de curiosité, nous citerons un passage d'un rapport dû au Comité d'enquête parlementaire institué par la Chambre des communes (27 juillet 1860).

La loi de 1853 ayant fixé à vingt ans le nombre des années de service donnant droit à la retraite, pour les médecins d'asile, le Comité de 1860 écrit : « Il semblerait utile de réduire la durée de leur service... leurs devoirs sont d'une nature tellement spéciale... leur contact avec les malades présentant des formes de folie si différents... peut entraîner... *tant de conséquences* qu'il y aurait à notre avis une meilleure garantie de *bon* service si la période de vingt années était réduite à quinze. » De fait, les médecins d'asile ont droit maintenant à la retraite après quinze ans d'exercice. Passé quinze ans, leurs facultés, selon le législateur, commenceraient à faiblir; le mal serait toutefois moins prononcé si tous les aliénés pouvaient se ressembler (tous mélancoliques ou tous maniaques). Voilà comment ont pu parler (et dans un moment de bienveillance pour l'aliéniste) des gens chargés de légiférer sur l'aliéné.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique

LES NOUVELLES DONNÉES

RELATIVES A LA

SÉRO-RÉACTION DE LA SYPHILIS

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR LA MÉTHODE DE WASSERMANN

Par le Dr SOUTZO fils, de Bucarest,
Privat-docent et chef de clinique des maladies mentales.

Aucune question du domaine de la pathologie mentale ne nous semble plus douteuse et plus discutée que celle qui concerne les rapports entre la syphilis et la paralysie générale. Malgré les innombrables travaux effectués, malgré les statistiques exactes en apparence et les minutieuses enquêtes entreprises en ce sens, cette importante question est, de nos jours encore, sans avoir obtenu une solution définitive.

Les auteurs continuent d'avoir des opinions très diverses sur ce sujet et, maintenant comme auparavant, à l'occasion des discussions soutenues aux Congrès de Paris (1889), de Rouen (1890), de Bonn (1890), et celles plus récentes de l'Académie de médecine de Paris (1906), on retrouve les deux mêmes groupes opposés parmi les aliénistes et les neurologistes: les uns qui considèrent la syphilis comme le facteur causal effectif de la paralysie générale — ils sont en plus grand nombre en Allemagne ; — d'autre part, ceux qui prétendent que l'infection fracastorienne ne peut, tout au plus, que jouer un rôle secondaire dans l'étiologie de

©BIUM

cette affection — ces derniers sont en plus grand nombre en France. — Ainsi donc, pour les premiers, la paralysie générale pourrait être une maladie d'origine et de nature syphilitique (Erb, Fournier, Strumppel, etc.); pour le second groupe, cette affection est loin d'être de nature spécifique, bien qu'à l'origine on rencontre dans la majorité des cas l'infection syphilitique (Raymond, Joffroy, Näcke, etc., etc.).

Une preuve de l'exactitude de ces affirmations est le contraste existant dans la statistique des cas cités par les auteurs classiques, qui varie entre 3 et 90 p. 100 (Kraepelin), pour lesquels la syphilis exerce un rôle dans leur étiologie.

Les arguments invoqués par les auteurs de ces deux groupes s'appuient sur les données et les recherches cliniques qui, en apparence, semblent être en faveur de leurs affirmations. (Pour les uns, la paralysie générale conjugale, la forme juvénile, etc.; pour les autres, le fait que les syphilitiques ne deviennent pas tous paralytiques généraux, la possibilité de reconnaître une paralysie générale alcoolique, celle provoquée par différentes intoxications, etc., etc.). Mais n'insistons pas davantage sur de pareils faits. On pourra consulter à ce sujet, avec grand profit, les travaux que nous citons à la fin, dans la liste bibliographique.

Ce qui ressort cependant de tous ces faits, c'est que la preuve directe, palpable, qui puisse démontrer d'une façon certaine si un rôle étiologique et spécialement pathogénique primordial, dans la paralysie générale, revient ou non en réalité à l'infection syphilitique, n'a pas été encore faite. Nous ne connaissons que la révélation faite, il y a quelques années, par Krafft-Ebbing, au sujet des essais d'inoculation du virus syphilitique effectués par un auteur anonyme sur 9 paralytiques généraux; après quatre-vingts jours d'observation, aucune réaction n'a été enregistrée. Ce serait là une preuve que chez eux, par conséquent dans cette maladie, il existerait une immunité contre la syphilis ; mais c'est une seule preuve, non contrôlée et même impossible à contrôler.

D'autre part, la découverte et les recherches faites directement sur le *Treponema de Schaudinn* n'ont pas

©BIUM

encore abouti à donner une explication décisive sur cette maladie.

Donc, jusqu'à un certain point, bien que les partisans de la syphilis comme facteur étiologique de la paralysie générale se soient multipliés, toutefois la question n'étant pas encore tranchée, nous pouvons répéter aujourd'hui encore les judicieuses paroles de MM. Christian et Ritti, il y a déjà bien des années, à savoir que « l'étiologie de la paralysie générale, malgré tous les documents accumulés, est encore un chapitre des plus obscurs de son histoire ».

Mais depuis peu, une série de recherches importantes est venue jeter plus de lumière dans cette voie. Ce sont des recherches d'ordre expérimental, qui ont résulté petit à petit des énormes progrès faits par la médecine expérimentale sur le terrain de l'immunité artificielle. Nous voulons parler des dernières découvertes qui ne datent que depuis ces deux dernières années et qui s'appuient sur des méthodes exactes, à l'aide desquelles on est parvenu à mettre en évidence dans les liquides de l'organisme des syphilitiques, des tabétiques et des paralytiques généraux tout particulièrement, des substances de réaction spécifique connues sous le nom d'*anticorps spécifiques*. On a cru que ceux-ci pouvaient expliquer en quelque sorte les processus intimes de ces états morbides.

Il nous semble intéressant pour nos lecteurs de relater dans un ensemble critique ces nouvelles données, en indiquant d'une façon succincte l'historique de la question relative à la séro-réaction de la syphilis et spécialement à celle de la paralysie générale. Nous ferons ressortir surtout les conclusions auxquelles ont abouti ces recherches. Dans un prochain article nous donnerons à notre tour les résultats des expériences que nous sommes sur le point d'entreprendre sur un grand nombre de paralytiques et différents psychotiques de l'hospice « Marcoutza ».

C'est un fait depuis longtemps reconnu que toutes les fois que des noxes pathogènes pénètrent dans l'organisme, ce dernier réagit par des modifications certaines, réactions d'immunité, qui se manifestent par des propriétés spéciales du sérum sanguin. Celui-ci doit

©BIUM

ses propriétés à différents corps hypothétiques, corps immunisants, qui, d'après leur mode d'action, s'appellent bactériolysine, précipitines, agglutinines, etc. Les substances capables de provoquer la formation des corps immunisants portent le nom d'antigène et les corps immunisants sont généralement appelés anticorps. Les nombreuses recherches de laboratoire ont permis de mettre en évidence de pareilles substances dans un grand nombre d'états maladifs infectieux.

Bordet et Gengou, les premiers, ainsi que Moreschi, Neisser et Sachs, sont ceux qui, au début, à l'aide d'une méthode expérimentale d'une haute importance, sont parvenus à découvrir le phénomène intéressant de la « fixation du complément ». Ce phénomène réside dans le fait que toutes les fois que l'antigène se rencontre avec les anticorps correspondants, il se produit l'empêchement de l'hémolyse; autrement dit, la destruction des hématies ajoutées à un système hémolytique qui sert de réactif, n'a plus lieu.

Les deux premiers auteurs ont employé dans leurs expériences les vibrions cholériques.

D'après Bordet et Gengou, l'absorption du complément serait provoquée par l'influence exercée sur les microbes par une substance particulière, dénommée par eux « sensibilisatrice », et qui correspond à l'ambocepteur d'Erlich. Les avis sont partagés sur le mode d'action de cette substance : d'une part, il y a l'opinion d'Erlich et de Morgenroth, et de l'autre celle de Bordet et Gengou. Sans insister sur les opinions de ces savants, nous dirons que l'on a entrepris avec cette méthode initiale une série de recherches qui ont abouti à des découvertes d'une grande importance et qui ont perfectionné la méthode elle-même.

Gengou a démontré ensuite que les substances albumineuses elles-mêmes peuvent produire de véritables ambocepteurs, découverte qui a servi à Neisser et Sachs pour parvenir à différencier des restes d'albumine avec des sérums immunisants albumineux, un procédé qu'on utilise aujourd'hui avec grand profit dans la médecine légale.

Plus tard, Wassermann et Bruck ont réussi à mettre en évidence des anticorps vis-à-vis des substances bac-

©BIUM

tériennes. Ils ont démontré pour la tuberculose que dans les organes malades il existe autant de tuberculine que d'antituberculine, tandis que dans le sérum des malades elle n'a pas pu être reconnue. Ces auteurs ont poussé plus loin encore leurs recherches en établissant que non seulement les bactéries, mais aussi des extraits bactériens et des extraits d'organes malades, peuvent être utilisés comme antigène pour prouver d'une façon précise la présence des anticorps. C'est le principe de la méthode qui a servi de base dans les recherches sur la syphilis, le tabes et la paralysie générale, dont nous parlerons maintenant.

Pour comprendre plus clairement toutes les notions générales nouvelles sur l'immunité, ainsi que la technique exacte suivie dans les expériences entreprises par les auteurs cités plus haut, on n'aura qu'à consulter les travaux récents publiés à ce sujet et les livres classiques nouvellement parus (Dieudonné, Kraus et Levaditi, etc., etc.).

Les premiers essais sur la syphilis ont été faits par Neisser, Wassermann et Bruck. Ceux-ci ont démontré les premiers, sur des singes, que le sérum de ces derniers, qui ont été traités préalablement avec du matériel syphilitique du singe ou de l'homme, mélangé à des extraits d'organes syphilitiques, donne lieu au phénomène de la fixation du complément. Ils en ont conclu que dans le sérum immunisant des singes se trouvent des anticorps vis-à-vis des substances syphilitiques, et que dans les extraits examinés on retrouve ses substances mêmes syphilitiques. Il est résulté de ces constatations qu'il s'agit d'une séro-réaction spécifique qui s'obtient sur du matériel syphilitique, réaction à l'aide de laquelle on parvient à déterminer que dans un sérum humain se trouvent des anticorps spécifiques vis-à-vis des substances de l'agent syphilitique.

Ces premiers essais ont été complétés par d'autres recherches dont parlent Bruck et Stern dans un récent article fort documenté. Ils y ont exposé les résultats des expériences faites par Neisser et eux-mêmes avec des sérums titrés, essais comparatifs avec des sérums et de l'antigène type sur l'homme et sur le singe, etc. Cet article est plein de détails intéressants.

©BIUM

Le procédé de la méthode de Wassermann est le suivant : On mélange un extrait d'organe pris au fœtus syphilitique avec le sérum provenant du syphilitique soumis à l'examen, sérum rendu inactif par chauffage à 56 degrés. On y ajoute ensuite un complément (sérum frais de cobaye), et finalement des globules rouges sensibilisés de mouton. Ce mélange se fait dans des proportions indiquées.

Wassermann a remarqué que partout où l'on trouvait l'extrait de foie syphilitique avec le sérum provenant d'un syphilitique, l'empêchement de l'hémolyse apparaissait; par conséquent il se produisait la fixation du complément, ce qui ne se produit pas lorsque le sérum est mélangé à un extrait de foie normal, ou lorsque le sérum normal est mis en contact avec l'extrait du foie syphilitique. L'auteur semble avoir voulu démontrer par là qu'il existe dans l'extrait le virus syphilitique et qu'on trouve dans le sérum des syphilitiques des anticorps spécifiques.

Bab en même temps a confirmé ces conclusions de Wassermann, par le fait qu'il a constaté un rapport direct entre l'intensité de la réaction et le contenu des foies en spirochètes.

Cette méthode une fois connue, et lorsqu'on a reconnu une certaine valeur à la séro-réaction initiale de Wassermann, une série de recherches ont été partout entreprises, particulièrement en Allemagne, tant pour la syphilis et ses différentes phases que pour les maladies présumées comme ayant un rapport direct ou indirect avec l'infection syphilitique. Au début, les résultats ont été des plus brillants et des plus inattendus.

Parmi les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette grosse question, citons : Neisser, Bruck, Citron, Bab, Schütze, Morgenroth et Stertz, Landsteiner, Pötzl, Wassermann, Meier, Kraus, Müller, Fornet, Marie et Levaditi, Weygand, Plaut, Porges, Lesser, Slatineano et Danielopolu, Sachs et Altmann, Weil et Braun, Fleischmann, Kronner, etc., etc., dont la plupart ont confirmé dans leurs travaux les résultats et les conclusions des auteurs protagonistes, les uns, cependant, formulant certaines objections justifiées aux premières affirmations de Wassermann.

©BIUM

Mais si la séro-réaction en question présente un grand intérêt au point de vue pratique, ainsi que nous le démontrerons dans nos conclusions, il n'en est pas de même lorsqu'on la considère par rapport à son essence et au point de vue scientifique. Tout d'abord, en ce qui concerne la spécificité de l'antigène, les affirmations de Wassermann sur les résultats de ses premières expériences ont été reconnues comme n'étant pas entièrement exactes. Nous avons dit que l'auteur, au début, a essayé de démontrer que le phénomène de la fixation du complément dans la syphilis n'était provoqué que lorsqu'on trouvait de l'antigène spécifique associé à l'anticorps correspondant, et dans le cas de leur réaction celle-ci apparaissait nettement, utilisant comme antigène l'extrait aqueux de foies des fœtus syphilitiques. Or, d'aucuns, comme Wassermann lui-même, ont démontré ensuite qu'on peut obtenir également par la même méthode la séro-réaction en employant d'autres substances comme antigène.

Levaditi et Marie ont constaté, les premiers, que la réaction est visible lorsqu'on utilise aussi l'extrait du foie normal. A différentes reprises, il a été prouvé que l'extrait alcoolique de foie de fœtus syphilitiques (Landsteiner, Müller et Pötzl, Levaditi, etc.), l'extrait des tumeurs (Weill), de rate normale, et différentes substances lipoïdes, lécithine (Porges, Meyer), cholestérine, la vaseline (Porges), les sels biliaires (Levaditi et Yamanouchi), le taurocholate et le glicholate de soude, l'oléinate de soude (Sachs et Alttman), etc., enfin, les lipoïdes du cerveau, les hématies, les leucocytes, le sérum sanguin (Levaditi), peuvent servir dans cette séro-réaction comme antigène donnant, dans la majorité des cas, des résultats positifs. Une série entière d'expériences, faites par les auteurs sus-mentionnés, démontrent ces faits avec une parfaite évidence.

En pareils cas ces nouvelles constatations ont dû certainement ébranler en quelque sorte la séro-réaction dans son essence, grâce à des faits démonstratifs suffisamment péremptoires. Ainsi, un fait essentiel, qui résulte d'une façon naturelle de ces expériences, est que le groupe des anti-corps mis en évidence dans la syphilis par Wassermann et ses collaborateurs, ne constitue

©BIUM

nullement des substances spécifiques dans le véritable sens du mot par rapport à l'immunité; autrement dit, ce ne sont pas des substances de défense de l'organisme qui auraient un certain rapport avec la guérison. C'est là cependant une objection injuste, selon nous, attendu que pareille opinion n'a jamais été formulée par l'auteur.

Weil et Braun ont eu une attitude plus contradictoire en face des affirmations de Wassermann. Ils ont émis l'opinion que les anticorps spécifiques dans la syphilis ne constituent que des substances qui prennent naissance toutes les fois qu'on a affaire à des altérations dégénératives graves qui provoquent la destruction et la réaction des tissus, ainsi que cela se produit dans les affections de longue durée; il indiffère si parmi les causes de ces affections se trouvent la syphilis, la tuberculose, la malaria, ou d'autres. Ici, selon eux, se produirait la formation d' « auto-anticorps » vis-à-vis des éléments cellulaires propres, par la mise en liberté de la lécithine, un phénomène semblable à celui qui survient avec les autolysines dans les cas d'extravasats sanguins ou avec les auto-précipitines de la dystomiase du chameau. Et précisément, parce que dans la syphilis et dans les affections parasyphilitiques il existe des processus dégénératifs intenses qui produisent la destruction cellulaire, on remarque là une abondance relative d'auto-anticorps. Wassermann, cependant, est loin d'admettre les opinions de Weil et Braun. Selon lui, il s'agit dans la syphilis de substances qui présentent une grande avidité pour les lipoïdes de l'organisme et spécialement pour la lécithine, un élément d'une grande importance pour l'économie cellulaire. Ce sont de véritables substances toxiques, une réelle toxine. Il se produirait ici un phénomène semblable à celui remarqué par Wassermann et Takaki avec la toxine tétanique sur le système nerveux.

En même temps les recherches de Citron ont poussé Wassermann à ne pas considérer comme exactes les vues des auteurs cités plus haut. En effet, chez les lapins, par voie expérimentale, Citron n'a pu réussir à mettre en évidence dans leur sérum des substances ayant une affinité pour les lipoïdes et spécialement pour la lécithine, pas même lorsque la lécithine et d'autres graisses

©BIUM

ont été introduites par injections, autrement dit lorsqu'on provoque artificiellement l'absorption en grande quantité de pareilles substances.

De la sorte, Wassermann infirme les objections avancées par Weil et Braun qui prétendent que les anticorps étaient formés par la résorption de la lécithine ; par contre il confirmait son opinion, qu'il doit y avoir un agent introduit dans l'organisme et qui influencerait dans le genre d'une toxine.

Telles sont, en résumé, les nouvelles vues concernant l'essence propre de la séro-réaction ; comme on voit, elles n'ont pas abouti à une explication définitive de celle-ci.

A présent, voyons les conséquences pratiques obtenues par suite de l'application de la séro-réaction de Wassermann dans un but diagnostic. Nous donnerons à cet égard les résultats des expériences entreprises par un certain nombre d'auteurs, d'une part dans la syphilis, de l'autre, et surtout, dans la paralysie générale.

Par rapport à la syphilis, les recherches sont nombreuses. La littérature comprend de nombreuses statistiques concernant des milliers de cas. Nous serons bref d'ailleurs sur ce genre de résultats.

Wassermann, Neisser, Bruck et Schucht ont examiné, les premiers, en tout 262 cas de syphilitiques, chez lesquels l'affection existait sous différentes formes. Le pourcentage des réactions positives s'élève selon eux à 70 p. 100. Mais ce nombre est relativement réduit en raison du traitement auquel ont été soumis antérieurement les malades et qui, selon les auteurs, influence en quelque sorte la production des anticorps. Aussi parmi les 54 cas qui avaient reçu des injections mercurielles, il y en eut 39 qui démontrèrent la présence de l'antigène dans leur sérum, tandis que dans 2 cas seulement on put mettre en évidence les anticorps.

Citron, en même temps, a expérimenté la méthode de Wassermann sur 104 malades, dont 63 étaient des syphilitiques, parmi lesquels il y avait aussi des paralytiques généraux. La réaction se montra intense chez les syphilitiques héréditaires. L'auteur reconnaît aussi la valeur de la réaction.

©BIUM

Fleischmann s'occupa de même de cette nouvelle question, et nous donne dans un travail fort intéressant les résultats obtenus à la suite de l'application de la méthode en vogue sur 230 cas. Il arrive aux mêmes résultats que les auteurs antérieurs. Dans ses expériences il utilisa comme antigène de l'extrait obtenu avec du foie normal, de la lécithine et de la cholestérine. Chez tous ses malades il avait cherché préalablement a connaître les antécédents syphilitiques, les symptômes et le traitement auquel ils avaient été soumis. Le total de 230 cas fut réparti par l'auteur en 4 groupes. Le premier comprenait des cas qui présentaient des symptômes manifestes de syphilis; chez tous ceux-ci (83), la réaction se montra positive. Dans le second groupe, sans symptômes évidents, il y eut 33 cas avec réaction positive sur un total de 64. Le troisième groupe comprenait des malades soupçonnés de syphilis ; sur 33 cas soumis à l'expérience il y en eut 16 qui donnèrent l'association du complément. Enfin, le quatrième groupe ne se laissait trahir par aucun symptôme propre à la syphilis ; un seul des 7 malades donna la réaction positive ; chez les 6 autres elle fut négative. En tout, le pourcentage des réactions positives était de 73 p. 100.

Citons encore entre autres recherches, comme plus récentes, les recherches de Kronner, qui expérimenta avec la même méthode sur 56 cas, et les recherches de Fischer qui concernent 250 cas. Leurs résultats concordent avec ceux des auteurs précités.

N'insistons plus sur des travaux d'autres auteurs qui se sont occupés de la même question. Dans les pages qui vont suivre nous tâcherons de relater les résultats des recherches concernant exclusivement la paralysie générale.

L'enthousiasme, lors de la découverte de la méthode de Wassermann, a été presque unanime parmi un grand nombre d'aliénistes qui croyaient que la réaction nouvelle amènerait prochainement la découverte de la clef de l'éternel problème incessamment discuté : l'étiologie et la pathogénie de la paralysie générale.

En fait, les choses ne sont pas présentées ainsi. Cependant, il n'est pas moins vrai que par suite de cette découverte un sensible progrès se laissa entrevoir dans

©BIUM

cette direction et fit espérer dans l'avenir un succès pour les nouvelles recherches de sérologie.

Les auteurs qui ont commencé les recherches intéressantes sur des paralytiques généraux avec la nouvelle méthode furent Wassermann et Plaut. Une première série d'expériences se rapportent à quarante et un cas pris dans des services d'aliénés, de la clinique du professeur Kraepelin et des asiles de Daldorf et de Herzberge.

Ces savants ont examiné chez tous leurs malades le liquide céphalo-rachidien, et chez cinq d'entre eux le sérum sanguin. La technique employée fut l'habituelle. Ils mélangeaient premièrement, dans une proportion exacte, une quantité de liquide cérébro-spinal avec de l'extrait du foie des fœtus syphilitiques (antigène). Ils ajoutaient ensuite à ce mélange le système hémolytique : sérum de lièvre (complément), sérum de cobaye inactivé (ambocepteur hémolytique), et des globules rouges de mouton. Après un certain temps, ils observaient l'empêchement de l'hémolyse.

Sur l'ensemble de quarante et un cas examinés, la réaction se montra positive dans trente-deux cas, douteuse dans quatre et négative seulement dans cinq, donc en tout un pourcentage de 88 p. 100. D'autre part, sur vingt-deux cas où la syphilis n'existait nullement, cas choisis pour contrôle, la réaction apparut négative. Il est intéressant de relever d'après les auteurs que, chez la plupart des paralytiques, ni l'anamnèse, ni l'examen direct, n'ont permis de découvrir le moindre indice de la syphilis acquise auparavant.

A la suite de ces premières recherches des auteurs cités plus haut, en succédèrent d'autres, entreprises par Plaut sur un plus grand nombre de paralytiques, recherches suivies de quelques réflexions scientifiques très intéressantes.

En même temps, en France, lorsque furent connues les publications des auteurs allemands, Marie et Levaditi reprirent les premiers l'étude de cette attrayante question. L'ensemble des résultats obtenus se trouve consigné dans un article intéressant publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* et dans une série de notes communiquées à la Société de Biologie.

©BIUM

Les auteurs en question ont appliqué la réaction de Wassermann sur le liquide céphalo-rachidien chez trente-deux paralytiques généraux, quatre tabétiques et dix-sept malades atteints de toute autre maladie que la syphilis.

Dans vingt-neuf cas, sur le total de trente-neuf malades paralytiques la réaction donna l'empêchement de l'hémolyse. Ils obtinrent un pourcentage de 73 p. 100, inférieur d'ailleurs à celui obtenu par les auteurs allemands (80 et 88 p. 100). Ils expliquent cette différence par le fait qu'ils ont soumis à l'examen les types les plus variés de paralysie générale, autant des formes légères que des graves. Et, selon eux, tandis que ces dernières formes manifestent presque constamment une réaction positive, les premiers présentent au contraire une réaction négative. En effet, sur les cas qu'ils classent dans une première catégorie (des paralytiques à marche lente avec des remissions, et des cas atypiques), un seul présenta le phénomène de la réaction positive ; tandis que pour la seconde catégorie (celle des paralytiques avancés mais capables encore du travail), sept ont eu une réaction positive. Parmi ceux de la troisième catégorie des paralytiques (avancés et gâteux), dix-neuf ont réactionné visiblement.

Une première conclusion des auteurs a été que les anticorps s'accumulent dans le liquide cérébro-spinal à mesure que le processus morbide de la paralysie générale avance et que s'aggravent les altérations encéphalo-méningées qui forment le substratum matériel du processus. Nous ne voulons point discuter ici le bien fondé de ces affirmations. Ajoutons que Marie et Levaditi en examinant l'anamnèse des malades, n'ont trouvé que dans vingt de leurs cas l'existence certaine de la syphilis.

Plus tard, Levaditi et Jamanouki dirigèrent des recherches parallèles sur le sérum, en même temps que sur le liquide médullaire des paralytiques généraux. Ils voulurent préciser s'il n'existait pas un certain rapport entre les propriétés du sérum et celui du liquide céphalo-rachidien. Leurs résultats ont été les suivants : le liquide examiné chez trente malades, montra le phénomène de la déviation du complément chez presque tous,

©BIUM

et cela d'une façon très intense (93 p. 100), tandis que deux seulement eurent une réaction négative. A son tour, l'examen du sérum montra un nombre de réactions inférieur à celui obtenu avec le liquide céphalo-rachidien (59 p. 100).

D'autre part, l'examen du sérum et du liquide céphalo-rachidien fait sur six malades atteints d'affections cérébrales localisées, n'a donné qu'une seule fois une réaction positive. Dans onze autres cas d'aliénés déments non syphilitiques, la réaction a été nulle.

Les auteurs concluent de ces faits que la réaction de Wassermann, appliquée à l'étude du liquide cérébro-spinal, est presque constamment positive dans la paralysie générale, très rare dans les cas de lésion cérébrale et nulle dans différentes formes de démences non paralytiques. En même temps, l'examen du sérum donne des résultats moins constants que ceux obtenus avec le liquide céphalo-rachidien ; il a donc une valeur diagnostique inférieure à ce dernier.

Ajoutons que ces conclusions ne sont pas partagées par tous les auteurs allemands.

Dans une autre série d'expériences, Levaditi a examiné le liquide céphalo-rachidien chez un certain nombre de syphilitiques, dont quatre présentaient de légers troubles nerveux, mais non des indices précis de paralysie générale.

Chez les premiers, il n'a pas trouvé de réaction positive, tandis que celle-ci existait chez les quatre autres.

L'auteur conclut de ces constatations que lorsque la syphilis laisse intact le système nerveux, il ne se produit aucune réaction du liquide cérébro-spinal pouvant être apprécié par le procédé de la fixation du complément : au contraire, lorsque l'infection intéresse même faiblement le système nerveux, le liquide céphalo-rachidien peut gagner de nouvelles propriétés et provoquer le phénomène de Wassermann.

Enfin, il nous reste encore à relater les recherches complémentaires de Plaut, faites cette fois sur un plus grand nombre de paralytiques. Dans ce nouveau travail, l'auteur met en relief également les difficultés que l'on rencontre et qui peuvent empêcher la réussite de la réaction. Ces causes peuvent être multiples : entre

©BIUM

autres, l'auteur indique comme étant plus importantes, d'une part les troubles du sérum hémolytique et de l'autre les modifications de l'extrait qui sert d'antigène.

L'on constate, en effet, que parfois ce dernier, sans être mélangé au liquide lombaire ou au sérum, produit l'empêchement de l'hémolyse ou au contraire, dans les conditions de réaction, n'est pas capable de produire le phénomène de Wassermann.

Les paralytiques généraux examinés par Plaut furent cette fois au nombre de 116. Chez 100, la réaction se montra positive, chez 10 problématique et chez 6 seulement elle fut négative. Dix d'entre eux avaient été soumis au traitement spécifique. Pourtant, il ressort de ses expériences que les anticorps se trouvent chez ces derniers syphilitiques tout aussi fréquents que chez ceux traités.

En même temps, le sérum a été examiné dans 70 cas ; dans 68, la réaction a été positive, dans un cas elle fut incertaine et négative dans un seul.

Enfin une série de recherches comparatives du sérum et du liquide céphalo-rachidien ont montré à l'auteur que toutes les fois que la réaction du liquide apparaissait comme positive, elle se montrait telle aussi avec le sérum et de plus même, parfois, lorsque avec le liquide elle était problématique, avec le sérum elle se montrait positive. De sorte que, selon Plaut, on peut conclure que chez les paralytiques on trouve très souvent des anticorps dans le sérum sanguin. Fischer, Fleischmann, Weill, Michaëlis confirment le même fait.

Une dernière question que se pose Plaut est celle concernant l'origine des anticorps dans la paralysie générale. Il se demande si cette affection ne serait pas en rapport direct avec l'organe central, attendu que les expériences ont montré que les substances en question se rencontrent souvent dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur, sans émettre une opinion définitive, cherche à discuter en passant, avec des détails intéressants, les récentes données scientifiques sur le liquide céphalo-rachidien et sur l'intérêt que présenteraient des recherches comparatives en ce sens. Quelques examens du liquide céphalo-rachidien faits à un double point de vue, biologique et cytologique, n'ont pu aboutir à cons-

©BIUM

tituer un parallélisme exact entre la production des anticorps et des éléments cellulaires (Fleischmann, Levaditi, Plaut, etc...).

Telles sont, en résumé, les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur la nouvelle méthode séro-diagnostique de Wassermann. Il résulte de leur ensemble que la séro-réaction présente une importance évidente au point de vue pratique. Le fait qui permet de mettre en évidence pour la syphilis certaines substances, nous autorise à formuler un jugement en ce sens dans la majorité des cas morbides sur l'étiologie de certaines affections, surtout de la paralysie générale. Ainsi lorsque la réaction paraît être positive, nous sommes en droit de conclure à l'existence d'une syphilis acquise; mais lorsque la réaction est négative, il ne faut pas exclure pour cela la complète inexistence de cette affection. En effet, ainsi que nous l'avons vu et que le soutiennent les auteurs, la formation des anticorps est soumise à des oscillations. Dans un même cas on peut obtenir à des moments donnés la déviation du complément et à d'autres moments il est impossible de la remarquer ; de plus, le traitement lui-même peut, selon certains auteurs, influencer leur apparition. Au point de vue de savoir si, en réalité, la syphilis découverte par la méthode de Wassermann est la seule cause efficiente de la paralysie générale et de connaître son mode d'action dans la genèse de l'affection, nous ne possédons jusqu'à présent que des connaissances insuffisantes. Peut-être l'avenir apportera-t-il un peu plus de lumière sur cette question.

Dans un prochain article, nous parlerons d'une autre méthode nouvellement découverte, également relative à la connaissance de la syphilis au point de vue étiologique : c'est celle de Cornet, la « méthode par précipitation ».

BIBLIOGRAPHIE

CHRISTIAN et RITTI. Art. *Paralysie générale* du Dictionnaire de Dechambre, 1885.

ANGLADE. Rapports entre la syphilis et la paralysie générale. *Thèse*. Paris, 1891.

ARNAUD. Recherches cliniques sur la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1888.

©BIUM

M. VIGNAUD. Historique de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1902.

LEROY. De la paralysie générale conjugale et de ses rapports avec la syphilis. *Thèse*, Paris, 1906.

NONNE. Syphilis und Nervensystem, 1902.

FOURNIER, RAYMOND, JOFFROY, etc., etc. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1906.

BORDET et GENGOU. Sur l'existence de substances sensibilisatrices dans la plupart des sérums antimicrobiens. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1901, p. 289.

GENGOU. Les sensibilisatrices des sérums actifs contre les substances albuminoïdes. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1902.

WASSERMANN u. BRUCK. Experimentelle Studien über die Wirkung von Tuberkelbacillen-Präparaten auf den tuberculös erkrankten Organismus. *Deutsche med. Woch.*, 906, p. 449.

WASSERMANN, NEISSER u. BRUCK. Eine serodiagnostische Reaction bei Syphilis. *Deutsche med. Woch.*, 1906, nº 19.

NEISSER, BRUCK u. SCHUCHT. Diagnostische Gewebs und Blutuntersuchungen bei Syphilis. *Deutsche med. Woch.*, 1906, nº 48.

BAB. Kurze Mitteilung zu dem Aufsatz von Prof. Wassermann u. Dr Plaut über syphilitische Antistoffe in der Cerebrospinalflussigkeit von Paralytikern. *Deutsche med. Woch.*, 1906, p. 1985.

WASSERMANN, NEISSER, BRUCK u. SCHUCHT. Weitere Mitteilungen über den Nachweis specifisch luetisch Substanzen bei Komplement-Verankerung. *Zeitsch. f. Hygiene*, 1906, Bd LV.

WASSERMANN u. PLAUT. Ueber das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflussigkeit von Paralytikern. *Deutsche med. Woch.*, 1906, nº 44.

SCHUTZE. Wassermann'sche Serodiagnostik bei Lues. *Berl. klin. Woch.*, 1907, nº 6.

MORGENROTH u. STERN. Syphilitische Antikörper in Liquor cerebrospinalis von Paralytikern. *Wirchow's Archiv*, 906.

WASSERMANN u. MEYER. Zur klinischen Werwertung der Serumdiagnostik bei Lues. *Deutsch. med. Woch.*, 907, nº 32.

A. MARIE et LEVADITI. Les anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1907, p. 138.

K. ALT. Die Plaut-Wassermann'schen Untersuchungen über syphilitische Antistoffe bei Paralytikern. *Psychiatrisch-Neurol. Wochenschr.*, 1906, nº 36.

MEIER. Die Technik-Reaction auf Syphilis. *Berl. klin. Woch.*, 907, nº 51.

MICHAELIS. Die Wassermann'sche Syphilisreaction. *Berl. klin. Woch.*, 907, nº 35.

WEIL. Ueber den Luesantikörpernachweis im Blute von Luetiker. *Wien. klin. Woch.*, 907, nº 18.

PLAUT. Ueber den gegenwärtigen Stand des serologischen Luesnachweis bei den syphilidogenen Erkrankungen des Centralnervensystem. *Münch. med. Woch.*, 1907, nº 3.

LANDSTEINER, MULLER u. PÖTZL. Zur Frage der Komplementbindungreaction bei Syphilis. *Wien. klin. Woch.*, 1907, nº 50.

WASSERMANN u. CITRON. Ueber die Beziehungen des Serums

©BIUM

zu gewissen Nährstoffen. *Zeitsch. f. experim. Pathologie*, 907.

SELIGMANN. Beiträge zur Frage der sogenannte Komplementbindung. *Berl. klin. Woch.*, 1907, n° 32.

WEIL u. BRAUN. Antikörperbefunde bei Lues, Tabes u. Paralyse. *Berl. klin. Woch.*, 1907, n° 49.

LEVADITI et YAMANOUCHI. Le séro-diagnostic de la syphilis. *Société de Biologie*, 1907, p. 740.

WEYGAND. Syphilitische Antistoffe in der Cerebrospinalflussigkeit bei Tabes. *Deutsche med. Woch.*, 1907, p. 1239.

FISCHER u. MEIER. Ueber den klinischen Wert des Wassermann'schen Serodiagnostik bei Syphilis. *Deutsche med. Woch.*, 1907, n° 52.

CITRON. Ueber Komplementbindungsversuche bei infectiösen und postinfectiösen Erkrankungen (Tabes dorsalis, etc.) sowie bei Nährstoffen. *Deutsche med. Woch.*, 907, p. 1165.

BRUCK u. STERN. La réaction de Wassermann, Neisser et Bruck dans la syphilis. *Deutsche med. Woch.*, 1908, n^{os} 9, 10 et 11.

KRONNER. Sur la valeur diagnostico-différentielle du séro-diagnostic de Wassermann dans la syphilis pour la médecine interne et pour la neurologie. *Berl. klin. Woch.*, 1908.

FISCHER. Sur les expériences cliniques par rapport à la réaction de Wassermann. *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 4.

MICHAELIS. Expériences avec le séro-diagnostic de la syphilis. *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 6.

SACHS et ALTMANN. Sur l'action de l'oléinate de soude dans la réaction de Wassermann. *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 10.

FORNET. Technique des divers procédés employés pour le séro-diagnostic de la syphilis. *Semaine méd.*, 1908, mai.

F. PLAUT. Untersuchungen zur Syphilis-Diagnose bei Dementia paralytica und Lues cerebri. *Monatsch. f. Psych.*, 907. H. 2.

H. MUHSAM. Die klinische Leistungsfähigkeit der Serodiagnostik bei Lues. *Berl. klin. Woch.*, 908, n° 1.

PORGES et MEIER. Sur le rôle des lipoïdes dans la réaction de la syphilis de Wassermann. *Berl. klin. Woch.*, 908, avril.

WASSERMANN. Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis. *Berl. klin. Woch.*, n° 50, 1907.

A. MARIE, LEVADITI et YAMANOUCHI. La réaction de Wassermann dans la paralysie générale. *Bul. Soc. Biologie*, février 1908.

LEVADITI et YAMANOUCHI. La séro-réaction de la syphilis et de la paralysie générale. *Bull. Soc. Biol.*, 1908.

LEVADITI, RAVAUT et YAMANOUCHI. La localisation nerveuse de la syphilis et les propriétés du liquide céphalo-rachidien. *Soc. Biol.*, mai 1908.

SACHS u. ALTMANN. Ueber den Einfluss der Reaktion auf das Zustandekommen der Wassermann'schen Komplementbindung bei Syphilis. *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 14.

A. BLASCHKO. Die Bedeutung der Serodiagnostik für die Pathologie u. Therapie der Syphilis. *Berl. klin. Woch.*, n° 14.

FLEISCHMANN. La théorie et la pratique du séro-diagnostic de la syphilis. *Berl. klin. Woch.*, 908, n° 10.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 AVRIL 1908.

Présidence de MM. LEGRAS et SÉGLAS.

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

MM. René Charpentier, Devaux, Dupouy, Giraud, Juquelier, Masbrenier, Mignot, Rayneau, Truelle, Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal. — Traumatisme cranien et troubles mentaux.

M. Picqué. — Je voudrais dire quelques mots sur les observations très intéressantes qui nous ont été présentées dans la dernière séance par notre collègue Vigouroux.

L'une de ces deux observations ne saurait prêter au doute au point de vue de l'origine traumatique, puisque c'est une lésion très probablement traumatique que notre collègue a observée.

Mais, en général, il est bien difficile par la clinique seule de trancher la question du rapport du traumatisme cranien avec les troubles mentaux.

On peut, par contre, y arriver dans certains cas, par l'examen de pièces anatomiques.

Il me semble qu'aujourd'hui on ne peut négliger l'emploi de la radiographie, qui vient parfois, très heureusement, compléter et préciser les données de la clinique.

Cette méthode peut, dans certains cas, déceler des épaississements osseux ou des fractures méconnues, voire même des corps étrangers, comme il m'est arrivé

©BIUM

dans un cas récent où mon chef de laboratoire, M. Infroit, a pu très nettement déterminer l'existence d'un projectile perdu depuis seize ans dans le cerveau.

Mais la radiographie peut donner encore des renseignements d'un autre ordre.

Dans un cas récent que j'ai opéré dans mon service de Lariboisière, M. Contremoulins, à l'aide de la métroradiographie, a pu me fixer : 1° un foyer de pachyméningite dont j'ai confirmé l'existence à l'aide d'une craniectomie large ; 2° un foyer profond de sclérose siégeant à 4 centimètres et demi de profondeur dans la substance cérébrale.

C'est donc une méthode à laquelle il convient de recourir, puisque la détermination précise des lésions peut permettre une action chirurgicale qui, sans avoir la prétention de remédier aux lésions existantes, peut néanmoins enrayer la marche d'un processus évolutif.

J'ai pu ainsi, dans certains cas, utiliser à ce point de vue mon laboratoire de radiographie à Sainte-Anne.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Séglas, qui s'excuse de ne pouvoir assister au début de la séance ;

2° Une lettre de M. Sérieux, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Brunet, membre titulaire, qui demande l'honorariat. La Société fait droit à cette demande, et M. Brunet est nommé membre honoraire.

La correspondance imprimée comprend le fascicule 4 des travaux de la Faculté de médecine de Tokio.

Rapport de candidature.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez, dans votre dernière séance, chargé une Commission composée de MM. Briand, Toulouse et René Semelaigne, de vous présenter un rapport sur les titres scientifiques du

©BIUM

Dr Mariani, qui demande à être admis parmi nous en qualité de membre associé étranger. Le Dr Mariani a publié de nombreux travaux de psychiatrie, d'anthropologie criminelle et de psychologie. Je me bornerai à citer ses études sur l'emploi de la sonde dans l'alimentation des aliénés sitiophobes, sur la psychopathie sexuelle, la phrénasthénie congénitale, l'épilepsie psychique, le délire érotico-religieux, la philosophie de l'alimentation, l'anthropologie criminelle comparée, la criminalité potentielle et les obsessions homicides, la dégénérescence criminelle dans la descendance des aliénés, la psychologie du bohémien, la psychologie des témoins.

Votre Commission vous prie de bien accueillir la demande du Dr Mariani et de lui accorder le titre de membre associé étranger.

M. Mariani est élu membre associé étranger à l'unanimité des suffrages.

Rapport de la Commission du prix Aubanel.

M. Semelaigne. — La Commission du prix Aubanel se compose de MM. Blin, Briand, Klippel, Vallon et René Semelaigne, rapporteur. Les candidats avaient à traiter des amnésies dans les lésions organiques et traumatiques du cerveau. Deux mémoires ont été envoyés.

Le premier a pour auteur M. Benon, interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint des asiles publics. Dans son intéressant travail, il étudie successivement les amnésies traumatiques et les amnésies organiques, les envisageant surtout au point de vue clinique et médico-légal. Il néglige à dessein les problèmes encore assez obscurs de la pathogénie et du mécanisme et se borne à un exposé clinique et pratique, précédé seulement de quelques mots sur l'examen du malade et les causes d'erreurs d'appréciation dans les troubles de la mémoire.

Les limites étroites d'un rapport ne me permettant pas de donner un résumé complet d'un travail aussi étendu, je dois me borner à une rapide esquisse.

Les amnésies traumatiques, généralement fonctionnelles et dynamiques, et par suite transitoires, sont quelquefois organiques et destructives.

©BIUM

L'amnésie post-traumatique dynamique, à début brusque, peut être rétrograde, antérograde, rétro-antérograde ; c'est surtout une amnésie localisée généralement complète et profonde.

Les amnésies post-traumatiques organiques débutent lentement et progressivement ; elles sont généralement rétro-antérogrades, diffuses, lacunaires, et plus ou moins profondes.

Les amnésies traumatiques peuvent avoir une origine physique ou psychique, ou encore être consécutives à une asphyxie.

Les traumatismes physiques portent sur le crâne ou la périphérie du corps. Ils provoquent des amnésies immédiates et dynamiques, ou lointaines et destructives. Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes.

Les amnésies traumatiques psychiques, ou amnésies d'origine émotive, peuvent de même être immédiates ou tardives.

Les amnésies consécutives aux asphysies (par pendaison, submersion, strangulation, etc.) sont immédiates, fonctionnelles, non progressives, quoique parfois définitives.

Le diagnostic de l'amnésie traumatique fonctionnelle est généralement facile, mais dans certains cas la cause peut se discuter et être attribuée à l'épilepsie, à l'hystérie, à l'alcoolisme, ou à une maladie organique.

Les amnésies dites organiques sont les amnésies des démences et se rencontrent beaucoup plus fréquemment que les traumatiques. Dans la paralysie générale, l'amnésie diffuse, globale, plus ou moins profonde, est rétro-antérograde ; au début de la maladie, on observe parfois des ictus amnésiques, plus ordinairement de l'amnésie professionnelle. Dans les lésions circonscrites, dans l'artério-sclérose ou l'athérome cérébral, l'amnésie est rétro-antérograde, le plus souvent diffuse, lacunaire, plus ou moins profonde. Dans la démence sénile, elle est rétro-antérograde, localisée, lacunaire et profonde. L'amnésie des démences alcooliques et syphilitiques se rapproche de celle des démences circonscrites. Toutes ces amnésies sont incurables et définitives.

Au point de vue médico-légal, les amnésies traumatiques offrent des conséquences intéressantes au civil,

©BIUM

au criminel, ou pour les affaires se rapportant aux accidents du travail. Les amnésies fonctionnelles prêtent aisément à la simulation.

Les lésions organiques ont parfois une grande importance au point de vue médico-légal, mais la question de simulation ne peut guère se poser.

Le deuxième mémoire est adressé par M. Dromard, médecin-adjoint à l'asile de Clermont. Il divise son travail en trois parties : étude des troubles de la mémoire, étude psychologique, étude médico-légale.

Dans la première partie, les troubles de la mémoire sont successivement analysés : 1° dans les lésions cérébrales diffuses ; 2° dans les lésions cérébrales disséminées, qui diffèrent surtout des précédentes en ce qu'elles sont multiples et répandues plus ou moins sur toute l'étendue de la masse cérébrale, formant ainsi une sorte de trait d'union entre les lésions circonscrites et les lésions diffuses du cerveau ; l'auteur donne une place importante dans ce chapitre aux encéphalopathies dystrophiques d'origine vasculaire ; 3° dans les lésions cérébrales circonscrites ; 4° dans les lésions cérébro-spinales ; 5° dans les lésions traumatiques.

Le traumatisme peut porter soit directement sur le crâne, soit sur une partie du corps plus ou moins éloignée ; dans ces derniers cas, M. Dromard attribue l'amnésie, non pas à une commotion, mais simplement à l'émotion morale.

La deuxième partie est consacrée à l'étude psychologique des mémoires de fixation, d'évocation et d'identification.

Dans la troisième partie, l'auteur envisage la question au point de vue médico-légal. Il examine les troubles amnésiques chez les inculpés et les témoins et termine par l'étude des amnésies simulées.

Le mémoire de M. Dromard, d'une lecture facile et plein d'aperçus ingénieux, dénote un travailleur consciencieux et un écrivain distingué. Mais cet ouvrage n'est que le complément d'un autre, paru il y a deux ans, fait en collaboration et couronné par l'Académie de médecine. Or, le règlement ne nous permet pas de décerner une récompense à un travail non inédit et couronné par une autre société savante. Nous avons

©BIUM

donc dû, à notre grand regret, éliminer le travail de M. Dromard.

Le mémoire de M. Benon est encore supérieur au précédent. Il indique une somme de labeur considérable ; c'est une étude purement clinique, sans parti pris, très sérieuse et très intéressante. Il est, sous tous les rapports, digne du prix Aubanel que votre Commission vous propose de lui décerner.

La question proposée pour le concours de 1910 est la suivante : « Etude clinique de l'insomnie dans les maladies mentales. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées ; le prix Aubanel est décerné à M. Benon.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. Trénel. — Deux mémoires ont été présentés pour le prix Esquirol, dont la Commission est composée de MM. Dupain, Arnaud, Pactet, Vigouroux, Trénel. L'un a pour titre : Psychoses de la volonté, l'autre est intitulé : L'œil dans les états épileptiques et l'hystérie.

Pour le premier mémoire, sans nom d'auteur et portant la devise suivante : « La volonté est la maîtrise de soi », nous devons poser la question préalable. Ce travail, en effet, ne répond pas au programme du prix Esquirol, et quel qu'en pourrait être l'intérêt, il s'élimine de lui-même. Ce n'est, en effet, qu'une dissertation théorique sans aucune des observations personnelles qui sont la partie la plus importante du programme du prix Esquirol. Nous n'avons donc pas à en parler plus longuement.

Le second mémoire a pour auteurs MM. Rodiet, Pansier et Cans. Dans ce volumineux travail de près de 900 pages, les auteurs passent en revue tous les symptômes oculaires des épilepsies et de l'hystérie. Ils étudient d'abord l'œil dans l'épilepsie vraie avant, pendant et après la crise, examinant à tour de rôle les divers phénomènes dans chacune de ces périodes. Nous ne saurions exposer tous les détails donnés ; nous nous bornerons à rapporter l'opinion des auteurs sur l'état de la pupille et de la papille dans les diverses périodes

©BIUM

de la crise. Pour eux, une mydriase se produit le plus souvent au début de l'accès, mais non d'une façon absolument constante; cette mydriase se maintient pendant la période des convulsions pour revenir peu à peu à l'état normal, qui est d'ailleurs, en général, un léger état de dilatation (jusqu'à 4 millimètres, chiffre conventionnel). Les réflexes de l'iris sont abolis dans la crise, puis paresseux; parfois paradoxaux ou avec hippus.

Les auteurs prennent franchement position dans la question controversée de l'état du fond de l'œil, au cours de la crise. Pour eux, deux ou trois minutes avant la crise il y a ischémie; pendant la crise, congestion intense et pouls veineux, symptômes qui persistent un temps variable pour disparaître deux heures au plus après la crise.

En ce qui concerne la thérapeutique, les auteurs conseillent de corriger les vices de la réfraction et de la musculature, correction qui amènerait des améliorations et même des guérisons.

Avant d'entamer l'étude de l'hystérie, l'hystéro-épilepsie est examinée : mais ici les auteurs se bornent à donner des observations sans tirer de conclusions générales.

Les manifestations oculaires de l'hystérie sont reprises complètement dans un long chapitre. Les auteurs s'attachent plus particulièrement ici à la détermination du champ visuel pour les couleurs. Ils ont vérifié une fois de plus l'inversion des cercles colorés qu'ils considèrent comme constante et presque plus pathognomonique que le rétrécissement concentrique du champs visuel. Ils notent cependant que l'ordre des couleurs peut être changé dans différents examens et admettent que ces changements peuvent coïncider avec des variations dans l'état général. On peut se demander ici, si, malgré leurs consciencieux efforts, les auteurs se sont mis complètement à l'abri des causes d'erreurs et des réponses fantaisistes d'hystériques entraînées peu à peu aux manœuvres du campimètre.

Nous serions tentés de faire la même critique au sujet de la longue étude de la polyopie monoculaire, où, malgré le grand nombre des observations, on ne peut se

©BIUM

défendre d'un certain doute sur la certitude absolue des résultats donnés.

Les auteurs reconnaissent d'ailleurs que par la suggestion hypnotique on crée facilement une polyopie; mais celle-ci se distinguerait de la polyopie vraie par le fait que l'interposition d'un verre coloré n'a aucune action modificatrice et qu'elle ne s'accompagne pas de micropsie ni de macropsie.

Nous ne pouvons ici non plus examiner un à un chacun des paragraphes du mémoire sur chacun des symptômes oculaires étudiés, d'autant que souvent il s'agit de faits connus, catalogués, auxquels les auteurs apportent seulement leur contribution clinique. Indiquons en passant l'étude de la kopiopie ou accommodation douloureuse ; les auteurs n'admettent pas que cette asthénopie névrosique ait quoi que ce soit de commun avec l'asthénopie accommodatrice, si ce n'est la ressemblance des symptômes. Citons encore la discussion sur le blépharospasme douloureux ou indolore suivant les les cas, et qui peut être clonique et alors toujours bilatéral, ou tonique, plus souvent unilatéral.

L'amaurose, les troubles de la musculature entre autres faits sont longuement étudiés. A ce propos les auteurs déclarent que l'ophthalmoplégie hystérique n'a de commun que le nom avec l'ophthalmoplégie vulgaire. Ce n'est pas une ophthalmoplégie vraie, les malades conservant les mouvements involontaires et ne perdant que les mouvements conscients, ou mieux, réflexes.

Cette deuxième partie est complétée par un chapitre de considérations sur les troubles oculaires de l'épilepsie et de l'hystérie au point de vue médico-légal, avec une observation intéressante au sujet des accidents du travail (hystérie et alcoolisme chez un terrassier ayant subi un coup de pression).

La troisième partie a trait aux troubles oculaires dans les affections nerveuses s'accompagnant d'épilepsie.

Nous ne pouvons suivre les auteurs dans la multitude des sous-chapitres de cette partie de leur mémoire.

Nous nous bornerons à signaler l'exposé des données diagnostiques de la mydriase dans les hémorragies cérébrales, du myosis dans les ictus de la paralysie générale, de l'importance de l'œdème papillaire et parfois des

©BIUM

hémorragies du nerf optique dans l'hémorragie méningée libre ou enkystée, d'un diagnostic souvent si ardu.

L'étude de l'atrophie pupillaire des paralytiques généraux tient une large place. Les auteurs admettent qu'elle se distingue peut-être de celle du tabes, par le fait que l'excavation centrale est plus marquée.

L'atrophie secondaire à la névrite ne serait presque jamais aussi complète que dans le tabes, peut-être à cause de la moindre durée de la paralysie générale.

Cliniquement, l'atrophie présenterait deux types : 1° dans l'un, le champ visuel se rétrécit et l'acuité visuelle baisse d'une manière parallèle; 2° dans l'autre, l'acuité visuelle peut rester intacte pendant longtemps, alors que le champ visuel est rétréci considérablement.

Pour terminer, dans une note anatomo-pathologique, les auteurs donnent le résultat de l'examen histologique d'une névro-papillite à évolution scléreuse et de rétinite dans un cas d'artério-sclérose avec une syphilis gommeuse du cerveau.

Tel est brièvement schématisé le contenu de ce volumineux, on pourrait dire trop volumineux mémoire. Les auteurs paraissent s'être donné comme but de mettre au point l'ophthalmologie des affections épileptisantes. On pourrait leur reprocher d'avoir voulu peut-être trop étreindre, confiants dans une triple collaboration.

Mais le travail leur a coûté un sérieux effort, les observations très nombreuses — il en est donné soixante personnelles — ont demandé des examens répétés.

Vous avez l'an dernier décerné un encouragement aux auteurs sur un sujet du même ordre. Le mémoire présenté aujourd'hui réunit comme documentation et travail personnel les titres à recevoir le prix Esquirol.

Conformément à ces conclusions, le prix Esquirol est décerné au mémoire de MM. Rodiet, Pansier et Cans.

©BIUM

Les délires à éclipse chez les alcooliques,

par MM. R. BENON, médecin-adjoint des asiles publics,
et E. GELMA, interne des asiles de la Seine.

Sous le nom de délires à éclipse, M. Legrain (1) décrit cliniquement des états délirants aigus ou subaigus, ou plus ou moins prolongés, variés dans leurs formes, d'apparence transitoire, le plus souvent à retours périodiques, semblables enfin à eux-mêmes dans leur réapparition, puisqu'ils continuent le premier état délirant qui se trouve complété ou développé.

Ils reparaissent fréquemment sous l'influence d'une intoxication, et notamment d'une intoxication éthylique.

Les diverses formes cliniques que revêtent les délires à éclipse chez les alcooliques, difficiles souvent à saisir au début de l'accès subaigu à cause des hallucinations multiples et de l'état confusionnel du sujet, sont très nettes quand les troubles psychiques aigus ont disparu ou simplement commencent à disparaître.

M. Legrain, du fait de sa situation particulière, qui lui permettait de suivre longtemps de nombreux malades alcooliques, a pu isoler ces formes cliniques spéciales.

Nous apportons ici quelques exemples de ces délires à éclipse chez les alcooliques.

Au point de vue clinique, comment se présentent les alcooliques qui font des délires à éclipse ?

a) Tantôt c'est un état délirant subaigu simple, avec troubles psycho-sensoriels particuliers, à prédominance manifeste soit sur l'ouïe, soit sur la vue ou l'odorat, etc. Lorsque cet état délirant reparaîtra, il offrira les mêmes caractères que primitivement. (Obs. I, II, III.)

b) Tantôt le délire à éclipse est plus complexe : les idées de persécution, de mélancolie, etc., avec hallucina-

(1) Legrain. *Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du droit.* Rousseau, 1906, p. 175. — Le présent travail a été exécuté dans le service du Dr Legrain (service spécial des alcooliques du département de la Seine).

©BIUM

tions sont plus ou moins marquées, apparaissent ou plutôt, s'affirment nettement après les accidents subaigus passés. Puis elles s'effacent ou bien le malade n'y croit plus, quoiqu'il en garde le souvenir, ou bien même il n'y pense plus du tout. Dans le premier cas, il y a rémittence ou récurrence du délire (délires récurrents ou rémittents) ; dans le second cas, il y a une véritable reviviscence de l'état délirant. Chez nos malades, le retour du syndrome délirant est dû à de nouveaux excès de boissons. (Obs. IV, V, VI, VII, VIII.)

c) Tantôt enfin les idées délirantes persistent plus longtemps après l'état aigu ou subaigu, et le malade, s'il ne paraît pas délirer effectivement, n'en continue pas moins à croire à la réalité de ses idées de persécution ; il délire au passé. (Obs. IX.)

La rechute fera reparaître l'état délirant primitif, quelquefois complété, c'est-à-dire avec les éléments délirants surajoutés au premier état. C'est ainsi qu'il y a systématisation et même quelquefois évolution du délire (délires systématisés rémittents et récurrents).

Obs. I (1) (résumée). — Délire récurrent simple alcoolique. Deux accès subaigus alcooliques cérébraux, à dix ans d'intervalle, même hallucination spéciale de l'odorat.

A..., Paul, quarante-trois ans, comptable, entré en avril 1902 dans le service spécial des alcooliques de Ville-Evrard.

Très halluciné, il voit des animaux repoussants, des araignées grimpent sur lui ; mais ce qui domine surtout, c'est une odeur infecte spéciale, qu'il perçoit sans cesse.

Revenu à lui, le malade raconte avec étonnement, qu'il y a dix ans, il présenta un état analogue avec hallucinations semblables ; mais surtout, fait particulier, il sentait une odeur repoussante, tout à fait identique à celle qu'il a perçue dernièrement.

Obs. II (résumée). — Délire récurrent simple alcoolique. Deux accès cérébraux alcooliques subaigus ; même hallucination particulière de l'ouïe : « On va le tuer ».

G..., Louis, vingt-sept ans, monteur en bronze, vient pour la deuxième fois dans le service spécial de Ville-Evrard en septembre 1907. Il entend, fait banal chez un alcoolique, une

(1) Toutes les observations qui suivent ont été recueillies dans le service du Dr Legrain.

©BIUM

voix qui lui dit : « On va te tuer, on va te tuer ». Mais la déclaration du malade est curieuse; c'est la deuxième fois que j'entends cette voix et c'est toujours la même; c'est une grosse voix sourde, dit-il. Il a présenté, en effet, la même hallucination lors de sa première entrée dans le service, deux mois auparavant.

Obs. III (résumée). — Délire récurrent alcoolique simple. Deux internements, même état délirant hallucinatoire.

P..., Gentien, quarante-trois ans, tripier, est un alcoolique chronique : il a été interné deux fois à Ville-Evrard. La première fois, en juillet 1906; il voyait des insectes et des fils de fer, mais surtout il voyait couler de l'eau dans sa chambre.

L'eau coulait abondamment le long des murs, sur le plafond, dans les encoignures. Il guérit rapidement.

Quatre mois après, au mois de novembre 1906, P... revient après un nouvel accident aigu. Il s'était levé de chez lui en pleine nuit parce qu'il voyait une seconde fois de l'eau couler dans sa chambre. Le mur situé devant son lit laissait passer un flot de liquide qui se répandait sur les planches d'une étagère fixée à ce mur, et de là tombait par terre. L'eau coulait ainsi durant deux à trois jours.

Croyant qu'on voulait le noyer, il commence un déménagement en règle, pour éviter que ses meubles soient mouillés.

D'après les renseignements fournis par sa femme, il a eu souvent de petites poussées de délire sous l'influence d'excès alcooliques, et il présente à chaque fois les mêmes troubles psycho-sensoriels.

P... aujourd'hui va bien; il fait remarquer spontanément que chaque fois les mêmes scènes se déroulent avec les mêmes détails.

Obs. IV (résumée). — Délire récurrent chez un alcoolique : idées de persécution et hallucinations à réapparitions périodiques sous l'influence de l'alcool.

D..., Blaise, trente-quatre ans, peintre en bâtiments, entre à l'asile de Ville-Evrard, dans le service des alcooliques, en février 1903, pour la première fois. Il était en butte aux persécutions d'un certain nombre d'individus. « Ils sont, dit-il, au « nombre d'une vingtaine : tout le temps après moi, ils m'ont « abîmé les poignets. Ils me crient des injures et me font des « menaces de mort. Il y a deux ans que je me suis aperçu que « l'on m'en voulait. Ça leur prend tout d'un coup; alors ils « crient après moi et me cherchent querelle. »

Cet accès disparaît bientôt. Quelques jours après cependant, au mois de mars, il revoit tout à coup des animaux monstrueux,

©BIUM

des araignées, des serpents, et aussi les mêmes individus qui le poursuivent et lui plantent un couteau dans le dos. Tout disparaît, peu à peu, et il sort le 2 juin 1903. Interrogé à ce moment sur ses persécutions, il croit encore réellement qu'on lui en voulait.

En avril 1904, D... revient à l'asile. Arrêté sur la voie publique, il se sauvait pour échapper à ses ennemis. Interné, il va bientôt mieux, il avoue s'être livré de nouveau à la boisson, et avoir eu à plusieurs reprises la vision de personnages menaçants.

En septembre 1904, le malade sort. Il n'a plus d'idées délirantes, il ne croit plus que des personnes lui en veulent.

En janvier 1905, nouvel internement ; des assassins veulent le tuer, des gens veulent lui couper le cou, lui donner des coups de couteau. Il demande protection à la police et se trouve de nouveau interné. A Ville-Evrard, il se croit encore poursuivi par des individus qui lui plantent un couteau dans le dos. Puis, tout disparaît encore, et en mars 1905 le malade sort.

En décembre de la même année, nouvelle entrée. Il est arrêté rue Lobau, où il causait du scandale. Des gens s'acharnaient après lui, voulaient le jeter à l'eau, des voix invisibles l'appelaient : « D... dégoutant ».

Actuellement, le malade est encore guéri et il n'a plus d'idées délirantes.

Obs. V (résumée). — Délire récurrent chez un alcoolique, suivi d'un oubli passager. Quatre internements : 1894, 1898, 1900, 1906. Retour chaque fois des mêmes hallucinations et des mêmes idées délirantes.

D... Paul, déménageur, est entré quatre fois à l'asile de Ville-Evrard.

En juillet 1894, il est interné pour la première fois. Un crime a été commis à Neuilly-sur-Seine, un cocher a été assassiné. C'est lui le coupable, entend-il dire de tous côtés.

Ce malade guérit bientôt et sort, ne croyant pas qu'il fût en réalité un coupable. Il oublie complètement même cette idée.

En juillet 1898, tout le monde le poursuit : « C'est Paul, le déménageur, crie-t-on, c'est lui qui l'a tué avec son revolver. » Interné à nouveau, il reconnaît bientôt que personne ne le poursuivait, qu'il n'a pas tué et qu'il était le jouet d'hallucinations.

Il sort en novembre 1898.

En 1900, en juillet, il va se plaindre à la gendarmerie que des gens veulent le couper en morceaux et le lyncher pour le crime qu'il a commis.

Il erre sept à huit jours dans le bois de Vincennes, pour-

©BIUM

suivi par des individus qui le menacent et qui le montrent du doigt en disant : « C'est lui, c'est celui-là, c'est un cochon, c'est D... qui a commis ce crime. »

Arrivé dans le service, le malade s'améliore, et bientôt le délire disparaît.

Le malade sort, en novembre 1900, ayant encore oublié son délire.

En 1906, au mois de mai, D... est de nouveau arrêté. Il s'était réfugié dans un chantier, où il se tenait caché pour se protéger contre des ennemis qui le poursuivaient et l'accusaient d'un crime : on le traitait de cochon, de salaud, de brigand, etc., on devait le tuer.

A Ville-Evrard, le malade raconte ainsi son histoire : « C'est toujours la même chose, dit-il, c'est comme les autres fois dans mes oreilles : tout le monde parle de moi, je suis poursuivi, j'ai tué quelqu'un, on va m'exécuter, me couper en morceaux; cela me dure huit jours et je n'y pense plus. »

Telle est, d'après l'expression du malade lui-même, la caractéristique de son délire. A chaque excès alcoolique, mêmes hallucinations et mêmes idées délirantes.

Obs. VI (1) (résumée). — Délire récurrent. Deux internements pour accidents subaigus alcooliques à vingt-trois ans d'intervalle. Même accusation imaginaire.

P... Auguste, raccommodeur de porcelaine, est un alcoolique doublé d'un saturnin.

Il entre à l'asile de Ville-Evrard en janvier 1905 avec des accidents cérébraux subaigus.

Il se voit accusé d'un vol qu'il aurait commis il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, dans un de ses voyages. Les voix qu'il entendait ne précisaient pas la nature du vol, mais lui affirmaient qu'il avait commis son délit à Poitiers. A l'Asile Clinique, il croyait être à la prison de Fresnes, à l'effet de purger une condamnation pour ce vol. Quelque temps après, le malade se ressaisit, les hallucinations disparaissent, et il ne peut s'expliquer comment de pareilles idées lui sont venues.

Il se rappelle qu'en 1880 il fut déjà interné à l'Asile Clinique. Dans son délire alcoolique qui dura quarante-huit heures, il se voyait également accusé d'un vol défini ; il s'agissait d'un vol de fourrure. Le malade vint d'ailleurs lui-même se livrer à la police pour se disculper.

---

(1) Les deux observations VI et VII ont été publiées par M. Legrain. (*Eléments de médecine mentale appliqués à l'étude du droit*, 1906, p. 205 et 171).

©BIUM

OBS. VII (résumée). — Délire récurrent. Deux internements en 1902 et 1905. Deux tentatives de suicide identiques suivies d'amnésie totale.

B..., quarante ans, laveur de vitres, est un alcoolique absinthique. Il a perdu sa femme quelques années avant son premier internement, et depuis ce temps il est profondément triste.

Lorsqu'il a bu, cette tristesse devient paroxystique et le malade présente un accès très court de mélancolie où il manifeste des idées de suicide. Mais jamais il n'a mis ces projets à exécution, lorsqu'il fait, en 1902, des accidents cérébraux alcooliques. On l'arrête alors sur le pont Louis-Philippe au moment où il enjambait le garde-fou pour se jeter à l'eau, après y avoir lancé tout d'abord son échelle et son seau. De cette tentative de suicide, le malade n'a conservé aucun souvenir.

En 1905, nouvel accès délirant alcoolique, le malade est encore arrêté au moment où il allait enjamber un pont, après avoir jeté dans le fleuve son échelle, puis son seau.

Cette idée de la mort devenue obsédante pour le malade n'avait pas pris forme tant que le malade était conscient et que d'autres motifs balançaient la fatale résolution.

Deux fois, des accidents cérébraux la réveillent; elle se traduit par deux actes automatiques et semblables.

OBS. VIII (résumée). — Délire à éclipse. Accidents alcooliques cérébraux subaigus. Idées de persécution et interprétation.

H..., Christophe, quarante-cinq ans, coupeur de cuir, entre à Ville-Evrard à la suite d'une fugue hallucinatoire.

Toutefois, voici le fait réel qui a précédé son délire. Un an avant les accident cérébraux qu'il présente, il avait porté plainte contre le curé d'Arcueil qui avait giflé son enfant.

Le malade oublie cette affaire, il n'en parle jamais plus au dire de sa femme. En 1905, il vient dans le service en proie à un délire intense. Il se calme bientôt et raconte alors que les cléricaux lui en veulent, qu'ils le persécutent, le faisant chasser de son logement; on lui a donné congé sans motif. De plus, on a renvoyé son enfant de l'Ecole des Frères ; on a essayé de le renvoyer de chez son patron ; heureusement que ce dernier est républicain, etc.

Tout ceci est arrivé depuis qu'il a porté plainte contre ce curé; c'est pourquoi les cléricaux lui en veulent et le poursuivent : « Voilà l'anarchiste, il va faire sauter le quartier. »

Puis tout disparaît. Le malade guérit et s'étonne d'avoir rattaché son délire à l'histoire du curé, à laquelle il ne pensait plus.

©BIUM

Obs. IX (résumée). — Délire à éclipse récurrent. En juillet 1905, accidents alcooliques cérébraux subaigus qui disparaissent assez vite. Puis apparition d'idées délirantes de persécution avec interprétations. Effacement lent et progressif de ces idées délirantes; délire au passé. En janvier 1906, nouvel accès subaigu hallucinatoire, puis idées délirantes de persécution avec interprétations qui disparaissent encore progressivement. Le sujet délire au passé.

M..., Emile, trente-cinq ans, cocher livreur, est un alcoolique absinthique à hérédité nerveuse très chargée. En juillet 1905 sa femme meurt; il fait une fugue hallucinatoire de cinq à six jours et se trouve interné. A l'asile il est très délirant, il ne voit que batailles, il assiste à des attaques nocturnes; puis quelques jours après, les troubles psycho-sensoriels se calment, mais l'on voit apparaître des idées délirantes qui vont s'organiser.

Il ne sait pas ce qu'il a fait pour être arrêté; des agents l'ont amené en fiacre au commissariat et l'ont endormi en lui passant quelque chose de brillant sous le nez, du chloroforme sans doute. Mais s'il a des souvenirs vagues de son arrestation, il sait pourtant bien qu'il est victime d'une machination.

En effet, c'est la famille de sa femme qui est cause de tout : « Je commence à la connaître maintenant; on a voulu faire main basse sur ce que j'ai. D'ailleurs depuis trois ans, depuis la mort de mon beau-frère, beaucoup de choses ont disparu, et je m'en étais déjà plaint à ma femme; on a écrit contre moi une lettre anonyme et mes beaux-parents purent ainsi me faire interner. »

Quelques jours de repos amenèrent une amélioration notable dans l'état du malade; les faiblesses, les lourdeurs des jambes qu'il présentait à son entrée disparaissent. Il commence, d'autre part, à douter de l'histoire du chloroforme.

Au mois d'août, il n'y croit plus; mais pour ses histoires de famille, c'est tout autre chose; s'il ne veut plus y penser, cependant il y croit toujours.

A la fin du mois, le malade sort; il ne parle plus des persécutions dont il a été l'objet de la part de ses beaux-parents, il a oublié tout cela. En réalité, si on insiste, il ne le nie pas, mais cela est flou, il se le rappelle à peine.

Le délire s'est éclipsé, il se recouvre d'autres états de conscience. Il finirait, si le malade restait sobre, par disparaître complètement, en apparence du moins; car en réalité, il est devenu latent et en voici la preuve.

De nouveaux excès alcooliques ramènent le malade à l'asile au mois de janvier 1906, avec des terreurs nocturnes, hallucinations diverses, zoopsie; ces troubles se calment et un délire surgit et s'installe. Or, ce délire n'est pas nouveau, il continue le précédent. Son beau-père voulait le tuer, il ne cessait de lui tendre des embûches; c'est pourquoi il a été se plaindre au

©BIUM

commissaire qui l'a envoyé au Dépôt. Ses beaux-parents l'ont spolié; ils ont pris les clefs des armoires lorsque sa femme était sur son lit de mort; ils l'ont dévalisé, tout y est passé : argenterie, linge, robes, meubles, crayons, papiers, porte-plume, lunettes, etc... ; puis on l'a mis à la porte de chez lui.

Sa femme, de son vivant, était elle-même contre lui. N'a-t-elle pas dit à une de ses amies : « Je laisserai mon mari sur la paille, je mettrai mes parents à leur aise »? Sur sa tombe enfin l'on a mis : « Regrettée de ses père, mère, frère, sœur et de toute la famille. » On l'a omis volontairement.

D'ailleurs s'il est venu une fois déjà à Ville-Evrard, il le doit à son beau-frère qui a envoyé une lettre anonyme contre lui.

Pendant plusieurs semaines, le délire reste stagnant, mais vers le mois de mai, il s'affaiblit; le malade croit cependant toujours à la lettre anonyme. Au mois de juin, tous ses souvenirs s'estompent : on a du mal à lui faire rappeler les persécutions dont il était l'objet, il ne les discute guère; il ne délire plus dans le présent, il délire encore dans le passé, faiblement.

Cette répétition des mêmes idées délirantes, des mêmes hallucinations, des mêmes actes est donc frappante chez ces malades. Ils délirent comme ils ont déliré il y a six mois, il y a un an, il y a dix ans. Quand on les interroge après chaque accès, tantôt ils ne croient plus à ce qu'ils ont rêvé et ils oublient; tantôt, s'ils n'ont pas oublié complètement leur état délirant, s'ils croient encore à sa réalité, s'ils continuent en somme à délirer, c'est au passé et sans réagir.

Les idées délirantes sont remplacées, en fait, par les états de conscience du présent, par les acquisitions nouvelles journalières ; cependant elles n'ont pas complètement disparu, elles restent latentes, subconscientes.

C'est pourquoi on ne peut dire qu'il y ait guérison, car survienne un accident, une intoxication plus ou moins prolongée, etc., le délire reparaît, délire qui sera toujours identique au premier ou le continuera. Il s'ensuit que cette réapparition, cette reviviscence n'est pas obligatoire puisqu'elle est subordonnée à la cause qui remet le délire à nu.

Toutes les intoxications peuvent réveiller le délire éclipsé.

Si les malades observés sont pour la plupart des alcooliques, c'est à cause de la fréquence même de ce genre d'intoxication, et à cause du caractère même des

©BIUM

intoxiqués alcooliques qui ne guérissent que rarement de leurs habitudes et se transforment pour ainsi dire en malades de laboratoire.

Au point de vue diagnostique, on ne confondra pas les délires à éclipse ou récurrents avec les délires périodiques décrits autrefois : le délire intermittent de Taguet (1), la *paranoïa* périodique ou délires sysmatisés périodiques avec hallucinations de Kauch (2), Ziehen (3), Granelli (4). D'autre part, Vaschide et Vurpas (5) ont étudié récemment le rythme psychobiologique dans l'automatisme de certains aliénés ; un geste, une idée, une phrase, un délire, émergent d'une façon intempestive de la conscience pour disparaître plus ou moins rapidement, surgir de nouveau, et s'imposer.

Tous ces faits rentrent dans la folie intermittente, dans la psychose maniaque dépressive. Leur apparition est ordinairement obligatoire et la périodicité est la caractéristique même de l'affection. Chez nos malades au contraire c'est une cause adjuvante, notamment, l'alcoolisme qui fait réapparaître le délire latent, et cette cause n'est pas obligatoire, de telle sorte qu'un malade peut n'avoir qu'un seul délire à éclipse dans sa vie. De plus, dans la folie maniaque dépressive on se trouve en présence d'états émotionnels, tandis que dans les délires à éclipse on a affaire à de véritables états délirants (6).

Il en est de même pour les états intermittents des dégénérés, dont la caractéristique est du reste le polymorphisme et non la similitude des idées délirantes.

En somme, au point de vue clinique, ce qui caractérise spécialement le délire à éclipse, c'est que l'état délirant

---

(1) Taguet. Contribution à l'étude du délire intermittent. *Annales médico-psychologiques*, 1882, p. 208.

(2) Kauch. Contribution à l'étude de la folie systématisée périodique. *Annales médico-psychologiques*, 1892, p. 324.

(3) Ziehen. Une nouvelle forme de psychose périodique. *Monats. für Psych. und Neur.* Bd. III, p. 30.

(4) Granelli. Paranoia aiguë périodique. *Riv. sper. de freniatria*, 1890.

(5) Vaschide et Vurpas. Du rythme psychobiologique de l'automastisme de certains aliénés. *Soc. méd.-psych.* 24 novembre 1902. *Ann. méd.-psych.*, 1902, p. 207.

(6) Legrain, *loc. cit.*, p. 192.

©BIUM

aigu ou subaigu, ou plus ou moins prolongé, disparaît lentement et progressivement, et que cette disparition, qui donne l'illusion de la guérison, n'est qu'apparente. En effet, ces délires qui s'évanouissent, s'assoupissent en quelque sorte, plus ou moins automatiquement, quelquefois avec le concours du malade, ne font que s'éclipser et la moindre cause occasionnelle les fera revivre en quelque sorte complètement (reviviscence du délire), ou simplement reparaître, car ils étaient encore dans le souvenir du sujet (récurrence ou rémittence du délire). Quelques-uns, il est vrai, ne se reproduisent plus : ce sont alors de simples délires à éclipse.

M. LEGRAIN donne ensuite lecture, au nom de M. Boudin, de l'observation suivante de délire à éclipse, à variété récurrente.

Un cas de délire à éclipse chez un dégénéré alcoolique,

Par le Dr V. BOURDIN,
Médecin en chef de l'asile d'aliénés
de la Sarthe.

M... Auguste, quarante ans, ajusteur-mécanicien, entre à l'asile d'aliénés du Mans, le 16 décembre 1904, pour la treizième fois.

Le certificat d'admission est ainsi conçu : « M... est un buveur invétéré, fils d'alcoolique ; il profère des menaces de mort contre toute personne qui le contrecarre dans ses idées. »

M... est, en effet, un alcoolique chronique, un vieux pilier d'asile dont l'histoire, tant au point de vue social qu'au point de vue clinique, m'a paru assez curieuse pour que j'aie cru de quelque intérêt de la rapporter.

M... est né à S..., petite ville de la Sarthe, le 20 novembre 1864. Il était le second de dix enfants, huit garçons et deux filles, mais devint bientôt l'aîné par la mort du premier de ses frères, emporté à l'âge de cinq ans par le croup. M... avait alors trois ans. Le père de M..., charron, était très pauvre ; aussi M... n'alla-t-il que peu de temps à l'Ecole des Frères ignorantins de S..., et de bonne heure il aida son père dans son métier, de onze à dix-neuf ans. Après cette période d'apprentissage, pressé sans doute par ses parents, il va s'embarquer à Brest comme ouvrier mécanicien, sur un transport-aviso de l'Etat, et fait un long voyage à travers le monde comme engagé maritime volontaire. Il traverse la mer Rouge,

©BIUM

reste seize mois à Madagascar ou à la Réunion, repart, est envoyé à la Nouvelle-Calédonie, puis aux Nouvelles-Hébrides, à Sydney, etc. Le voyage dura trois ans ; au retour, en novembre 1886, il obtient un congé renouvelable et rentre dans sa famille, à S..., où il est reçu assez froidement. C'est que M... avait pris des habitudes et des allures plutôt libres, buvait sec, se querellait souvent, aimait les rixes et eut quelques démêlés avec la police, qui décidèrent ses parents à l'éloigner de nouveau.

M... en conçut du dépit plutôt que du chagrin ; il prétend que ses parents étaient devenus trop « bigots », ils ne le comprenaient pas, et il les accuse d'être la cause première de son intempérance : « Dans ma première jeunesse, dit-il, j'avais le vin blanc en horreur, et cependant celui de S... est fort bon ; mais après l'accueil de ma famille, à mon retour, le dégoût de la vie s'empare de moi et je me mets à boire démesurément. » En réalité, il semble que M... avait contracté ce dégoût durant son voyage au long cours, car il parle avec complaisance du tafia qu'il buvait sur les navires.

M... arrive à Paris (juillet 1888) et veut entrer comme mécanicien à la Compagnie de l'Ouest ; il passa même la visite médicale exigée, au sortir de laquelle il erra par les rues de Paris, non sans de fréquentes stations dans les cabarets.

Le résultat ne se fit pas attendre ; sous l'influence de l'ivresse, il se met à crier, à commettre des extravagances dans les rues, à se disputer avec les cafetiers, et fut arrêté pour avoir refusé, avec un entêtement d'ivrogne, de payer une consommation qu'il venait d'absorber. Il n'était que depuis cinq jours à Paris.

Dès lors commence pour M... une vie nouvelle ; il ne quittera plus les asiles d'aliénés que par courts intervalles, pendant lesquels il travaillera bien quelque temps, mais vite se remettra à boire, à commettre des extravagances, à faire des menaces surtout aux autorités, et dans ces conditions, on conçoit qu'il n'ait jamais gardé bien longtemps sa liberté.

Son premier séjour dans un asile d'aliénés date de juillet 1888. A la suite de son escapade dans les rues de Paris, il est en effet reconnu aliéné et envoyé au dépôt de la préfecture de police, puis à Sainte-Anne et à Villejuif. Le certificat de M. le Dr Legras, au Dépôt, porte : « Alcoolisme, hallucinations, propos sans suite ; » celui de M. le Dr Vallon, aux fins de transfert à l'asile du Mans, mentionne : « Débilité mentale et idées de persécution. »

M... n'a encore évidemment que de l'alcoolisme aigu ; c'est une première bouffée délirante, à vingt-quatre ans, qui devait passer vite, car M. Mordret, au Mans, ne retrouve déjà plus les idées de persécution signalées par M. Vallon. M... est calme

©BIUM

dès son arrivée (4 décembre 1888) et reste tel jusqu'à sa sortie, le 28 du même mois. Il est probable que la guérison, — car M... est sorti avec la mention *guéri* — remontait à quelques semaines avant son départ, et que l'on avait gardé M... en vue de son transfert au pays natal. La durée totale de cette première poussée délirante ne doit donc pas excéder trois ou quatre mois.

Je crois intéressant de suivre M... dans les diverses étapes de sa vie d'asile, car je ferai mieux ainsi ressortir les rémissions, les « éclipses », selon l'heureuse expression de mon maître et ami, M. le Dr Legrain, qu'a présentées son délire, et les conséquences sociales qui en dérivent.

Après son court séjour à l'asile du Mans, M... retourne à Paris et courageusement essaie de se remettre au travail. Après quatre mois d'efforts, le besoin de voyager le reprend ; il rentre à S..., sa ville natale, ne s'attarde guère auprès des siens, et recommence ses débauches ; il se querelle après boire, est mis en prison, et, dégoûté, quitte le pays. Il s'en va à Lyon, par le chemin de fer d'abord, puis fait à pied le trajet de Tours à Lyon.

Il reste quelques mois à Lyon, revient ensuite en Touraine et est occupé quelque temps aux chemins de fer départementaux ; il quitte bientôt la compagnie, très froissé de ce qu'on n'appréciait pas suffisamment ses aptitudes professionnelles et travaille de côté et d'autre chez des particuliers, changeant souvent de maître et de ville.

Le second internement est du 28 avril 1892. M... était resté en liberté plus de trois ans, c'est-à-dire que pendant trois années son cerveau a pu résister aux excès que M... n'a cessés à aucun moment. Jamais plus ce cerveau, désorganisé par un empoisonnement constamment renouvelé, ne sera capable de fournir pareille résistance, car cette période de liberté est la plus longue qui soit dans la vie de M... depuis son premier internement. Il appelle cela de la fatalité, mot qui revient souvent dans son langage ou dans ses écrits : M... n'a assurément pas tout à fait tort ; il est une victime de la fatalité de la dégénérescence, à la fois héréditaire et acquise.

Lors de sa seconde admission au Mans, M... est déjà signalé comme très dangereux par l'autorité publique : à l'asile il est abattu, déprimé, présente un certain degré de confusion mentale qui se dissipe vite. Le médecin hésite pourtant à demander la sortie que M... réclame impérieusement et qu'il se procure en s'évadant (1er juillet 1892).

Il se réfugie dans un village de la Mayenne, d'où il ne craint pas d'écrire au directeur de l'asile que, s'il s'est évadé, c'est parce que son dossier contenait des allégations fausses ; il a dû se révolter, un Français, comme il croit l'être, ne devant

©BIUM

pas hésiter en pareil cas à s'affranchir : « On est despote à mon égard ; je veux m'en plaindre et n'ai pas deux paroles. »

Réintégré le 18 juillet, il s'évade de nouveau le 4 août 1892.

Mais il ne profita pas très longtemps de sa liberté ; arrêté à Saint-Calais pour s'être battu et avoir commis des extravagances dans les rues après boire, il est acquitté en justice et renvoyé à l'asile (5 septembre 1893).

Tout de suite, il est signalé par les médecins comme amélioré. Il semble avoir eu, dit le certificat immédiat, une poussée d'alcoolisme avec vertiges, hallucinations de la vue et de l'ouïe, mais il a bien conscience de sa situation, est très calme et demande à travailler. En octobre, il est regardé comme « guéri » ; il sort en décembre.

La rechute ne se fit pas attendre ; sous l'empire de la boisson, il commet un vol à la Flèche, se fait prendre en flagrant délit, et revient à l'asile (7 mars 1894). Or, tandis que la police déclare que M... « de prime abord ne paraît pas jouir de ses facultés », M. le Dr Belletrud, à l'asile, le trouve fort calme, raisonnable, et signale l'amélioration à l'autorité préfectorale dans son certificat de quinzaine. Mais celle-ci commence à trouver qu'il y a abus, hésite à accorder la mise en liberté, M... étant de plus en plus regardé comme dangereux et redouté dans sa ville natale et même dans le département. Le résultat fut une nouvelle évasion de M... le 14 juillet 1894, au cours d'une promenade en ville à l'occasion de la fête nationale.

Cinquième admission le 18 mars 1895, et répétition des mêmes faits ; excité et incohérent à son arrivée, M... se calme dès l'expiration de la quinzaine, mais ne sort que le 7 août 1895. — Il fut donc tenu cinq mois en observation ; ce laps de temps parut nécessaire en raison des précédents internements de M..., qui d'ailleurs avait été amené de la prison du Mans.

La sixième admission est du 30 janvier 1896. Pour donner une idée de ce que fait notre malade au dehors de l'asile, quand il est sous l'influence de l'ivresse, j'extrais du procès-verbal de la gendarmerie quelques passages : « M... fait des évolutions sur la place publique de S..., en poussant de grands cris ; à sa vue, comme il est redouté, tous les commerçants de la place ont fermé leur devanture. Depuis quatre mois, M... fait de fréquentes apparitions à S... ; il entre dans les auberges où on n'ose lui refuser à boire, bien qu'il ne paie jamais. Sa mère lui a fermé sa porte, mais il a réussi à pénétrer chez elle et a tout brisé. Divers individus ont été maltraités en pleine rue par M..., qui était pieds nus, sans coiffure, les cheveux hérissés ! » Les bons gendarmes ont évidemment fait tous leurs efforts

©BIUM

pour faire réintégrer M..., ce qui eut lieu bientôt à la grande joie des gens de S...

Ce nouveau séjour est encore très bref ; M... s'évade en effet le 7 mars 1896 ; il est réintégré le 8 ; mais vu son état, est remis en liberté le 14 mars 1897, guéri depuis longtemps, déclare le médecin de l'asile.

A peine libéré, M... reprend sa vie aventureuse ; il travaille quelque peu à Trouville, au Havre, à Pontorson, mais commet l'imprudence de revenir à S..., s'enivre, et, pris d'un délire furieux, est ramené à l'asile (septembre 1897). Il sort, toujours considéré comme guéri, le 18 juin 1898, non sans avoir fait, une semaine auparavant, une tentative d'évasion, selon son habitude. Je retrouve au dossier de M... le rapport des infirmiers chargés de le rechercher ; il y est dit que M..., à peine sorti de l'asile, est entré dans un café dans le quartier même, fait du tapage parce qu'on lui refuse à boire, parcourt les rues du Mans et se dirige enfin, muni de son pécule de sortie, vers le quartier mal famé de la ville, où il s'attarde quelque peu. Il songe ensuite à rentrer à S... et est rencontré à la gare par nos infirmiers.

Or, à sa sortie, officielle celle-là, quelques jours après, les mêmes faits se reproduisent ; on le voit rôdant dans les cafés autour de l'asile, où il revient deux heures après son départ, sous un prétexte futile, et où un interne constate son ivresse notoire.

L'énumération des divers internements de M... risquant de devenir fastidieuse, je demande la permission de passer aussi rapidement que possible sur les séjours ultérieurs de M... à l'asile du Mans, pour arriver à mes constatations personnelles.

La huitième entrée est du 7 février 1900. Depuis un mois environ, il mettait la terreur dans la ville de S..., entrant sans façon dans les maisons, se faisant servir à manger et à boire, s'installant dans les cafés pour boire sans la moindre gêne les consommations que les clients venaient de se faire servir et de payer. Nul, paraît-il, n'osait protester. — A l'asile, M... est calme dès les premiers jours et sort le 12 avril 1900, considéré encore comme guéri, après deux mois seulement de traitement.

Neuvième entrée : 27 août 1901, un an après. Il raconte au médecin qu'il a fait un effort sérieux pour se corriger, a travaillé dans une raffinerie et s'est astreint à ne boire que du lait. Cette sagesse n'a pas persisté plus de quatre mois : en septembre 1900, il recommence à boire, quitte sa place, va dans les Ardennes où il s'embauche dans une usine, mais il est rapidement congédié parce qu'il prêchait aux ouvriers la journée de six heures, au lieu de douze, et se battit avec le patron qui

©BIUM

s'était permis de lui faire des observations. Le patron porta plainte, et M... fut condamné à quinze jours de prison.

Toujours vagabond, il était allé ensuite dans la Moselle, puis part pour le Midi; à Apt, il attrape quinze jours de prison pour rébellion et outrages à agents; va ensuite à Marseille, dans le désir, paraît-il, de revoir M. le Dr Belletrud, qui l'avait soigné au Mans et dont il avait gardé excellent souvenir. M... voit son désir exaucé, car une nouvelle crise d'alcoolisme le fait conduire à l'asile de Pierrefeu (Var), où il séjourna près de trois mois.

A sa sortie, il veut se placer dans une maison de tolérance comme domestique! Econduit, il se propose de porter ses pas errants en Abyssinie, mais ne réussit qu'à rentrer à S... où, après boire, il se fait arrêter par la gendarmerie, et après quelques jours de prison est ramené à l'asile. Il n'y reste que dix jours!

Dixième entrée : Du 20 août 1903 au 14 octobre même année. — Avait encore été transféré de la prison de S...

Onzième entrée : Du 11 avril 1904 au 28 juin même année. — Sort guéri, comme toujours. C'est au cours de ce onzième séjour que je connus M...; je constatai, comme mes prédécesseurs, le calme du malade, l'absence apparente de tout délire, mais je notai un certain degré d'affaiblissement intellectuel; quand on tenait une conversation un peu longue avec lui, il marquait assez vite du désordre dans les idées, employant de grands mots à allure scientifique, mais nullement appropriés au sujet. Il me parut irritable, mais assez maître de lui pour dissimuler son impatience et ses mouvements d'humeur. Je signalais dans le certificat de quinzaine l'inaptitude de M... à un travail et à une conduite régulière, sa tendance invincible au vagabondage, au trimardage et à la boisson; je le qualifiais de dégénéré alcoolique.

Ce onzième séjour n'avait duré que deux mois. C'est le 16 octobre 1904 qu'il est ramené pour la douzième fois. Dans ses trois ou quatre mois de liberté se place encore une condamnation en correctionnelle, pour être entré ivre dans une église, le chapeau sur la tête, la cigarette à la bouche.

Le 5 décembre 1904, je rendis la liberté à M..., mais en le prévenant que c'était la dernière fois et qu'il n'avait plus à compter sur mon indulgence, s'il recommençait ses excès. M... promit tout ce qu'on voulut, jura de s'amender, et une heure après sa sortie, il revenait sonner à la porte de mon domicile, complètement ivre, criant, proférant des injures et des menaces, se plaignant que déjà plusieurs aubergistes du quartier lui avaient refusé à boire. M... n'avait pas perdu de temps. Lorsqu'il fut un peu dégrisé, il partit pour S...; ce ne fut pas pour

©BIUM

longtemps ; M... réintègre en effet l'asile pour la treizième fois, le 16 décembre 1904, dix jours après sa sortie !

Telle est la vie de M... qui, par sa funeste passion de l'alcool, n'aura connu, de vingt-quatre à quarante-quatre ans, que de rares instants de liberté. Il ne sort d'un asile que pour aller dans un autre ou en prison ; les innombrables mises en liberté de M... ont été autant d'expériences, que l'on pourrait encore multiplier si l'on voulait : le résultat serait toujours le même, la rechute devenue d'autant plus rapide que la résistance organique et morale de son cerveau n'a pu qu'aller en diminuant.

A l'heure actuelle, le voulût-il, M... ne pourrait s'abstenir de boire. Il me suffit de l'autoriser à travailler en dehors de sa section pour que M... invinciblement cherche à se procurer un ou deux verres de petit cidre qui subitement ramènent le trouble mental. J'ai pu faire constater le fait à des confrères qui ne pouvaient croire qu'une si faible quantité d'alcool, chez un individu qui semblerait devoir en supporter des doses formidables, fût capable de provoquer un tel désordre intellectuel.

Mais il n'est pas que l'alcool, même en quantité infinitésimale, qui puisse déterminer une rechute chez M... En mars 1905, c'est-à-dire plus de trois mois après son admission, alors que notre homme était déjà très calme, — j'ai suffisamment montré combien les signes morbides s'éteignent vite chez lui, — il fut opéré pour une petite hernie ombilicale et un lipôme de la paroi abdominale. L'anesthésie fut assez longue à obtenir, la dose de chloroforme employée notablement supérieure à la moyenne. Or, l'excitation, l'ivresse chloroformique ramena les mêmes symptômes, le même délire que l'ivresse éthylique : M... devient prolixe, incohérent, parle de la question sociale, des analyses d'eaux qu'il faisait au laboratoire de l'asile (au temps où il y avait un laboratoire) aux côtés de M. Journiac, etc. C'est ce qu'il dit chaque fois qu'il a bu, c'est ce qu'il disait notamment le soir où il était venu faire du scandale à la porte de mon domicile et sur la place publique.

Il est à noter que cette excitation ne disparut pas au réveil ; elle persista plusieurs jours après l'opération, M... ayant de brusques crises de larmes, se lamentant sur son sort et la fatalité, et chose curieuse et inattendue, avec le délire reparut la pituite matutinale pendant ces quelques jours.

En mars 1906, M... trouve moyen de s'évader une fois de plus ; il en profite pour rentrer à S..., boire de nouveau, et se fait très vite ramener.

En juillet de cette même année 1906, M... nous donna l'occasion d'assister à la brusque éclosion d'un accès de son délire habituel. Il était sorti de sa section pour une corvée quelconque, par inadvertance de l'infirmier. Il s'échappe, se fait donner, on

©BIUM

ne sut par qui, un verre de vin ou de cidre, et dès le soir même il se montre troublé, bizarre dans ses allures, il ne sait plus ce qu'il dit, va et vient sans but; la nuit est mauvaise, et le lendemain je constate son incohérence et l'extrême désordre de ses idées. Il crie, se montre grossier et insolent, tracasse ses compagnons, lance sa casquette, la rattrape, veut y coller des étiquettes, demande, devant moi, de l'argent à un infirmier pour prendre le train. Dans la journée, on le voit marcher avec agitation, arracher les fleurs de la cour, on l'entend parler de M. Journiac; la nuit, il jette ses couvertures par la fenêtre.

Cet état persiste les jours suivants; le 8 août 1906, je notais qu'il s'était traversé le lobule de l'oreille gauche avec une épingle. Comme je lui demande les motifs de son acte, il me répond : « Mettez-vous à ma droite, monsieur; le surveillant-chef va se mettre en face de moi, à l'index! parce qu'il s'appelle 77, tandis que moi je m'appelle 21! », etc. — M... n'avait jamais été vu à l'asile aussi troublé.

Il ne se calma que vers le milieu de septembre 1906, et encore l'équilibre mental était-il loin d'être parfaitement rétabli. Il s'est amélioré depuis lors, mais l'intelligence est manifestement affaiblie, les écrits très bizarres, souvent incohérents, les souvenirs indécis.

Furieux de ne pas obtenir sa sortie, il écrit en cachette à la Ligue française pour la défense des droits de l'homme et du citoyen. On lui répond simplement (août 1907) de s'adresser au Procureur de la République ou au Préfet.

Je n'insisterai pas davantage sur le délire de M..., peu intéressant en lui-même; mes prédécesseurs ont signalé des vertiges, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des idées vagues de persécution. M... se plaint surtout des curés, des faux dévots qui ont circonvenu ses parents, les ont éloignés de lui, et comme il prétend que c'est le chagrin ressenti de cette brouille qui l'a poussé à boire, il en est naturellement conduit à accuser les curés de tous ses malheurs. Mais ces idées, M... les a en dehors de ses accès d'agitation; il en est de même des théories socialistes plutôt enfantines qui apparaissent vite dans une conversation un peu prolongée. L'alcool ne fait qu'exaspérer ses sentiments, lui faire perdre toute retenue dans ses propos et dans ses actes; le rend incohérent et le porte à la violence. Il n'y a jamais eu chez M... de délire en voie de systématisation.

M... n'a qu'une instruction primaire; toutefois, curieux de sa nature, il a su augmenter quelque peu ses connaissances, surtout en mécanique et en mathématiques. C'est ainsi qu'il a des notions d'algèbre, de géométrie; à l'asile, il joue aux échecs très convenablement; je lui ai même fait chercher des problèmes

©BIUM

d'échecs, il les résout très vite. Comme il s'aperçoit lui-même de son affaiblissement intellectuel progressif, il s'est mis dans la tête diverses formules simples de son invention, auxquelles il se raccroche, dit-il, de crainte de perdre, avec le temps et la maladie, des notions péniblement acquises.

Il est très fier d'avoir été employé au laboratoire par M. Journiac : « J'ai fait des analyses d'eaux avec lui, affirme-t-il ; il m'avait en grande considération. Je puis dire que c'est moi qui ai installé le laboratoire. »

Cette pointe d'orgueil n'est pas tout à fait injustifiée, car M..., lorsqu'il n'a pas bu, est excellent travailleur, débrouillard et d'une réelle adresse, non seulement comme mécanicien, mais aussi comme serrurier, voire même comme menuisier. Le malheur veut qu'il soit très inconstant, il se lasse vite de travailler, et le désir de la boisson reparaît promptement, impérieux.

Il semble, ai-je dit, que ce soit au cours de son long voyage en mer qu'il ait contracté l'habitude de boire ; auparavant il avait, à l'en croire, une réelle horreur pour le vin et l'alcool. D'ailleurs, dit-il en plaisantant, car il a la jovialité morbide que l'on note souvent chez l'alcoolique chronique, c'était plutôt le château-la-pompe qui paraissait sur la table familiale.

Dans la marine, il prit l'habitude de l'eau-de-vie, du tafia, et ne cessa plus de boire après son retour. Sa boisson favorite est le vin, mais il a bu « de tout », selon son expression, du cidre, des liqueurs, de l'eau-de-vie pure ou mêlée au café, plus rarement de l'absinthe.

Cette passion de l'alcool, que M... suppose née chez lui à la suite de chagrins moraux, est en réalité d'origine héréditaire. Et ce point n'est pas le moins curieux de l'histoire de M...

Son *père* était notoirement alcoolique, violent après boire, battait sa femme et ses enfants. Il est mort en 1889, à l'âge de cinquante ans, de congestion cérébrale.

Le grand-père paternel, charron à S..., était sobre et bien réputé ; mais la grand'mère paternelle était alcoolique avérée.

La *mère* est encore vivante, sobre ; elle est porteuse d'une hernie ombilicale, et se plaint souvent de douleurs abdominales ; je rappelle que notre malade a été opéré d'une hernie semblable.

Les grands-parents maternels n'étaient pas buveurs. — Par contre, un oncle, alcoolique, est mort à l'asile Sainte-Gemmes.

M... affirme que ses frères sont tous buveurs, quoique un peu moins que lui. L'un est mort du croup à cinq ans, l'autre de tuberculose pulmonaire à trente. Une de ses sœurs est morte de fièvre typhoïde ; quant à sa sœur survivante, avec qui il est en froid, M... n'a qu'une chose à en dire : « C'est une vipère. »

Pas de cas de suicide dans la famille.

Les *antécédents personnels* de M... se réduisent en vérité à

©BIUM

son alcoolisme et à ses internements successifs dans divers asiles : treize fois au Mans, une fois à Pierrefeu, et deux fois à Paris, car j'ai négligé, pour ne pas allonger une énumération fastidieuse, un séjour à Vaucluse en 1902. M... n'a eu aucune fièvre d'enfance ; il ne se rappelle qu'un hygroma traumatique à Madagascar, un peu de scorbut et de malaria, comme tous ses compagnons de navigation ; enfin, de la bronchite chronique, dont il souffre actuellement.

Physiquement, M... est un individu robuste et bien constitué : il pèse 78 kilogrammes, mesure $1^{m}69$. Il n'offre pas de gros stigmate dégénératif, à peine un peu d'irrégularité dans la plicature des oreilles ; il n'a aucun trouble sensitif, les réflexes sont normaux. Aux poumons, quelques signes d'emphysème ; mais au cœur, l'impulsion est forte, brusque ; il y a un souffle au premier temps à la base au foyer aortique ; le pouls, à 72, est dur et tendu : il y a manifestement de l'athérome artériel déjà assez avancé. Pas d'albuminurie, pas de sucre dans l'urine. Appétit et sommeil bons actuellement ; pas d'hallucinations.

On retrouve dans le passé de M... tous les symptômes ordinaires de l'alcoolisme : tremblement des mains, pituite, vomissements alimentaires, douleurs gastriques, fourmillements dans les membres, signalés dès 1896. Ces signes reparaissent au moment de chaque nouvel excès ; le plus souvent, ces symptômes ont déjà disparu à l'arrivée du malade à l'asile.

L'examen anthropométrique, que je fais pratiquer systématiquement pour tout nouvel entrant, ne révèle aucune particularité digne d'être notée : pas d'anomalie du crâne, pas d'asymétrie. Angle facial, pris au goniomètre de Broca : 75 degrés, faible par conséquent.

Je voudrais terminer l'observation de M... par quelques extraits de ses lettres, car il écrit beaucoup, surtout lorsqu'il est dans ses périodes de trouble et d'excitation. On verra ainsi l'affaiblissement intellectuel progressif de l'alcoolique :

1892. — Monsieur le Directeur, j'ose espérer que vous vous occupez de moi en ce moment ; l'impatience dans laquelle je me trouve est compréhensible. Le fort des travaux de réparation de machines agricoles est actuel. Je fais appel à votre générosité, etc.

1896. — Monsieur le Directeur, vous connaissez pour moi les rigueurs de la vie et serais tout heureux de trouver une main amie. Je puis être utile par mon travail à l'asile ainsi qu'à ses dépendances !...

1904. — Monsieur le Commissaire de police de S..., le

©BIUM

soussigné, M..., Auguste, sollicite de votre bienveillance ainsi que de la haute considération de M. le Maire de S..., mon pays natal et que j'aime, malgré le préjudice et la fatalité qui m'y poursuit tout autant que le fanatisme de routine, toujours m'entendre dire que l'on a peur de moi. Ai-je été déloyal, fainéant, lâche ou mouchard? Ma conscience me dit non.

1905. — Monsieur le Docteur, on a voulu tuer en moi ma fierté libérale par l'apostrophe de satyre. Eh bien! sur la perspective du cabanon à perpétuité, j'affirme hautement n'avoir jamais souillé personne, *qui que soit*, et suis pour l'argousin de malheur qui a induit en erreur, en quête de sa raison inqualifiable qui nuit à ma santé tout comme à l'impartialité de gens plus valeureux que lui (septembre 1905).

1906. — 14 juillet. — A sa mère. — Sache donc et rappelle-toi de l'antan. Pourquoi je ne m'unis pas à mes cuistres et fanatiques frères et que j'ai de plus nobles sentiments; penseur-libre depuis 1876. Puis, regardant au zénith, j'y vois l'épingle du raisonnement se rendant à l'azimuth, sur laquelle glisse le bonnet phrygien qui de son ombre cache et couvre la reine-des-prés recouvrant 3 cœurs, sur un berceau de capillaires et de fougères, etc.

1907. — Monsieur le Directeur, je puis donc croire que vos poignées de mains sont autant de coups de griffes perfides; votre autorité peut s'en perdre prestement; et question d'aptitude pour la statue de l'homme, je puis mouler celui qui est de bois avec quoi l'on fait les flûtes et qui ne voit que charlatans, voleurs et satyres, soit à tort soit à raison. Un fanal n'est pas lanterne magique et peut être fier de ses rayons lumineux pour faire le roi blanc mat avec 2 fous noirs, etc.

Assurément, je ne prétends pas que toutes ces lettres sont écrites dans des moments où l'état mental de M... était sensiblement le même; néanmoins, il y a, des premières aux dernières, un affaiblissement progressif de l'intelligence que je désirais mettre en relief, et même si quelques-unes de ces lettres révèlent un trouble passager par reviviscence de l'ancien délire, il faut avouer qu'il a suffi d'un excitant bien minime pour réveiller ce délire. Si cet excitant est l'alcool, la dose en a dû être bien faible, puisqu'à l'asile M... est au régime lacté et que, s'il a pu se procurer du vin ou du cidre, ce n'a été qu'en très petite quantité.

Il faut donc admettre chez notre malade une susceptibilité toute spéciale du cerveau qui reste prêt à reproduire, avec une surprenante facilité, le délire confu-

©BIUM

sionnel que j'ai décrit. Et il me semble que tout l'intérêt clinique de cette observation, assez banale en soi, réside dans cette rapidité d'apparition et de disparition des symptômes morbides.

Je n'insisterai donc pas sur les autres particularités de ce cas : début de l'alcoolisme dans le jeune âge, tare héréditaire indéniable, tendance invincible au vagabondage, aux changements de séjour, affaiblissement intellectuel progressif ; il en résulte que les poussées d'alcoolisme subaigu, qui viennent de temps à autre se greffer sur le fond d'alcoolisme chronique, guérissent de moins en moins vite et de moins en moins complètement. Le niveau moral s'est abaissé parallèlement.

Quant au syndrome confusionnel qui se représente, toujours le même, à chaque nouvel accès, mélange incohérent d'idées de persécution, de préoccupations politiques, de souvenirs, de formules mathématiques, avec hallucinations vagues de la vue et de l'ouïe, il me paraît rentrer dans le groupe des délires de rêve, délires oniriques décrits par M. Régis. Sorti de son rêve, M... a tout oublié. Tantôt, dans le délire onirique, le rêve, comme chez M..., constitue tout le délire : c'est un rêve à l'état de veille ; tantôt le rêve, né dans le sommeil, se poursuit à l'état de veille, le délire est consécutif au rêve, et il en a été ainsi chez M... lorsqu'au sortir du sommeil chloroformique, en mars 1905, il a continué à délirer, tenant les mêmes propos que nous lui avions entendu proférer sous le chloroforme.

Ces périodes de trouble mental sont généralement courtes chez lui ; les phases intercalaires sont autant d'éclipses, comme les appelle M. Legrain, constituent autant de rémissions d'une espèce spéciale, qui se caractérisent par la disparition en bloc, d'un seul coup, de tout le tableau morbide. Ce n'est donc plus la rémission vraie de l'alcoolique aigu, dont les symptômes vont s'atténuant progressivement pour disparaître les uns après les autres ; là, il y a guérison, tandis que dans le cas précédent, il n'y avait qu'éclipse. La page n'est blanche qu'en apparence ; en réalité, le délire y est inscrit à l'encre sympathique, il suffit de chauffer le feuillet, même très légèrement, pour faire reparaître les caractères dans toute leur netteté.

©BIUM

Il est vrai qu'avec le temps, chez l'alcoolique chronique affaibli intellectuellement, le délire est de moins en moins facile à effacer; c'est ce qui arrive chez M... qui, dans une longue conversation ou dans la colère, reproduit les idées et les paroles qui sont le fond de son délire, sans, du reste, qu'il s'en rende compte. En un mot, on retrouve chez lui, confusément groupées, dans le rêve délirant, toutes les préoccupations qui hantent son cerveau à l'état de veille. L'éclipse n'est donc plus totale; il n'en est pas moins vrai qu'il y a, entre les périodes de trouble et celles d'accalmie, une différence manifeste, et que M... oublie chaque fois, de façon absolue, ce qu'il a pu dire dans ses accès.

Mais, au début, les éclipses étaient complètes, la raison revenant parfaitement à M... et le médecin n'hésitait pas, dans ces conditions, à lui rendre la liberté. En réalité, on peut se demander s'il y avait vraiment guérison; peut-on regarder comme disparu un délire qui couve et reparaîtra au moindre choc? Du reste, je crois que, au moins chez les alcooliques, on doit retrouver, au cours des périodes d'éclipse, des traces du délire; déjà M. Legrain déclare que ces malades croient encore à la réalité de leurs hallucinations; ils ne les ont plus sans doute, mais parlent du temps où on les persécutait, où on les électrisait, etc. J'en conclus qu'ils ne sont pas guéris et devraient *pouvoir* être maintenus à l'asile.

La question des délires à éclipse a ainsi un gros intérêt au point de vue social tout autant qu'au point de vue clinique. S'il est vrai que nous soyons à la veille de la revision de la loi de 1838, il est à souhaiter qu'une disposition de la nouvelle loi autorise le médecin à conserver de tels malades en traitement, malgré les apparences de guérison. L'éclipse n'est pas toujours totale, et le buveur peut la faire cesser à volonté. Il ne faut pas oublier non plus, comme le fait justement observer M. Legrain, qu'à côté des délires à éclipse, il y a les délits à éclipse; je puis dire qu'il y a aussi des crimes à éclipse, et j'ai souvenance d'un aliéné dont l'histoire remonte au temps de mes premières études en psychiatrie, qui sortit à deux ou trois reprises de l'asile, toujours paraissant complètement guéri, et qui, chaque

©BIUM

fois, tua une personne ; la dernière fois, même, il en tua deux !

Le délire à éclipse n'intéresse donc pas que le médecin.

DISCUSSION

M. Toulouse. — Les épileptiques présentent aussi des délires qui se répètent dans leurs formes avec ou sans amnésie consécutive.

D'autre part le même phénomène est présenté par d'autres malades, notamment des mélancoliques, et il ne semble pas que la séparation de ces divers malades d'avec les sujets de M. Legrain soit aisée à justifier. Aussi la présence d'une cause telle que l'alcoolisme, donnée par les auteurs, n'est pas suffisante ; car ici la cause est apparente, mais ailleurs elle existe sans être manifeste.

Enfin, l'interprétation donnée à ces faits intéressants (et qui méritent d'être étudiés dans leur ensemble), me paraît critiquable. Les auteurs pensent que chez bien des malades le délire reste organisé, mais demeure latent. Or, il réapparaît ; c'est un fait. Mais reste-t-il latent tout organisé ? C'est là une hypothèse possible mais qui n'est pas suffisamment justifiée. On pourrait tout aussi bien admettre que le délire après la crise se dissocie en ses éléments qui restent dans l'esprit du patient ; et quand ce dernier, sous l'influence d'une cause quelconque, redevient malade, il se sert des mêmes éléments intellectuels pour refaire le même délire.

M. Legrain. — Chez les intermittents il s'agit de phénomènes émotionnels ; dans le délire à éclipse ce sont des idées délirantes plus ou moins systématisées, mais systématisées. Après l'accès, ces idées délirantes rentrent dans le sub-conscient pour réapparaître lors des accès ultérieurs, quelquefois même avec un degré plus avancé de systématisation. Lorsque le malade ne délire plus, les idées délirantes subsistent sub-conscientes et réapparaissent dans le rêve ; dans ses cauchemars le malade reprend les mêmes idées délirantes qui se manifestent dans ses accès de délire à éclipse.

M. Lwoff. — L'aura des épileptiques, le symptôme initial des accès des intermittents, se reproduisent de la

©BIUM

même façon. On peut leur appliquer également le qualificatif « à éclipse ». C'est là un phénomène d'association des idées : sous l'influence des mêmes causes, les mêmes effets normaux ou pathologiques se produisent.

M. BRIAND. — La répétition des mêmes actes dans l'épilepsie est très fréquente et M. Magnan a insisté sur ce fait.

M. DUPRÉ. — Ces faits soulèvent d'abord la question du jugement, par l'aliéné, de son délire passé. En outre, la dénomination de délire à éclipse me semble mal choisie ; en effet, l'éclipse consiste en une courte période d'ombre ; ici, la période de santé mentale, la période pendant laquelle le délire est effacé, est de beaucoup la période la plus longue ; c'est l'inverse de ce qui se passe dans l'éclipse. C'est la période délirante qui est courte. Il existe d'ailleurs de nombreuses exceptions à ces délires chez les alcooliques, et cette constatation est évidente à l'Infirmerie spéciale. Les malades arrivent souvent en état de délire alcoolique sub-aigu avec un délire tout différent du délire des accès précédents. Ils ont conservé les mêmes tendances, par exemple les tendances à l'auto-accusation ; mais le contenu du délire a changé. Tel malade qui s'accusait d'un crime, s'accuse d'un crime tout différent. Il en est de même dans les formes excito-motrices de l'ivresse, si bien étudiées par Garnier.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 25 MAI 1908.

Présidence de M. LEGRAS.

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

MM. René Charpentier, de Clérambault, Dupouy, Juquelier, Levassort, Parant, Phulpin, Rodiet, membres correspondants, assistent à la séance.

©BIUM

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Picqué, Séglas et Sérieux, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

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

3° Une lettre de M. Mariani, de Turin, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

4° Une lettre de M. le professeur Lopès Martin, professeur à la Faculté de médecine de Porto, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Moreau (de Tours), Vallon et Dupain, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Schmiergeld, de Lodz (Pologne russe), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Toulouse et Vigouroux, rapporteur ;

6° Une lettre de M. Levet, médecin en chef-directeur de l'asile de La Charité-sur-Loire, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Pactet, Vigouroux et Colin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure renfermant la nomenclature des travaux et titres scientifiques de M. le professeur Morselli (1870-1906), faite par son fils, le Dr Arthur Morselli ;

2° *Ecos de los Mercédès*, n° 25.

Rapport de candidature.

M. Sérieux. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Briand, Ritti et P. Sérieux, rapporteur, pour examiner les titres de M. le Dr Kalman Pandy, médecin en chef des asiles d'aliénés de Hongrie. M. Pandy est un élève de feu le professeur Laufenauer, qui fut membre associé de notre Société. Après avoir terminé ses études à l'Université de Budapest, M. Pandy entre comme assistant dans le

©BIUM

service du professeur Laufenauer, puis dans celui de M. Kétly, et travaille dans le laboratoire de M. le Dr Jendrassik. Une bourse de voyage qu'il obtient du gouvernement lui permet de fréquenter les universités étrangères. A Rome, il travaille chez le professeur Luciani ; à Paris, il suit les leçons de MM. Dejerine, Gilbert Ballet, P. Marie. De retour en Hongrie, il devient chef du laboratoire de Laufenauer, puis médecin du quartier d'aliénés de l'hôpital de Gyula. En 1903, il entreprend un grand voyage à travers presque tous les Etats de l'Europe occidentale et septentrionale pour étudier l'assistance des aliénés. Ses notes de voyage lui servirent pour la publication (en langue hongroise) d'un volume de 450 pages, sur *L'assistance des aliénés en Europe* (1905), œuvre des plus considérables. En 1905, M. Pandy est nommé médecin en chef de l'asile de Lipometzo, le plus important de Hongrie.

Ce *curriculum vitæ* nous montre l'activité de M. Pandy ; son œuvre scientifique est fort intéressante et nous regrettons de ne pouvoir analyser en détail chacun de ses travaux.

En 1893, M. Pandy publie une étude sur l'*intoxication chronique expérimentale par le brome, la cocaïne, la nicotine et l'antipyrine et sur les altérations produites dans le système nerveux* (méthode de Nissl).

Dans un travail paru à Paris (1895) : *Du mécanisme cortical des phénomènes réflexes*, M. Pandy fait une étude approfondie des travaux antérieurs, relate ses observations cliniques, ses expériences faites chez Luciani et arrive à cette conclusion que le trajet des réflexes tendineux passe toujours par l'écorce, si les voies sous-corticales ne sont point lésées. La localisation lombaire des réflexes tendineux, admise par Bastian, Bruns et d'autres, ne paraît donc pas pouvoir être soutenue. MM. Raymond et Cestan, en 1902, acceptent la thèse de la voie longue encéphalo-médullaire des réflexes tendineux. Si Jendrassik a été le premier à affirmer le mécanisme cortical des réflexes cutanés, il semble bien que ce soit à M. Pandy que revienne le mérite d'avoir démontré, le premier, qu'il en est de même pour les réflexes tendineux.

Un mémoire, paru en 1904, sur *les modifications de*

©BIUM

l'énergie des réflexes tendineux dans l'hémiplégie (Neur. Centralbl, numéro 10), est consacré à l'étude de la force maxima que peut développer le réflexe patellaire ; dans un cas d'hémiplégie récente, la force du réflexe patellaire du côté paralysé pouvait être représentée par 3 kilogrammes au lieu de 10 kilogrammes du côté sain. L'auteur recommande une méthode nouvelle pour la recherche de ce réflexe à laquelle il donne le nom de « procédé de Laufenauer ».

En 1900, M. Pandy étudie un cas de pseudo-tabes (*Névrite multiple et ataxie*, Klin. therap. Wochens.), caractérisé par l'association des signes d'Argyll, de Romberg et de Westphal avec l'ataxie : il s'agit de névrite multiple.

Dans un mémoire, paru en 1903, M. Pandy a étudié le tabes au point de vue histologique. Il arrive à la conclusion que le tabes n'est qu'un processus pseudo-systématique, qui commence par les zones radiculaires des cordons postérieurs, mais n'est qu'en apparence une lésion radiculaire.

La même année, il critique la théorie de l'épuisement de Bing et insiste sur l'origine syphilitique du tabes (*Ersatztheorie u. Syphilis*. D. Zeits. f. Nervenh).

Citons encore une étude de M. Pandy sur *le traitement de l'épilepsie d'après la méthode Toulouse-Richet*, qu'il considère comme superflue et dangereuse ; un mémoire sur l'*alitement*, qu'il est un des premiers à avoir introduit dans les asiles hongrois ; un travail sur le *diagnostic de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale* ; un mémoire sur la *paralysie générale dans le clergé catholique* ; dans ce dernier travail, il arrive à cette conclusion, contraire à l'opinion généralement admise, que la proportion des cas de paralysie générale est de 42 p. 100. Notons enfin une étude sur l'*assistance des aliénés en Finlande*.

Votre Commission juge inutile d'insister sur la valeur des titres du médecin en chef de l'asile de Lipometzo et vous propose d'accorder à ce savant confrère le titre d'associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Kalman Pandy est élu membre associé étranger, par 15 voix sur 16 votants.

©BIUM

Déséquilibré orgueilleux à réactions antisociales,

par MM. J. COURJON et M. MIGNARD,
internes à l'asile de Villejuif.

Nous avons l'honneur de vous présenter l'observation d'un individu paraissant tenir une place intermédiaire entre les états normaux et les états pathologiques nettement définis. Il ne viendrait à l'idée de personne de considérer comme pathologiques quelques caractères défiants et révoltés ; et d'autre part certains individus présentant des troubles mentaux bien nets (délire de revendication, délire d'interprétation, par exemple), sont universellement considérés comme des malades.

Entre ces cas extrêmes, il existe des individus difficiles à classer. Tel serait le cas de celui dont voici l'observation :

Bre... est entré à l'asile de Villejuif dans le service du Dr Pactet, le 30 mai 1907. Il venait de l'asile Sainte-Anne et de l'infirmerie du Dépôt où il avait été envoyé de la maison de Clairvaux, à la suite de lettres adressées au procureur de la République. Bre... est âgé de trente ans. Il est de taille moyenne, son visage est un peu pâle, le regard vif. Sa physionomie s'anime lorsqu'il parle. Il présente alors quelques tics : clignement des paupières, etc. Il parle très rapidement, bredouille, bégaie un peu, surtout lorsqu'il est sous l'influence d'une émotion, c'est-à-dire chaque fois qu'il expose ses revendications. Il raconte très volontiers son histoire et s'anime au récit de ses infortunes.

A son arrivée, il était très difficile de savoir si l'on avait réellement affaire à un délirant. Bre... racontait qu'il avait été arrêté avec d'autres vagabonds au sujet d'une affaire de mœurs : outrage à la pudeur et vol. Il prétendait n'avoir été pour rien dans ce délit : mais ses nombreuses condamnations antérieures pour vagabondage avaient fait mauvaise impression sur le tribunal qui l'avait condamné. Il protestait contre ce jugement injuste, mais déclarait n'en vouloir ni aux juges, ni à la personne qui avait témoigné contre lui : il avait été, comme tant d'autres, victime de sa mauvaise réputation.

Il reconnaissait avoir écrit au procureur de la République des lettres trop violentes. Mais le déshonneur de sa condamnation et l'interdiction de séjour qui en résultait avaient motivé

©BIUM

un moment de colère et l'avaient poussé à cette extrémité. Il protestait d'ailleurs de son honnêteté.

Avec ces simples renseignements, il était impossible de poser un diagnostic. Ce que disait Bre... était très vraisemblable, mais on pouvait avoir affaire à un réticent habile à dissimuler son délire. Il est alors l'objet du certificat suivant : « Débilité mentale. Instabilité. Habitudes de vagabondage. Prétend avoir été injustement condamné en 1905, par le tribunal de Versailles, pour délit dont il était innocent, et être résolu à poursuivre la revision de son procès. Les allégations de ce jeune homme ne présentent pas *a priori* un caractère d'invraisemblance permettant d'affirmer qu'elles ne sont pas fondées et qu'elles résultent d'idées de persécution. Dr Pactet. »

L'examen des lettres incriminées, la communication du dossier de ses condamnations et de ses arrestations, l'observation journalière de Bre... pendant plusieurs mois ont apporté quelque lumière dans la question. Les renseignements qu'il donne lui-même sur sa vie antérieure sont rares et de peu de valeur. Toujours prêt à se révolter, très renfermé d'autre part, il se refuse souvent à l'interrogatoire. Cependant il nous donne quelques points de repère qui, avec les autres documents, permettent de reconstituer une partie de son histoire.

Il ne veut rien nous apprendre sur ses parents, sinon que son père avait une maladie de cœur. Il semble qu'il ait eu une enfance très malheureuse et très délaissée. Il a été à l'école jusqu'à neuf ans. Il ne paraît pas avoir été très régulier ni très docile. Il est allé ensuite dans une école religieuse. Jusqu'en l'année 1893, il était chez son oncle, à Reims. A partir de cette date, il commence sa vie de vagabondage. Il était entré dans l'institution de M. R..., avocat, qui s'occupe d'enfants orphelins ou moralement abandonnés. Il a à plusieurs reprises quitté cette institution pour vagabonder. En effet, le 30 décembre 1893, il est condamné à un mois de prison pour ce motif. Dès lors commence une première série de condamnations.

Seine : 24 février 1894, un mois de prison pour vagabondage; 15 mai 1894, un mois de prison pour vagabondage; 7 juillet 1894, deux mois de prison pour vagabondage; 3 décembre 1894, quatre mois de prison pour mendicité; 13 juillet 1895, un mois de prison pour vagabondage; 16 décembre 1895, un mois de prison pour *vol*.

Bre... prétend n'avoir pas pris part à ce vol. C'est un de ses camarades de l'institution dont il est question plus haut, qui aurait pris un porte-monnaie vide et le lui aurait donné à garder. Il a été arrêté avec ce porte-monnaie sur lui.

Bre... aurait été employé peu après comme cuisinier chez l'abbé S... qui lui faisait prendre des billets de chemins de fer

©BIUM

pour de tout jeunes enfants, et s'en servait ensuite pour faire voyager des jeunes gens de l'institution qu'il dirigeait. Bre... aurait quitté cette maison pour ne pas être complice de ces agissements.

Cependant, la liste des condamnations s'était enrichie :

Seine : 6 février 1896, un mois de prison pour vagabondage; 9 décembre 1896, six mois de prison pour vagabondage, mendicité; 27 décembre 1896, six mois de prison pour vagabondage.

Entre temps, il tire au sort, et part aux bataillons d'Afrique. Là il est très malheureux; sans cesse révolté contre des sous-officiers qui ont de lui la plus mauvaise opinion et le lui témoignent, il se décide à en finir et à passer en conseil de guerre. C'est du moins l'explication qu'il donne de sa condamnation pour dissipation d'effets militaires (un an) à Alger en 1899. En 1900, il contracte une pleurésie du côté droit.

Son retour en France nous est signalé en 1901, le 27 juin, par une condamnation à deux mois de prison pour vagabondage (cour de Versailles). D'ailleurs il voyage, sans toutefois payer sa place, en chemin de fer et est pour ce fait condamné à seize mois de prison le 18 novembre de la même année, à la Cour de Marseille. Après sa libération, nous le trouvons à Tours en 1903, le 4 avril, avec une condamnation à six jours de prison pour mendicité ; à Pontarlier, le 15 mai de la même année. Là il se fait condamner à huit jours de prison pour vagabondage; à Reims, le 4 novembre, on le condamne à vingt-cinq jours de prison pour infraction à la police des chemins de fer, et enfin à Gien, le 9 mars 1905, à trois semaines pour vagabondage (1).

C'est là sa dix-septième condamnation. La dix-huitième l'a conduit à l'asile. C'est un jugement du tribunal correctionnel de Versailles, du 3 juin 1905. Bre... est condamné à trois ans de prison et cinq ans d'interdiction de séjour, pour violences, voies de fait, outrage public à la pudeur et vol. Il est confirmé par la Cour d'appel.

Bre... est d'abord envoyé à la prison de Clairvaux. Là il se fait remarquer par sa bonne conduite; mais il écrit des lettres

(1) Il faut ajouter quelques arrestations simplement suivies d'un séjour à Nanterre, maison départementale. C'est ainsi que nous le trouvons le 17 avril 1902 à Nanterre jusqu'au 2 juin; le 20 juin, arrêté pour vagabondage, le 21 à Nanterre; le 16 juillet, arrêté pour vagabondage; le 7 janvier 1903, arrêté pour vagabondage, le 10 janvier à Nanterre; le 7 novembre, arrêté pour vagabondage, envoyé à Nanterre; le 7 mai 1904, à Nanterre. Arrêté pour la même cause les 21, 28, 29 janvier 1905, il est renvoyé à la maison départementale.

©BIUM

injurieuses au procureur de la République pour protester contre sa condamnation. C'est à cause de ces lettres qu'on l'envoie à l'infirmerie du Dépôt.

Ces lettres, très mal écrites et difficiles à lire, sont rédigées dans un style aussi prétentieux qu'il est incorrect. Les fautes d'orthographe abondent, ainsi que les mots pris dans un sens inaccoutumé.

Dans ces nombreuses lettres reviennent toujours les mêmes mots : juge barbare, justice criminelle, auteurs criminels de ma condamnation, etc.

Il signe parfois Bre..., victime; et parle souvent de lui-même à la troisième personne.

Voici un passage d'une de ces lettres, non datée, mais qui paraît avoir été écrite au mois de novembre 1906.

« Monsieur le Procureur,

« Ces mois pour moi sont devenus des siècles par la lacheté « humaine et criminelle faite justice, et juge infame envoyer « par votre fausse dénonsiation criminelle par votre femme J... « et témoins pour envoyer au Bagne et appuyer la captivité « de Bre... ce que vous chercher maintenant c'est l'exil com- « plete.

« Juge criminelle vous avez cherché non-seulement que « linocent devienne de jour en jour un malheureux esclave « mais le tombeau, j'ai assez souffert depuis longtemps ma « conscience va se décharger aujourd'hui par la haine et la « vengeance mortelle.

« La justice, je la ferai mienne, honneur au inocent, la cap- « tivité au magistrat infame et assassin mortelle, magistrat « qui ne connaissez pas vos capacité d'homme de loi, etc. »

Et il signe :

« Bre..., victime de la justice. »

D'une autre lettre datée du 13 janvier 1907 :

« Maison de Clairvaux, le 13 janvier 1907.

« Monsieur le Procureur,

« Entre votre justice et moi et mes vérités il y a un mystère « très grand, ce mystère est que votre justice veut égaré mes « vérités contre mes accusateurs criminelles, votre femme J... « et les témoins, etc.

« Au moins l'on verra la conscience de Bre... et les preuves « matérielles qu'il a déclaré pendant sa captivité infame. Voilà « ce que j'ai déclaré à la Cour d'appel de Paris à l'heure ac- « tuelle la vingtième fois. »

©BIUM

Suit la liste de ses lettres :

Le 18 mars 1906, le 13 avril 1906, le 17 avril 1906, le 20 mai 1906, le 1er juin 1906, le 22 juillet 1906, le 27 juillet 1906, le 29 juillet 1900, le 9 août 1906, le 17 septembre 1906, lettre recommandée avec avis de réception ; le 30 septembre 1906, le 15 octobre 1906, lettre recommandée avec avis de réception ; le 29 octobre 1906, lettre recommandée avec avis de réception ; le 1er novembre 1906, le 4 novembre 1906, recommandé avec avis réception ; le 11 novembre 1906, recommande avec avis réception ; le 25 novembre 1906, recommande avis réception ; le 9 décembre 1906, recommande avis réception ; le 30 décembre 1906, le 13 janvier 1907, plus une le 28 juillet à Fresne, 1905 ; plus une le 11 août à Fresnes, 1905.

Toutes ces lettres, je les tiens à la disposition des autorités qui plus tard examineront la situation de Bre...

Cette liste s'enrichit d'ailleurs rapidement. C'est ainsi qu'une lettre du 17 février 1907 commence ainsi :

« Maison centrale de Clairvaux.

« Monsieur le Procureur général,

« Non seulement que vous, juge barbarre vous avez abusé « de tout droit réservé à l'innocent, caché vos orgies criminelles « du 20 juillet 1905 contre celles 3 juin 1905 vos collègues « de Versailles. Juges sans valeur à qui votre place devraient « plutôt être sous les verrous par les codes criminelles et viol « que vous donner à un pauvre malheureux qui n'a aucun « appui et innocent d'un fait qui lui est accusé....., etc.

« Si vous avez du cœur et du sang dans les veines, faites « voir cette lettre à qui de droit, je vous le permet, je n'ai rien « à rougir de mon droit qui a été violé.

« BRE..., JOSEPH. »

Il avait tenté plusieurs démarches pour obtenir la revision de son procès ou sa grâce. Entre autres, il avait écrit à la Ligue des droits de l'homme pour exposer ses droits. Et comme, après plusieurs réponses, rien de nouveau ne se produisait, Bre... parlait en termes très violents des personnages politiques qui sont à la tête de cette Ligue. « Ils se moquaient de lui, ils le menaient en bateau. » On essayait de lui faire comprendre qu'il fallait un fait nouveau pour amener la revision de son procès. Mais il refusait de se rendre à la raison. Le « fait nouveau » c'est qu'il est innocent. En dehors de ce parti pris, Bre... était calme et discipliné, et ne causait aucun trouble dans le service. Il écrivait aussi des lettres à M. R.., l'avocat qui s'était occupé de lui depuis son enfance. Et c'est à cette occa-

©BIUM

sion que se passa le seul incident un peu anormal qui se soit produit depuis l'entrée de Bre... à l'Asile. A une de ces lettres, il est répondu qu'on s'occupera de lui à sa sortie, mais qu'il faut d'abord qu'il se soigne et se guérisse de l'affection pour laquelle il est traité. Il n'en fallait pas davantage pour que Bre... s'imaginât que M. Pactet avait donné des renseignements à son égard, tendant à le faire considérer comme un aliéné. Aussitôt il s'irrite, devient extrêmement violent en paroles, très menaçant et serait peut-être passé aux actes, si on ne l'avait fait conduire au quartier des agités. Là Bre... s'amende assez rapidement, reconnaît son erreur, et demande à revenir à l'infirmerie, puis à travailler de nouveau, ce qui lui est accordé.

Au mois de février 1908, Bre... est gracié. Il insiste aussitôt pour obtenir sa mise en liberté. Il avait toujours eu tendance à fréquenter les aliénés criminels et vicieux, les vagabonds, les simulateurs. Mais à partir de ce moment il se réunit de plus en plus à eux. D'après la dénonciation d'un troisième individu, on peut croire que Bre... avait comploté une évasion avec un de ses camarades. Leur séparation empêcha l'exécution du projet.

Bre... est calme depuis longtemps et demande toujours sa sortie. Il déclare qu'il se contentera de ce qu'il a obtenu, et qu'il ne demandera pas la revision du procès. « Je suis trop intelligent pour ça », dit-il.

L'état de santé de Bre... n'est pas excellent. Il est pâle, se plaint constamment de palpitations et d'oppression. A l'auscultation et à la palpation, on trouve une impulsion cardiaque et violente, surtout sous l'empire des émotions. Au sommet des poumons, la respiration est très faible. Les réflexes sont exagérés.

Voici donc un jeune homme qui a déjà passé un assez grand nombre de mois en prison ou à l'asile, considéré ici comme malade, là comme délinquant, tantôt comme un révolté, tantôt comme un aliéné. Deux caractères principaux se dégagent de l'examen de sa vie : l'instabilité et la tendance aux revendications. Ils semblent tous deux se rattacher à un individualisme exagéré, à une hypertrophie du sentiment de la personnalité et de ses droits. Sa débilité mentale, son instabilité, son manque de connaissance des nécessités sociales sont le fait d'un grand nombre d'individus, qu'il ne faudrait pas tous chercher parmi les vagabonds. Quant à la tendance aux revendications qui s'est exprimée deux ou trois fois

©BIUM

par des réactions de persécuté-persécuteur, elle ne se manifeste chez lui que par des accès assez lointains. Quel est l'homme qui n'a pas commis d'erreurs analogues à celle que commet Bre... lorsque, irrité par une trop longue attente, il s'imagine avoir contre lui ceux-là mêmes qui essaient de lui porter secours? En somme, ce qui différencie ce « persécuté-persécuteur » d'un homme normal, c'est sa plus grande irritabilité, son impatience et surtout son manque de résignation. Il n'y a là qu'une différence de degrés ; cette différence est-elle suffisante pour le déclarer entièrement « irresponsable »? Au point de vue social, il faut remarquer que l'idée de la punition est capable d'influer sur ses actes. Cependant cette absence de résignation qui est si caractéristique chez lui, son instabilité même, sa débilité mentale exigent une certaine protection et atténuent la gravité de ses fautes. Aussi la peine qu'il encourt devrait-elle être en même temps un traitement, et son emprisonnement une protection. Bre..., qui est constamment entre la prison et l'asile, parait justiciable d'une mesure intermédiaire, l'asile spécial pour aliénés difficiles, où il pourrait être envoyé par un jugement régulier, après avis d'un expert. Ainsi serait réalisé le double postulat du jugement et du traitement que réclame ce cas intermédiaire. Cette solution aurait aussi l'avantage de délivrer les asiles d'aliénés d'un certain nombre d'individus très conscients qui n'y portent que le trouble et n'en retirent au point de vue moral que des désavantages.

Quelques cas de perversion instinctive chez des enfants. Satyriasis et nymphomanie infantiles,

par M. LEVASSORT.

L'instinct sexuel qui, normalement, commence à se développer chez l'adolescent au moment de la puberté, peut se manifester chez l'enfant, dès les premières années de la vie. L'onanisme en est alors la traduction habituelle.

Mais à côté de ces cas relativement fréquents, on en

©BIUM

a observé d'autres, beaucoup plus rares, ceux-là, où sans aucune cause d'excitation périphérique, uniquement par des processus cérébraux, l'enfant éprouve des désirs et des penchants sexuels.

Les premiers ne font encore aucune distinction entre les sexes ; les autres, au contraire, en ont une notion très précise : leurs désirs sont en tous points comparables à ceux de l'adulte ; l'anomalie ne réside que dans la précocité de la manifestation de la vie sexuelle.

Enfin, dans une troisième catégorie de faits, nous voyons cet instinct sexuel naître non seulement avant son heure, mais présenter dès sa naissance une de ces malformations étudiées sous le nom de perversions sexuelles. Tantôt il existe une simple hyperesthésie de l'instinct ; tantôt le sens sexuel est excité par des objets inadéquats : ce sont les paresthésies de l'instinct sexuel ou perversions proprement dites.

Les cas que nous allons avoir l'honneur de vous rapporter aujourd'hui appartiennent au premier de ces groupes, où nous voyons l'instinct sexuel exalté d'une façon morbide. C'est à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, dans le service de notre regretté maître Paul Garnier, dont nous étions alors l'interne, que ces malades furent observés, et c'est à lui que nous devons de connaître l'intérêt présenté par ces cas de satyriasis et de nymphomanie infantiles.

Observation I. — Louis-Pierre M... est âgé de neuf ans ; c'est le seul survivant de neuf enfants ; les huit autres sont tous morts en bas âge de convulsions. Son hérédité est assez lourdement chargée dans les deux lignes d'ascendants : le père, alcoolique, bégaye ; la mère, très nerveuse, est d'un caractère emporté ; une tante maternelle est morte aliénée. Lui-même présente quelques stigmates physiques de dégénérescence : il bégaye et possède une voûte palatine en ogive. Toutefois, il s'est développé normalement et possède même une intelligence assez vive.

Les troubles mentaux pour lesquels on le conduit à l'Infirmerie spéciale ont débuté brusquement huit mois auparavant. Son caractère a changé tout d'un coup, sans cause ; il se conduisait très mal à l'école et devenait malpropre, puis il prit des habitudes de masturbation qu'on ne lui connaissait pas.

Quelques semaines plus tard, on remarque qu'il cherche à

©BIUM

caresser les seins d'une femme déjà âgée, mais à gorge opulente, et qu'à la vue de cette femme il paraît ressentir un trouble profond qui ne prend fin que lorsqu'il a pu promener ses mains sur son corsage.

Puis il s'est mis à vagabonder pour rechercher des femmes, dédaignant les jeux des garçons de son âge.

Enfin, il y a deux mois, il découche pour la première fois; le lendemain, on le ramasse dans les rues et on le reconduit à ses parents, auxquels il raconte une histoire mensongère pour expliquer son absence. En réalité, voici de quelle façon il sut employer son temps, et lui-même le raconte en termes d'un rare cynisme : il aborda une fille publique dans la rue, lui disant : « Madame, je n'ai plus ni père, ni mère; je vous trouve « très gentille, voulez-vous me prendre avec vous? je serai bien « gentil. Je savais bien, ajoute-t-il, que si elle m'emmenait « chez elle, *ce serait pour faire des saletés*. Alors, elle a con- « senti à m'emmener; elle m'a bien fait manger, et, quoique « ce ne fût pas la nuit, nous nous sommes mis au lit, non pour « dormir, mais pour faire des saletés. Celle-là ne m'a pas fait « de mal; tandis qu'une autre femme à qui j'ai demandé de « m'emmener chez elle m'a battu parce que je ne réussissais « pas à faire comme elle voulait. »

On le voit, l'enfant n'en était pas à son coup d'essai. L'âge ne lui fait pas grand'chose : une femme de quarante-cinq à cinquante ans lui paraît aussi bonne qu'une autre. A leur vue, il est pris d'un désir violent de les posséder et il explique très bien « que son petit bout durcit et grandit quand il est avec les belles femmes ».

A défaut de pouvoir aller avec des femmes, l'enfant nous dit « qu'il aime à voir les statues de femmes nues » dans les jardins publics. Et il expose son histoire d'un ton assez réservé, sans fanfaronnade; il paraît même plutôt réfléchi, comme absorbé : d'après les dires de sa mère, c'est son air habituel, on le voit rarement gai.

Ajoutons enfin que, malgré les tares héréditaires qu'il présente, son père n'est pas un débauché, un coureur de femmes, et qu'on n'en signale pas d'exemple dans la famille.

L'examen des organes génitaux de l'enfant ne montre pas de malformation : les testicules sont descendus dans les bourses, mais sont très petits, gros comme une noisette. Le pénis est très petit également.

Obs. II. — Geneviève P..., âgée de six ans et demi, est envoyée à l'Infirmerie spéciale sur la demande de ses parents. Depuis trois ans, elle présenterait des troubles mentaux que ceux-ci attribuent à une chute qu'elle fit sur la tête. Depuis

©BIUM

cette époque, son caractère a changé entièrement : elle est devenue irascible, méchante, elle ne se plaît qu'à faire le mal, à torturer les animaux; elle faisait étalage de sa science perverse devant les voisins, allant même jusqu'à les provoquer et se livrant devant eux à des gestes obscènes. Enfin, récemment, à la suite d'une réprimande trop justifiée de sa mère, elle menaça de mettre le feu à l'appartement et déroba des allumettes pour mettre son projet de vengeance à exécution.

L'examen de l'enfant confirme les renseignements donnés par ses parents : son attitude est cynique, tour à tour narquoise et insolente; elle ment évidemment ou exagère la réalité, très contente d'attirer l'attention sur elle. Ses réponses donnent d'ailleurs la mesure de son absence de sens moral.

— Pourquoi t'envoie-t-on ici? — Parce que je suis un « choléra »; j'ai dit à papa que c'était un s.....p, un c.....n.

— Quand je vois des animaux, je tape dessus, etc., etc.

Puis, au point de vue de sa perversion sexuelle :

« Je lèche le derrière aux petits garçons, quand ils font « pipi; et je bois leur pipi, etc... Une fois, j'ai léché le der- « rière d'un homme... je ne me rappelle pas où... il faisait « pipi... ça me faisait plaisir.

« — Je me frotte mon derrière,... je me mettais une ciga- « rette dedans... un jour, j'y ai mis un caillou pour voir s'il « entrerait... »

Et pendant toute cette partie de l'interrogatoire, Geneviève P... se montre plus agitée, comme si le récit de ces actes obcènes réveillait en elle des sensations voluptueuses; son regard est animé, l'expression de sa physionomie dénote un trouble et une satisfaction toute spéciale : on voit qu'elle se complaît dans son vice.

Au point de vue physique, c'est une enfant malingre et chétive; son aspect et son attitude ont quelque chose de simiesque. Elle présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, oreilles sessiles, voûte palatine ogivale. Enfin, l'examen des organes génitaux montre une vulvo-vaginite bien compréhensible, étant données ses habitudes d'onanisme.

Obs. III. — Félicie R..., âgée de douze ans et demi, possède une lourde hérédité dans la ligne maternelle (grand-père et arrière-grand-père sont morts aliénés). Elle même, dès sa première enfance, s'est montrée d'une constitution mentale anormale. Jusqu'à l'âge de trente-neuf mois, elle fut élevée à la campagne par une nourrice qui la reconduisit à ses parents, tant son caractère était désagréable et à cause aussi de son incorrigible malpropreté. On ne tarda pas à s'apercevoir

©BIUM

qu'elle avait contracté des habitudes très marquées d'onanisme, se livrant avec fureur à sa passion : tous les moyens employés pour la faire renoncer à ces attouchements presque continuels échouèrent ; assise même, elle exécutait des mouvements du bassin et se frottait les cuisses l'une contre l'autre pour éveiller en elle quelque jouissance ; de même, elle avait adopté une démarche spéciale, à petits pas et les jambes très rapprochées, pour satisfaire en elle la violente excitation génitale à laquelle elle était en proie.

Vers l'âge de six ans se montrent chez elle les premiers désirs sexuels ; habituellement triste, sombre et silencieuse, elle se transforme lorsqu'elle est en présence d'un homme quel que soit d'ailleurs son âge ; ses yeux luisent et deviennent brillants, sa figure s'éclaire et rayonne ; elle parle gracieusement, fait la coquette, arrange sa toilette. Il semble que pour son père même elle ait conçu une affection un peu étrange ; elle l'écoute plus volontiers, elle se fait caressante pour lui, alors qu'elle n'a jamais donné à sa mère de pareilles marques d'amitié.

Félicie R... avait sept ans lorsque naquit sa petite sœur qu'elle prit presque tout de suite en aversion : à plusieurs reprises, elle affirma hautement son désir de la tuer à coups de poing sur la tête, si bien que ses parents inquiets se décidèrent à la placer. R... alla à Sainte-Anne, à Villejuif et enfin à l'asile de Clermont ; elle avait alors neuf ans.

Trois ans après, ses parents la croyant un peu améliorée la reprirent chez eux ; ils s'aperçurent bientôt que les habitudes d'onanisme de leur fille ne s'étaient pas modifiées ; de plus, elle parlait maintenant d'aller avec les hommes, faisant à ce propos étalage d'une science vraiment surprenante pour une fillette de son âge, donnant à sa mère les détails les plus complets sur les relations sexuelles et leurs conséquences. L'esprit sans cesse occupé de ces pensées, elle espionnait son père et sa mère, tâchant de les surprendre au moment de leurs rapports conjugaux : souvent aussi, couchée près de sa mère, elle avoue avoir eu l'idée de se lever et d'aller retrouver son père couché dans la chambre voisine. Furieux contre elle, son père l'avait quelquefois fustigée, et cette correction, loin de l'affliger, avait paru lui faire un certain plaisir ; elle même reconnaît avoir éprouvé quelque volupté pendant cette flagellation des fesses comme si une nouvelle perversion, le masochisme, était venue s'ajouter à celles qu'elle avait déjà montrées.

De plus, elle entrait fréquemment dans de violentes colères et menaçait de tuer ses parents et sa sœur ; un incident vint les décider à réclamer à nouveau le placement de leur fille. Félicie R... se trouvant un jour seule avec son père se coucha

©BIUM

devant lui sur un tapis, releva ses jupes, et montrant du doigt à son père ses parties sexuelles, l'invita à se livrer sur elle à un monstrueux inceste.

Peu de jours après, elle revenait pour la seconde fois à l'Infirmerie du Dépôt et fut replacée à l'asile.

Si nous rapprochons de ces trois cas celui de Marcelle P..., dont nous avons ici même (1) rapporté l'observation et dont l'histoire est tout à fait superposable, tant au point de vue des antécédents héréditaires (grand-père aliéné, père ivrogne et débauché), que par les manifestations morbides (crises d'excitation génitale et impulsions nymphomaniaques avec spasme voluptueux), nous pouvons, de l'étude de ces quatre cas, tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe chez tous nos malades des tares constitutionnelles justifiées par des antécédents héréditaires ; toutefois, l'hérédité similaire (psychopathie sexuelle) n'est pas nécessaire et n'a été relevée que dans la moitié de nos observations ;

2° Nos malades obéissent à des impulsions instinctives, conscientes et irrésistibles, ainsi qu'on en observe chez les dégénérés : ils se classaient parmi les spinaux cérébraux postérieurs de M. Magnan, chez lesquels l'instinct seul est en jeu à l'exclusion de tout choix intelligent ;

3° Enfin, si nous ne notons pas d'inversion sexuelle, nous avons observé dans un cas une ébauche de fétichisme (fétichisme des seins), et dans un autre un certain degré de masochisme : l'instinct sexuel n'était pas seulement anormal par sa précocité, mais encore par la nature même de ses manifestations morbides.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

J.-M. DUPAIN ET A. VIGOUROUX.

(1) Dromard et Levassort. Deux cas de perversion instinctive avec précocité sexuelle remarquable. *Annales médico-psychologiques*, 1905 (septembre-octobre), p. 269.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1905.

Archives de neurologie.

I. — *Notes thérapeutiques sur l'emploi du véronal chez quelques aliénés* ; par les Drs Paul Sérieux et Roger Mignot (numéro de janvier). — MM. Sérieux et Mignot ont obtenu les résultats suivants de l'emploi du véronal dans une vingtaine de cas pris au hasard des entrées :

1° Action hypnotique considérable dans l'insomnie des mélancoliques et des déments agités ; diminution secondaire de l'agitation automatique chez les uns, de l'agitation anxieuse chez les autres ;

2° Action hypnotique très faible chez les paralytiques généraux agités et hallucinés ;

3° Un seul cas d'intolérance, d'ailleurs sans conséquences fâcheuses.

II. — *Sclérose atrophique hémisphérique. Imbécillité ; hémiplégie droite ; épilepsie ; accès et vertiges ; démence* ; par le Dr Bourneville et Reine Maugeret (numéro de janvier). — Observation intéressante, donnée par les auteurs à l'appui d'une division anatomo-clinique du groupe des épileptiques hémiplégiques.

L'épilepsie de l'hémiplégie cérébrale infantile se présenterait, d'après M. Bourneville, sous deux aspects différents.

Dans les cas où le syndrome imbécillité, hémiplégie, épilepsie, succédant à un état de mal convulsif de la première enfance, est dû à une *encéphalite*, l'intelligence reste ce qu'elle était après la guérison de l'état de mal convulsif ou même s'améliore notablement sous l'influence du traitement médico-pédagogique ; l'épilepsie est constituée surtout par des accès se présentant sous forme de séries, quelquefois d'état de mal,

©BIUM

mais si le malade ne succombe pas dans cette complication si grave, on voit les accès s'eloigner et finalement disparaître; en pareil cas, d'ailleurs, les accès ne sont pas suivis d'hébétude, de sommeil prolongé, deux symptômes qui, dans l'épilepsie ordinaire, sont, en général, les avant-coureurs de la démence épileptique; le malade revient vite à la connaissance; les facultés se conservent, le caractère n'est pas irritable, les vertiges sont très rares ou absents, la physionomie est naturelle et n'offre pas l'aspect de celle de l'épileptique vulgaire.

Tout autre est la destinée de l'épileptique dont le syndrome imbécillité, hémiplégie, épilepsie est dû à une *méningo-encéphalite* limitée à l'un des hémisphères cérébraux ou prédominant à un degré prononcé sur l'un des hémisphères, ou encore quand à une lésion en foyer ou une sclérose atrophique s'ajoute une méningite chronique. Alors les accès s'accompagnent d'hébétude, de vertiges nombreux, la physionomie s'altère, l'attitude se modifie en mal, le corps s'affaisse, s'incline du côté paralysé; le caractère devient irritable, sournois, se pervertit; il survient des impulsions dangereuses, l'intelligence diminue; en un mot l'épileptique hémiplégique par méningo-encéphalite ou par méningite chronique est en tout semblable à l'épileptique ordinaire qui marche vers la démence.

Ce dernier cas était celui de la jeune malade dont M. Bourneville et M^lle^ Maugeret publient l'observation détaillée.

III. — *De l'excitation sexuelle dans les psychoses anxieuses*; par le D^r^ A. Cullerre (numéro de février). — Aux symptômes physiques d'ordre divers, — circulatoires, respiratoires, vasomoteurs, glandulaires, — déjà décrits comme accompagnant d'habitude l'attaque anxieuse, il conviendrait d'ajouter, d'après M. Cullerre, l'excitation génitale. Signalé récemment chez les simples névropathes anxieux, ce phénomène n'a pas été décrit de façon explicite chez les psychopathes vrais, chez les vésaniques; or, c'est indubitablement à des malades de cette catégorie que se rapportent les sept observations publiées par M. Cullerre : les deux premiers cas rentrent dans le cadre des psychoses dépressives à base neurasthénique; les deux observations suivantes sont celles d'aliénés gémisseurs; les trois dernières appartiennent à la folie polymorphe des dégénérés, D'ailleurs tous les malades chez lesquels M. Cullerre a noté l'association des symptômes anxiété et excitation sexuelle étaient manifestement des prédisposés héréditaires.

L'explication pathogénique de ces faits reste à trouver : la

©BIUM

théorie de Freud — accumulation de la tension génésique — n'est certainement pas applicable en l'espèce; M. Cullerre n'accepte pas davantage l'hypothèse d'une propagation aux centres corticaux des organes de la génération de l'irritation de l'écorce d'où résulte l'anxiété; il se rallierait plus volontiers à l'idée d'une mise en jeu de l'automatisme des centres inférieurs (couches optiques, bulbe, moelle), mise en jeu elle-même produite par la diminution de l'action frénatrice normale des centres corticaux supérieurs.

IV. — *Réflexions sur un cas nouveau de paralysie générale conjugale d'origine syphilitique*; par le Dr S. Garnier et A. Santenoise (numéro de février). — Cette observation se recommande par la richesse de sa documentation étiologique : d'une part, en effet, double prédisposition héréditaire, — le père du mari mort de ramollissement cérébral, la mère de la femme atteinte de psychose sénile et un cousin germain décédé paralytique général; — d'autre part, syphilis non douteuse chez les deux conjoints, avec, dans les deux cas, intervalle égal d'une dizaine d'années entre l'accident initial et la première apparition des symptômes paralytiques.

V. — *Epilepsie, délire alcoolique, mélancolie, tentative de suicide et paralysie générale chez le fils d'une mère alcoolisée, d'un père suicidé, lui-même étant syphilitique et alcoolique*; par le Dr Th. Simon (numéro de février). — Comme l'indique suffisamment le titre même de cette observation, le malade qui en fait l'objet présentait une physionomie clinique des plus complexes : une fine analyse en a différencié les traits et décomposé les éléments. Aussi bien les faits de ce genre — M. Simon le reconnaît — se rencontrent-ils assez fréquemment dans la pratique spéciale et celui-ci n'est donné par l'auteur qu'à titre d'exemple particulièrement topique et pour « montrer que les études cliniques ne sont pas restées en psychiatrie plus stériles que dans les autres parties de la médecine ».

VI. — *Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces*; par le Dr G. Dromard (numéro de mars). — Dans ce travail, qui repose sur l'observation de soixante-quinze cas de démence précoce, l'auteur étudie successivement la classification, l'évolution générale et la valeur clinique des diverses stéréotypies.

La classification à laquelle se rallie M. Dromard est celle-là même qui découle de la définition donnée par Kraepelin du symptôme stéréotypie : « La stéréotypie est caractérisée par la

©BIUM

durée anormale des impulsions motrices, qu'il s'agisse de la contracture permanente d'un certain groupe de muscles ou de la répétition fréquente d'un même mouvement »; d'où la division en stéréotypies des attitudes ou akynétiques, et stéréotypies des mouvements ou parakynétiques.

Les stéréotypies akynétiques peuvent être, suivant les cas, totales ou générales, c'est-à-dire intéresser la totalité du corps, ou bien partielles ou locales, et ne porter alors que sur tel ou tel trait du visage; dans ce dernier groupe de phénomènes devraient aussi rentrer, d'après M. Dromard, un certain nombre de cas de mutisme et de refus d'alimentation.

Les stéréotypies parakynétiques sont légion : elles peuvent porter sur le langage parlé, sur le langage écrit, sur la mimique, sur la marche et même sur des actes beaucoup plus complexes, — chant, tentatives d'évasion, masturbation, par exemple.

Au point de vue de l'évolution générale, M. Dromard distingue des stéréotypies primitives et des stéréotypies secondaires : les premières appartiendraient à la période active de la maladie et comprendraient les attitudes fixes et les mouvements catatoniques proprement dits qui marquent si souvent le début de la démence précoce; les stéréotypies secondaires caractériseraient plus particulièrement la période résiduelle ou terminale de l'affection et trouveraient souvent leur origine soit dans une habitude professionnelle, soit dans une idée délirante ancienne.

La valeur clinique du symptôme stéréotypie est considérable, ne serait-ce qu'en raison de sa fréquence : sur ses soixante-quinze observations, M. Dromard l'a noté une cinquantaine de fois. Il a constaté d'ailleurs que les stéréotypies primitives étaient surtout le lot des catatoniques, alors que les stéréotypies secondaires se retrouvaient plus communément chez les hébéphréniques et chez les paranoïques.

Au surplus, la stéréotypie n'est pas l'apanage exclusif du dément précoce; on la peut rencontrer dans les démences vésaniques secondaires, dans les délires systématisés chroniques et dans la paralysie générale; mais c'est dans la démence précoce qu'elle prend la plus grande importance, car elle en marque de son empreinte toutes les manifestations : excitation, délire, démence.

La signification pronostique des stéréotypies varie suivant qu'il s'agit de stéréotypies primitives ou de stéréotypies secon-

©BIUM

daires : « Si les attitudes fixes et les mouvements répétés s'accompagnent de phénomènes catatoniques intenses et font partie d'un épisode aigu, on ne peut conclure à aucun pronostic quant à l'évolution ultérieure... ; si, au contraire, la fixité d'attitude ou de mouvement s'installe progressivement, d'une façon torpide, et persiste alors qu'il n'existe ni agitation, ni stupeur, ni manifestations cataleptoïdes, on doit songer à une déchéance effective, n'ayant aucune chance de régression. »

Nous ne savons, à l'heure actuelle, ni prévenir la stéréotypie, ni la guérir une fois constituée ; tout au plus, nous est-il possible, dans certains cas, d'utiliser pratiquement pour des besognes mécaniques et simples les tendances automatiques que présentent quelques déments précoces au déclin ou pendant la « convalescence » de leur maladie.

VII. — *Note sur l'influence de l'incontinence sexuelle pendant la gestation sur la descendance* ; par le Dr Ch. Féré (numéro d'avril). — C'est une erreur, trop répandue dans certains milieux, de croire que les rapports sexuels sont parfaitement légitimes et peuvent être continués impunément pendant le cours de la grossesse. Les accoucheurs ont depuis longtemps signalé les risques qu'une telle pratique peut faire courir à la mère ; l'observation que publie M. Féré tend à montrer qu'elle n'est pas sans pouvoir exercer une influence fâcheuse sur le développement et sur la qualité du produit. Un père et une mère, sains eux-mêmes et d'ailleurs indemnes de toute hérédité morbide, ont eu d'abord un enfant épileptique et dégénéré, puis, d'année en année, trois enfants morts-nés, le premier à huit mois, le deuxième à sept mois ; enfin, l'année suivante, la mère eut une fausse couche de deux mois. Or, le seul facteur étiologique que M. Féré ait pu mettre en lumière est le suivant qui résulte de l'aveu même des conjoints : « Aussitôt que la grossesse était connue, il y avait des rapports sexuels quotidiens, tandis qu'en temps de vacuité ils n'existaient que pendant les deux semaines intermédiaires de la période menstruelle et beaucoup moins souvent. » Cette incontinence reconnue aurait réalisé dans ce cas, d'après M. Féré, les conditions d'un surmenage dont on sait les effets nocifs sur le produit de la gestation. La copulation intempestive agirait d'ailleurs différemment suivant l'époque de la grossesse à laquelle elle se produit : pendant les premières semaines, elle provoquerait des malformations variées ; plus tard, des maladies du fœtus, sa mort et son expulsion prématurée.

©BIUM

VIII. — *Hystérie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Appoint alcoolique. Hallucinations multiples rapportées uniquement à ce même côté par la malade*; par le Dr Roger Dupouy (numéro d'avril). — Tout l'intérêt de cette observation réside dans ce fait que les troubles éprouvés par la malade à la faveur de son alcoolisme, — hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, du goût, de la sensibilité générale, — ont été rapportés par elle uniquement au côté de son corps atteint d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle : « La malade a déliré par son cerveau droit tout comme elle avait souffert par lui dans ses sensibilités générale et spéciale ».

IX. — *Auto-identification romanesque*; par les Drs Paul Garnier et Gabriel Dromard (numéro de mai). — Il s'agit d'une dégénérée qui crut se reconnaître, elle et tout son entourage, dans l'héroïne et dans les personnages d'un roman à la mode; sur cette base de « fausses reconnaissances », elle échafauda un délire de persécutions dont la réaction définitive faillit être grave. Les auteurs insistent à ce propos sur la suggestibilité toute particulière que présente cette catégorie de malades.

X. — *Le réflexe lumineux dans la paralysie générale*; par le Dr E. Marandon de Montyel (numéro de juin). — Dans plusieurs mémoires antérieurement parus dans différents recueils, M. Marandon de Montyel, étudiant l'état des divers réflexes dans la paralysie générale, s'était élevé contre la méthode habituellement suivie en pareil cas depuis Musch et qui consiste à n'examiner qu'une seule fois les sujets à une période quelconque de la maladie. « Il nous a toujours semblé, répète-t-il aujourd'hui, qu'un tel procédé ne pouvait donner que des résultats erronés et qu'il était indispensable d'avoir la patience et le soin de suivre les mêmes malades depuis leur entrée à la première période de l'affection jusqu'à sa terminaison par la mort. » Procédant ainsi sur cent quarante paralytiques généraux M. Marandon de Montyel a établi les conclusions suivantes que nous reproduisons textuellement :

« 1° En embrassant tous les cas, ceux à évolution complète et ceux à évolution incomplète, nous avons trouvé que l'anormalité l'emporte sur la normalité dans les trois quarts d'entre eux, mais que celle-ci constante, c'est-à-dire persistant sans discontinuer durant toute la maladie, est un peu plus fréquente que celle-là; toutefois le fait de beaucoup le plus nombreux fut l'alternative, l'alternance des deux états. Puis, dans l'immense majorité des cas, les deux yeux sont anormaux : l'anormalité

©BIUM

unilatérale non seulement est rare, mais encore plus de deux fois, près de trois fois plus souvent momentanée que constante. Enfin, plus rarement encore, exceptionnellement, les anormalités sont différentes aux deux yeux ; et elles ne furent toujours que momentanées, jamais nous ne les vîmes persister.

« 2° L'anormalité existe toujours à un moment ou à un autre de l'évolution complète de la paralysie générale.

« 3° L'altération en plus, ou exagération, est exceptionnelle, puisque les deux altérations en moins, affaiblissement et abolition, sont dix-huit fois plus fréquentes. En outre, jamais l'exagération ne fut observée comme seul trouble au cours de l'affection, sa durée a toujours été passagère, elle fut toujours précédée ou suivie par l'affaiblissement, et deux fois plus souvent par les deux troubles en moins. Les deux degrés de l'altération en moins ont été en fréquence à peu près égale. Les alternatives d'affaiblissement et d'abolition sont d'une fréquence excessive, double de la somme des deux altérations en moins comme seuls troubles. Quant à celles unilatérales, ce n'est jamais l'exagération, mais aussi souvent l'affaiblissement que l'abolition.

« 4° L'anormalité constante augmente de la première à la seconde période, et de celle-ci à la troisième. La normalité constante diminue au contraire avec les progrès du mal ; toutefois, nous l'avons exceptionnellement constatée à la phase ultime, contrairement à l'opinion générale. L'anormalité est très précoce, car déjà elle existe dans plus de la moitié des cas à la phase initiale. Les alternatives des deux états sont d'une fréquence égale aux deux premières périodes, mais trois fois plus rares à la dernière où l'anormalité constante est le fait dominant. Les anormalités unilatérales de la phase initiale persistent parfois à l'intermédiaire ; néanmoins elles diminuent en fréquence et en persistance avec les progrès de la paralysie générale pour disparaître complètement à la troisième période. Seulement, à la seconde, nous avons vu des anormalités différentes aux deux yeux.

« 5° L'exagération ne s'est produite qu'à la première période et a été deux fois plus souvent l'unique trouble qu'associée à l'affaiblissement. Les affaiblissements et les alternatives des deux altérations en moins ont été de fréquence à peu de chose près égale aux trois phases ; l'abolition constante, au contraire, a été en augmentant dans une forte proportion avec les progrès de la paralysie générale qui n'ont exercé aucune influence sur

©BIUM

l'intensité des altérations unilatérales. Enfin, un dernier fait intéressant à signaler : il n'est pas vrai que l'abolition soit constante dans tous les cas à la phase ultime. La vérité est que seule l'exagération manque et qu'on y rencontre les deux altérations en moins, mais toujours identiques aux deux yeux, et même la normalité, et qui plus est, à titre exceptionnel, la normalité constante durant toute la période. »

XI. — *Morphinisme familial par contagion* ; par Marcel Briand et François Tissot (numéro de juillet). — Histoire curieuse et lamentable odyssée de toute une famille qui prend goût à la morphine à l'instigation d'un tiers et qui s'y adonne jusqu'à complète intoxication avec la complicité avérée de médecins et de pharmaciens.

Les auteurs discutent à ce propos les responsabilités diverses engagées dans cette affaire. Ils protestent d'abord, d'une façon générale, contre la tendance actuelle « à voir tant d'irresponsables parmi les coupables ». En ce qui concerne particulièrement les morphinomanes délinquants, « on aura beau dire que ces malades agissent le plus souvent sous l'influence impérieuse et aveuglante de la soif morphinique, comme ils sont les seuls fauteurs d'un état qui les amène à ces excès, ils en doivent subir les conséquences ». Mais leur responsabilité comportera des degrés : « il est bien certain, par exemple, que, dans l'espèce, l'initiateur, propagateur imprudent ou conscient de son vice, assume une autre responsabilité que ceux dont ses invitations ont entraîné la chute » ; mais même pour ceux-ci, « qui ne sont coupables primitivement que de faiblesse », MM. Briand et Tissot voudraient « une responsabilité pénale positive de leurs actes ». Les médecins qui, au lieu de s'en tenir à la morphinisation thérapeutique, se livrent à la pratique de la morphinisation de complaisance, doivent savoir qu'ils s'exposent à des poursuites pour faute grave professionnelle. Et quant aux pharmaciens, qui transgressent si allègrement les règles de la vente des poisons et médicaments dangereux, leur responsabilité reste entière et indiscutable.

XII. — *La phobie du regard* ; par le Dr W. Bechterew (numéro de juillet). — Réclamation de priorité à l'endroit de M. Hartenberg, dont le mémoire, paru sous ce titre dans les *Archives de Neurologie* (numéro de septembre, 1904), a été analysé à cette même place (*Annales médico-psychologiques*, numéro de mai-juin, 1907, p. 461). M. Bechterew aurait décrit la phobie du regard dès 1899, l'aurait étudiée à nouveau

©BIUM

en 1900 et en 1902 et en publie aujourd'hui cinq autres cas qu'il a observés depuis lors.

D'après l'auteur, la phobie du regard se produit tantôt pure et tantôt associée à la crainte de rougir, — éreutophobie (Obs. I), ou encore à une difficulté psychopathique de la miction (Obs. II). Elle se développe toujours sur un terrain dégénératif et reconnaît souvent comme cause déterminante l'onanisme. Sa pathogénie s'explique soit par la crainte des malades que l'on reconnaisse leur état anormal (onanisme, infirmités, etc.) d'après l'aspect de leurs yeux, — d'où l'usage qu'ils font de lunettes sombres, — soit par leur croyance à ce préjugé très répandu de la possibilité d'une influence magnétique de certaines personnes sur d'autres (mauvais œil). La phobie du regard, suivant M. Bechterew, doit être traitée par l'hypnotisme combiné avec une médication générale tonique et l'hydrothérapie.

XIII. — *Cholémie et mélancolie*; par le Dr P. Cololian (numéros d'août et de novembre). — C'est à tort, s'il faut en croire M. Cololian, que l'on a considéré jusqu'ici la mélancolie comme une affection exclusivement psychique ou psycho-névrosique : « c'est une perturbation mentale ayant des connexions intimes avec les troubles organiques..., et, parmi ces troubles, la cholémie tient la première place ».

Si l'on poursuit en effet, à l'exemple de M. Cololian, un parallèle entre cholémiques et mélancoliques, l'on notera chez les uns comme chez les autres des symptômes identiques : xanthodermies, troubles gastro-intestinaux, hémorroïdes, insomnie et somnolence, migraines et céphalalgies, impuissance génitale, bradycardie, urobilinurie, présence constante de pigments biliaires dans le sérum sanguin. Si l'on se livre de plus, comme l'a fait M. Cololian, à une enquête étiologique, l'on trouvera que « les mélancoliques ont presque les mêmes antécédents biliaires, héréditaires ou personnels, que les cholémiques », mais ils ont en outre — et c'est la raison pourquoi tous les cholémiques ne deviennent pas mélancoliques — des tares nerveuses ou mentales qui font d'eux des prédisposés.

La cholémie n'influe pas toutefois sur la symptomatologie de la mélancolie et l'intensité de la cholémie n'est pas en rapport direct avec les symptômes psychiques. M. Cololian a observé des mélancoliques stupides tarés d'une cholémie très légère, tandis que de simples déprimés, hypocondriaques ou neurasthéniques, étaient affligés d'une cholémie intense; ces diffé-

©BIUM

rences dans le tableau clinique s'expliquent par les mêmes différences dans la prédisposition névropathique des sujets.

« Par une coïncidence curieuse, le traitement méthodique et « idéal de la mélancolie est aussi le mieux approprié à la gué- « rison de la cholémie... le régime alimentaire est presque « identique dans les deux cas et le repos au lit réussit aussi « bien dans la mélancolie que dans la cholémie... »

C'est ainsi du moins que M. Cololian nous rapporte que les choses se passèrent dans les dix observations qu'il nous présente de mélancolie chez des cholémiques.

XIV. — *Sur un cas de délire métabolique de la personnalité lié à des troubles de la cénesthésie*; par les Drs G. Deny et Paul Camus (numéro d'octobre). — A propos d'une malade qui présentait, entre autres symptômes, des idées de transformation corporelle (en chien, en taureau, en homme), MM. Deny et Camus reviennent sur la théorie pathogénique qu'ils avaient antérieurement proposée pour expliquer ces troubles psychopathiques, théorie qui avait provoqué de la part de M. Pierre Bonnier des objections et des critiques (*Cf. infra*. Analyses de la « *Revue neurologique* » : Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps, par G. Deny et P. Camus, numéro du 15 mai. Et : *L'Aschématie*, par Pierre Bonnier, numéro du 30 juin).

MM. Deny et Camus persistent, nonobstant les travaux de M. Bonnier, à faire jouer aux troubles de la cénesthésie cérébrale le rôle principal dans la genèse du délire de leurs malades et des états hypocondriaques en général. Ils estiment que le « sens de l'espace », à la disparition duquel M. Pierre Bonnier attache une importance primordiale en pareil cas, est étroitement lié lui-même à l'intégrité des sensations organiques, musculaires, articulaires, segmentaires, etc., qui accompagnent toutes les perceptions sensitives ; et, comme ce sont les images de ces sensations organiques qui forment ce que l'on désigne sous les noms de conscience ou de représentation du corps, de cénesthésie, ils croient devoir maintenir le terme de cénesthésiopathie, dans lequel ils ont groupé tous les psycho-syndromes qui paraissent liés à une altération quelconque des sensations internes ou organiques.

Ils font remarquer d'ailleurs que les malades dont M. Bonnier leur a opposé les observations étaient tous atteints d'affections auriculaires, de lésions labyrinthiques, alors que les sujets examinés par MM. Deny et Camus avaient tous leurs

©BIUM

organes sensoriels, en particulier l'appareil auditif, normaux et sains. C'est donc à tort, suivant les auteurs, que M. Pierre Bonnier a voulu établir un rapprochement entre des faits d'ordre disparate.

XV. — *Contribution à l'étude de la démence épileptique*; par le Dr Bourneville (numéro de novembre). — La démence épileptique, si fréquente chez l'adulte, n'épargne pas davantage l'enfant; l'observation publiée par M. Bourneville en fournirait, s'il était besoin, une nouvelle preuve.

C'est l'histoire anatomo-clinique d'un jeune garçon, fils d'alcoolique, et qui, devenu épileptique à l'âge de neuf ans et demi, s'affaiblit intellectuellement de façon continue et précoce jusqu'à tomber rapidement dans un état de profonde démence. Il présentait à la fois des vertiges (rares : neuf en dix ans) et de grandes attaques (fréquentes : jusqu'à sept cent soixante-quatorze en une année).

Des photographies du malade et des spécimens de son écriture, recueillis à intervalles réguliers depuis le début de l'affection jusqu'au moment de la mort, survenue au cours de la vingtième année et à la suite d'un état de mal, permettent de suivre l'évolution progressive et parallèle de la déchéance physique et de l'affaiblissement intellectuel.

L'autopsie révéla surtout des lésions de méningo-encéphalite chronique diffuse.

Revue de psychiatrie.

I. — *La démence vésanique est-elle une démence?* par les Drs E. Toulouse et H. Damaye (numéros de janvier et de février). — Pour répondre à cette question, les auteurs ont examiné comparativement deux groupes de démentes : d'une part des paralytiques générales « peu avancées » et d'autre part des vésaniques pures. Ils ont utilisé pour cette étude les procédés usuels de la psychologie expérimentale de mesure : interrogations sur l'identité de la malade, sur des données sommaires de géographie et d'histoire, sur le calcul, tests relatifs à la mémoire, conclusion d'un syllogisme très simple. Ces épreuves diverses ont révélé la déchéance globale et les lacunes profondes de l'intelligence des paralytiques générales; les démentes vésaniques, au contraire, ont fourni des réponses beaucoup plus fréquemment exactes, et chez elles la destruction des facultés est apparue relativement minime, surtout en ce qui concerne la

©BIUM

mémoire immédiate des phrases et du calcul : il s'agirait plutôt, dans leur cas, de confusion mentale que d'affaiblissement intellectuel proprement dit : « Il est permis de se demander si la « démence vésanique ne serait point constituée uniquement par « de la confusion mentale et exempte, tant qu'il n'y a pas de « complication organique, d'affaiblissement véritable de l'intel- « ligence ».

II. — *Prédisposition et causes directes en étiologie mentale*; par le Dr E. Marandon de Montyel (numéro de mars). — Trente ans d'observation et de pratique des aliénés ont donné à M. Marandon de Montyel le droit — dont il use — de professer en pathologie mentale des opinions bien personnelles. A preuve quelques-unes des propositions suivantes, en lesquelles se résument les idées du médecin de Ville-Evrard sur l'étiologie générale des psychoses.

« La folie n'éclate jamais à l'improviste : pour germer, elle a besoin d'un terrain préparé à l'avance. »

Cette prédisposition indispensable peut être héréditaire ou acquise.

Contrairement à l'opinion générale, d'après laquelle tous les processus pathologiques peuvent être facteurs de dégénérescence, six causes directes sont seules susceptibles de doter d'une prédisposition vésanique un sujet indemne de toute tare; ces six causes directes sont : « deux infectieuses, la fièvre typhoïde et l'impaludisme chronique; deux toxiques, l'alcoolisme chronique et le saturnisme chronique; et enfin deux physiques, le traumatisme cranien, auquel se rattache la commotion cérébrale par contre-coup, et l'insolation ». « Toutes les autres causes directes délabrent le corps et ne délabrent pas l'esprit. »

M. Magnan et ses élèves croyaient avoir établi que les influences acquises produisent des tares psychiques cliniquement semblables à celles dont sont porteurs les dégénérés héréditaires. Erreur complète, d'après M. Marandon de Montyel : « La dégénérescence héréditaire se caractérise par la déséquilibration de l'intelligence et par l'exaltation de certaines facultés, exaltation qui peut être poussée jusqu'au génie, tandis que la dégénérescence acquise se caractérise par la déséquilibration également et, au contraire, par un affaiblissement de certaines facultés, affaiblissement qui peut être poussé jusqu'à l'idiotie. La différence est donc radicale ».

Prédisposition et causes directes sont également nécessaires pour constituer l'état d'aliénation : dans chaque cas particulier

©BIUM

« le rôle réciproque de ces deux facteurs est en raison inverse l'un de l'autre ».

Il est neuf psychoses que les causes directes peuvent produire chez les seuls prédisposés héréditaires, à l'exclusion des dégénérés acquis, à savoir : les obsessions, les impulsions, la manie raisonnante, la folie morale, la folie intermittente, la folie périodique, la folie circulaire, la folie à double forme, le délire systématisé à évolution progressive.

« Ce sont les causes directes qui impriment au délire sa couleur, sa manière d'être. » Ce fait est admis pour la folie alcoolique et pour la folie épileptique. Or, « ce n'est pas là une double exception, mais la manifestation plus apparente d'une loi générale ». D'ores et déjà, à ces deux psychoses spéciales, il conviendrait d'ajouter une troisième psychose également spéciale, la psychose post-typhique, et peut-être même une quatrième, la psychose parkinsonienne. Et nul doute que des études ultérieures ne viennent encore en augmenter le nombre. Car Morel était dans le vrai, qui soutenait que « la nature du délire est toujours en rapport avec la nature de la cause, et qui avait basé sur ce principe fécond sa classification étiologique des maladies mentales ».

Tels sont, « donnés en toute sincérité », les résultats des « longues recherches » que M. Marandon de Montyel a poursuivies « de 1874 à ce jour ».

III. — *Le régime de la vie normale à l'hôpital des maladies mentales du Var*; par le Dr Belletrud (numéro de juin). — « Faire vivre à tout moment l'aliéné d'une existence aussi semblable que possible à celle qu'il aurait eue au dehors », tel est, d'après M. Belletrud, l'idéal auquel doit tendre tout l'effort du médecin d'asile, tel le dessein que, pour sa part, il poursuit depuis le jour où il fut appelé à la direction de l'asile de Pierrefeu; et le présent article a précisément pour but de faire connaître par quel ensemble de modifications, de transformations, et de mesures l'auteur est parvenu à instituer « le régime de la vie normale à l'hôpital des maladies mentales du Var ».

Se préoccupant tout d'abord du cadre et du milieu dans lequel les malades doivent vivre, M. Belletrud s'est efforcé de donner à son asile « l'aspect d'une petite ville ». Autant qu'il l'a pu, il a supprimé murs de clôture et murs intérieurs; partout où il l'a pu, il les a remplacés par de simples grilles de jardin, dont l'aspect est plus riant, plus agréable, et, pour égayer ceux qu'il n'est pas arrivé encore à démolir, il les a « ornés d'affiches avec

©BIUM

sujets coloriés, renouvelées de temps en temps ». « Pour rompre la monotonie des grands espaces sablés », il a planté des arbres nombreux, multiplié les corbeilles de fleurs. Dans les avenues de l'établissement, aux carrefours, il a fait installer des kiosques avec journaux et friandises ; il se propose d'y faire ouvrir incessamment une salle de réunion et un salon de coiffure.

Chaque quartier constitue le foyer d'un certain nombre de malades : M. Belletrud a voulu rendre ce foyer aussi semblable que possible au foyer familial. Pour ce, il a décoré les vestibules et les escaliers de plantes vertes, orné les dortoirs — peints au ripolin clair — de gravures encadrées, muni la salle de réunion de jeux, de journaux, d'une bibliothèque et garni le sol des cours de vastes et nombreuses corbeilles de fleurs.

Dans le milieu ainsi constitué, M. Belletrud a cherché à régler l'existence de ses malades « d'une manière rationnelle et conforme au principe du régime de la vie normale ». Il leur a donné tout d'abord la plus grande liberté : sorties à l'intérieur et à l'extérieur avec ou sans surveillance, promenades collectives, excursions, etc. ; il leur a laissé dans le choix de leurs vêtements, de leurs chaussures, etc., dans l'emploi de leur pécule la plus grande latitude ; il n'exerce aucun contrôle sur leur correspondance, il a même obtenu l'installation dans l'asile d'un bureau auxiliaire des postes avec télégraphe et téléphone, où peuvent se rendre librement tous les malades admis à circuler au dehors des quartiers et où les autres sont conduits pour y déposer eux-mêmes et pour y retirer leur correspondance. Désireux d'associer dans la mesure du possible les malades à leur propre administration, M. Belletrud a adjoint deux d'entre eux à la Commission des recettes de l'établissement, laquelle commission est chargée de vérifier la bonne qualité des denrées, telles que viandes, vins, étoffes, vêtements confectionnés, etc. Allant plus loin encore dans cette voie, M. Belletrud se propose, dès que l'achèvement de travaux en cours le lui permettra, de répartir ses malades en un certain nombre de groupements jouissant de la plus large autonomie : chaque groupement aura sa table et son matériel de table à lui, prendra la responsabilité d'assurer une distribution équitable des aliments entre ses membres et, qui sait? arrivera peut-être un jour « à fixer lui-même son menu en faisant son choix entre un certain nombre de plats mis à sa disposition ».

D'ailleurs, « il est à peine besoin de dire que le régime de la

©BIUM

vie normale comporte une organisation aussi large que possible du travail et des distractions ». A Pierrefeu, toutes les aptitudes sont utilisées; dirigés par des praticiens habiles, les malades s'y livrent au même travail qui les faisait vivre au dehors et ils peuvent ne rien y perdre de leurs connaissances professionnelles. Quant aux distractions, elles sont multiples : il y a d'abord toute la série des distractions journalières, jeux de cartes, jeux de dames, journaux, livres, etc.; il y a ensuite des concerts périodiques donnés par la musique de l'établissement soit au kiosque, soit dans la salle du théâtre; il y a encore des représentations mixtes où la partie musicale s'accompagne d'une partie scénique; il y a enfin, à l'occasion des grandes solennités (Carnaval, 14 juillet, etc.), de véritables fêtes avec bataille de fleurs, kermesse, retraites en musique, etc. Un journal, — *l'Ellébore*, — rédigé par les malades eux-mêmes, publie à l'avance le programme de tous ces divertissements et en donne, après coup, le compte rendu.

On voit quel est dans ses grandes lignes le régime de la vie normale, tel qu'il fonctionne à Pierrefeu sous la direction de M. Belletrud et à sa plus grande satisfaction. Ce serait toutefois une erreur de croire qu'organiser un pareil régime soit une tâche facile. « Pour réussir, nous dit M. Belletrud, de multiples conditions sont nécessaires », — que l'on ne peut que regretter que M. Belletrud ne nous ait pas fait connaître, — et il en est une au moins qui doit être tenue pour essentielle : « c'est l'existence d'un personnel suffisamment nombreux et instruit dans sa profession... Plus la liberté accordée aux malades est grande, plus le rôle des infirmiers devient délicat... Et, sans un personnel d'élite, pas d'application possible du régime de la vie normale. » Dès lors, que les misonéistes se rassurent : tout porte à croire que Pierrefeu restera longtemps encore parmi nos asiles comme une heureuse et enviable exception.

IV. — *Obsessions zoophobiques et idées de persécution chez deux sœurs*; par le Dr Damaye (numéro d'octobre). — Deux sœurs, prédisposées, vivant en commun, manifestent primitivement l'une de la zoophobie, l'autre des idées de persécution; réagissant l'une sur l'autre, elles se communiquent leurs délires respectifs et attisent réciproquement leurs conceptions anormales.

V. — En dehors de ces travaux originaux, la *Revue de psychiatrie* a publié en 1905 des revues critiques dont nous donnons ici la liste :

©BIUM

Les infections latentes d'origine utérine chez les nouvelles accouchées et leur importance en médecine mentale. De la folie viscérale ; par le Dr Lucien Picqué (numéro de janvier.

Recherches sur le pigment jaune des cellules nerveuses ; par le Dr G. Marinesco (numéro de février).

Les recherches de psychologie scolaire et pédagogique ; par le Dr Henri Piéron (numéro de mars).

La folie dans les prisons ; par le Dr F. Pactet (numéro d'avril).

Du rôle étiologique de la syphilis dans les psychoses ; par le Dr L. Marchand (numéro de mai).

Hérédité et éducation dans la genèse des maladies mentales ; par les Drs E. Toulouse et H. Damaye (numéro de juin).

Les asiles spéciaux pour les condamnés aliénés et les psychopathes dangereux ; par le Dr Paul Sérieux (numéro de juillet).

L'étiologie de la paralysie générale d'après les discussions de l'Académie de Médecine et les nouvelles recherches sur la syphilis expérimentale ; par le Dr Cl. Vurpas (numéro d'août).

La tuberculose dans les asiles d'aliénés ; par le Dr A. Marie (numéro de septembre).

Les escarres dans la paralysie générale ; par le Dr A. Vigouroux (numéro d'octobre).

Les démences. Anatomie pathologique et pathogénie ; par les Drs Klippel et J. Lhermitte (numéro de décembre).

Revue neurologique.

I. — *Paralysie générale tuberculeuse (syndrome paralytique par encéphalite tuberculeuse)* ; par le Dr Klippel (numéro du 15 avril). — Au point de vue clinique, le malade dont M. Klippel rapporte l'observation était sans aucun doute un paralytique général. Or, au point de vue anatomique, l'autopsie révéla : dans les poumons, une tuberculose de date ancienne avec propagation aux ganglions du médiastin ; dans l'encéphale, de gros tubercules caséeux disséminés dans le cerveau, le cervelet et le mésencéphale, mais aucune des lésions décrites par Bayle et considérées depuis lors comme caractéristiques de la paralysie générale. M. Klippel voit dans ce cas « une preuve nouvelle et incontestable de l'étiologie tuberculeuse possible de la paralysie générale », et il en tire un nouvel argument en

©BIUM

faveur de la thèse qui lui est chère et d'après laquelle la paralysie générale ne serait pas une entité morbide à causes et à lésions constantes, mais seulement un syndrome clinique, susceptible de se développer sous l'influence d'agents pathogènes divers.

II. — *La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique* ; par le Dr Maurice Dide (numéro du 15 avril). — « Dans l'espoir d'apporter quelques matériaux sérieux à la pathogénie et à l'anatomie pathologique de la démence précoce », M. Dide, « depuis plusieurs années, s'est mis au travail ». D'abord séduit, comme bien d'autres, par l'œuvre systématique de Kraepelin, M. Dide a cherché à vérifier l'hypothèse pathogénique émise par cet auteur d'une auto-intoxication d'origine génitale ; mais, examen fait des testicules et des ovaires dans des cas nombreux de démence précoce, M. Dide s'est vu dans l'obligation de séparer sur ce point sa doctrine de celle du professeur de Munich.

Pas davantage M. Dide ne saurait se rallier à la manière de voir exposée par MM. Klippel et Lhermitte et d'après laquelle la démence précoce serait une affection primitivement et exclusivement cérébrale, conditionnée par une lésion spécifique corticale : entre le cortex de vieux déments paranoïdes et celui des déments séniles, M. Dide, pour sa part, n'a pas su déceler de différences.

Par contre, ses recherches histologiques, guidées par la clinique, lui ont permis de découvrir ailleurs de nettes et importantes lésions : c'est d'abord la dégénérescence graisseuse du foie, constante dans les formes catatoniques, fréquente dans la démence paranoïde ; c'est ensuite la tuberculose, relevée vingt et une fois sur trente-sept autopsies ; ce sont enfin des altérations du sang variables suivant les catégories mentales, mais qui ne font jamais défaut.

Ces constatations ont paru à M. Dide suffisantes pour étayer une conception personnelle de la démence précoce. Sans doute la synthèse clinique du psychiatre allemand est, aux yeux de M. Dide, légitime ; « mais le nom de démence précoce prête à la critique, car l'état démentiel est discutable et la précocité est inconstante. D'autre part, le terme de confusion mentale (théorie de Régis) caractérise un symptôme et ne comprend pas les manifestations multiples que Kraepelin a décrites ». M. Dide propose donc le vocable : *psychose toxi-infectieuse subaiguë ou chronique* ; la forme hébéphréno-catato-

©BIUM

nique prendrait le nom de *primitive* ; la forme paranoïde, celui de *secondaire*.

Et voici comment, d'après M. Dide, se caractériserait chacune de ces deux formes :

« La psychose toxi-infectieuse primitive est une entité clinique débutant en général avant vingt-cinq ans, qui se manifeste par des alternatives d'anxiété, de stupeur et d'agitation incohérente, où l'on trouve d'une façon constante des hallucinations psycho-motrices et d'autres décrites, par M. Dide, sous le nom de psycho-inhibitrices. Une toxi-infection intestinale est primordiale au point de vue pathogénique; la tuberculose joue également un rôle important.

« La forme secondaire présente des manifestations cliniques plus tardives, très analogues, relevant d'une pathogénie très voisine de la précédente, — qui « échappe encore » à M. Dide, — mais où la tuberculose joue certainement un rôle beaucoup moins important. »

III. — *Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas* ; par les Drs G. Doutrebente et L. Marchand (numéro du 15 avril). — A l'autopsie d'un dément précoce, mort par hémoptysie foudroyante trente-cinq ans après le début de son affection mentale, les auteurs ont constaté les lésions suivantes : épaississement des méninges molles avec néoformation vasculaire; adhérences de la pie-mère à l'écorce, très localisées et décelables seulement par l'examen microscopique; pigmentation des cellules pyramidales; infiltration de cellules rondes (lymphocytes?) dans tout le cortex; sclérose névroglique intense. Ils interprètent ces lésions comme le reliquat d'un processus inflammatoire ancien, contemporain des premières périodes de la maladie mentale, et ils estiment qu'à côté de la démence précoce, psychose constitutionnelle résultant de la lésion exclusive des cellules pyramidales, il est légitime de faire une place à la démence précoce, affection purement accidentelle, consécutive à toute lésion cortico-méningée chronique, d'origine inflammatoire ou toxique, survenant chez de jeunes sujets.

IV. — *Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps* ; par les Drs G. Deny et P. Camus (numéro du 15 mai). — La malade dont l'observation a fourni à MM. Deny et Camus la matière de ce mémoire présentait les symptômes suivants : elle disait éprouver « une insensibilité générale », ou mieux ne plus sentir ses membres,

©BIUM

sa tête, ses cheveux, etc., comme elle les sentait auparavant ; tout son corps lui paraissait changé, si bien que parfois elle se prenait à douter de son existence ; elle ne voyait plus comme avant, elle ne percevait plus les saveurs, les odeurs, les sons comme elle le faisait autrefois ; les personnes, les choses lui produisaient l'effet de fantômes, « comme si elles n'étaient pas réelles ». Inhabile à évoquer ses souvenirs, elle affirmait ne pouvoir se représenter ni la figure de ses parents, ni la voix de ses enfants, ni l'intérieur de son logis, ni l'odeur d'une fleur, ni le goût d'un aliment. Très consciente d'ailleurs de son état, elle l'analysait fort judicieusement et ne présentait ni interprétations, ni conceptions délirantes d'aucune sorte.

Or, *objectivement*, cette malade voyait, entendait comme une personne normale : sur tous les objets et sur leurs usages, elle portait un jugement exact ; en un mot, il n'existait chez elle ni agnoscie, ni apraxie, ni cécité ou surdité psychiques.

Il s'agissait donc manifestement d'un trouble purement *subjectif* de l'activité sensitivo-psychique, trouble signalé depuis longtemps déjà par Cotard, bien connu aujourd'hui cliniquement, mais dont il n'a pas été donné, jusqu'à ce jour, malgré de copieux travaux (P. Janet, etc.), une interprétation pathogénique satisfaisante.

C'est précisément d'une explication rationnelle de ce curieux syndrome que MM. Deny et Camus se sont mis en quête ; dans ce but, c'est à la psycho-physiologie qu'ils se sont adressés, et c'est dans une conception nouvelle, ou tout au moins élargie, de la cénesthésie normale et de ses altérations pathologiques qu'ils croient avoir trouvé la solution cherchée.

Contrairement à l'opinion reçue, d'après laquelle les sens n'interviendraient que d'une façon accessoire et secondaire dans la conception de notre personnalité, MM. Deny et Camus estiment, avec Wernicke et Stuck, que les organes des sens jouent un rôle important dans la genèse de la cénesthésie. Suivant ces auteurs, en effet, « toute perception sensorielle (tactile, visuelle, auditive, etc.), serait composée en réalité de deux éléments : un élément spécifique ou sensoriel et un élément organique ou myopsychique, constitué par la sensation de l'activité musculaire, du mouvement exécuté par l'organisme pour adapter l'appareil à l'excitant périphérique et réaliser les meilleures conditions de perception ». Et cet élément organique, concomitant indispensable de nos perceptions sensorielles, contribuerait, à côté des sensations viscérales et au

©BIUM

même titre qu'elles, à nous faire prendre la notion que nous avons normalement de notre existence corporelle et de notre personnalité physique. La cénesthésie devrait donc être définie : le sentiment vague que nous avons de notre être, grâce à la sensibilité organique, faiblement consciente à l'état normal, qui dérive de tous nos organes et tissus, *y compris les organes des sens*.

Cette dualité fonctionnelle des composants de nos perceptions étant admise, et une fois adoptée cette conception « élargie » de la cénesthésie, il devient aisé d'expliquer le complexus symptomatique présenté par la malade de MM. Deny et Camus. Il suffit, en effet, de supposer dans le cas particulier une dissociation pathologique entre les deux composants spécifique et organique des représentations sensorielles. Conservation du composant spécifique : la malade continue à voir et à reconnaître les objets, y compris sa propre personne. Absence, — ou, si l'on préfère, non utilisation par la conscience, — du composant organique : la malade ne peut plus rattacher ses représentations sensorielles à sa personnalité, elle leur trouve un caractère étrange et irréel. Du même mécanisme relève la perte des représentations mémorielles : les images de ces représentations étant dépourvues de l'élément organique qui les accompagne normalement, manquent de lien avec la personnalité du sujet, et, tout comme les représentations actuelles, lui apparaissent étranges, inachevées et irréelles.

Ainsi compris, le syndrome observé par MM. Deny et Camus peut donc être considéré comme un trouble particulier de la cénesthésie, comme une « afonction de la somatopsychè » (Foerster) ; c'est — à chose nouvelle mot nouveau — une *cénesthésiopathie*.

Du point de vue nosologique, MM. Deny et Camus, « restant dans la tradition française », pensent que l'espèce morbide ainsi individualisée doit être envisagée comme une sorte de prolongement de l'hypocondrie classique, comme une variété spéciale d'hypocondrie aberrante, digne de figurer à côté du délire des négations de Cotard, du délire métabolique de Mendel, dans la grande famille hypocondriaque.

V. — *Amnésie localisée rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général* ; par les Dr Pierre Roy et Roger Dupouy (numéro du 15 juin). — Observation d'un malade chez lequel les troubles de la mémoire débutèrent brusquement, par un ictus, et sont restés stricte-

©BIUM

ment localisés aux douze dernières années de son existence. Les auteurs font remarquer combien ces caractères sont peu habituels à l'amnésie paralytique, à l'ordinaire progressive et diffuse, et se demandent si c'est toujours avec raison que les psychologues ont rapporté des cas de ce genre à une simple émotion, à une idée obsédante, à un excès de travail, etc... L'observation qu'ils publient leur paraît démontrer que même les formes où l'amnésie semble affecter une dissociation purement psychologique et fonctionnelle sont susceptibles d'être réalisées par une maladie organique.

VI. — *L'aschématie*; par le Dr Pierre Bonnier (numéro du 30 juin). — Si l'on veut bien se reporter à l'analyse que nous avons donnée plus haut du mémoire de MM. Deny et Camus paru dans le même recueil (Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. *Revue neurologique*, numéro du 15 mai), l'on pourra constater qu'il y a identité complète entre le cas étudié par ces auteurs et les faits visés par M. Bonnier dans le présent article. Seule l'interprétation proposée diffère, et, par suite, la terminologie employée.

Pour expliquer les phénomènes curieux qu'ils avaient observés, MM. Deny et Camus avaient mis en cause la cénesthésie et décrit une cénesthésiopathie. M. Bonnier rappelle que, s'étant trouvé, bien avant MM. Deny et Camus, en présence de faits analogues, il avait incriminé le sens de l'espace et créé l'aschématie (de *schéma*, figuration topographique, attitude). Ce qui lui paraît, en effet, manquer aux malades de ce genre, ce n'est pas, comme l'ont cru à tort MM. Deny et Camus, la notion de l'activité musculaire de leurs organes sensoriels, mais bien la figuration spatiale des choses dont la sensation persiste; il y a dans ces cas anesthésie limitée à la notion topographique, à la distribution, à la forme, à la situation, à l'attitude; il y a, en un mot, aschématie.

L'aschématie, pour M. Bonnier, n'est d'ailleurs que le prototype de tout un groupe morbide, qui comprend encore : l'hyperschématie, l'hyposchématie et la paraschématie, troubles dans lesquels certaines parties de nous-même tiennent ou bien trop de place, ou bien trop peu de place, ou enfin une place qui n'est pas la leur dans la notion que nous avons de notre propre corps.

VII. — *Pseudo-paralysie générale diabétique*; par le Dr Joseph Ingegnieros (numéro du 30 juillet). — Les recherches bibliographiques auxquelles a procédé l'auteur ne lui ont

©BIUM

permis de relever dans la littérature médicale qu'une seule observation où le syndrome paralytique ait paru nettement conditionné par un diabète préexistant. C'est dire tout l'intérêt qu'il faut attacher aux faits de ce genre, et cela explique l'importance que M. J. Ingegnieros attribue à l'observation qu'il lui a été donné de recueillir et qu'il croit devoir rapporter.

Il s'agit, en l'espèce, d'un homme de quarante-cinq ans, chez lequel ni la syphilis, ni l'alcoolisme ne purent être valablement incriminés, et qui présenta au cours d'un diabète sucré un syndrome paralytique à forme démentielle, sans délire. Sous l'influence d'un régime approprié, la glycosurie s'atténua progressivement, puis totalement, en même temps que s'atténuaient puis disparaissaient un à un tous les symptômes paralytiques. Des écarts de régime ayant, par la suite, provoqué la réapparition de la glycosurie, le syndrome paralytique se réinstalla à nouveau et se compléta peu à peu jusqu'à reproduire le tableau clinique réalisé lors de la première atteinte. Le retour à une hygiène diététique sévère amena pour la deuxième fois la disparition et de la glycosurie et du syndrome paralytique : convaincu d'ailleurs de la nécessité d'un régime rigoureux et résigné à s'y soumettre, le malade n'a plus présenté depuis lors, soit depuis deux ans et demi, ni symptômes de diabète, ni phénomènes de paralysie.

M. J. Ingegnieros estime avoir eu affaire dans ce cas à une pseudo-paralysie générale diabétique, affection qui, selon lui, a sa place marquée dans le cadre nosologique à côté des autres formes déjà décrites de pseudo-paralysie générale progressive : syphilitique, arthritique, alcoolique, saturnine.

VIII. — *Sur la forme stationnaire de la démence paralytique* ; par le Dr Serge Soukhanoff (numéro du 15 octobre). — L'auteur ajoute une observation personnelle aux faits, déjà connus, dans lesquels on voit la paralysie générale, suspendant pour un temps sa marche progressive, s'immobiliser pendant plusieurs années à un stade déterminé de son développement. Dans le cas particulier, la durée de cette période stationnaire fut de dix-sept ans.

IX. — *Classification clinique des syndromes paralytiques généraux* ; par le Dr Joseph Ingegnieros (numéro du 30 décembre). — Avec M. Klippel, dont « les travaux fondamentaux (en la matière) tendent à bouleverser l'ancienne conception de la clinique empirique », M. J. Ingegnieros admet l'existence aux lieu et place d'une paralysie générale, maladie autonome,

©BIUM

de syndromes paralytiques, communs à des formes diverses de méningo-encéphalopathies. Mais, à la différence de M. Klippel, qui en avait donné une classification histologique, M. J. Ingegnieros ne regarde, à l'heure actuelle, comme possible qu'une différenciation clinique des syndromes paralytiques. Et voici, avec les caractères qu'il leur attribue, les diverses formes que peut revêtir, d'après M. J. Ingegnieros, l'ancienne paralysie générale progressive des auteurs :

1° *Syndromes paralytiques généraux accidentels.* — « Peuvent être produits par n'importe quelle intoxication, pourvu qu'elle s'attache de préférence à des localisations encéphaliques déterminées... Se caractérisent par leur évolution spontanée et bénigne... Simple intoxication aiguë des cellules nerveuses, sans lésions inflammatoires ou dégénératives. »

2° *Syndromes paralytiques généraux non progressifs et curables.* — « N'évoluent pas spontanément vers la guérison, mais cèdent au traitement étiologique (syphilis, alcoolisme, saturnisme, arthritisme, diabète)... Lésions toxiques ou inflammatoires ne déterminant pas la dégénérescence définitive, mais réparables par le traitement étiologique. »

3° *Syndromes paralytiques généraux progressifs.* — « Se caractérisent par leur évolution progressive vers la démence paralytique ; sont rebelles au traitement et constituent la paralysie générale progressive classique... Peuvent être produits par des inflammations ou par des intoxications chroniques, déterminant des dégénérescences définitives et non réparables par le traitement étiologique. »

Le Progrès médical.

I. — *Varicocèle et obsession* ; par le Dr Lucien Picqué (n° 15). — Les troubles psychiques liés au varicocèle, décrits depuis longtemps déjà, sont à l'heure actuelle bien connus ; mais l'opinion reste divisée sur les indications opératoires qui peuvent se présenter en pareil cas : pour certains chirurgiens, il faut opérer le varicocèle, même quand les symptômes d'hypocondrie sont très accentués ; d'autres, au contraire, repoussent systématiquement l'intervention dans tous les cas. Pour M. Picqué, il y a exagération dans ces opinions extrêmes : une sélection est nécessaire et des distinctions s'imposent.

Au cours de sa pratique chirurgicale spéciale, il a été donné à M. Picqué d'observer trois variétés de varicocèles.

©BIUM

Dans une première catégorie de faits, le développement des veines du cordon est très marqué, leurs flexuosités parfois énormes, le scrotum très distendu; en général, les troubles mentaux sont alors réduits au minimum. L'intervention opératoire trouve ici une double indication : elle est dirigée d'abord contre une affection bien définie qu'elle peut guérir radicalement; elle peut de plus prévenir l'explosion d'une crise hypocondriaque.

La deuxième variété de varicocèle concerne des malades chez lesquels les lésions sont peu marquées, mais qui présentent des troubles psychiques souvent très intenses. « Il convient alors d'examiner avec grand soin l'état mental du malade, de lui faire écrire le récit de sa maladie et de ses souffrances. S'il n'est qu'hypocondriaque, l'opération peut donner, comme ailleurs, les meilleurs résultats. S'il est vésanique hypocondriaque, il faut s'abstenir d'une façon absolue. La distinction est parfois délicate à faire, mais elle est capitale. »

Il existe enfin une troisième catégorie de varicocèle « mal connue des chirurgiens » et qui serait plus justement dénommée « faux varicocèle » ou « varicocèle psychique ». Il s'agit, en effet de malades qui présentent uniquement de la névralgie testiculaire et qui s'imaginent être atteints d'un varicocèle qui n'existe pas. L'opération dans ces cas est inutile et peut même n'être pas sans inconvénients.

II. — *Ectopie rénale et psychopathie*; *indications opératoires*; par le Dr Lucien Picqué (n° 20). — Chez les hystériques et chez les neurasthéniques atteints de rein mobile, M. Picqué pratique toujours et conseille dans tous les cas l'abstention : « l'intervention ne peut qu'aggraver leur état ».

Chez les aliénés, en l'espèce des mélancoliques hypocondriaques, l'important est de savoir si la mélancolie est antérieure ou postérieure à l'hypocondrie; dans le premier cas, se montrer très réservé au point de vue opératoire; dans le deuxième cas, le malade peut au contraire bénéficier largement de l'intervention chirurgicale.

III. — *Des améliorations dans la paralysie générale*; par le Dr Margain (n° 27). — A propos de deux cas personnels de « longue rémission, pour ne pas dire guérison de la paralysie « générale », l'auteur émet, avec d'ailleurs beaucoup de réserves, cette opinion que « si l'ensemble clinique de la paralysie générale peut être réalisé par des intoxications exogènes, les « auto-intoxications, en dehors de l'infection syphilitique, peu-

©BIUM

« vent également en réaliser le tableau complet ». Il a, nous dit-il, « l'impression qu'une paralysie générale trop complète « d'emblée et à marche rapide est trop belle pour être vraie « (au sens actuel du mot) », et il ne peut « en face de cas sem- « blables se défendre de l'espoir qu'il s'agit d'une paralysie gé- « nérale toxique qui sera régressive et non de paralysie géné- « rale progressive syphilitique ».

Archives générales de médecine.

I. — *Les idées actuelles sur la psychothérapie*; par le Dr P. Sollier (n° 8). — C'est moins un exposé qu'une critique, et une critique souvent très acerbe et très vive, de la psychothérapie actuelle et de ses méthodes qu'il faut chercher dans cette conférence, donnée par M. Sollier à ses collègues de la Société de l'Internat; comme l'avait fait précédemment, devant le même auditoire, M. Maurice de Fleury (Cf. *Ann. méd.-psych.*, numéro de mai-juin 1907, p. 470), c'est encore et surtout contre M. Dubois (de Berne) que M. Sollier a dirigé ses foudres, mais, cette fois, le professeur Dejerine, l'autre chef de l'autre école psychothérapique, ne devait pas être, lui non plus, épargné : sous quelque patronage qu'elle se présente, la psychothérapie « nouvelle » ne saurait trouver grâce devant M. Sollier.

Définie : le traitement des maladies par des moyens psychiques, la psychothérapie a subi dans son évolution depuis ses premiers essais jusqu'à nos jours trois phases distinctes. Dans une première période, qui remonte au début du dernier siècle, elle se caractérise essentiellement par l'emploi de l'*isolement*, mesure thérapeutique que l'on appliqua d'abord aux seuls aliénés et dont on n'étendit que beaucoup plus tard le bénéfice aux névropathes. Une deuxième phase est surtout marquée par l'usage, bientôt poussé jusqu'à l'abus, de la *suggestion* sous ses diverses formes : hypnotique, directe, indirecte, par dissociation des idées fixes; l'isolement se trouve alors rejeté au second plan. Il reprend son importance dans la troisième phase, phase actuelle, mais seulement comme moyen permettant la mise en œuvre du procédé psychothérapique par excellence : *la persuasion*.

« Il y a, dit M. Sollier, deux manières de persuader les « gens : la manière suisse et la manière française, la dialec- « tique philosophique et l'affirmation persuasive par intimi-

©BIUM

« dation : la première est celle de M. Dubois (de Berne) « la deuxième, celle du professeur Dejerine (de Paris). »

On sait en quoi consiste la méthode dialectique et philosophique : partant de cette conception que, dans les névroses et les psycho-névroses, l'esprit seul est atteint et que le malade n'est tel que par auto-suggestion, consciente ou inconsciente, M. Dubois cherche d'abord à éclairer le sujet sur son cas, à lui faire saisir le comment et le pourquoi de son état, puis, par raisonnement, sans suggestion, il s'efforce, en des conversations philosophiques, en des « entretiens psychothérapiques », de faire l'éducation de sa raison, de provoquer, s'il se peut, une « con- « version psychique », qui sera la première étape de la guérison, et il obtient en général ce résultat dans un délai moyen de six semaines à deux mois. M. Dubois repousse d'ailleurs tout moyen adjuvant : hydrothérapie, électrothérapie, mécanothérapie, rééducation motrice ; il insiste seulement sur la cure de repos et sur la cure d'engraissement, qu'il essaie de réaliser par l'alitement continu et par le régime lacté exclusif.

M. Sollier proteste d'abord, au nom de la physiologie et du bon sens, contre cet « absolutisme » ; il reproche ensuite à la méthode de M. Dubois d'être « personnelle, individuelle, impra- « ticable par conséquent pour la majorité des médecins, même « spécialisés dans les maladies nerveuses » ; il conteste les résultats publiés, lesquels ne seraient obtenus que grâce à une sélection préalable des malades ; enfin et surtout il signale ses dangers et, à l'appui de ses dires, il rapporte trois observations dans lesquelles les patients, loin d'être guéris, revinrent de Berne singulièrement aggravés.

Variante plutôt que rivale de la précédente, la méthode du professeur Dejerine a pour base essentielle un isolement sévère, rigoureux, qui peut aller jusqu'à la chambre noire ; à cet isolement strict s'ajoutent : le régime lacté exclusif, appliqué uniformément à tous les cas ; des entretiens psychothérapiques élémentaires, où l'on procède surtout par affirmation, par promesses ou par menaces ; et enfin quelques exercices de rééducation motrice.

Toutes réserves faites sur l'utilité, et sur l'innocuité, de la privation de lumière pour des sujets généralement débilités, M. Sollier reconnaît que la méthode de Dejerine présente moins d'inconvénients que celle de M. Dubois, mais il reste sceptique sur ses résultats. Comment ajouter foi à des statistiques, où l'on n'accuse que 2 p. 100 d'insuccès, mais où l'on considère

©BIUM

comme complètement guéris des choréiques, des anorexiques, des mélancoliques, après quelques jours seulement d'observation et de traitement! Quiconque a la pratique des maladies nerveuses ne saurait être dupe de ces apparences de guérison.

En conclusion, M. Sollier croit devoir mettre ses collègues en garde contre les traitements systématiques des psychothérapeutes; il leur recommande de se montrer éclectiques et de ne pas s'en tenir exclusivement à tel ou tel procédé, donné, — momentanément, — comme une panacée infaillible et universelle. La psychothérapie dispose de moyens variés, dont certains sont efficaces : il appartient au médecin de les choisir, de les combiner suivant les cas. Au premier rang de ces moyens, il faut maintenir l'*isolement*, « le plus puissant, le seul qui ait survécu au naufrage de tous les systèmes dits psychothérapiques ». Secondairement, on doit y adjoindre la cure de repos, la cure d'engraissement et la rééducation ; à ce moment, et avec la plus grande circonspection, le traitement moral ; enfin, on ne s'en tiendra pas aux seuls moyens psychiques et l'on utilisera, — parce qu'il n'y a aucune raison de s'en priver, — tous les stimulants connus de l'activité nerveuse : hydrothérapie, mécanothérapie, électrothérapie, etc.

II. — *Traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew* ; par les Drs R. Briand et G. Halberstadt (numéro 18).— L'ayant expérimentée pendant six ans sur une large échelle, les auteurs proclament cette méthode excellente et s'étonnent qu'elle soit aussi peu répandue dans la pratique journalière. L'adjonction de l'adonis vernalis au bromure leur a permis « d'obtenir souvent une amélioration là où le bromure seul s'était montré beaucoup moins actif ou même était resté sans effet : amélioration tantôt légère, tantôt notable, tantôt (très exceptionnellement, cela va sans dire) guérison véritable ».

Ils n'ont d'ailleurs jamais remarqué que l'adonis vernalis exerçât une action fâcheuse sur l'état général du patient.

III. — *Hypocondrie et lésions viscérales* ; par les Drs A. Vigouroux et G. Collet (numéro 33). — Il est classique d'admettre, depuis Esquirol, Morel, etc., que les lésions organiques orientent, mais ne créent pas le délire des hypocondriaques. MM. Vigouroux et Collet se demandent, à propos de deux observations personnelles, où l'autopsie révéla dans un cas un énorme lymphome tuberculeux, dans l'autre un cancer de l'estomac, s'il ne serait pas légitime d'accorder en l'espèce

©BIUM

aux toxines tuberculeuses et cancéreuses une action pathogénique directe sur l'état mélancolique et sur le délire.

IV. — *Deux cas de paralysie générale progressive chez un homme de trente-deux ans et chez un adolescent de seize ans* ; par le Dr F. Raymond (numéro 34). — Le premier cas est parfaitement banal. Le second présente l'intérêt qui s'attache à toute observation authentique de paralysie générale juvénile. M. Raymond en prend texte pour exposer à nouveau ses idées, bien connues, en matière d'étiologie et de pathogénie de la paralysie générale progressive.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Rapport médico-légal concernant Son Altesse Royale Mme la princesse Louise de Saxe-Cobourg et Gotha, née princesse royale de Belgique* ; par les Drs V. Magnan et P. Dubuisson (numéro de juillet). — Le grand-maréchalat de la cour de Vienne avait donné mission aux experts de rechercher :

1° « Si Son Altesse Royale est actuellement saine d'esprit et capable de gérer elle-même dûment ses affaires ;

2° « Éventuellement, dans le cas où ce résultat ne pourrait être prononcé, si Son Altesse Royale a encore besoin du séjour dans un établissement fermé. » (La princesse venait d'être internée pendant plus de six ans dans trois maisons de santé d'Autriche et n'en était sortie que par évasion un mois à peine avant le moment où elle fut soumise à l'examen des médecins français.)

Dans un rapport fortement motivé, MM. V. Magnan et P. Dubuisson établirent l'intégrité des facultés intellectuelles et morales de la princesse et se prononcèrent négativement aussi bien sur l'utilité de l'interdiction que sur la nécessité de l'internement.

II. — *Les fumeurs et mangeurs d'opium et les morphinomanes* ; par le Dr P. Brouardel (numéro d'août). — Exposé didactique de la question, où seules se présentent avec un caractère original les anecdotes tirées par l'auteur de sa pratique personnelle. A noter que le professeur Brouardel n'accepte pas la théorie allemande de l'irresponsabilité des morphinomanes et déconseille formellement la suppression brusque comme procédé de démorphinisation.

GEORGES VERNET.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Les pédoncules cérébelleux supérieurs; par A. Van Gehuchten. Extrait de la revue *Le Névraxe*, vol. VII, fasc. 1, avec 4 planches et 34 fig. Louvain, A. Vystpruyst-Dieudonné, 1905, in-8°.

Les découvertes scientifiques, d'infinie portée, dues chaque jour aux nouvelles méthodes d'imprégration et de coloration du tissu nerveux, surtout à l'application systématique des méthodes de Marchi, de Nissl et de l'argent réduit, ont renouvelé presque toutes les notions relatives aux connexions des éléments du névraxe. Les cartes topographiques de nos centres nerveux changent plus vite que celles de ce petit globe terraqué, la Terre. Parmi ces travaux d'anatomie, le mémoire de Van Gehuchten sur les pédoncules cérébelleux supérieurs m'apparaît comme un chef-d'œuvre d'exacte et pénétrante observation, frappée au coin de la véritable méthode expérimentale. Le lecteur aura la vision des démonstrations qu'illustrent les planches annexées au mémoire. Il nous suffira de rappeler qu'il existait peu de problèmes encore aussi obscurs que la nature véritable et les connexions anatomiques des fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs.

Ces faisceaux ne renferment-ils, comme ceux des pédoncules cérébelleux inférieur et moyen, que des fibres surtout afférentes, cérébellipètes, ou, à la différence de ces deux voies, ne contiennent-ils que des voies efférentes, cérébellifuges ? Une réponse, fondée en fait et en doctrine, à cette question, paraîtra sans doute d'une importance considérable à ceux qui savent que la nature des fonctions de la sensibilité, et partant de l'intelligence, dépend entièrement des modalités de structure et de texture des divers territoires du névraxe, ou plutôt qu'elle leur est identique.

Les méthodes techniques créent en partie les résultats. La méthode d'exploration du cortex par Fritsch et Hitzig a créé la théorie expérimentale des localisations cérébrales, éclatante et nécessaire confirmation de la théorie clinique et anatomo-

©BIUM

pathologique du même nom. La méthode des coupes sériées du parenchyme cérébral et spinal a renouvelé l'anatomie normale et pathologique du névraxe. Aucune supériorité intellectuelle, fût-elle géniale, ne supplée à l'application rigoureuse d'une technique systématique.

On le voit bien par Mingazzini, le plus qualifié assurément des observateurs, dont Van Gehuchten a reproduit les trois schémas construits par le savant anatomiste italien, en 1895, 1896, 1904, des connexions cérébro-cérébelleuses. D'abord Mingazzini avait admis que la voie descendante de la connexion établie par les pédoncules cérébelleux supérieurs relève de trois neurones superposés : cérébro-thalamique, thalamo-rubrique et rubro-cérébelleux ; la voie ascendante étant composée de trois neurones : cérébello-rubrique, rubro-thalamique et thalamo-cortical. En 1896, l'ancienne voie descendante cérébro-thalamique n'était plus que rubro-cérébelleuse ; seule, la voie ascendante arrivait encore à l'écorce cérébrale (neurone cérébello-rubrique et neurone rubro-cortical). La couche optique n'était plus qu'une voie de passage : Mingazzini confesse loyalement qu'il n'a plus de preuves que le neurone de cette voie, issu du noyau rouge, s'arborise dans le thalamus. En 1904, les pédoncules cérébelleux supérieurs renferment encore des fibres ascendantes et descendantes, mais les fibres descendantes ne proviennent plus du noyau rouge : elles sortent de quelque masse grise inconnue du mésencéphale située au-dessus de ce noyau ; elles n'abandonnent plus que des collatérales au *nucleus ruber*. Il ne doutait pas, en 1896, de l'existence d'une « voie centrifuge rubro-cérébelleuse », c'est-à-dire de fibres qui, « issues de la majeure partie des cellules du noyau rouge, vont se terminer dans le cervelet du côté opposé. Les preuves, ajoutait textuellement Mingazzini, en faveur de l'existence de ce neurone (rubro-cérébelleux), ont été données si nombreuses par Gudden et par Forel, qu'il me semble superflu d'y revenir de nouveau ». Or, ces fibres ont disparu du schéma de 1904, note à son tour Van Gehuchten. De plus, la voie descendante cérébro-cérébelleuse a retrouvé son neurone cortical, perdu en 1896, et la voie ascendante possède, comme en 1895, un neurone cérébello-rubrique suivi d'un neurone rubro-thalamique. Donc, la couche optique est redevenue un centre important de la voie ascendante cérébello-cérébrale ; il y a *peut-être* un neurone thalamo-cortical.

Les trois schémas de Mingazzini reposent presque exclusi-

©BIUM

vement sur des observations anatomo-pathologiques. A ce sujet précisément, Van Gehuchten, dont les recherches personnelles ont été faites sur les animaux, a présenté quelques réflexions et considérations dont la nature nous paraît particulièrement propre à intéresser les lecteurs des *Annales médico-psychologiques*. L'étendue et la durée des lésions dans les cerveaux humains sont toujours fort difficiles à établir : voilà la thèse.

« Ces observations anatomo-pathologiques, quelque intéressantes qu'elles puissent être en elles-mêmes, écrit Van Gehuchten, ne peuvent, à notre sens, jamais servir de base *exclusive* à des déductions anatomiques, et cela 1° parce que l'étendue et surtout la multiplicité des petits foyers peuvent échapper à l'observateur le plus attentif ; 2° parce que la longue durée de la lésion a pu produire, à côté des dégénérescences wallériennes directes, des dégénérescences wallériennes indirectes (dites rétrogrades) et même des atrophies de neurones non directement intéressés par la lésion, — dégénérescences et atrophies qui ne se laissent plus reconnaître les unes des autres et qui peuvent nous exposer à tirer des conclusions erronées concernant le trajet ascendant ou descendant de certaines voies nerveuses. Ce danger n'est déjà pas toujours facile à éviter, quand il s'agit de lésions expérimentales, ainsi que nous l'avons montré (*Le Névraxe*, v. 1903) pour plusieurs faisceaux ascendants nouveaux, que Probst a décrits dans les cordons antéro-latéraux de la moelle, et qui ne sont que des faisceaux *descendants* dont les fibres ont été envahies par la dégénérescence wallérienne indirecte, à cause d'une survie un peu trop longue des animaux en expériences. Ce danger existe à plus forte raison chez l'homme, d'abord parce que le début de la lésion nous échappe le plus souvent, ensuite parce que, à de rares exceptions près, la durée de survie a toujours été trop longue ; — de telle sorte que, lors de l'examen histologique, on se trouve en présence d'atrophies plus ou moins étendues qui ne permettent plus aucune conclusion concernant le trajet véritable des fibres disparues. »

Parmi les auteurs, de Forel à Monakow, dont Van Gehuchten a rapporté les théories et les doctrines sur la nature et les connexions des fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs, il nous semble utile de signaler l'opinion de Ramon y Cajal, qui, modifiant son sentiment antérieur, estime que le plus grand nombre des fibres de ces pédoncules proviennent des cellules

©BIUM

du noyau dentelé ou olive cérébelleuse du cervelet, ce qui constitue le faisceau olivo-rubro-thalamique du savant histologiste espagnol, tandis qu'un grand nombre de ces mêmes fibres cérébelleuses, émettant une grosse collatérale descendante, donneraient origine à un faisceau descendant olivo-spinal, faisceau qu'il inclinerait à identifier avec le faisceau cérébello-spinal dont Marchi avait admis le trajet dans les cordons antéro-latéraux de la moelle.

Avec la méthode Nissl, dans un travail exécuté sous la direction de Mahaim, Preisig a vu demeurer normales, après section des fibres du pédoncule cérébelleux supérieur, et les cellules du noyau rouge et les cellules de Purkinje de l'écorce du cervelet. La lésion expérimentale avait au contraire déterminé la chromatolyse de toutes les cellules de l'olive cérébelleuse ; en outre, une autre masse grise centrale du cervelet, le noyau du toit, aurait subi la même atteinte. La méthode Nissl démontrait ainsi, contre Forel et beaucoup d'autres auteurs : 1° que le noyau rouge n'envoie point de fibres descendantes dans le pédoncule ; 2° que chaque pédoncule cérébelleux supérieur naît du noyau dentelé et du noyau du toit.

Et cependant les observateurs qui, après Gudden et Forel, tels que Mahaim, von Monakow, etc., avaient contaté des lésions atrophiques et dégénératives des cellules de la partie inférieure du noyau rouge après section du pédoncule cérébelleux supérieur, n'avaient pas erré ; ce qu'ils avaient constaté était vrai en partie : la lésion histologique considérée provenait seulement, non de la section du pédoncule cérébelleux supérieur, mais d'une lésion concomitante des fibres du faisceau rubro-spinal, dont on poursuit la dégénérescence jusque dans le cordon latéral de la moelle lombo-sacrée. Les fibres de ce faisceau extra-pyramidal si antique, ont bien, en effet, leurs cellules d'origine dans le noyau rouge du côté opposé.

La justice distributive du temps est, on le voit, admirable. Elle doit toujours inspirer la critique dans les jugements qu'il lui faut prononcer sur les théories et les doctrines, dans son verdict final. Les ouvriers de la première heure, tels von Gudden et Forel, n'ont pu tout voir ; mais ce qu'ils avaient vu, quand ils étaient d'aussi bons observateurs, n'était point pure illusion : une interprétation des faits plus complète, rendue possible par des découvertes postérieures et par l'emploi de nouvelles techniques, ne saurait diminuer le tribut d'admiration et de reconnaissance qui est dû à ces pionniers des époques

©BIUM

héroïques, seule récompense qu'ils doivent jamais emporter de leur application à l'étude d'un ordre de phénomènes.

Le résultat de l'ensemble des recherches expérimentales instituées, au cours de plusieurs années, avec la méthode de Marchi, en particulier, par Van Gehuchten, se peut résumer ainsi : Les pédoncules cérébelleux supérieurs sont essentiellement constitués de fibres ascendantes s'entre-croisant toutes dans la commissure, en forme de fer à cheval, de Wernekink. L'origine de toutes ces fibres est dans le noyau dentelé ou olive cérébelleuse ; elles établissent, au moyen de ce faisceau ascendant, une connexion croisée entre l'*olive cérébelleuse* et le *noyau d'origine du nerf oculo-moteur commun* (3e paire), le *noyau rouge*, la *couche optique*, et, au moyen d'un faisceau descendant, avec certaines masses grises inconnues du pont de Varole et de la moelle allongée. Les fibres des pédoncules cérébelleux supérieurs constituent donc une véritable voie *olivo-thalamique* croisée.

Ainsi se trouvent démontrés les rapports structuraux, et partant fonctionnels, du cervelet avec les masses grises du mésencéphale et du diencéphale, avec le noyau rouge et avec le thalamus. Van Gehuchten n'a vu déterminer de dégénérescence dans les pédoncules cérébelleux supérieurs par aucune lésion destructive de l'écorce du cervelet ou du noyau du toit.

Incontestable est donc désormais l'existence d'une voie nerveuse ascendante *olivo-rubro-thalamique*, reliant, d'une façon croisée, l'olive cérébelleuse d'un côté au noyau rouge et à la couche optique du côté opposé. Et cette voie ascendante, c'est le pédoncule cérébelleux supérieur. Point de fibres descendantes rubro-cérébelleuses ni rubro-olivaires, telles qu'elles sont mentionnées dans les classiques. Les pédoncules cérébelleux supérieurs ne renferment que des voies efférentes du cervelet, des fibres cérébellifuges.

JULES SOURY.

Les centres nerveux cérébro-spinaux. Anatomie normale et éléments de neuropathologie générale à l'usage des médecins ; par A. Van Gehuchten, professeur d'anatomie et de neuropathologie à l'Université de Louvain. — 337 figures. — Louvain, A. Vystpruyst-Dieudonné, 1908, in-8° de 463 p.

Nous signalons avec empressement et recommandons à tous les élèves de nos Écoles supérieures des sciences biolo-

©BIUM

giques, auxquels les programmes imposent aujourd'hui l'étude de la structure et des fonctions du système nerveux central, le nouveau livre du professeur Van Gehuchten. C'est, dit-il lui-même, « un écho plus ou moins lointain de son enseignement anatomique ». Le but, mais non la nature, de ce livre est donc pratiquement un peu différent de celui des célèbres *Leçons sur l'anatomie du système nerveux de l'homme*. Bref, ce qu'a surtout voulu ici le professeur de Louvain, c'est « mettre entre les mains du médecin praticien un livre qui lui présente, sous une forme nette et concise, les seuls faits acquis ». Cette anatomie des centres nerveux, ainsi conçue et réalisée, ne contient aucun nom d'auteurs. Toutes les questions purement scientifiques, encore à l'état de problèmes, ont été systématiquement « élaguées », ce qui ne laisse pas de me faire plaindre un peu les jeunes lecteurs. *Misereor super turbam*.

Quoi qu'il en soit, cette anatomie des centres nerveux cérébro-spinaux est encore une introduction fort utile à un cours de neuropathologie, tel que celui que professe aujourd'hui, à Louvain, M. Van Gehuchten, cours où les considérations physiologiques et pathologiques accompagnent constamment l'exposé des faits de structure morphologique et de texture histologique.

JULES SOURY.

Séméiologie des maladies du système nerveux (*Neurologie-psychiatrie*) ; par le Dr Henri Dufour, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, Paris, Octave Doin, éditeur, 1907.

Ce livre fait partie de l'encyclopédie scientifique publiée sous la direction du Dr Toulouse. Il réunit dans un même ensemble la séméiologie du système nerveux tout entier, envisagée au point de vue tant psychique que somatique, mais en faisant la part des deux ordres de symptômes qui, bien que souvent concomitants, ne doivent pas être confondus.

Des nombreux chapitres dont se compose cet ouvrage, les sept premiers ont particulièrement trait aux désordres nerveux d'ordre psychique ; ils étudient successivement l'apoplexie, les perversions de caractère, les perversions morales, les troubles de la perception, les idées délirantes, les troubles de l'intelligence et la dépersonnalisation. Sous ce dernier vocable dont le sens, au premier abord, peut paraître incertain, sont rapidement résumés les syndromes psychopathiques suivants : manie, folie

©BIUM

maniaco-dépressive, idioties, confusion mentale, psychose polynévritique et démence précoce. Dans le chapitre consacré à l'étude des idées délirantes, on trouve une esquisse sommaire des délires systématisés et dans celui des perversions morales les différents états d'obsession et d'impulsion sont signalés et énumérés.

Le chapitre VIII est consacré aux troubles du système moteur, et le chapitre IX aux troubles sensitifs ; à eux deux ils représentent un quart de l'ouvrage, ce que justifie l'importance des symptômes moteurs et sensitifs en neurologie.

Puis vient l'étude de nombreux phénomènes tels que les réflexes, les localisations des lésions dans les centres nerveux avec leur symptomalogie appropriée, les modifications du liquide céphalo-rachidien, la séméiologie des organes des sens, les troubles trophiques, sécrétoires, cutanés, respiratoires, digestifs, urinaires, etc.

La matière de ces vingt-six chapitres est incontestablement du plus haut intérêt pour tout le monde, spécialistes et simples praticiens. C'est ce qu'exprime l'auteur dans la phrase suivante, qui termine le bref avant-propos de son livre : « Ce traité n'a qu'un but : être utile aux médecins ; je me tiendrai satisfait si, par son côté pratique, il plaît à quelques-uns. »

A. Cullerre.

The physiological study of a case of migraine (Étude physiologique d'un cas de migraine); par Shepherd Ivory Franz. Travail du laboratoire de Mac Lean Hospital, Mass. Broch. in-8. Extrait de *American Journal of physiology*, juin 1907.

De nombreux auteurs ont étudié la migraine et ont émis diverses hypothèses pour en expliquer la nature. Ces hypothèses peuvent se ranger sommairement sous quatre chefs : 1° trouble du métabolisme nutritif ; 2° épilepsie sensorielle ; 3° fatigue ; 4° trouble vaso-moteur.

L'auteur présente une très complète observation d'une migraineuse de quarante-deux ans, suivie pendant plusieurs mois et étudiée avec tout le soin possible, tant au point de vue de la chimie biologique que de l'expérimentation physiologique. De tous les documents recueillis, il ressort clairement ce qui suit : 1° les crises de migraine se sont reproduites régulièrement, leur retour coïncidant avec l'époque menstruelle et le milieu de l'intervalle qui séparait deux de ces époques ;

©BIUM

2° l'analyse des urines en tant que cette fonction est le miroir des échanges, a démontré que la nutrition de la malade est demeurée absolument normale ; 3° il y a eu augmentation de la pression artérielle, principalement durant la crise ; 4° il y a eu un trouble de la sensibilité pendant cette même crise, le seuil de la douleur se trouvant abaissé.

L'emploi de l'extrait de glande thyroïde ne semble pas avoir été d'une efficacité appréciable dans l'occurence.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LACASSAGNE (A.). Peine de mort et criminalité. L'accroissement de la criminalité et l'application de la peine capitale. 1 vol. in-18, de 184 pages, avec 4 illustrations et 5 graphiques de la *Bibliothèque de criminalogie*. Paris, A. Maloine, 1908.

DE ANGELIS. I disturbi della sensibilità del gusto e dell' olfatto nella demenza paralitica. 24 pages in-8°. Extrait du *Bolletino della casa di Salute Fleurent*. Naples, 1907.

Annual report of the managers of the Western Peunsylvania hospital the Department for the insane at Dixmont, Pa., for 1907, 88 pages, in-8°, avec planches. Pittsburgh, 1908.

LADAME (P.-L). Un médecin aliéniste genevois précurseur. Gaspard de la Rive (1770-1834). 13 pages, in-8°. Extrait du *Compte-rendu du XVII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*. Genève, 1907.

— Prostitution, police des mœurs et santé publique. Deux discours prononcés à la Conférence de Lugano les 20 et 21 septembre 1907. 36 pages in-8°. Genève, 1907.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XVII^e session tenue à Genève et Lausanne. du 1^er au 7 août 1908. 2 vol. in-8°. Tome I, 286 pages. Rapports. — Tome II,476 pages. Comptes rendus. Paris, Masson et C^ie, s. d.

J. ROGUES DE FURSAC. Un mouvement mystique contemporain. Le réveil religieux du pays de Galles (1904-1905). 1 vol. in-18, de 188 pages, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1907.

Société genevoise de patronage des aliénés. Deuxième assemblée générale du lundi 17 juin 1907 à l'Athénée. 37 pages in-8°. Genève, 1907.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 27 avril 1908.

Présidence de M. RITTI, vice-président.

L'assemblée générale s'est tenue à 3 heures, rue de Seine, n° 12. L'état de santé de M. Mitivié ne lui permettant pas d'assister à la séance, M. Ritti adresse au président de l'Association les regrets de ses collègues et leurs vœux pour un prompt rétablissement.

Se sont fait excuser : MM. Bussard, Damaye, Faucher, Guyot, Picard et Védie.

M. Dupain fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare qu'il les a examinés et reconnus exacts. L'Assemblée, adoptant les conclusions de ce rapport, approuve les comptes pour l'année 1907, et vote des remerciements au trésorier.

M. le Président donne la parole à M. René Semelaigne, pour la lecture du rapport annuel.

Rapport du secrétaire.

Messieurs,

Votre Conseil, ayant à renouveler son bureau, a bien voulu me confier la fonction de secrétaire et je viens, à ce titre, vous présenter le quarante-deuxième rapport annuel. Succédant à des hommes tels que Legrand du Saulle, Brierre de Boismont, Mitivié, Bouchereau, Giraud, je n'ai certes pas la prétention de les égaler, mais vous pouvez être assurés, à défaut d'autre

©BIUM

qualité, de mon entier dévoûment. Du reste, des liens étroits m'attachent à cette Association qui a compté, parmi ses premiers fondateurs, mon père et mon grand-père.

Depuis la dernière assemblée générale, la mort a frappé cruellement dans nos rangs, nous enlevant trois membres fondateurs et un membre associé.

Jules Christian, qui a été emporté presque subitement, le 11 juillet 1907, était né le 16 mars 1840, à Bischwiller, en Alsace. Il fit à Strasbourg toutes ses études, classiques et médicales, et, sa thèse passée, comme il était de goûts simples et sans ambition, il revint se fixer dans sa ville natale. Pendant la guerre franco-allemande, il soigna les blessés avec un grand dévoûment, et lorsqu'un douloureux traité nous eut arraché l'Alsace et la Lorraine, il n'hésita pas, afin de conserver sa nationalité, à sacrifier sa situation et à quitter pour toujours le pays qui lui était si cher. En cette occasion, il ne crut pas accomplir une action héroïque, il jugeait simplement que là était le devoir. Et tous pensèrent de même; car, à cette époque, les cœurs français vibraient à l'unisson, les espérances des vaincus allaient à la frontière de l'Est, et nous n'avions pas encore subi la honte de l'antipatriotisme.

Christian, ayant à se créer une situation nouvelle, se souvint qu'il avait été interne de Dagonet à l'établissement de Stephansfeld ; il sollicita un poste de médecin-adjoint des asiles d'aliénés. Nommé à Montdevergues, il passait, en 1876, à la direction du service des hommes à Maréville. En 1879, il entrait à la Maison nationale de Charenton, où il resta jusqu'au jour de sa retraite, le 31 décembre 1905.

Dès l'année 1874, il demandait son inscription parmi les membres de l'Association mutuelle des médecins aliénistes. Nommé membre du Conseil en 1886, vice-président en 1899, il passait président en 1902. Je crois inutile de vous parler de la valeur intellectuelle et morale de Christian, de son dévoûment à notre association qui le compte au nombre de ses bienfaiteurs. Vous avez tous connu cet homme franc et loyal, à la haute probité scientifique, au profond désintéressement ; ces vertus étaient monnaie courante parmi les médecins d'autrefois, mais elles se font malheureusement plus rares aujourd'hui, aussi est-il bon d'honorer les hommes qui, au cours de leur carrière, ont su les pratiquer sans défaillance et sans ostentation.

Le Dr Étienne Goujon naquit à Pont-de-Veyle, dans le département de l'Ain, le 20 avril 1840. Il s'adonna d'abord aux études de laboratoire, aux recherches de physiologie expérimentale. Mais il fallait vivre. Il entra comme médecin-adjoint chez le Dr Rota, rue Picpus, et quelques années plus tard, il prenait la direction de l'établissement. Ses relations mondaines,

©BIUM

très étendues, l'attirèrent vers la politique ; il devint conseiller général, sénateur, maire du XII[e] arrondissement. En toute occasion, il sut mettre son influence à la disposition de ceux qui lui demandaient quelque service. Il faisait, depuis 1875, partie de notre Association, à qui il porta toujours le plus vif intérêt, se prêtant, de bonne grâce, à toutes les démarches propres à nous assurer aides ou subsides.

Son état de santé le tenait, depuis longtemps déjà, éloigné des réunions du Conseil. Il est mort le 7 décembre 1907. En lui nous perdons un collègue aimable, modeste, bon et serviable.

Evariste Marandon de Montyel, décédé le 20 mars 1908, était né à Fort-de-France (Martinique), le 4 décembre 1851. Il vint jeune en Europe, et entreprit ses études médicales. Entré comme interne à l'asile d'Auch, il s'intéressa particulièrement aux malades confiés à ses soins ; sa vocation était trouvée. Ayant sollicité une place de médecin-adjoint, il fut nommé à Evreux, puis à Toulouse. Il séjourna ensuite, soit comme directeur-médecin, soit comme médecin en chef, à Marseille, à Dijon, à Pau ; en 1886, il passait à Ville-Evrard. Atteint depuis plusieurs années d'une douloureuse maladie, il s'était peu à peu éloigné des diverses sociétés dont il faisait partie, et aux séances desquelles il avait jusqu'alors assisté avec assiduité. Il était membre de notre association depuis 1878.

Chez lui, rien de banal. C'était un créole, à la taille élevée, au geste large et accueillant, au style et au parler fleuris. Tous ceux qui se sont trouvés en relations avec lui garderont un agréable souvenir de ce collègue affable et sympathique.

Léon Danner faisait partie de l'Association mutuelle des médecins aliénistes depuis l'année 1868. Né à Tours le 27 septembre 1833, il y commença ses études médicales, qu'il vint ensuite terminer à Paris. Interne des hôpitaux en 1854, docteur en médecine en 1858, il retourna se fixer dans sa ville natale. Médecin adjoint, puis médecin en chef de l'asile de Tours, il obtenait, en 1863, la chaire de physiologie à l'Ecole de médecine, dont il fut nommé directeur en 1880. Ayant eu, en 1893, la douleur de perdre son gendre, le D[r] Sainton, et toute une famille demeurant à sa charge, il dut, à l'âge où l'on aspire au repos, se soumettre aux soucis et aux fatigues de la clientèle. Il est mort à la tâche, le 18 décembre 1907. Tous ceux qui l'ont connu l'estimaient et l'appréciaient, et le D[r] Doutrebente, son ancien élève resté son ami, a consacré à sa mémoire un intéressant article dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*.

En 1865, à l'époque de sa fondation, l'Association comptait 56 membres. La disparition des collègues dont je viens de prononcer les noms nous avait réduits à 141, savoir :

©BIUM

Membres à vie	1
Membres fondateurs	40
Membres sociétaires.	100
Total.	141

La semaine dernière, nous avons reçu seize demandes d'adhésion. Il est à espérer que ce nombre va s'accroître encore. Mais n'est-il pas au moins singulier que tant de médecins aliénistes ne fassent point partie de notre Association? Certains déclarent ne pas en avoir besoin. Est-on jamais sûr du lendemain? Et puis, en dehors de tout intérêt personnel, la moindre somme versée peut-elle sembler inutile, lorsqu'on voit tant de collègues tomber dans la gêne, ou disparaître, laissant les leurs dénués de toutes ressources? Ceux d'entre nous qui ignorent les difficultés de la vie ne font pas seulement, en s'inscrivant à notre Association, un geste méritoire; ils accomplissent aussi un acte de solidarité confraternelle, et s'acquittent d'un devoir social.

Votre secrétaire prie ses collègues de bien vouloir, pour l'aider dans sa tâche de propagande, consulter la liste des membres actuels et solliciter autour d'eux les adhésions. Il prie aussi les directeurs et médecins en chef des asiles non souscripteurs d'employer leurs efforts à provoquer une adhésion. Les asiles souscripteurs sont actuellement au nombre de trente-cinq, avec les souscriptions suivantes :

Asile public	de Sainte-Catherine (Allier). .	25 fr.
—	de Prémontré (Aisne)..	100
—	de Saint-Lizier (Ariège). . . .	50
—	d'Aix (Bouches-du-Rhône). . .	50
—	de Marseille (Bouches-du-Rhône)	50
—	de Dijon (Côte-d'Or).	100
—	d'Evreux (Eure).	100
—	de Bonneval (Eure-et-Loir) . .	50
—	de Quimper (Finistère)	100
—	de Toulouse (Haute-Garonne) .	100
—	d'Auch (Gers)	100
—	de Bordeaux (Gironde).	100
—	de Rennes (Ille-et-Vilaine). . .	100
—	de Dôle (Jura).	100
—	de Blois (Loir-et-Cher)	100
—	de Saint-Alban (Lozère)	25
—	de Châlons (Marne)	100
—	de Saint-Dizier (Haute-Marne).	100
—	de La Roche-Gandon (Mayenne)	100

©BIUM

Asile public	de Maréville (Meurthe-Moselle).	100 fr.
—	de Lesvellec (Morbihan)	100
—	d'Armentières (Nord)	100
—	de Bailleul (Nord).	100
—	de Clermont (Oise).	100
—	de Saint-Robert (Isère).	100
—	d'Alençon (Orne)	50
—	de Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
—	de Pau (Basses-Pyrénées).. . .	100
—	de Bron (Rhône).	100
—	de Bassens (Savoie)	100
—	de Quatre-Mares (Seine-Infér[re])	100
—	de Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100
—	de Dury-lès-Amiens (Somme).	100
—	d'Auxerre (Yonne).	100
Asile privé	de Sainte-Marie de l'Assomption.	50

Sur la demande de notre Président adressée à M. Mirman, le ministre de l'Intérieur a bien voulu allouer, en 1907, une subvention de 1.200 francs.

J'ai maintenant à vous exposer la situation financière :

Les recettes de l'année 1907, jointes à l'encaisse au 31 décembre 1906, se sont élevées à . . . . . Fr.	23.677	42
En caisse au 31 décembre 1906.	6.271	54
Cotisations	2.320	»
Subvention ministérielle	1.200	»
Souscriptions d'asiles	3.046	80
Intérêts des capitaux.	5.272	40
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier. .	28	68
Frais de recouvrements remboursés.	38	»
Rachat de cotisations	500	»
Versé pour perpétuer une cotisation.	5.000	»
Total égal.	23.677	42
Les dépenses ont été de	11.100	30

ainsi décomposées :

Secours à treize veuves de fondateurs ou sociétaires	7.800	»
Secours à deux veuves d'anciens internes. . .	500	»
Dépenses au Crédit foncier.	20	30
Achats d'obligations.	2.614	60
A reporter.	10.934	90

©BIUM

Report.	10.934	90
Frais d'administration :		
Imprimés	14	10
Envoi de secours	13	»
Location de la salle et appariteur	40	»
Convocations, lettres, envoi du compte rendu	24	80
Registre à souche	30	»
Frais de recouvrement	43	50
Total égal	11.100	30
Les recettes ayant été de	23.677	42
et les dépenses de	11.100	30
il restait disponible au 31 décembre	12.577	12

La somme disponible au 31 décembre a permis de distribuer les secours de janvier avant les recettes de l'année courante. En outre, conformément aux statuts, les sommes versées pour rachat de cotisation et pour perpétuer une cotisation ont fait l'objet d'un placement.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de 281.919 francs.

Le capital, placé conformément aux statuts et augmenté de dons et legs, se décompose ainsi :

3.881 francs de rente, 3 p. 100.
43 obligations du chemin de fer du Midi.
12 obligations du chemin de fer Est-Algérien.
16 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. anciennes.
20 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. fusion ancienne.
6 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. fusion nouvelle, auxquelles s'ajoutent :
24 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. fusion nouvelle achetées en février 1908.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1908 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1907	Fr.	12.577	12
Cotisations		2.200	»
Subvention ministérielle		1.200	»
Souscriptions d'asiles		3.050	»
Intérêts des capitaux		5.523	»
Total		24.550	12

De cette somme il faut déduire 10.487 fr. 90 employés

©BIUM

conformément aux statuts, en achats de titres, et on peut disposer d'environ 14.000 francs.

Dans les séances de janvier et février, le Conseil a alloué :

A treize veuves de sociétaires ou fondateurs . .	3.750	»
A un sociétaire dans la gêne.	500	»
Ensemble.	4.250	»

Il reste donc disponible 9.750 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième trimestre et aux éventualités qui peuvent se produire. Dès aujourd'hui le Conseil vous propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles, veuves auxquelles l'Association est venue en aide sur la demande de Baillarger, et qu'elle a continué à secourir jusqu'à ce jour.

M. Mitivié, que le Conseil a élu président à la fin d'octobre dernier, a désiré terminer la gestion financière de l'année 1907 pour ne pas scinder cette gestion et pour que l'Assemblée générale n'ait pas à statuer sur les comptes de deux trésoriers. La situation financière dont il vient de vous être rendu compte a été remise par lui à M. Giraud, notre nouveau trésorier, dont vous connaissez tous depuis longtemps le zèle et le dévouement.

Notre nouveau président peut être, à juste titre, considéré comme la cheville ouvrière de notre Association, qu'il a contribué à fonder, et dont il a été pendant treize ans le secrétaire, pendant vingt et un ans le trésorier. Son état de santé le retenant éloigné de nos séances, je suis certain d'être votre interprète en lui adressant l'assurance de notre vive gratitude, de notre sincère affection.

Quant à notre vice-président, M. Ritti, vous connaissez depuis longtemps son dévouement à notre Association. Toute parole élogieuse me semble inutile ; son nom seul suffit.

M. le Président remercie M. René Semelaigne du rapport qui vient d'être lu et met aux voix la proposition d'allouer, comme les années précédentes, le secours de 500 francs aux deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés. Cette proposition est adoptée.

Un secours de 200 francs est accordé à la famille d'un membre sociétaire décédé.

Il est ensuite procédé au renouvellement des membres du Conseil conformément à l'article 9 des statuts.

Les membres sortants sont : MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan et Ritti. M. Doutrebente ayant donné sa démission de membre du Conseil, M. Rayneau est élu à sa place. Les autres membres sortants sont réélus.

©BIUM

M. Lallemant est élu à la place de M. Christian, décédé.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

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

MM. Briand, Brunet, Lallemant, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1910.

MM. Arnaud, Dupain, Magnan, Rayneau, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1911.

L'Assemblée renouvelle les pouvoirs du bureau :

Président, M. MITIVIÉ.
Vice-Président, M. RITTI.
Trésorier, M. GIRAUD.
Secrétaire, M. RENÉ SEMELAIGNE.

LISTE DES MEMBRES

Membres à vie.

M. Chaslin. M. Doutrebente.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Dubuisson.	Mitivié.
Arnaud.	Duhamel.	Moreau (de Tours).
Ballet (G.).	Dupré.	Motet.
Biaute.	Faucher.	Nolé.
Boudrie.	Gallopain.	Parant.
Briand.	Giraud.	Péon.
Brunet.	Girma.	Pétrucci.
Carrier (A).	Homery.	Pierret.
Chaussinand.	Lalanne.	Régis.
Conso.	Lallemant.	Ritti.
Cortyl (Germain).	Mabille.	Semelaigne (René).
Cullerre.	Magnan.	Vallon.
Dagonet (Jules).	Meuriot.	Voisin (Jules).

Membres sociétaires.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloïse).	Archambault (Paul)	Aubry.
Anglade.	Arsimoles.	Audy.

©BIUM

MM.	MM.	MM.
Baruk.	Giret.	Pélissier.
Bécue.	Guiraud.	Picard.
Bellat.	Guyot (Aug.).	Pichenot.
Belletrud.	Halberstadt.	Picqué.
Benon.	Hamel.	Pilleyre.
Bertoye.	Hospital.	Planat.
Bessière.	Hugonin.	Pochon.
Boissier.	Jacquin.	Pottier.
Boiteux.	Joffroy.	Privat de Fortunié.
Bonne.	Journiac.	Raffegeau.
Bonnet (J.).	Juquelier.	Ramadier.
Boubila.	Lachaux.	Rayneau.
Bourdin.	Lalanne.	Reddon.
Broquère.	Laroussinie.	Riche (André).
Brunet.	Larrivé.	Rist.
Bussard.	Legrain.	Rodiet.
Capgras.	Legras.	Roubinovitch.
Charon.	Lépine (Jean).	Rougé (Calixte).
Charpentier (René).	Leroy.	Rousset.
Charuel.	Levassort.	Santenoise.
Chocreaux.	Levet.	Séglas.
Colin.	Louis (Léon).	Sérieux.
Corcket.	Lwoff.	Sizaret.
Cornu.	Mairet.	Sollier.
Croustel.	Malfilâtre.	Slizewicz.
Daday.	Marchand.	Taty.
Damaye.	Marie.	Terrade.
Delmas.	Martinenq.	Thibaud.
Dericq.	Maupaté.	Thivet.
Devay.	Meilhon.	Tissot.
Dromard.	Mercier.	Toulouse.
Dubourdieu.	Mignot.	Toy.
Dubuisson (M.).	Monestier.	Trénel.
Ducos.	Nageotte.	Truelle.
Dumaz.	Nicoulau.	Védie (Henri).
Dupain.	Olivier.	Vernet.
Dupouy.	Pactet.	Viallon.
Fenayrou.	Pain.	Viel.
Garnier (Samuel).	Papillon.	Vigouroux.
Gilson.	Paris.	Vurpas.
Gimbal.		

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de mai 1908 : M. Bouleau (Georges), contrôleur à l'asile départemental d'aliénés du Rhône, est nommé directeur de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. Plantié, démissionnaire ;

MM. les Drs Danjeau, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), et Damaye, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la 1re classe de leur grade (3.000 fr.) ;

M. Cuvelier, directeur de l'asile de Rennes, est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.) ;

M. le Dr Croustel, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.) ;

— *Arrêtés de juin* 1908 : M. le Dr Houeix de la Brousse, médecin-adjoint du quartier des aliénés de l'hospice de Nantes (Loire-inférieure), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.) ;

M. le Dr Ducos, médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 fr.) ;

M. le Dr Terrade, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot) ;

M. le Dr Briche, médecin en chef de l'asile de Leyme, est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul ;

M. le Dr Gimbal, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. Bonne, décédé.

NÉCROLOGIE

Dr Albert Mitivié. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue, le Dr Albert Mitivié, décédé le 20 juin dernier, à l'âge de soixante-quatorze ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Albert Mitivié était le petit-neveu d'Esquirol. Son père, médecin de la Salpêtrière pendant plus de quarante ans, dirigea ses études médicales ; il fut son premier guide dans les recherches médico-psychologiques, vers lesquelles il se sentait attiré.

©BIUM

C'est sous cette direction savante qu'il écrivit sa thèse de doctorat. Ce travail inaugural intitulé simplement : « Quelques mots sur l'hérédité morbide », ne passa pas inaperçu ; il permettait d'augurer à son auteur une place distinguée dans notre spécialité. Des circonstances de famille le détournèrent de la voie qu'il croyait pouvoir suivre. Mais notre collègue ne se désintéressa jamais complètement de ses premières études. Membre titulaire de la Société psychologique dès 1862, il suivait assidûment ses travaux, et lorsque, en 1865, Baillarger eut l'idée de fonder l'Asscciation mutuelle des médecins aliénistes, il fut un des premiers à s'associer à cette œuvre de solidarité confraternelle. Il en devint plus tard le secrétaire, puis le trésorier. Enfin, il y a un an à peine, il fut appelé à la présidence. On sait avec quel zèle, quel dévouement, notre regretté collègue remplit ces différentes fonctions ; aucun de ceux qui l'ont vu à l'œuvre ne saurait l'oublier.

On sait que l'illustre Esquirol avait fondé un prix, destiné à récompenser le meilleur mémoire clinique présenté par les internes des asiles d'aliénés. Mitivié père, puis son fils, continuèrent ce prix qui, pendant près de quatre-vingts ans, fut ainsi décerné par le célèbre médecin de Charenton et par sa famille à des travaux dont un grand nombre ont marqué dans la science.

Albert Mitivié était un esprit distingué, une nature d'élite, d'une grande élévation de caractère ; il laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un homme de bien, consacrant le meilleur de son temps à des œuvres charitables, cherchant les occasions de rendre service. Tous ceux qui l'approchaient l'aimaient pour sa bienveillance et sa bonté, que rien ne pouvait altérer.

Les obsèques de notre regretté collègue eurent lieu le mardi 23 juin, au milieu d'un grand concours de collègues et d'amis ; elles furent des plus simples d'après le désir même du défunt. Aussi aucun discours ne fut prononcé sur sa tombe. Nous ne croyons pas enfreindre la volonté de M. Mitivié en reproduisant ici les paroles que M. Semelaigne, le distingué secrétaire de l'Association mutuelle des médecins aliénistes, se proposait de prononcer comme un dernier hommage à son dévoué président :

« Chargé par l'Association mutuelle des médecins aliénistes de dire quelques mots d'adieu sur la tombe de son regretté président, je serai bref ; les longues paroles ne sont qu'une fatigue nouvelle au cours d'une pénible cérémonie.

« En 1865, sous l'inspiration de Baillarger, quelques médecins aliénistes s'unissaient et créaient une association dont le but était de venir en aide à ceux d'entre eux qui viendraient à tomber dans la misère, de secourir leurs veuves ou leurs orphelins. Les

©BIUM

neveux d'Esquirol devaient faire partie de cette association; aussi les Mitivié furent-ils parmi les fondateurs de la première heure.

« En 1872 mourait Jean-Etienne Mitivié, et son fils le remplaçait comme membre du Conseil; nommé comme secrétaire l'année suivante, il devenait ensuite trésorier; à la mort de Christian, il était choisi comme président.

« Il est permis de dire, sans crainte de se tromper, que Mitivié était la cheville ouvrière de notre association; aussi sa perte laisse-t-elle un grand vide parmi nous. Au nom de tous mes collègues, j'adresse à la famille si péniblement frappée l'assurance de nos vifs et sincères regrets.

« En terminant, à ces témoignages d'unanime sympathie, je tiens à ajouter les miens. Mitivié était un vieil ami de mon père; moi-même, je le connais depuis de nombreuses années, et le connaître c'était l'aimer. »

Dr Ch. Bonne. — Le Dr Charles Bonne, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville, près Toulouse, est mort le 9 mai 1908, à l'âge de trente-six ans.

Originaire de Chambéry, il avait été interne des hôpitaux, et préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Lyon.

Reçu au concours des médecins d'asiles en 1900, il fut nommé à Auxerre et vint ensuite à Braqueville, où il était depuis six ans.

Il avait été l'élève du professeur Renaut et avait conservé, à la Faculté de Lyon et dans la région lyonnaise, de nombreuses relations; tous, maîtres et amis, appréciaient sa haute valeur intellectuelle.

Il avait dirigé plus spécialement ses études dans le domaine de l'histologie, de l'embryologie et du système nerveux, et avait présenté, comme sujet de thèse inaugurale, *les Eléments centrifuges des racines postérieures*.

Jeune encore, il avait produit de nombreux et importants travaux, remarquables par les études personnelles et par les recherches bibliographiques qu'il voulait complètes et scrupuleusement vérifiées. Il était polyglotte et, suivant sa méthode à lui, il pouvait faire et faisait tous les contrôles. Nous savons ici combien étaient fréquentes et longues ses séances à la bibliothèque de la Faculté de Toulouse, où il trouva des collaborateurs et d'amples éléments pour ses études.

Ses principaux travaux sont : la traduction de l'ouvrage de Bechterew sur *les Voies de conduction du cerveau et de la moelle*; sa collaboration au *Traité d'histologie* de son maître, le professeur Renaut; ses recherches sur *la Systématique des racines postérieures*; *sur les cellules nerveuses*, *la Névroglie*, *les*

©BIUM

Glandes surrénales, thyroïdes et bronchiques ; sur le développement du système veineux, de l'appareil branchial et des arcs aortiques chez les mammifères, et bien d'autres publications.

Enfin, en 1907, il avait publié dans la *Revue générale d'Histologie* la première partie d'une étude sur l'écorce cérébrale : *Développement, morphologie et connexion des cellules nerveuses.* Cette monographie est considérée par les neurologistes s'intéressant à l'histologie du système nerveux comme « la mise « au point excellente de questions ardues, actuellement en « pleine évolution, faite par une plume aussi érudite qu'auto- « risée ». (Nageotte.)

Le deuxième fascicule de ce travail était préparé avec les dessins et les notes bibliographiques; il s'en préoccupait quelques moments avant sa mort. Des mains amies l'achèveront et le mettront à jour.

Cette énumération incomplète montre que Charles Bonne fut un travailleur; tous ceux qui ont vécu avec lui l'ont reconnu comme un passionné du travail, et il poussa son unique passion à un degré tel qu'il lui sacrifia sa santé et sa vie.

Il ne comprenait le repos que par un changement de travail, interrompant ses recherches scientifiques pour s'adonner tout entier aux études littéraires et artistiques; aussi avait-il acquis, avec une érudition brillante, un beau talent de dessinateur et de musicien.

Avec plus de mesure, il aurait pu longtemps résister, mais il fut indifférent aux misères physiques, et malgré tous les conseils, jusqu'au dernier moment, il voulut faire tout son service de l'asile, sans rien négliger de ses études. Il a beaucoup travaillé et beaucoup souffert avec un rare courage; il laisse à l'Asile d'unanimes regrets.

Il est consolant pour ses amis, de savoir qu'il ne meurt pas tout entier; ses travaux restent et transmettront son nom aux chercheurs de l'avenir. — MAX DUBUISSON.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*)

Un attentat contre un des médecins en chef de l'asile de Villejuif. — Le Dr A. Marie, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif, a été victime, le lundi 29 juin, d'une tentative de meurtre : un ancien pensionnaire de l'asile a tiré sur lui plusieurs coups de revolver. Heureusement les blessures reçues par notre collègue ne sont pas très graves.

Voici, d'après le *Temps* (numéro du mercredi 1er juillet 1908), dans quelles circonstances ce drame s'est produit :

« Dimanche, dans l'après-midi, un homme, âgé d'une trentaine d'années, correctement vêtu, se présentait au pavillon

©BIUM

qu'habite avec sa famille le Dr Marie, près du principal corps de bâtiment de l'asile. Le médecin étant, ce jour-là, en tournée d'inspection dans le Cher, la bonne invita le visiteur à repasser le lendemain, son maître devant rentrer dans la nuit.

« Hier, vers trois heures de l'après-midi, le visiteur se présenta de nouveau. Le Dr Marie se promenait dans le jardin, en compagnie de sa femme et du Dr Riche, de l'asile de Bicêtre. Il rejoignit l'inconnu dans le bureau où il avait été introduit et le pria de lui faire connaître l'objet de sa visite.

« — J'ai quelque chose à vous remettre, dit le visiteur.

« Et en même temps, sortant de sa poche un revolver, il tira à bout portant une première balle qui, heureusement amortie par un portefeuille, ne pénétra point profondément; le médecin tomba et le forcené tira encore cinq coups de son arme; deux balles atteignirent le Dr Marie au côté droit de la poitrine et à la hanche droite.

« Au bruit des détonations et aux cris poussés par le docteur, Mme Marie, le Dr Riche et le jardinier accoururent. On se précipita sur l'agresseur, qui, d'ailleurs, n'opposa aucune résistance. On le désarma et on le conduisit dans une salle de l'asile, où il fut gardé jusqu'à l'arrivée du commissaire de police.

« Pendant ce temps, le Dr Riche donnait les premiers soins à son collègue. Aidé des internes de l'asile, il parvint à extraire les balles et constata qu'aucune des blessures n'était grave.

« Le commissaire de police de Gentilly procéda à l'interrogatoire du meurtrier. C'est un ancien pensionnaire de l'asile de Villejuif, nommé Louis Garinet, ancien serrurier. Il avait été en traitement pendant quelques mois dans le service du Dr Marie : il était atteint de la manie de la persécution. En sortant de l'asile, il s'engagea au 2e régiment de zouaves, puis il fut réformé. Il apprit alors le métier de serrurier, mais ne travailla que fort irrégulièrement.

« Louis Garinet, sur qui on a trouvé un couteau à cran d'arrêt, avait refusé tout d'abord de faire connaître les mobiles de sa tentative de meurtre, ne voulant parler qu'assisté d'un avocat. Finalement, il déclara qu'il avait voulu tuer le Dr Marie parce que celui-ci l'avait gardé à l'asile comme aliéné ; il ajouta qu'il ne regrettait pas son acte.

« Louis Garinet a été conduit à l'infirmerie du Dépôt où il va être soumis à l'examen d'un médecin aliéniste. »

Nous adressons à notre collègue nos vives condoléances et, en lui souhaitant une prompte et complète guérison, nous le félicitons sincèrement d'avoir échappé à la mort.

Cet attentat regrettable, dont on ne saurait nier la gravité, prouve une fois de plus que, parmi les aliénés dangereux, les

©BIUM

plus dangereux sont les persécutés, surtout lorsqu'ils personnifient leurs persécuteurs.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

48. *Parricide.* — On télégraphie de Langres au *Petit Journal* (numéro du mercredi 6 mai 1908) :

Un drame épouvantable s'est déroulé hier soir dans notre ville, y provoquant une grosse émotion ; une jeune fille excentrique, détraquée, appartenant à une famille des plus honorables du pays, a tué sa mère, M^me^ Robinet, d'un coup de revolver au cœur ; la balle a tranché l'artère aorte.

Voici dans quelles circonstances ce sombre drame s'est produit :

M. Robinet, ouvrier de culture, était allé travailler dans une localité voisine, laissant, chez lui, à Langres, sa femme et la cadette de ses filles, âgée de trente-deux ans, qui est connue dans toute la ville pour ses excentricités et son mysticisme.

Cette jeune fille se revêt, la nuit, d'un cilice en toile très dure et couche dans un lit ayant la forme d'un cercueil.

Sa mère, connaissant ses manies, ne faisait pas attention au caractère de sa pauvre fille qu'elle évitait surtout de contrarier.

Hier, M^lle^ Robinet dit à sa mère qu'elle était très malade et la priait d'aller en hâte chercher un médecin.

M^me^ Robinet, en présence de cette déclaration que rien ne justifiait, fit semblant d'aller chercher un médecin, sortit et revint presque aussitôt.

Mais la folle s'était aperçue de la supercherie ; elle attendit sa mère et, lorsque celle-ci se présenta sur le seuil de sa porte, elle la tua d'un coup de revolver.

L'arme avait été achetée la veille par M^lle^ Robinet dans la poche de laquelle on trouva vingt-cinq cartouches.

M^lle^ Robinet ne semble pas se rendre compte de l'acte abominable qu'elle a commis.

49. *Violences et tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du lundi 11 mai 1908) :

Rue Philippe-de-Girard demeure un représentant de commerce, M. R..., qui recevait journellement la visite d'une jeune femme d'excellente famille, M^me^ Edda Scossaghen, d'origine alsacienne. Hier, vers quatre heures, la malheureuse, qui donnait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral, fut prise subitement d'une crise de folie furieuse, au cours de laquelle elle s'empara d'un marteau, brisa tous les meubles de l'appartement et blessa grièvement son ami à la tête. Celui-ci a été pansé dans une pharmacie voisine et la pauvre folle,

©BIUM

étroitement ligottée, a été dirigée vers l'infirmerie spéciale du Dépôt.

50. *Mélancolie suicide à deux.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mardi 12 mai 1908) :

Commis principal dans un important établissement financier, M. Jude Castex, âgé de quarante-cinq ans, habitait avec sa femme, née Jeanne Escriban, un coquet petit appartement au n° 5 de la rue de Montfaucon. D'une tristesse inexplicable et chaque jour grandissante, l'employé répondait à ceux de ses camarades qui voulaient le dérider que c'en serait bientôt fait de lui, car c'est vainement qu'il avait cherché quelque chose de gai dans l'existence. Chose singulière, cette neurasthénie rédhibitoire avait déteint sur Mme Castex, cependant beaucoup plus jeune que son mari, à telle enseigne que le voisinage comparait le couple à des saules pleureurs. Des parents s'entremirent pour essayer de remédier à la morne maladie du ménage, et une cousine, Mme D..., devait précisément, hier matin, conduire Mme Castex en consultation à la Salpêtrière. C'est en pure perte qu'elle frappa à sa porte. De guerre lasse, elle sonna chez un voisin, le Dr Basseda, auquel elle fit part de ses craintes. Celui-ci, passant par le balcon, pénétra par une fenêtre dans l'appartement. M. et Mme Castex gisaient inanimés sur leur lit. Dans un coin de la pièce soigneusement calfeutrée, un réchaud, dans lequel du charbon de bois achevait de consumer.

Le Dr Basseda, après avoir fait aérer la chambre, s'empressa de leur donner des soins, mais ils furent inutiles pour M. Castex, qui était déjà mort. Quant à Mme Castex, dont l'état est désespéré, elle a été transportée, par les soins de M. Rajaud, commissaire de police, à l'hôpital de la Charité.

Sur la table de nuit, les désespérés avaient placé, en évidence, une lettre écrite à l'encre rouge, dans laquelle ils priaient de prévenir leur famille, qui habite Auch, et expliquaient qu'ils ne pouvaient résister au désir d'en finir avec les souffrances intolérables que leur causait une incurable neurasthénie!

51. *Double tentative d'homicide.* — Des cris d'appel et de douleur mettaient en émoi, hier matin, vers quatre heures, un immeuble de la rue Bobillot. Les locataires pénétrèrent dans un logement occupé par la famille Coussez, composée du père, François, journalier, quarante-trois-ans, de la mère, Julie, et de la fille, Adèle, treize ans, et d'où provenait le terrifiant tapage. Les deux malheureuses femmes gisaient sur le parquet de la chambre à coucher, le crâne et le visage ensanglantés. Le journalier, tapi dans un coin, poussait des hurlements inarticulés.

Le malheureux, qui, depuis quelque temps, donnait des signes d'aliénation mentale, avait été pris d'une crise de folie

©BIUM

furieuse, et, au cours de son accès, avait assommé sa femme et sa fille à coups de bouteille.

Le dément, maîtrisé par des gardiens de la paix accourus, a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt par les soins de M. Pélatan, commissaire de police du quartier.

Ses deux victimes, pansées à l'hôpital Cochin, sont en traitement à leur domicile. (*Le Journal*, numéro du jeudi 14 mai 1908.)

52. *Double tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 20 mai 1908) :

Deux agents ont été blessés grièvement hier par un fou furieux dans les circonstances suivantes :

Un employé de la Compagnie du Nord, Albert-Charles Matte, né à Colmar en 1877, qui s'adonnait depuis quelque temps à la boisson et qui avait eu plusieurs fois déjà des crises de *delirium tremens*, regagnait vers sept heures du soir l'appartement qu'il occupe au premier étage, 178, rue de la Chapelle. Il était dans un état de surexcitation tel que ses voisins, craignant un malheur, descendirent aviser le concierge. Matte ressortait bientôt. Il était armé d'un revolver, qu'il déchargeait dans l'escalier et contre les murs en hurlant : « Je veux les exterminer tous ! »

Cependant un locataire était allé prévenir les agents de planton place Hébert. Le sous-brigadier Lavedan et le gardien de la paix Maindron accoururent. A ce moment, le fou était dans la cour, tenant toujours à la main son arme qu'il avait rechargée ; comme il se précipitait dans la rue, le sous-brigadier Lavedan lui barra le passage et le saisit à bras le corps, mais le forcené se dégagea et fit feu. Atteint d'une balle en pleine poitrine, Lavedan tomba comme une masse. L'agent Maindron s'avança à son tour ; une nouvelle détonation retentit et le gardien de la paix eut le bras droit traversé par une balle ; malgré la souffrance qu'il endurait, il se jeta sur le fou furieux, et, aidé de quelques locataires, il le maintint jusqu'à l'arrivée de deux de ses collègues qui le conduisirent au poste de police de la rue Philippe-de-Girard.

Le sous-brigadier Lavedan et l'agent Maindron ont été transportés à l'hôpital Lariboisière.

M. Lépine a demandé au ministre de l'Intérieur deux médailles pour récompenser la conduite courageuse du sous-brigadier Lavedan et du gardien de la paix Maindron.

Le sous-brigadier reçoit une médaille en or ; le gardien de la paix une médaille en argent.

53. *Suicide.* — Un contremaître de menuiserie, M. François Guéret, âgé de trente-six ans, s'est tué ce matin à huit heures et demie, en se jetant par la fenêtre de l'appartement qu'il

©BIUM

occupait au quatrième étage, 3, rue Coquillière, dans la cour intérieure de la maison. Ce malheureux avait été victime, il y a deux mois, d'un accident qui l'avait vivement affecté, et il était en proie à des hallucinations fréquentes. (*Le Temps*, numéro du mercredi 20 mai 1908.)

54. *Tentative d'homicide.* — Ce matin, vers sept heures, dans un hôtel meublé de la rue Bérenger, un des locataires, M. Charles Bruyère, fleuriste, atteint d'aliénation mentale, s'est précipité sur un voyageur, M. Joseph Rivallier, employé de la Compagnie P.-L.-M., à Saint-Etienne, et l'a frappé de plusieurs coups d'un rasoir qu'il avait à la main.

Le blessé a été transporté à l'Hôtel-Dieu, dans un état grave. Quant au fou, il a été dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du samedi 23 mai 1908.)

55. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On télégraphie de Bordeaux au *Journal* (numéro du mardi 26 mai 1908) :

Un drame de la folie s'est déroulé ce matin, 82, rue du Loup. Un ouvrier horloger, âgé de quarante-quatre ans, nommé Auguste Forcand, qui demeure là avec sa fille Henriette, âgée aujourd'hui de quinze ans et demi, avait sa raison altérée depuis que sa femme, avec laquelle il vivait en mésintelligence, s'était séparée de lui voici plusieurs années. De plus, Auguste Forcand s'adonnait à la boisson. Il avait à plusieurs reprises annoncé son intention d'en finir avec la vie.

Ce matin, vers dix heures, au cours d'une crise, il entrait, les yeux hagards, dans la chambre de sa fillette et assommait la malheureuse à coups de marteau.

« Je me détruirai ensuite, criait-il. Mais je ne veux pas m'en aller seul. Il faut que nous soyons unis dans la mort! »

Comme Forcand avait fermé intérieurement à clef la chambre où se déroulait le drame, les voisins, éveillés par les cris de la jeune fille que son père frappait sans relâche avec son marteau, ne purent entrer pour la délivrer, mais ils réussirent à intimider le fou qui, pensant qu'on allait enfoncer la porte, absorba le contenu d'une fiole remplie d'acide nitrique, puis, enjambant l'appui d'une fenêtre, se laissa tomber dans la rue.

On le releva, couvert de sang, et on le transporta dans une crémerie, où Forcand, avisant un grand couteau, s'en saisit pour se frapper. On le désarma à temps. Il ne s'était fait qu'une légère blessure; celles qui proviennent de sa chute sont autrement graves.

L'horloger a été conduit et admis d'urgence à l'hôpital Saint-André où on lui administra sans retard un vomitif. Son état reste néanmoins désespéré.

Quant à la jeune fille, elle est dans le coma. On croit qu'elle a plusieurs fractures au crâne.

©BIUM

56. *Suicide.* — On télégraphie de Marseille au *Figaro* (numéro du vendredi 29 mai 1908) :

Le *Sénégal*, des Messageries, arrivé ce matin du Pirée et de Constantinople, apporte la nouvelle que l'un de ses passagers, le député roumain Radowitch, s'est jeté à la mer dans le voisinage de Naples.

Depuis quelques mois, M. Radowitch, à la suite de surmenage causé par les nombreux travaux auxquels il s'adonnait, avait vu ses facultés intellectuelles diminuer peu à peu. Atteint de neurasthénie, il vint à Paris et fit appel aux lumières de nos meilleurs praticiens. Mais il était trop tard et, comprenant qu'il ne reprendrait jamais sa complète lucidité d'esprit, il préféra en finir avec une existence qui lui pesait.

M. Radowitch, qui était âgé d'une cinquantaine d'années, avait fait une grande partie de ses études dans un collège parisien.

57. *Double homicide et suicide.* — On télégraphie de Sernhac (Gard) au *Petit Marseillais* (numéro du dimanche 21 juin 1908) :

Un drame sanglant et rapide, attribué au geste tragique d'un fou qui, dans un accès de démence, a tué un de ses meilleurs amis, blessé le frère de celui-ci et s'est suicidé ensuite, vient de jeter la consternation parmi la population de notre paisible localité.

Depuis quelque temps, le nommé Jean, agriculteur, donnait des signes de dérangement cérébral ; il était atteint de la manie de la persécution et sujet à des crises nerveuses. C'était, cependant, un excellent travailleur, un brave homme, et rien dans ses attitudes ne laissait supposer qu'il deviendrait un jour le héros d'une si douloureuse affaire.

Hier, vers 1 heure de l'après-midi, le nommé Sabatier, facteur à la gare de Sernhac et camarade d'enfance de Jean, se rendait au domicile de ce dernier pour lui rapporter un panier de fraises qu'il lui avait complaisamment offert la veille ; Sabatier était accompagné de son frère.

Dans le panier se trouvait une bouteille d'absinthe, que Sabatier se proposait de faire déguster à son ami, en retour de son cadeau. Jean, à l'arrivée de Sabatier et à la vue de la bouteille, lui reprocha de vouloir l'empoisonner. Sabatier l'en dissuada et l'on but ferme jusqu'à 3 heures, heure à laquelle les deux parents quittèrent Jean, après lui avoir serré cordialement la main.

Tandis que Sabatier, en compagnie de son frère, se dirigeait vers la recette buraliste, et alors que rien chez Jean ne le faisait prévoir, une folie inouïe autant que soudaine s'empara du pauvre dément. Jean grimpa au grenier à foin de son habitation, se saisit d'un fusil et, par une lucarne, fit feu sur le

©BIUM

malheureux facteur, qui tomba foudroyé, le crâne fracassé. Son frère reçut une partie de la décharge dans le bras et la poitrine, et, à son tour, perdant connaissance, s'affaissa sur le sol, baignant dans une mare de sang.

Au même moment, une deuxième détonation retentissait. Le meurtrier venait de se faire justice en se tirant un coup de fusil derrière l'oreille. Au bruit des détonations, de nombreuses personnes accoururent. Un médecin fut immédiatement appelé; mais tous les efforts restèrent vains pour Sabatier et l'auteur de sa mort. Le frère de Sabatier put être rappelé à la vie, mais son état reste toujours grave.

58. *Triple tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 23 juin 1908) :

« Au cours d'un accès de folie, cette nuit, vers une heure, un garçon de magasin, Victor Durr, âgé d'une trentaine d'années, et demeurant 6, rue de Meaux, s'est rué dans la pièce où se tenaient plusieurs membres de sa famille, et, sortant un revolver de sa poche, a fait feu sur eux à trois reprises. Sa mère, âgée de cinquante-quatre ans, a été la première atteinte d'une balle à la tête; sa sœur, âgée d'une vingtaine d'années, a été également blessée, ainsi qu'un de ses amis, Henry Durocqs, jeune typographe de dix-sept ans. Le fou s'est ensuite tiré un coup de revolver à la tempe droite et s'est légèrement blessé.

« Les victimes de ce drame ont été transportées à l'hôpital Saint-Louis dans un état grave, et Victor Dru a été conduit à l'infirmerie du Dépôt. »

Le lendemain, le même journal complétait ce fait divers par la publication, en dernières nouvelles, de la note suivante :

« Nous avons raconté hier qu'un fou, Charles-Victor Durr, avait tiré trois coups de revolver sur sa mère, sa sœur et le fiancé de cette dernière. Charles-Victor Durr avait été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

« Ce matin, il s'est suicidé en s'étranglant avec son mouchoir de poche.

« D'une faible constitution, il avait contracté, pendant son séjour en Tunisie, de graves affections ainsi que des fièvres.

« Le corps a été envoyé à la morgue aux fins d'autopsie. »

TRIBUNAUX.

La limitation du droit des médecins dans la rédaction des certificats médicaux. — Dans le numéro des *Annales* de janvier 1908 (p. 168), nous avons publié un arrêt de la Cour de Chambéry, condamnant un médecin à des dommages-intérêts pour avoir, dans un certificat à fin d'internement d'un

©BIUM

aliéné, indiqué que des proches de ce dernier étaient atteints de dégénérescence mentale. On verra, par l'extrait suivant du *Temps* (numéro du vendredi 15 mai 1908), l'opinion de la Cour de cassation sur ce point litigieux.

« La Cour de cassation vient de rendre un arrêt intéressant en ce qu'il fixe la responsabilité des médecins qui délivrent le certificat exigé pour l'internement d'une personne dans un établissement d'aliénés.

« Un médecin, dans le certificat joint à la demande d'internement, après les appréciations relatives à la personne qu'il s'agissait de faire interner, avait ajouté : « Parmi les collatéraux on trouve un frère dégénéré, type de persécuté-persécuteur, et une sœur peu intelligente. Un fils du premier lit présente aussi des signes de dégénération mentale. »

« Les personnes ainsi visées apprécièrent médiocrement la peu flatteuse opinion que le médecin avait exprimée sur leur état mental, et intentèrent contre ce dernier une action en dommages-intérêts.

« L'affaire est venue, hier, devant la Cour de cassation, sur le pourvoi du médecin. Le pourvoi soutenait notamment qu'un médecin ne pouvait être considéré comme en faute pour avoir mis dans un certificat médical telles indications qu'il avait jugé utile d'y insérer dans l'intérêt du malade.

« La chambre des requêtes, présidée par M. Tanon, a, ainsi que le lui demandèrent le conseiller rapporteur Loubers et l'avocat général Lombard, rejeté le pourvoi.

« Son arrêt, dont on ne saurait méconnaître la portée, décide que l'homme de l'art n'a pas, pour la rédaction du certificat relatif à l'internement d'une personne aliénée, une latitude absolue, spécialement en ce qui concerne la désignation des tiers dont l'état mental n'est pas en question, et que certaines appréciations introduites à leur égard dans un certificat qui n'a d'autre but que de justifier la demande d'internement peuvent revêtir un caractère abusif et devenir ainsi pour eux le principe d'une action en réparation.

« L'arrêt conclut que le médecin a été à bon droit condamné à des dommages-intérêts envers les tiers, à raison des appréciations qu'il avait portées sur leur compte et qui présentaient, précisément, un caractère abusif. »

Les accidents du travail et les hospitalisés. — « M. François Michel, hospitalisé à Nanterre, eut, en travaillant à l'atelier de façonnage de fil de fer, le pouce et l'index de la main gauche écrasés. Il a assigné devant le tribunal l'entrepreneur adjudicataire des travaux et le préfet de police; il leur réclame dans les termes de la loi de 1898 sur les accidents du travail une rente de 200 francs.

©BIUM

« La 1re Chambre du tribunal, présidée par M. Ancelle, vient de rejeter cette demande ; le jugement met l'entrepreneur hors de cause, par ce motif que le blessé n'était pas son préposé ; et il déboute M. Michel au regard du préfet, par ce motif que le travail auquel les hospitalisés sont assujettis n'est pas fait dans un but de lucre, et qu'il ne s'agit donc en l'espèce ni d'une industrie assujettie, ni d'un établissement commercial. »

Nous avons tenu à publier cet entrefilet, emprunté au *Journal des Débats* (numéro du mardi 24 juin 1908) ; il pourrait, à l'occasion, intéresser les médecins-directeurs et les directeurs d'asiles d'aliénés. Les considérants du jugement de la 1re Chambre du tribunal de la Seine, concernant un accident de travail chez un hospitalisé de la maison de Nanterre, pourraient être invoquées dans le cas d'un accident de travail arrivant à un aliéné travailleur d'un de nos asiles.

XVIIIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Dijon, 3-8 *août* 1908

Programme des travaux et excursions.

Lundi 3 août. — *Matin* : Séance solennelle d'inauguration (salle des États de Bourgogne à l'Hôtel de Ville de Dijon). — Visite de l'Hôtel de Ville.

Après-midi : 1er Rapport. — M. Laignel-Lavastine (de Paris). *Les troubles mentaux par perturbations des glandes à secrétion interne.* — Discussion.

Soir : Réception offerte par la Société des Sciences Médicales de la Côte-d'Or.

Mardi 4 août. — *Matin* : Suite de la discussion du 1er rapport. — Communications diverses.

Après-midi : 2e rapport. — M. Verger (de Bordeaux). — *Diagnostic et formes cliniques des névralgies.* — Discussion. Réunion du Comité permanent.

Mercredi 5 août. — *Matin* : Visite de l'Asile de Dijon. — Déjeuner offert aux Congressistes.

Après-midi : Communications diverses à l'asile.

Jeudi 6 août. — *Matin* : 3e rapport. — M. Charon (d'Amiens). — *Assistance des enfants anormaux.* — Discussion.

Après-midi : Communications diverses. — Réunion du Congrès en *Assemblée générale.*

Soir : Réception offerte par le Président et les Membres du Congrès.

©BIUM

Vendredi 7 août. — *Matin* : Excursion à *Vougeot* et à *Beaune*. — Déjeuner individuel à Beaune.

Après-midi : Visite à l'hôpital de Beaune. — Communications diverses. — Retour à Dijon pour dîner.

Samedi 8 août. — Excursion au Château de *Bussy-Rabutin* ; à *Alise-Sainte-Reine* : visite des fouilles d'Alésia ; à *Flavigny*. — Dislocation du Congrès. — Retour à Dijon, ou départ pour excursionner dans le Morvan.

EXCURSIONS DANS LE MORVAN. — Après la clôture du Congrès, des excursions intéressantes pourront être faites dans le Morvan.

Le Congrès, sans participer directement à l'organisation de ces excursions, fournira tous les renseignements pratiques nécessaires.

Le Morvan peut être parcouru facilement, soit en chemin de fer, soit en voitures (publiques ou privées, ou automobiles).

Deux villes, très pittoresques, *Semur* et *Avallon*, au nord du Morvan, méritent une visite ; elles peuvent être atteintes rapidement à la suite de la dislocation du Congrès.

Plusieurs excursions en voitures, d'Avallon comme point de départ, permettent de visiter la vallée du *Cousin*, l'ancienne basilique de *Vézelay*, la gracieuse église de *Saint-Pierre-sous-Vézelay*, *Pierre-Pertuis*, le château de *Chastellux*, *Quarré-les-Tombes*, la *Pierre-qui-Vire*, etc.

En chemin de fer, partant de Semur ou d'Avallon, il est possible, en deux jours, de *traverser deux fois le massif du Morvan* dans ses régions les plus pittoresques.

Dans une première journée, on peut aller de l'est à l'ouest, de *Saulieu* à *Corbigny*, avec arrêt au *Lac des Settons*.

Dans une deuxième journée, on revient de l'ouest à l'est, et plus au sud, de Corbigny à *Château-Chinon* et à *Autun*, en passant près du *Mont-Beuvray*.

D'Autun, on rejoint facilement la grande ligne de Dijon, avec arrêt possible au *Creusot*.

Des renseignements plus détaillés seront envoyés ultérieurement à tous les membres du Congrès.

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*.

10 *francs* pour les *membres associés*.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Con-

©BIUM

grès 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 de 50 p. 100 ont été accordées par les Compagnies de chemin de fer.

Les membres du Congrès sont priés de faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Dijon en remplissant le formulaire ci-joint, et en l'adressant au secrétaire général avant le 1er juillet (dernier délai), car après cette date il ne sera plus possible de délivrer de bons de demi-place.

Rectification.

Les *Annales* de mai-juin 1908 ont publié un travail de M. le Dr Fr. Meeus, intitulé : « Epilepsie et délire chronique. Contribution à l'étude des psychoses combinées ». On nous fait remarquer avec raison que cet excellent travail a paru d'abord dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* (numéro de septembre 1906); nous avions oublié d'indiquer cette source; nous nous empressons de réparer cette omission. — N. D. L. R.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

—

Le XVIII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Session de Dijon; août 1908.

On disait, l'an dernier, à Genève, que le rôle du nouveau secrétaire général serait bien difficile pour organiser un congrès à Dijon, après la réunion si brillante à Genève et Lausanne. La charmante promenade sur le lac, un soir de fête fédérale, ne pouvait pas avoir de lendemain sur l'Ouche, et la Société des sciences médicales de la Côte-d'Or n'avait pas à sa disposition, comme les médecins vaudois, un Caux-Palace, à la descente des rochers de Naye. Nous pouvons aujourd'hui féliciter le D[r] S. Garnier d'avoir, avec la collaboration et les conseils du D[r] Meige, secrétaire général du Comité permanent, organisé un Congrès très intéressant. Le Congrès de Dijon a été plus modeste que celui de Genève et Lausanne, mais n'en a pas moins été fort

©BIUM

intéressant. On y a bien travaillé ; la plus franche cordialité n'a cessé de régner, du commencement à la fin, et on a eu de jolies excursions. Nous pouvons répéter ce que nous disons souvent dans la chronique du Congrès : les absents ont eu tort.

La session a été ouverte le 3 août, à neuf heures du matin, dans la salle des Etats de Bourgogne, à l'Hôtel de Ville. La bienvenue a été souhaitée par le maire de Dijon, auquel a répondu immédiatement le Dr Cullerre, président du Congrès, qui a remercié toutes les personnes qui avaient prêté leurs concours pour la réception du Congrès, maire, conseil municipal, préfet, recteur de l'Université, confrères de Dijon et Société des sciences médicales. Le ministre de l'Intérieur était représenté par M. Bluzet, inspecteur général des services administratifs, et le Dr Cullerre lui a adressé les paroles suivantes qui ont été fort applaudies :

« Monsieur l'Inspecteur général,

« Votre présence parmi nous est un haut témoi-
« gnage de l'intérêt que prend l'administration supé-
« rieure à nos travaux. Je vous souhaite la plus cor-
« diale bienvenue. Vous succédez, dans la mission qui
« vous est confiée, à un homme qui a laissé parmi nous
« un renom ineffaçable de bienveillance et de cour-
« toisie, le Dr Drouineau, que je salue au passage, et
« à qui je suis heureux d'adresser l'hommage de nos
« félicitations pour sa récente promotion dans la Légion
« d'honneur. »

M. l'inspecteur général Bluzet, à son tour, a pris la parole pour affirmer l'intérêt que l'administration supérieure porte à nos travaux et a exprimé, lui aussi, ses regrets de la retraite de M. Drouineau. Il n'a pas la prétention de remplacer son ancien collègue qui faisait partie de la famille médicale et participait aux travaux

©BIUM

du Congrès, mais il transmettra fidèlement au ministre nos desiderata.

La parole a ensuite été rendue au Président du Congrès pour le discours d'usage. Le sujet choisi par M. Cullerre était : Un coup d'œil médico-psychologique sur le monde de la Cour au temps de Louis XIV. Dans cette étude très documentée M. Cullerre a passé en revue, d'après les écrits du temps, et en particulier d'après les *Mémoires de Saint-Simon* et les *Lettres de M^me^ de Sévigné*, les personnages de la Cour ayant présenté des troubles de l'intelligence. Ces troubles sont variés. Il y a des psychoses, du délire hallucinatoire, du déséquilibre mental aboutissant au suicide, la folie traumatique, de nombreux cas de folie avec terrain dégénératif, jusque dans les membres de la famille royale, des névropathies, hystérie, hystéro-épilepsie, épilepsie. Notre savant confrère a encore fait la description de troubles nerveux variés qu'on appelait alors des vapeurs. Il a trouvé des tics, des impulsions, des tendances dipsomaniaques, sous forme d'abus de café et de thé, répandues chez les grandes dames, mais pas de cas d'alcoolisme vrai, des obsessions et des phobies, des aberrations du sens religieux, des excentricités et de la dépravation morale.

M. Cullerre a terminé son discours par une vue d'ensemble où il relate la rareté des psychoses et des intoxications, malgré les excès commis et le peu de soins corporels qu'on avait à l'époque. Il n'y avait pas alors de surmenage cérébral, et on ne trouve pas alors de psychoses systématiques pures. Ce qu'il y a de plus caractéristique, ce sont les troubles mentaux liés à la dégénérescence mentale, la folie héréditaire avec prédominance des tares psychiques héréditaires.

Après ce discours, qui a été très applaudi, la séance d'inauguration a été levée et le maire de Dijon a invité

©BIUM

les membres du Congrès à visiter le très riche musée de la ville. On passe de la salle des Etats dans les cabinets des adjoints au maire, et, de là, on gagne la magnifique salle des Gardes, où se trouvent le tombeau de Philippe le Hardi et le tombeau de Jean sans Peur et de Marguerite de Bavière, ainsi que les retables des deux autels dits des ducs de Bourgogne. Ce sont là des œuvres d'art fort belles, ayant pour nous un intérêt tout particulier, parce qu'elles proviennent de la Chartreuse qui est aujourd'hui l'asile d'aliénés.

Je ne décrirai pas la suite de la visite au musée et j'arrive à la première séance de travail, la séance de l'après-midi à l'Université. Nous avons trouvé pour nous souhaiter la bienvenue, le recteur, M. Boirac, dont nous avions déjà fait la connaissance au Congrès de Grenoble, qui, depuis cette époque, a ajouté à ses titres universitaires celui de docteur en médecine, et a tenu à se montrer avec nous le plus aimable des confrères. La salle mise à notre disposition pour les séances du Congrès était la salle dite de l'Académie, salle historique datant du XVIII^e^ siècle, et où se jugèrent les concours auxquels prit part J.-J. Rousseau. La salle est ornée des bustes des hommes illustres, nés à Dijon, Buffon, Rameau, Crébillon, Bossuet, et deux hommes de guerre, anciens gouverneurs de la ville. On a procédé à la désignation des présidents d'honneur : MM. Magnin, sénateur, Bluzet, inspecteur général ; le préfet, le maire, le recteur de l'Université, les doyens des facultés des lettres, des sciences, et de droit, le directeur de l'Ecole de médecine. Ont été désignés comme secrétaires des séances, MM. Dupouy et Castin, et la parole a été donnée à M. Laignel-Lavastine pour l'exposé de son rapport.

Dans son rapport intitulé : *Des troubles psychiques par perturbations des glandes à sécrétion interne*,

©BIUM

M. Laignel-Lavastine a entrepris la démonstration de troubles psychiques liés à la modification des sécrétions internes. Dans une première partie de son travail, il a passé en revue chacune des glandes à sécrétion interne, et dans une seconde partie il a étudié les troubles glandulaires dans les syndromes psychiques.

Il a débuté par la glande thyroïde, et a présenté les troubles psychiques dans les syndromes d'insuffisance thyroïdienne (myxœdémateux, infantilisme, etc.), puis les troubles psychiques dans les syndromes d'excitation thyroïdienne (formes diverses de la maladie de Basedow), et enfin les troubles psychiques dans les perturbations thyroïdiennes complexes et encore discutées. Après la thyroïde, les parathyroïdes et leurs relations avec la tétanie et l'éclampsie, puis le thymus et les faits pathologiques qui s'y rattachent.

Vient ensuite l'hypophyse et l'étude des troubles psychiques chez les géants et les acromégales, puis, comme corollaire, l'examen des troubles psychiques dans l'insuffisance hypophysaire.

Après l'hypophyse, les glandes surrénales et les troubles psychiques chez les addisoniens dans l'insuffisance surrénale, dans l'artériosclérose surrénale.

L'ovaire donne lieu à de longs développements avec les troubles psychiques de la puberté, de la menstruation, de la grossesse, après l'accouchement, après la castration, et enfin à la ménopause.

Chez l'homme, il y a les troubles psychiques dans les syndromes testiculaires, troubles à la puberté, à l'âge critique, chez les castrats, dans les arrêts pathologiques du développement génital, dans les affections génito-urinaires, chez les infantiles.

M. Laignel-Lavastine est passé rapidement sur les troubles psychiques dans les syndromes prostatiques et dans les syndromes salivaires, et il a terminé sa première

©BIUM

partie dans un chapitre intitulé : les troubles psychiques dans les syndromes pluri-glandulaires.

Dans ce chapitre, il a examiné les relations glandulaires de la thyroïde, des parathyroïdes, du thymus, de l'hypophyse, des surrénales, des glandes mammaires et salivaires. Il a recherché les faits pathologiques qui varient suivant la prédominance de l'action de telle ou telle glande.

La seconde partie du rapport de M. Laignel-Lavastine est consacrée à l'examen des troubles glandulaires dans les syndromes psychiques, débilité cérébrale ; syndromes délirants (maniaques, mélancoliques, confus, délirants constitutionnels) ; syndromes démentiels (paralytiques généraux, déments précoces, autres déments) ; enfin syndromes neuro-psychiques (épileptiques, nerveux, hystériques, neurasthéniques, psychasthéniques).

Pour compléter la mise au point de la question, M. Laignel-Lavastine a apporté une bibliographie qui ne prend pas moins de vingt-quatre pages. Les conclusions du rapport sont :

« 1° Il existe un rapport de causalité entre les per-
« turbations des glandes à sécrétion interne, thyroïde,
« parathyroïde, hypophyse, surrénale, ovaire, testicule,
« et les syndromes correspondants : myxœdème, goitre
« exophtalmique, tétanie, éclampsie, gigantisme,
« acromégalie et syndromes d'Addison, d'insuffisance
« ovarienne et diastématique.

« 2° Existe-t-il un rapport de causalité entre ces
« mêmes perturbations et certains troubles psychiques
« concomitants de leurs syndromes respectifs ?

« 3° Si oui, auxquels de ces troubles psychiques et
« d'après quels critériums reconnaît-on une origine
« glandulaire ? Peut-on admettre une origine glandu-
« laire de ces troubles psychiques, même dans des
« conditions cliniques telles que chez beaucoup d'aliénés,

©BIUM

« où les syndromes glandulaires respectifs ne seraient « pas facilement appréciables?

« Tout en faisant la part à la prédisposition céré- « brale, peut-on admettre la possibilité d'une origine « glandulaire de certains cas de débilité cérébrale, « démence précoce, délires partiels, troubles nerveux « fonctionnels, hystériques, neurasthéniques, psychas- « théniques? »

La discussion des conclusions de M. Laignel-Lavastine a été ouverte par M. Régis. Après avoir félicité le rapporteur de son travail, M. Régis a exposé qu'à son avis le rapport de causalité entre les perturbations des glandes à secrétion interne et les syndromes psychiques était probable, mais non certain. Ces syndromes se présentent sous forme de confusion, de torpeur, d'hébétude, d'anémie, d'onirisme, de délire hallucinatoire avec excitation, anxiété, ce qui indique qu'ils sont d'origine toxique. Mais on ne trouve pas de caractères spécifiques assez tranchés pour dire qu'il s'agit de telle ou telle intoxication. On peut voir, par la courbe urinaire, qu'au moment du délire il y a rétention des éléments de l'urine, et qu'il y a une décharge urinaire quand le délire cesse.

M. Claude a exprimé l'avis qu'il n'est pas possible, en ce moment, d'admettre un rapport de causalité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et le myxœdème, le goitre exophtalmique, la tétanie, l'éclampsie, etc. Les glandes à sécrétion interne présentent, au point de vue fonctionnel, de nombreuses obscurités. Leur histologie est dans le même cas. Comment distinguer que le point de départ est dans l'altération d'une de ces glandes, alors qu'il y a des modifications dans tout l'organisme? L'épreuve thérapeutique même a de nombreuses causes d'erreurs. On peut dans une même psychose voir la guérison, en

©BIUM

employant soit l'ovaire, soit la thyroïde. Une grande réserve s'imposerait et il conviendrait de sérier l'étude en se bornant d'abord à certaines psychoses.

M. Léopold Lévi a exposé que le critérium pour rapporter les troubles psycho-nerveux à leur origine thyroïdienne est dans le traitement. On ne peut conclure au rapport de cause à effet que si l'action thyroïdienne est immédiate, toujours efficace, en particulier dans les rechutes, si elle transforme le malade.

M. Grasset a dit que le rapporteur avait exposé avec le plus grand soin l'action des glandes à sécrétion interne sur les psychoses, mais il convient d'insister aussi sur l'action réciproque des psychoses sur ces glandes. Le rapport de coexistence n'est plus discuté, mais, dans certains cas, il est très difficile de dire qui a commencé. Il y a certainement des cas où les troubles glandulaires paraissent succéder aux troubles nerveux, et on peut dire que ces troubles glandulaires sont des équivalents. Il y a des psycho-névroses splanchniques. A leur tour les glandes réagissent sur l'état nerveux. C'est ainsi que les médecins voient revenir à leur cabinet des malades qui, après avoir passé à diverses reprises entre les mains des chirurgiens, souffrent toujours de troubles génito-urinaires ou d'entéro-colite.

M. André Léri a apporté le résultat de ses recherches sur les glandes à sécrétion interne, et en particulier sur les surrénales. Les signes physiques de dépression neuro-musculaire et vasculaire des mélancoliques sont semblables à ceux de la maladie d'Addison. Il serait important, au point de vue du traitement, que l'on puisse substituer, dans certains cas déterminés, à l'hypothèse vague d'auto-intoxication, une théorie plus précise d'intoxication par insuffisance surrénale.

M. Roubinovitch a dit qu'avec son interne, M. Dumont, il a essayé de rechercher les rapports de causa-

©BIUM

lité entre les perturbations des glandes à sécrétion interne et certains troubles psychiques concomitants. Il a apporté la curieuse observation d'un malade de Bicêtre, chez lequel une acromégalie se compliqua successivement d'épilepsie et de psychose maniaque dépressive et chez lequel la toxicité du liquide céphalo-rachidien variait suivant l'époque du prélèvement.

M. Picqué a contesté l'influence de la castration chez la femme dans la production des psychoses. Les ovaires qu'on enlève sont déjà altérés et devraient déterminer des psychoses avant l'opération. La pathogénie des psychoses par opération doit être recherchée dans l'état mental antérieur, ou la prédisposition héréditaire des opérés.

M. Laignel-Lavastine a eu la parole pour répondre aux observations qui lui avaient été faites. Il s'est attaché surtout à répondre à M. Régis en disant qu'il est d'accord pour reconnaître que les psychoses par troubles des glandes par sécrétion interne sont des psychoses toxiques. Mais la psychose toxique à type de confusion mentale ne résume pas toute la sémiologie psychique des psychoses toxiques.

Après la réponse de M. Laignel-Lavastine, la séance a été levée, afin de permettre au comité permanent du Congrès de se réunir pour examiner les propositions à soumettre le lendemain à l'Assemblée générale, en vue de l'organisation de la session suivante.

Le soir avait lieu la réception offerte par la Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, dans la salle des Etats de Bourgogne. Charmante soirée, pleine de cordialité avec un joli programme musical.

La journée du mardi 4 août a été une grande journée de travail. La séance du matin a débuté par une série de communications faisant suite à la discussion de la veille.

M. Claude a apporté le résumé de ses recherches sur

©BIUM

les altérations des glandes à sécrétion interne dans l'épilepsie. Dans la pathogénie de certaines crises épileptiques, le trouble fonctionnel de certaines glandes à sécrétion interne peut être mis en cause, au même titre que d'autres facteurs d'intoxication endogène et exogène, et, dans la thérapeutique de chaque cas d'épilepsie, il pourra être utile de chercher à combattre les troubles glandulaires, dont l'étude clinique permettra de soupçonner l'existence, par une opothérapie appropriée. M. Claude a trouvé des lésions plus prononcées des glandes à sécrétion interne chez les sujets jeunes, indemnes de grosses lésions encéphaliques, mais ayant succombé pendant des états de mal.

M. Léopold Lévi a apporté le résumé de ses recherches sur la glande thyroïde. Il a étudié l'alternance de l'iode et du phosphore dans le tissu glandulaire, et les variations de fonctionnement de la glande.

M. Dide a exposé que les interventions chirurgicales permettent d'éclairer la question du rôle des glandes à sécrétion interne. On peut supprimer sans inconvénient certaines glandes chez les sujets bien équilibrés. D'autres glandes, par exemple la thyroïde, ont une grande importance. En sept ans, il n'a jamais trouvé de lésions intéressantes du testicule ou de l'hypophyse chez les aliénés. Le corps thyroïde présente souvent des lésions, mais pas de lésions spécifiques suivant la forme d'aliénation mentale.

MM. Chartier et Sollier ont apporté un mémoire sur les résultats qu'ils ont obtenus de l'opothérapie, puis la parole a été donnée à M. Verger pour l'exposé de son rapport sur le diagnostic et les formes cliniques des névralgies.

Dans son rapport, M. Verger a montré le chemin parcouru depuis Valleix. L'évolution des idées médicales a fait abandonner d'une façon définitive la conception

©BIUM

de la névralgie *sine materia*. Une autre évolution s'opère. On ne peut plus décrire *une* névralgie toujours identique, à l'intensité des douleurs près, mais il y a *des* névralgies relevant de lésions différemment situées. M. Verger ajoute que la classification proposée par M. Pitres lui paraît la plus rationnelle. Passant successivement en revue les névralgies de la face, les névralgies thoraciques, les névralgies sciatiques et les névralgies du membre supérieur, M. Verger recherche pour chacune d'elles, le siège de la lésion, et reconnaît trois grandes formes, suivant que les névralgies sont d'origine périphérique, d'origine radiculo-ganglionnaire, d'origine centrale proprement dite.

M. Verger a d'ailleurs résumé son travail dans les conclusions suivantes :

« 1° La conception de la névralgie, maladie autonome « des nerfs, n'est plus en harmonie avec nos connais- « sances actuelles. On doit considérer que la douleur « névralgique, entendant par là la douleur spontanée, « qui reste localisée à un territoire d'innervation, et qui « est indépendante d'une cause *locale* traumatique, « inflammatoire ou néoplasique, constitue un syndrome « qui traduit pathogéniquement l'irritation des con- « ducteurs sensitifs, en un point de leur trajet, depuis « les ultimes terminaisons périphériques, jusqu'aux « racines postérieures inclusivement ;

« 2° L'étude analytique des névralgies de la face, du « thorax et des membres dont l'origine peut être con- « nue d'une façon certaine, quant à la localisation de « la cause algésiogène, permet de distinguer des types « cliniques distincts, correspondant d'une part aux « névralgies d'origine périphérique, et, d'autre part, « aux névralgies d'origine radiculo-médullaire ;

« 3° Les névralgies d'origine périphérique qui com- « prennent les névralgies d'origine extra-fasciculaire et

©BIUM

« fasciculaire et les névralgies réflexes, diffèrent entre « elles suivant les territoires nerveux considérés, mais, « dans tous les cas, elles restent reconnaissables aux « caractères suivants :

« *a*) La douleur est continue avec des paroxysmes.

« *b*) Les trajets des nerfs et les points d'émergence « des filets périphériques sont souvent douloureux à la « pression.

« *c*) La friction ou la pression intense des zones « spontanément douloureuses fait éclater les paroxys- « mes.

« *d*) La cocaïne injectée *loco dolente* sur le trajet des « troncs nerveux, ou au niveau du point de départ « réflexe des excitations algésiogènes, supprime momen- « tanément la douleur.

« *e*) Les troubles de la sensibilité objective sont « inconstants ; quand ils existent, ils affectent une topo- « graphie irrégulière qui ne présente pas les disposi- « tions des zones d'innervation radiculaire ;

« 4° Les névralgies d'origine radiculo-médullaire sont « celles dont les caractères restent le plus constamment « identiques dans les différents territoires. Ce sont les « suivants :

« *a*) La douleur spontanée est particulièrement « intense ; elle peut être continue avec des paroxysmes, « ou essentiellement paroxystique avec des intervalles « complètement indolores.

« *b*) La douleur n'est pas localisée sur le trajet des « troncs nerveux, mais bien dans des territoires qui « correspondent à la disposition topographique des « zones d'innervation radiculaire.

« *c*) Les signes classiques de la douleur provoquée « par la pression des troncs nerveux, ou des points « d'émergence des filets périphériques, sont peu mar- « qués et souvent manquent complètement.

©BIUM

« *d*) Les excitations périphériques ne font pas éclater « les paroxysmes.

« *e*) La cocaïne *loco dolente*, ou sur le trajet des troncs « nerveux, ne produit aucune action sédative momen- « tanée.

« *f*) Les troubles de la sensibilité objective sont très « fréquents : ils affectent une topographie nettement « radiculaire ;

« 5° Le diagnostic de ces deux variétés pathogéniques « revêt une importance pratique considérable. Sa con- « naissance conduit en effet les médecins à la recherche « d'une thérapeutique étiologique et pathogénique, au « lieu que la notion classique de la névralgie-maladie, « en attirant toute leur attention sur le nerf lui-même, « les a trop souvent conduits à des déboires. »

Dans la discussion qui a été ouverte, M. Léri a critiqué la classification de M. Verger et a insisté sur le fait que la classification doit être basée sur la clinique. La cocaïne agit différemment suivant que l'on agit sur un nerf ayant ou non de l'inflammation. Certaines névralgies d'origine centrale sont momentanément calmées par l'intervention chirurgicale. La petite névralgie faciale d'origine banale est bien différente de la grande névralgie faciale chez un neuro-arthritique. La névralgie des édentés a ses caractères spéciaux, et il y a une symptomatologie spéciale pour les névralgies par néoplasmes. La névralgie des plexus de la face a une étiologie spéciale. Il y a la névrite de ces plexus, et on doit tenir compte des rapports du facial et du trijumeau.

Dans la séance de l'après-midi, on a continué la discussion du rapport de M. Verger. M. Chartier a parlé du zona, puis M. Verger a répondu aux observations qui lui avaient été faites, et la discussion sur les névralgies étant close, on a entendu diverses com-

©BIUM

munications inscrites à l'ordre du jour. M. Dromard a présenté une étude sur l'apraxie complète, puis un mémoire intitulé : *Syndrome spasmodique portant sur les muscles de la vie végétative chez un épileptique*. Les communications de M. Dromard ont provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Deny et Dupré.

M. Meige a ensuite donné une formule pour le traitement de la crampe des écrivains. Cette formule est : « Ecrire peu, lentement, rond, gros, droit. »

M. Meige a présenté des considérations intéressantes sur la crampe des écrivains. Les crampes professionnelles ne sont pas généralement limitées à un seul acte moteur. La difficulté motrice se retrouve chez le même sujet dans d'autres actes fonctionnels.

M. Hartenberg a présenté un appareil servant à mesurer le tonus musculaire et a donné une série de formules résultant de ses recherches sur le tonus.

La séance de l'après-midi a été terminée par une communication de M. Schnyder (de Berne) sur le rôle des interventions opératoires gynécologiques dans le traitement du nervosisme, communication tendant à restreindre le rôle des affections gynécologiques dans les maladies nerveuses. Ce travail a provoqué une courte discussion de la part de M. Régis.

Le Congrès s'est constitué en séance plénière pour approuver les comptes du congrès précédent, et régler l'organisation du prochain congrès.

Les comptes du Congrès de Genève se soldent par un excédent de recette de 798 fr. 95, ce qui, joint aux recettes antérieures, constitue une réserve de 3.038 francs.

Des remerciements ont été par acclamation votés au Dr Long et à nos confrères suisses.

Sur la proposition du comité permanent, la ville de

©BIUM

Nantes a été choisie comme siège du Congrès de 1909. M. le Dr Terrien a aussitôt souhaité la bienvenue au nom de la municipalité de Nantes dont il fait partie.

M. Vallon, vice-président du Congrès, est de droit président du prochain Congrès, et on a procédé au scrutin secret à la désignation du vice-président. A l'unanimité, moins une voix, M. Klippel a été élu vice-président. Il a exprimé ses remerciements.

Les rapports proposés par le comité permanent ont été adoptés à main levée. Ce sont :

Les chorées chroniques, M. Sainton, rapporteur;

Les fugues en psychiatrie, M. Victor Parent fils, rapporteur.

Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal. Deux rapporteurs. MM. Pactet et Granjux. Disons de suite que M. Pactet ayant fait connaître, avant la clôture du Congrès, qu'il n'acceptait pas la charge de rapporteur, a été remplacé par M. Rayneau (d'Orléans).

D'après le règlement, deux membres du comité permanent étaient sortants et non rééligibles. Ces deux membres, désignés par le sort, sont MM. Raymond et Vallon. On a procédé au vote par bulletin secret. MM. Ballet et Deny ont été élus en remplacement de MM. Raymond et Vallon.

Malgré la somme de travail fournie dans cette journée de mardi, l'Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés tenait séance à huit heures et demie du soir. Je ne puis, dans cette chronique sur le Congrès, m'étendre sur ce qui a été fait à *l'Amicale*, comme on dit entre soi. *L'Amicale* n'en a pas moins son intérêt pour le Congrès, car ses statuts portent que l'Assemblée générale annuelle concorde avec le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, ce qui comporte de la part de ses membres

©BIUM

l'adhésion au Congrès, et l'association a pour but, non seulement de prendre en main les intérêts généraux et particuliers de ses membres, mais aussi d'étudier les questions qui se rapportent aux divers modes d'assistance des aliénés.

La séance du mardi soir a été occupée par le rapport général sur le fonctionnement de l'association pendant l'exercice écoulé, rapport présenté par le secrétaire trésorier. L'expérience a indiqué la nécessité de modifier quelques articles des statuts, ce qui a été fait rapidement. On a procédé à l'élection du comité pour l'année 1908-1909, et on a abordé la discussion de la première question à l'ordre du jour : « Amélioration à apporter aux traitements et aux retraites ». Rapporteurs : M. S. Garnier (traitements des médecins d'asiles publics); M. Rayneau (traitements des médecins des quartiers d'hospice et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics); M. Dubourdieu (les retraites). On a renvoyé au lendemain la seconde question : « Recrutement du personnel infirmier dans les établissements publics d'aliénés. » Rapporteur : M. Charon. La discussion était facilitée par le fait que les rapports de MM. Garnier, Rayneau, Dubourdieu et Charon avaient été imprimés et distribués quelques jours avant la réunion du Congrès.

La journée du mercredi 5 août a été consacrée à la visite de l'Asile. Le rendez-vous était à l'établissement, à neuf heures du matin. Une notice sur l'Asile et un rapport médical nous ont été distribués et la visite des quartiers a commencé.

Je n'ai pas besoin de dire que nous avons vu un asile très bien tenu, et l'Asile de Dijon est trop connu pour que j'en fasse la description. Nous avons vu avec beaucoup d'intérêt ce qui reste de l'ancienne Chartreuse, une vieille tour, la chapelle, et le superbe groupe de

©BIUM

statues connu sous le nom de « Puits de Moïse ». Un déjeuner, dont un de nos confrères a, dans un toast plein d'humour, vanté le bel ordonnancement gastronomique, était offert au Congrès. Suivant l'usage, le photographe du Congrès est venu braquer son appareil sur nous, et on s'est remis au travail. Une séance de communications avait été préparée sous les arbres du parc, en plein air, mais, à peine étions-nous installés, qu'un orage, non prévu au programme, devenait menaçant. Aux premiers grondements de tonnerre répondirent les paragrêles du vignoble, et au milieu de tout ce tapage de tonnerre et d'artillerie, on prit le parti d'aller se mettre à l'abri à la pharmacie, où l'on trouvait une grande et belle salle.

On a entendu d'abord un mémoire de M. le Dr Terrien sur le rôle du traumatisme dans les accidents hystéro-traumatiques et l'appréciation des dommages et intérêts dans ces sortes d'accidents.

MM. Dupré et Charpentier ont lu un mémoire sur les empoisonneurs. Ce mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Régis, Dupré, Archambault, Meige et Garnier.

M. Ch. Richet a lu un travail fait en collaboration avec M. Saint-Girons, dans le service du Dr Bourneville, et intitulé : « Sur la fréquence et la pathogénie de la microsphygmie de Variot chez les idiots. » Il a décrit trois types :

A. Pulsation perceptible, mais faible;

B. Pulsation tantôt perceptible, tantôt non perceptible;

C. Pulsation jamais perceptible.

Les idiots présentent souvent des troubles trophiques, du nanisme, et M. Richet croit à l'existence chez eux de spasmes du système sympathique.

M. Hartenberg a communiqué une étude sur la neu-

©BIUM

rasthénie et la psychasthénie. Ce travail a provoqué une courte discussion à laquelle ont pris part MM. Dupré et Régis, partageant l'avis de M. Hartenberg que la psychasthénie est la forme psychique de la neurasthénie.

La séance de communications a été terminée par la lecture d'un travail de M. Simon, ancien médecin de marine, sur la situation déplorable des aliénés dans les hôpitaux coloniaux, et sur les difficultés qu'on rencontre pour rapatrier les Européens devenus aliénés dans les colonies françaises.

A 5 heures, la salle a été mise à la disposition de l'Association amicale, et la discussion des questions professionnelles abordées la veille a été poursuivie jusqu'à 7 heures du soir. C'était une journée encore bien remplie.

Le jeudi 6 août, deux séances de travail étaient prévues, mais hors Dijon, dans l'est du département, à Fontaine-Française. Le rendez-vous était à 6 h. 40 du matin, à la gare des tramways de la Côte-d'Or, où nous trouvions un train spécial.

A l'arrivée à Fontaine-Française, nous avons été reçus à la mairie, où la salle de la justice de paix a été mise à notre disposition. Le conseiller général du canton nous a, au nom du maire, souhaité la bienvenue, et la parole a été donnée à M. Charon pour l'exposé du rapport sur l'Assistance des enfants anormaux.

Dans son rapport, M. Charon commence par limiter son sujet. On n'a pas eu l'intention au Congrès de Dijon de s'occuper de l'assistance des enfants physiquement et psychiquement infirmes. Il ne peut être question que des enfants psychiquement anormaux. Mais M. Charon sépare ceux-ci en deux catégories : les simples arriérés, qui peuvent vivre de la vie commune et qu'il appelle les *sociables*; ceux qui pour des raisons diverses ne peuvent être laissés dans leur famille, et qu'il appelle

©BIUM

les *insociables*. C'est à ces derniers que M. Charon a cru devoir borner son étude, de sorte qu'en fin de compte il définit son sujet : « L'Assistance publique des enfants psychiquement anormaux et insociables ».

Un court chapitre est consacré à l'historique, à la législation actuelle, à l'action des Congrès et des Associations. M. Charon étudie ensuite le classement des enfants psychiquement anormaux tant au point de vue clinique qu'au point de vue des modes d'assistance, et il estime, d'après les données statistiques, qu'il y a en France à l'heure actuelle 15.000 enfants dégénérés, dont 7.000 imbéciles et idiots perfectibles, 7.000 idiots imperfectibles et 1.000 vicieux.

Ne bornant pas son étude à la France, M. Charon a recherché quel est l'état actuel de l'assistance des enfants psychiquement anormaux à l'étranger, en Allemagne, dans la Grande-Bretagne, dans les Etats-Unis d'Amérique, en Italie, en Belgique, en Suisse, dans les pays du Nord, en Russie. En France, on ne compte guère que 2.500 enfants assistés, soit une proportion de 6,5 pour 100.000 habitants, ce qui est une faible proportion.

Puis M. Charon aborde l'examen du traitement médico-pédagogique, sa méthode et son programme, ses résultats. Il insiste sur la nécessité de l'assistance complète des enfants psychiquement anormaux, tant au point de vue médical qu'au point de vue social et humanitaire. Les bases légales de l'assistance des enfants dégénérés ne sont pas nettement fixées, et on discute même encore la forme de la législation à faire intervenir. Les uns protestent contre l'assimilation de l'enfant anormal à l'aliéné ; les autres, au contraire, demandent que la législation sur les aliénés s'étende aux enfants dégénérés. M. Charon est partisan de la seconde solution. En proclamant le principe de l'assistance obligatoire à

©BIUM

toutes les catégories de malades insociables, épileptiques, alcooliques, enfants idiots et crétins que la loi de 1838 avait ignorés, le projet de loi voté par la Chambre en 1907 réalise certainement un progrès considérable dans l'idée. Malheureusement, et c'est ce que critique très vivement M. Charon, les dispositions de détail où apparaissent constamment la crainte de la séquestration arbitraire et la défiance du médecin viendront en travers des mesures d'assistance. Ce projet de loi, suivant l'expression de M. Charon, « présente ce « caractère original de proclamer un grand principe et « d'être surtout un acte de défense contre ceux qui ont « mission de l'appliquer ».

Le rapport se termine par des considérations sur ce que devrait être l'assistance des enfants dégénérés dans les hôpitaux et quartiers d'hôpitaux, dans les hospices et quartiers d'hospices, dans les maisons de réforme, les colonies familiales. Les sociétés de patronage ont également un rôle à jouer.

Comme conclusion pratique de son rapport, M. Charon propose d'émettre les vœux suivants :

A. — Que la législation nouvelle, appelée à remplacer celle de 1838, consacre dans un même acte l'obligation de l'assistance et du traitement aux aliénés de tout âge et de toutes catégories, y compris les enfants dégénérés.

B. — Qu'elle impose à chaque département (celui de la Seine excepté) l'obligation — dans un délai donné — de pourvoir, *sur son territoire*, à l'assistance et au traitement des aliénés de tout âge et de toutes catégories, sauf des aliénés criminels et des enfants dégénérés antisociaux (vicieux), dont l'assistance pourra être assurée sous la forme régionale et par entente interdépartementale.

C. — Que des dispositions impératives stipulent que

©BIUM

tout établissement créé en vue de l'assistance des aliénés devra comprendre trois formations distinctes : l'hôpital pour les aigus et améliorables, l'hospice pour les chroniques et les incurables, la colonie pour les utilisables ; que chacune de ces formations dans les asiles d'aliénés devra comprendre une section spéciale pour les enfants ; que tous les asiles d'aliénés actuellement existants devront — dans un délai donné — être transformés dans le sens de cette spécialisation.

D. — Que des dispositions spéciales affirment, pour l'hôpital ou quartier d'hôpital, le caractère d'établissement de traitement qu'il doit avoir, et pour l'aliéné qui y est conduit, la qualité de malade qui lui appartient. Que dans ce but l'admission à l'hôpital, ou au quartier d'hôpital, de tous les aliénés et enfants dégénérés soit exemptée des formalités administratives, incompatibles avec ce caractère et cette qualité. Qu'en particulier, l'admission à l'hôpital ou au quartier d'hôpital soit libérée de l'idée et du mot d'internement. Que la liberté individuelle et la sécurité publique soient défendues, non par des mesures d'exception préalables, qui sont préjudiciables au malade et susceptibles de favoriser sa séquestration dans la famille, mais par une surveillance spéciale et active dès l'admission à l'hôpital.

E. — Que des dispositions spéciales, dans la forme de celles qui sont inscrites dans le projet de 1907 pour les aliénés criminels, soient stipulées au sujet des conditions du placement dans les maisons de réforme des enfants antisociaux (vicieux et délinquants).

F. — Que M. le Ministre de l'Intérieur veuille bien employer tous les moyens en son pouvoir pour provoquer et favoriser, dans tous les départements, l'organisation de sociétés de patronage pour la protection de tous les malades sortis des asiles et rendus à la vie commune ; cette protection devant être considérée comme

©BIUM

une partie essentielle de l'assistance des aliénés, particulièrement des enfants dégénérés.

Dans la discussion qui a été ouverte, M. Roubinovitch a appelé l'attention sur la loi du 28 juin 1904 et sur son application pratique. Dans l'étude qu'il a faite en collaboration avec le Dr Boncour, il a pu répartir les « pupilles difficiles » de l'Assistance publique en deux grand groupes cliniques :

1° Les subnormaux, qui se subdivisent en : instables, asthéniques, retardés intellectuellement ;

2° Les nettement anormaux qui sont : les arriérés agités, les arriérés déprimés, les névropathes et psychopathes.

Il faut répartir ces anormaux dans chaque établissement selon le type mental qui les caractérise et employer pour chaque subdivision les méthodes médico-pédagogiques convenant le mieux à l'anomalie psychique dominante.

L'auteur de cette chronique a pris la parole et a dit que parmi les enfants psychiquement anormaux les uns deviennent dans leur famille des non valeurs qui viennent plus tard échouer à l'asile d'aliénés ; d'autres sont abandonnés par leur mère et appartiennent au service des enfants assistés ; d'autres se retrouvent parmi les jeunes délinquants acquittés par les tribunaux comme ayant agi sans discernement et sont envoyés dans des maisons de correction. Il y aurait intérêt à ce que tous fussent confiés à l'Assistance publique.

M. Granjux a dit que le placement familial donnait d'excellents résultats dans l'œuvre de préservation des enfants de la tuberculose. On trouve fréquemment chez ces enfants des anormaux par suite de l'alcoolisme des parents, et les meilleurs résultats sont obtenus, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique. M. Granjux a signalé que parfois les enfants anormaux

©BIUM

ne supportent pas le service militaire quand arrive le moment de leur incorporation dans l'armée.

M. Terrien a exposé que la situation des anormaux d'école est peut-être plus lamentable que celle des autres ; ils sont le jouet de leurs camarades. Dans la plupart des villes on ne fait rien à cause du préjugé que l'arriéré n'est pas susceptible d'amélioration, ce qui est une erreur, et il demande la création d'écoles médico-pédagogiques autonomes, où l'enfant apprendra un métier.

M. Régis a exprimé l'avis que les anormaux d'école doivent être séparés des anormaux d'assistance. Les uns comme les autres doivent être surveillés par le médecin à un double point de vue, car les anormaux psychiques sont souvent, en même temps, des anormaux physiques. Beaucoup ont de l'otite, d'autres des défectuosités de la vue ou de divers organes. Il a indiqué ce qui a été fait à Bordeaux, et cette communication a été très applaudie.

M. Richet a indiqué qu'il y avait intérêt à s'occuper des enfants anormaux dès l'âge de deux ans, parce que l'éducation physique doit précéder l'éducation intellectuelle. Il ne faut pas fixer d'âge pour la sortie des enfants de l'école médico-pédagogique, parce que l'âge de perfectibilité varie suivant les sujets.

M. Bourneville a enfin pris la parole pour insister sur le fait que les enfants anormaux sont perfectibles et qu'ils sont susceptibles d'apprendre un métier. Le développement physique est en rapport avec l'amélioration de l'état mental, et il faut compléter l'assistance par des œuvres de patronage.

Après une courte réponse de M. Charon, la discussion a été close.

Un déjeuner avait été prévu dans le parc du château de Fontaine-Française, si le temps le permettait. Mais

©BIUM

l'orage de la veille avait détrempé les allées et on a jugé plus prudent de déjeuner dans l'hôtel du pays.

L'après-midi, visite du château, dont M. de Chabriant faisait les honneurs, et courte séance de communications dans un des salons du château mis à la disposition du Congrès.

MM. Bourneville et Richet ont fait une série de communications : La main idiote, ses caractères, son traitement. — Deux cas d'idiotie microcéphalique familiale ; ressemblance des malades simiens pendant la vie, malformations analogues du cerveau. — Note anatomo-clinique sur les malades morts dans le service de la fondation Vallée en 1907 ; présentation de crânes et de photographies.

M. Roger Dupouy a apporté trois cas de fugues chez des malades observés dans le service de M. Joffroy. Ce mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Garnier et Arnaud.

L'Association amicale a encore tenu une courte séance, dans la salle de la justice de paix, pour régler son programme d'ici sa prochaine assemblée générale au Congrès de Nantes, et l'heure du départ était arrivée. Il était nécessaire de rentrer à Dijon, car, le soir, nous avions la réception offerte par le président du Congrès. Ni le président ni M^me^ Cullerre n'avaient le droit de manquer le train, et les dames qui avaient pris part à l'excursion, et avaient assisté à la discussion du rapport sur les enfants anormaux, tenaient à remettre en ordre leur toilette pour faire honneur à la réception.

Je ne m'étendrai pas sur cette réception qui a eu lieu dans la salle des Etats de Bourgogne et a été charmante.

Le lendemain, vendredi 7 août, le rendez-vous était à la gare du chemin de fer, à huit heures et demie du

©BIUM

matin, pour se rendre à Beaune. Mais notre secrétaire général du Congrès en sa qualité de secrétaire général bourguignon, n'avait pas voulu qu'on passât devant le Clos Vougeot sans s'y arrêter, et on est descendu à Vougeot pour aller visiter le château. Après cette visite on a gagné Beaune, où nouvel arrêt, cette fois pour déjeuner. La commission administrative du vieil Hôtel-Dieu, pour nous faire apprécier toutes les beautés de l'hôpital, nous a offert le fameux vin des hospices, auquel a rendu hommage le bordelais Régis, et l'on s'est enfin rendu dans ce merveilleux hôpital de Beaune, où devait avoir lieu la dernière séance de travail.

Dans cette séance on a voté le vœu suivant, déposé par M. Régis, pour faire suite au mémoire de M. Simon : « Qu'il soit créé et organisé immédiatement, dans toutes les colonies françaises, des établissements d'aliénés, pourvus de médecins spécialisés, destinés à la population indigène et à la population européenne militaire et civile, comme il en existe dans les colonies des pays étrangers;

« Qu'il soit créé et organisé immédiatement, dans les meilleures conditions possibles, des modes de transport pour le rapatriement des aliénés européens. »

M. Pailhas a lu un mémoire sur les œuvres d'art émanant des aliénés. Il croit intéressant de centraliser ces œuvres et de faire l'étude de l'art morbide. Il a émis le vœu qu'il fût créé à Paris, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière ou à Saint-Anne, un musée des productions de l'art morbide.

Une courte discussion s'est élevée entre M. Doutrebente et M. Pailhas, M. Doutrebente soutenant que le vœu était contraire à l'idée de décentralisation, et que le mieux était d'avoir le musée propre à chaque asile.

M. Terrien a déposé le vœu suivant qui a été adopté : « Qu'il fût créé dans chaque chef-lieu de département

©BIUM

une école de perfectionnement. » Ce vœu, avant son adoption avait provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Garnier, Doutrebente et Régis.

Une communication a été faite par M. Garnier sur le diagnostic des impulsions en médecine légale, et la session a été close.

Une dernière excursion avait été organisée, le samedi 8 août, pour aller visiter le château de Bussy-Rabutin, Alise-Sainte-Reine, et les fouilles mettant à jour les ruines de l'antique Alésia. On a terminé la journée par la visite de Flavigny-sur-Ozerain. Je ne puis, dans cette chronique déjà longue, m'étendre sur la partie extra-médicale du Congrès. Ce que je puis dire, c'est qu'on a eu là une jolie journée finale, et qu'on était encore cinquante à table au déjeuner d'Alise-Sainte-Reine. On n'avait pas hésité à se lever tôt pour prendre un train à six heures du matin, et notre président avec Mme et Mlle Cullerre avait donné le bon exemple, ainsi d'ailleurs que le secrétaire général, Mme et Mlle Garnier. Le soir, on se séparait, chacun se donnant rendez-vous, l'année prochaine, à Nantes.

A. Giraud.

©BIUM

Psychologie morbide

—

GUY DE MAUPASSANT

ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par le Dr LUCIEN LAGRIFFE,
Ancien chef de clinique des maladies mentales,
Médecin des asiles publics d'aliénés.

« L'humble vérité. »

Qu'on ne se méprenne pas sur la signification de cet article, où la curiosité impie sera loin de trouver son compte ; je ne l'ai pas écrit pour les curieux, mais pour mes confrères les médecins et les aliénistes.

Maupassant, paralytique général comme tant d'autres hommes de lettres, comme tant d'autres intellectuels, ne diffère en rien de X... et de Y..., paralytiques généraux ; mon intention n'est pas d'expliquer Maupassant par la pathologie ; c'est là, en effet, une tâche impossible et, partant, inutile : je veux simplement essayer d'expliquer la pathologie, fait général, par Maupassant, cas particulier.

Tout en s'efforçant de garder jalousement sa vie, Maupassant n'a pu se dérober à la nécessité, inéluctable pour tout homme de lettres, de nous parler surtout de lui. « La littérature a son ivresse, qui ne fait qu'inter-« préter et amplifier les sensations que l'écrivain a

©BIUM

« subies (1). » Seuls, l'historien et l'homme de science peuvent prétendre : « Le public a droit à nos idées, « à rien d'autre ; le reste de nous-même n'est qu'à « nous (2) » ; pour eux, comme dit Anatole France, « il vaut mieux ne pas paraître dans les affaires que « l'on raconte (3) ». Mais le littérateur, romancier ou conteur, ne peut pas s'effacer, car il ne voit les choses dont il nous donne la traduction qu'à travers son tempérament, et il ne peut nous peindre de l'univers que ce qu'il aperçoit du point de vue particulier de sa conscience.

Aussi, connaissons-nous de Maupassant à peu près tout ce que nous désirons connaître ; malgré tous leurs efforts, ceux qui n'ont voulu parler que du romancier n'ont pu éviter, à leur insu, de nous dévoiler une partie de l'homme. Dans les lettres qu'il a placées en tête d'une édition de Maupassant, qui sera une des œuvres marquantes de la typographie française, M. Louis Conard prévient ses lecteurs qu'il a « supprimé les passages « relatifs à sa vie intime », et en réalité c'est tout le Maupassant intime qui se trouve là, le Maupassant névrosé, neurasthénique, triste, déprimé.....

Toutes les réticences dont on a entouré sa vie ne servent de rien, parce qu'elles sont un excitant de la curiosité, et Dieu sait si ce nouveau siècle est curieux, comme un enfant. Mais la curiosité des tares et des erreurs des hommes illustres est une des rançons du génie. Il y a de par le monde, nous le savons mieux que personne, des histoires qui sont plus navrantes que

(1) Paul Bourget. Préface des *Mémoranda de J. B. d'Aurevilly*. Rouveyre et Bloud. Paris, 1883.

(2) Taine, cité par A. Chevrillon : Taine, Notes et Souvenirs. *Revue de Paris*, 1er mai 1908.

(3) A. France. *Vie de Jeanne d'Arc*. Tome I. Calmann-Lévy. Paris, 1908.

©BIUM

celle de Maupassant, des destinées qui sont plus poignantes encore que la sienne, et qu'en raison de l'obscurité de leurs victimes on ne dit pas. Seuls, ceux qui sont encore trop jeunes pour avoir assez d'expérience, et ceux qui vivant très vieux sont assez blasés, peuvent dire : « La vie, ça n'est jamais si bon ni si mauvais qu'on croit. » Les autres ne sont conduits que par l'expérience, ils traitent la vie comme un phénomène, ils savent qu'un phénomène ne se qualifie pas ; pour ce qui a trait à la folie, on peut sans doute nous ranger parmi ceux-là.

Nous rencontrons le cas Maupassant, et nous nous efforçons d'en tirer profit, parce que nous y trouvons ces preuves écrites qui nous manquent ordinairement dans le cas des pauvres déments que la société nous confie souvent trop tard. Le Maupassant de la maison de santé du Dr Blanche ne diffère pas sensiblement des malades que nous voyons tous les jours ; celui que nous voulons interroger, c'est le Maupassant qui a pris soin de nous documenter lui-même, c'est celui d'avant l'internement ; c'est celui-là dont nous allons tâcher de reconstituer l'histoire.

I. — La maladie de Maupassant.

Guy de Maupassant est né le 5 août 1850, d'un père faible de caractère, instable, vivant en mauvaise intelligence avec sa femme, et dont la médiocrité intellectuelle n'est pas douteuse ; il suffit pour s'en convaincre de lire les quelques lettres de lui que publia M. Lumbroso (1) et de les comparer avec celles de Mme de Maupassant.

(1) Albert Lumbroso. *Souvenirs sur Maupassant*. Bocca. Rome, 1905.

©BIUM

Très supérieure à son mari, Mme de Maupassant était une névropathe. Comme tous les nerveux, elle présenta au cours de son existence des phénomènes morbides bizarres qui déroutaient ses médecins : témoin cette affection dont elle souffrit vers 1876 ou 1877, sur laquelle roule une lettre de Maupassant qui, ayant consulté le professeur Duplay, rencontré chez Suzanne Lagier, parle de la présence possible d'un tænia (1). Plus tard, sans qu'il soit possible de savoir quel a été exactement l'état de santé de Mme de Maupassant pendant tout ce long intervalle, nous voyons apparaître, alors qu'elle atteignait sa soixante et onzième année, que d'ailleurs son fils Guy venait d'être interné, des « paroxysmes de fureur....., des attaques terribles », une tentative de suicide par le laudanum, une tentative de suicide par strangulation. A cette époque, Mme de Maupassant aurait demandé elle-même à être soignée dans une maison de santé (2). Il semble bien que Mme de Maupassant ait eu un caractère un peu difficile, des tendances exclusives, comme tous les exaltés, et si de ce côté le témoignage de M. Gustave de Maupassant, son mari, peut sembler suspect, nous avons aussi celui de sa belle-fille, Mme Hervé de Maupassant. Ajoutons à cela que Mme de Maupassant vivait un peu sans le souci du lendemain : il semble bien que, malgré sa très vive intelligence pour les choses de l'esprit et de l'art, elle ait manqué de toute aptitude à conduire ses affaires.

Après dix-sept ans de mariage, M. et Mme de Maupassant se séparèrent par simple acte de juge de paix ; si les torts matériels furent indubitablement du côté de

(1) *Ibid.*, p. 114.
(2) *Ibid.*, p. 472.

M. de Maupassant, il ne paraît pas que moralement Mme de Maupassant ait pu être sans reproches, et jamais aucun d'eux ne semble avoir eu le désir de reprendre la vie commune.

Hervé, le seul frère de Guy de Maupassant et de six ans plus jeune que lui, fut un raté ; il fit de mauvaises affaires, et mourut à trente-trois ans, paralytique général.

Pendant tout le cours de son enfance et de son adolescence, Guy de Maupassant semble avoir joui d'une bonne santé. Enfant gâté et enfant terrible, on a mis plus tard sur le compte d'une précocité d'observation un certain nombre de petits faits qui semblent uniquement prouver que l'on disait devant lui beaucoup de choses qu'on aurait dû taire, dont, comme tous les enfants, il faisait son profit, et que, comme certains enfants gâtés, il commentait (1).

A treize ans, après avoir été instruit par sa mère, et après avoir passé toutes ses heures de liberté à vagabonder avec les pêcheurs d'Etretat, il fut placé au séminaire d'Yvetot. Brusquement arraché à la vie sans contrainte qu'il avait menée jusqu'alors, il tenta plus d'une fois de s'échapper, et il finit pas être renvoyé pour une pièce de vers irrévérencieuse, par trop légère pour son âge et pour l'époque (2).

Il entre alors comme interne au Lycée de Rouen ; ce n'était encore que changer de prison, mais il eut l'avantage d'avoir désormais près de lui un mentor plus énergique et plus raisonnable que sa mère, le poète Louis Bouilhet ; ce dernier dut lui faire entendre que des études sévères, avec la contrainte qui en est le corollaire, étaient le plus sûr garant de son avenir.

(1) Voir les anecdotes rapportées *in* Lumbroso, *loc. cit.*, p. 301.
(2) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 144.

©BIUM

C'est au Lycée de Rouen que Maupassant termina normalement ses études.

Après la guerre de 1870-71, à laquelle il prit part, Maupassant vint à Paris ; il fut successivement employé au ministère de la Marine, puis attaché au cabinet de M. Bardoux, ministre de l'Instruction publique dans le cabinet Dufaure. Il quitta l'administration en 1880, après le succès de *Boule-de-Suif*.

Déjà, sa vie pathologique a commencé en 1872 ; elle se caractérise à cette époque par de la neurasthénie, des excès sexuels et des excès de boissons.

On a beaucoup parlé aussi d'excès de canotage ; c'est à eux que Maupassant rapportait les phénomènes morbides qu'il ressentit d'une manière continue à la fin de sa vie consciente ; et complaisamment, tous ceux qui ont traité de la maladie de Maupassant ont surenchéri. C'est là une fable. Le mot excès est d'abord très exagéré, car de 1872 à 1880, époque de ces prétendus excès, Maupassant était employé aux ministères de la Marine et de l'Instruction publique, sa présence était là quotidiennement nécessaire, et en admettant même, ce qui n'est pas, qu'il ait canoté tous les jours, ses loisirs étaient très parcimonieusement comptés. Tout le monde sait, par la correspondance de Flaubert, que son jour de canotage était le dimanche, et s'il canota ainsi cinquante-deux fois par an jusqu'à la fatigue, cette fatigue ne pouvait lui être que salutaire ; elle était, ce nous semble, largement compensée par plus de trois cents jours de repos forcé par an (1). Il ne peut donc pas être

(1) Voir sur ce point : Œuvres complètes de Guy de Maupassant. Conard. Paris, 1908. Vol. I : *Boule-de-Suif*. Lettre de G. de M..., p. CXIV. — Louis Thomas, in *la Maladie et la mort de Maupassant* — Herbert, Bruges, 1906, dit que G. de M... allait à son bureau à 10 heures ; c'est là une erreur, puisque Maupassant lui-même écrit qu'il restait au ministère de 9 heures du

©BIUM

question d'*excès*. Il est très possible qu'aux yeux de ses compagnons de plaisir Maupassant ait paru abuser, mais il ne faut pas oublier que durant toute son enfance et surtout jusque vers l'âge de treize ans, il avait passé son temps en mer avec les pêcheurs d'Etretat, qu'au témoignage de tous il était taillé en hercule, au point qu'un lutteur le salua un jour en confrère, et que ce qui pouvait paraître fatigant pour les autres ne l'était pas pour lui.

La fatigue physique engendrée par des mouvements aussi naturels que ceux du rameur, fatigue sans préoccupations morales, est absolument incapable de produire la maladie dont souffrit et mourut Maupassant. Et, quoi qu'en dise le « Dr Sylvius », au témoignage duquel se réfère Lumbroso, aucun aliéniste ne croira jamais que Maupassant soit devenu paralytique général parce qu'il avait trop canoté.

Mais il ne faut pas oublier ce qu'étaient les compléments traditionnels du canotage sur la Seine et sur la Marne. Ceux qui n'en sont point avertis n'ont qu'à feuilleter les satiriques illustrés qui parurent entre 1872 et 1882 et ils n'ont qu'à lire la description de la Grenouillère dans *Yvette*. Les compléments indispensables du canotage étaient la femme, les femmes, et les excès de boissons ; il y avait surtout la femme commune comme *Mouche*, ce qui n'était pas très prudent, et il y en avait d'autres encore dont la société était plus anonyme.

« Maupassant », dit M. A. Brisson, rapportant pour Lumbroso les souvenirs de Mme de Maupassant la mère, « fréquentait d'assez mauvais lieux ; il ne haïssait pas « la société des femmes légères ; sa jeunesse était fort

---

matin à 6 h. 1/2 du soir ; quand il fut attaché au cabinet de M. Bardoux, il venait au bureau même le dimanche. (Voir t. I de l'édition Conard, p. CXVI).

©BIUM

« dissipée. » Malgré soi on songe au *Lit* 29. Et si ce témoignage posthume de M. Brisson semble douteux, nous avons celui de G. Flaubert, qui pourtant n'était pas bégueule : « Toujours les femmes, petit cochon. » (Lettre du 25 octobre 1876). « Trop de putains! » (Lettre du 15 juillet 1878) (1).

Avec les excès vénériens, les excès de boissons.

La première impression qui se dégage pour les gens avertis de la lecture de la nouvelle *Sur l'eau*, publiée en 1881 dans le recueil *la Maison Tellier*, nouvelle dont on trouvera l'analyse plus loin, est que l'auteur a décrit sans s'en douter et décrit comme Maupassant a coutume de le faire, c'est-à-dire très bien, un rêve ou mieux une nuit d'alcoolique. Il est en effet incontestable que Maupassant buvait beaucoup et qu'il fut sinon un alcoolique, du moins un alcoolisé.

Cette alcoolisation doit dater de loin et remonter à son enfance, lorsqu'il passait des journées entières à vagabonder avec les pêcheurs de la côte ; ces pêcheurs, qui étaient des marins et des Normands, n'ont certainement pas pu résister au désir de faire de ce jeune enfant, entreprenant et déjà robuste, un être plus complètement semblable à eux-mêmes ; pour faire de lui un véritable homme de mer, il n'est pas douteux que souvent ils lui passèrent leur flacon d'alcool. A cette époque, plus encore qu'aujourd'hui, le tafia et l'eau-de-vie faisaient partie du chargement primordial d'une barque, et quand il faisait frais, lorsque le temps était brumeux, lorsque la rame pesait, plus lourde, il est certain que Maupassant, à l'exemple des vieux hommes de mer, avait recours, lui aussi, à ce que tous les gens de rude métier considèrent encore comme le seul remède contre

(1) Gustave Flaubert. *Correspondance*, t. IV, p. 246, 301.

©BIUM

le froid, l'humidité et la fatigue. Serait-il devenu l'infatigable marin qu'il voulait être, s'il avait dû reculer devant ça?

Plus tard, tout au moins, il ne reculait pas. M. Roujon, évoquant le souvenir du Maupassant de 1876 dans ses « Souvenirs d'art et de littérature », nous dit qu'il *buvait sec*, et plus tard M. G. Ragusa Moleti, dans son article « Guy de Maupassant a Palermo », dit : « Mau- « passant buvait... perdant un peu la conscience de son « propre moi » (1). Cette réflexion se rapporte, il est vrai, au voyage que fit Maupassant en Sicile (1885), à une époque où il était déjà touché par le mal. Le comte Joseph Primoli, qui le connut de longue date, dit : « Je « ne l'ai jamais vu gris. Pourtant j'ai voyagé avec « lui » (2) ; cette remarque, inutile s'il n'avait pas été un buveur, prouve seulement ceci : qu'il ne se grisait pas.

Enfin, Maupassant fut un neurasthénique, non pas que nous voulions dire par là que les malaises qu'il ressentait n'ont eu aucune base anatomique, mais seulement qu'il s'en exagéra l'importance.

En sa qualité d'enfant gâté, admiré et très tard éloigné de l'ambiance maternelle, aussi en sa qualité d'héréditaire, Maupassant fut porté à l'exagération de soi-même. On l'a lavé de l'accusation d'égoïsme, il fut pourtant égoïste de ce côté-là, comme tous les neurasthéniques, et s'il rechercha tant la solitude, ce fut peut-être pour se mieux observer lui-même et pour mieux jouir de soi.

Sa correspondance avec Flaubert, d'abord assez cérémonieuse, devint vite plus abandonnée, plus intime, et, comme tout bon neurasthénique, Maupassant en

---

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 406.
(2) *Ibid.*, p. 94, note 1.

©BIUM

vient à ajouter, au paragraphe « littérature » qui constitue le fond essentiel de ses relations avec son maître, un paragraphe « santé et maladie ».

« A propos de santé, vous ne m'avez pas l'air bien « malade, décidément. Tant mieux ! N'y pensez plus », lui écrit Flaubert, le 28 août 1876. « Mon cœur va « bien. Ma foi, vivent les homéopathes. Love fait de « mon cœur ce qu'il veut, l'accélère ou le ralentit quand « il lui plait », riposte Maupassant le 17 novembre suivant. Flaubert prévoit-il la pente dangereuse où s'engage son disciple lorsqu'il lui dit, le 15 juillet 1878 : « Tout le reste est vain, à commencer... par votre « santé. » Flaubert ne se fait certainement aucune illusion et nul doute qu'il ne connaisse la ténacité des névrosés. Le 21 août suivant, Maupassant revient à la charge, mais timidement et d'une manière indirecte; à propos de sa mère et de Tourgueneff, il demande : « Tout le monde a donc le cœur détérioré ? » Alors, Flaubert lui conseille de s'adresser à Pouchet, s'il a besoin de quelque chose du côté des médecins, et Maupassant reprend de plus belle : « Je suis un peu souf- « frant, le sang circule mal et les médecins ne peuvent « que répéter leur éternelle phrase : — De l'exercice, « faites de l'exercice. » Aussi, G. Flaubert ne pouvait-il lui adresser, le 2 janvier 1880, un meilleur souhait que : « Avant tout, plus de battements de cœur » (1).

Maupassant ne manqua pas non plus de présenter en même temps l'état mental particulier aux neurasthéniques : dégoût, misanthropie, accablement, plaintes continuelles de la bêtise des autres, du vide et du manque d'intérêt de la vie, tristesse, découragement,

(1) Toutes ces citations sont tirées du tome IV de la correspondance de Flaubert et des lettres de Maupassant, publiées dans le premier volume (*Boule-de-Suif*) de l'édition Conard des Œuvres complètes.

©BIUM

toutes choses qui, sans un fond indéniable de névrose, étonneraient chez un littérateur de moins de trente ans, soutenu, protégé, imprimé, ayant une situation officielle infime, mais sûre, et dont il apprécie si bien la valeur, qu'après le succès de *Boule-de-Suif* en 1880 et malgré les plus belles espérances, il ne quittera l'administration que muni d'un congé régulier et, comme on a dit, sans faire claquer les portes.

Mais à ce moment précis sa santé devient réellement inquiétante : à vingt-neuf ans, entre le 19 février et le 27 mars 1880, Maupassant commence de souffrir d'une maladie des yeux qui appartient à son histoire pathologique positive.

Donc, en mars 1880, Flaubert ne le charge d'une commission que si son œil le lui permet; puis, en présence de toutes les nouvelles contradictoires qu'il reçoit sur la maladie de Guy, il entreprend de le faire examiner par son médecin de Croisset, Fortin, qu'il considère comme très fort.

Cet examen que Flaubert demandait pour lui-même, pour sa satisfaction personnelle, eut lieu à Croisset, le 27 mars; je ne crois pas que Flaubert ait pu en retirer, comme il le désirait, la plus petite satisfaction personnelle, car si l'examen fut long, il dura plus d'une heure, Fortin ne donna pas son opinion au bon Flaubert, qui se rejeta sur cette hypothèse que Maupassant avait la même névrose que sa mère. Maupassant souffrait beaucoup; il fut obligé de se coucher, le soir même de l'examen, dès neuf heures ; dans une de ses dernières lettres, Flaubert demandait à son disciple si son œil le faisait souffrir, il lui disait qu'il attendait de Pouchet des explications sur sa maladie à laquelle il continuait de ne rien comprendre.

Malheureusement, Flaubert, qui aurait été pour nous une source si précieuse, mourut quelques semaines après.

©BIUM

Nous n'avons plus au sujet de cette maladie d'yeux que quelques renseignements épars. Nous savons que vers 1882-83, Maupassant alla consulter l'ophtalmologiste Dr Landolt « pour quelques troubles visuels. Ce « mal en apparence insignifiant (dilatation d'une pu- « pille), me fit prévoir cependant, à cause des troubles « fonctionnels qui l'accompagnaient, la fin lamen- « table »... Pendant les premières années, il était facile « de remédier, par des verres appropriés, à la gêne « visuelle qu'il éprouvait. Mais plus tard elle augmenta « et des troubles plus graves du système nerveux s'y « joignirent.. » (1). En 1884, pendant son voyage en Sicile, il écrit à Mme Lecomte du Nouy que ses yeux ne vont pas du tout (2).

En 1887, il dut pendant quelque temps prendre un secrétaire ; il présentait, nous dit M. de Hérédia, de la cécité subite et temporaire, la lumière l'éblouissait, et dans les derniers temps de sa vie libre, ses yeux étaient comme dépolis (3).

Il s'agit évidemment là d'une affection à marche continue ; les renseignements fournis par le Dr Landolt permettent d'éliminer l'hypothèse de troubles purement nerveux, et la possibilité d'une migraine ophtalmique n'est pas soutenable ; le glaucome, après une aussi longue durée de temps, aurait fini par déterminer fatalement une perte complète et définitive de la vision. Quant à la conjonctivite, elle n'aurait pu s'accompagner de dilatation pupillaire. La seule hypothèse vraisemblable serait celle d'iritis chronique avec exacerbations, c'est la seule que l'on puisse envisager. Or, pour celui qui sait lire entre les lignes, il n'est plus douteux aujour-

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 581.
(2) Edition Conard des Œuvres complètes. T. I, p. CXLVII.
(3) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 205.

©BIUM

d'hui que Guy de Maupassant a été syphilitique; l'existence de cette diathèse permet seule d'expliquer l'apparition d'un iritis survenant ainsi spontanément, à l'âge de trente ans, chez un individu qui ne s'était révélé jusque-là ni comme rhumatisant ni comme scrofuleux (1).

Si Maupassant n'avait pas été syphilitique, on l'aurait dit; Fortin, le médecin de Flaubert, n'aurait pas fait mystère de l'examen approfondi auquel il se livra. Cette syphilis permet d'ailleurs d'expliquer bien des choses. Depuis la mort de Maupassant, la plupart des médecins qui l'approchèrent avant la catastrophe n'ont pas manqué de faire savoir qu'ils avaient fait le diagnostic depuis longtemps. Cela me paraît fort douteux, tout au moins jusqu'en 1891. Il n'est pas vraisemblable qu'un malade que ses médecins considèrent comme leur ami, chez lequel on prévoit depuis 1882-83 l'éclosion d'une affection aussi dangereuse pour les autres et pour soi-même, que la paralysie générale, ait été laissé aussi libre de ses mouvements, aussi seul que l'a été Maupassant pendant neuf ans, de 1882 à 1891; il n'est pas admissible que ces médecins amis, en concédant même qu'ils aient pu considérer que de loin on peut suffisamment observer et surveiller un paralytique général, aient laissé Maupassant passer de longues semaines seul, avec deux matelots, sur un yacht et en pleine mer; que sans avertir son entourage on l'ait laissé s'engager dans des actions juridiques comme celles que nous verrons plus loin à l'occasion du portrait des

(1) M. Louis Thomas, *Loc. cit.*, p. 43, dit : « Dans un entretien « que j'eus avec lui en 1905, M. Lombroso m'a déclaré tenir de « deux médecins, l'un mort, l'autre vivant, l'un Français, l'autre « Suisse, ayant tous deux soigné Maupassant, que celui-ci leur « avait déclaré dans les débuts d'un traitement qu'il avait eu la « syphilis. »

©BIUM

Soirées de Médan, actions au cours desquelles transparaît nettement le délire des grandeurs et l'irritabilité morbide.

Il est probable que les faits de la fin de l'année 1891 ont surpris tout le monde jusques et y compris, quoique à un bien moindre degré, l'entourage médical de Maupassant, et que cette surprise a été le fait de la connaissance et de l'existence d'une syphilis. Il était de notion courante, à cette époque, que les syphilis les plus dangereuses pour le cerveau étaient les syphilis bénignes; or, celle-ci, qui se manifestait d'une manière si intense par des déterminations oculaires, ne pouvait être considérée comme telle; on croyait aussi, en dehors du milieu des spécialistes, que la paralysie générale avait une évolution très rapide. Et voyant Maupassant continuer de produire, ses médecins ne songeaient qu'à sa syphilis et pas du tout à la paralysie générale.

Si les faits se sont passés normalement, la syphilis de Maupassant doit remonter au début de l'année 1879 au plus tard. Mais peut-être est-elle plus ancienne. En août 1877, Maupassant va prendre les eaux de Loëche (1) dans le Valais; le fait est noté dans la correspondance de Flaubert. Mais, chose curieuse, pour un fait aussi peu significatif qu'une saison d'eaux, le nom de Maupassant n'est point indiqué autrement que par trois étoiles; cependant je ne crois pas que l'on puisse faire fond sur cet épisode très ordinaire dans la vie d'un névrosé qui, toute sa vie, fréquenta les villes d'eaux. Il est peu probable que les médecins français envoient beaucoup de malades à Loëche-les-Bains, où se rendent de préférence les arthritiques, les rhumati-

(1) Loëche-les-Bains ou Leukerbad (Valais). Eaux hyperthermales, sulfatées calciques moyennes, azotées et carboniques faibles.

©BIUM

sants, les paralytiques, les névrosés et vraisemblablement fort peu de spécifiques.

Il est difficile, malgré tout ce que nous connaissons ensuite de la vie de Maupassant, de dire le moment précis où il passa de l'état de santé mentale à l'état de maladie.

La folie n'est bien souvent que l'exagération et l'épanouissement des tendances naturelles antérieures surtout chez les individus assez fortement dégénérés ; c'est là ce qui s'est produit pour Maupassant ; il s'achemina peu à peu vers la démence paralytique sans qu'il soit possible de préciser l'époque exacte où sa folie commença. Depuis le moment où, par la correspondance de Flaubert, il appartient à l'histoire, jusqu'à la fin de son existence, Guy de Maupassant se révèle comme un neurasthénique et un déprimé ; le fond de son humeur est triste, il se plaint de tout, de tous, de lui-même et de sa santé. Et, chose curieuse, chez un littérateur qui voulait tant se garder lui-même, dont la préoccupation constante fut de cacher jalousement sa vie au public, son œuvre est pleine de lui-même et il lui a manqué, bien qu'il le cherchât toujours, d'observer avec impassibilité.

Ceux qui, plus tard, après ce qu'on a appelé la catastrophe, s'expliquèrent enfin la présence de contes bizarres comme *le Horla*, surgissant de temps à autre comme une lézarde dans l'œuvre par ailleurs si homogène de Maupassant, n'ont cependant observé là qu'une tendance qui se trouvait plus qu'en germe dans Joseph Prunier, le Maupassant de 1875, qui signait de ce pseudonyme de canotage *la Main d'écorché* (1), son premier conte. Maupassant aima de temps à autre, comme aima toujours son illustre compatriote Jules Barbey d'Aure-

(1) Ce conte a été réédité dans le Ier volume (*Boule-de-Suif*) de l'édition Conard.

©BIUM

villy, à jouer avec le surnaturel, l'extravagant, le fantastique. *La Main d'écorché* n'est qu'un jeu, un thème, la traduction peut-être d'une légende du pays normand. Mais, plus tard, le surnaturel se venge et peut-être pour l'avoir envisagé jadis lorsqu'il était de sang-froid, pour s'être ainsi préparé à le considérer comme étant dans l'ordre des choses possibles, Maupassant ne rectifie plus et il introduit dans ses contes ses propres hallucinations.

Nous avons ainsi les visions de *Sur l'eau* (recueil de *la Maison Tellier*) qui sont proprement des hallucinations d'alcoolique et dont nous parlions plus haut; or, ce conte est publié en 1881 et a peut-être été écrit en 1880 ou même avant.

En 1882 paraît *Fou?* dans le recueil *Mademoiselle Fifi*; c'est la hantise de la folie qui commence, bientôt suivie, en 1883, de la peur de la mort qui ne cessera de harceler Maupassant jusqu'à la fin. Cette peur de la mort se fait jour, en effet, dans le volume *Au Soleil*, écrit au plus tard en 1883 et publié en 1884. « La vie « si courte, si longue, devient parfois insupportable. « Elle se déroule toujours pareille, avec la mort au « bout... Quoi que nous fassions, nous mourrons! Quoi « que nous croyions, quoi que nous pensions, quoi que « nous tentions, nous mourrons... On se sent écrasé sous « le sentiment de l'immortelle misère de tout, de l'im- « puissance humaine et de la monotonie des actions. »

La peur d'être seul, que l'on observe chez Maupassant à la même époque, n'est déjà plus sans fondement anatomique; Paul Bourget, qui fut l'intime compagnon de Maupassant, signalait dès cette époque chez son ami « de cruelles hallucinations » (1). Dans la nouvelle *Lui*,

(1) G. Chatel. Maupassant peint par lui-même. *Revue Bleue*, 11 juillet 1896, p. 47.

©BIUM

publiée en 1884 dans le recueil *les Sœurs Rondoli*, Maupassant raconte qu'il se marie, non pour faire une fin, mais uniquement par peur d'être seul ; il a peur d'être seul, parce qu'il a des hallucinations.

Cette nouvelle a été écrite probablement en 1883. Maupassant est déjà profondément atteint, car il ne rectifie qu'à peine ; son sens critique ne l'avertit plus que ce ne sont pas là choses à publier ; il a beau s'affirmer, comme les peureux qui chantent dans la nuit, il ne peut s'empêcher d'avouer que l'hallucination désormais invisible est là dans sa pensée, derrière lui, derrière tout ce qu'il ouvre ; son affirmation passée est un leurre, Maupassant fait de la littérature avec son mal. Il garde sa peur d'être seul qui est la conséquence morbide de l'hallucination. Il publie en décembre 1884, dans *le Gil Blas* et en 1885, dans le recueil *Toine*, *l'Armoire*.

Ce malaise se confirme au cours de son voyage en Italie et en Sicile au printemps de l'année 1885. M. G. Ragusa Moleti, qui, dans l'*Ora* (1), a épilogué sur le séjour de Guy de Maupassant à Palerme, raconte qu'une de ces femmes « qui, elles aussi, ont peur de rester seules, « même pendant le jour », lui confia comme on confie « une étrangeté incompréhensible », cette peur de l'isolement dont souffrait Maupassant ; le fait lui fut confirmé par Oddone Berlioz et par Pipitone Federico, qui lui écrivit plus tard : « Il aimait les femmes, non par « un besoin de ses sens déjà éteints, mais pour avoir « une compagne pendant la nuit. » M. G. Ragusa Moleti rapporte aussi quelques mystifications étranges auxquelles Lumbroso estime qu'il ne faut accorder aucune importance et qui en ont peut-être plus qu'il ne croit ; parce que si véritablement elles étaient dans ses habitudes quand il était avec des amis, il est véritable-

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 407.

©BIUM

ment étrange de voir qu'il n'en privait pas non plus les étrangers. L'une était de mauvais goût, l'autre était banale, et toutes les deux ne peuvent, à notre avis, indiquer qu'un manque symptomatique de mesure.

« La peur que Maupassant avait de l'inconnu », dit M. Ragusa Moleti, « le faisait souvent se retourner avec « brusquerie, pour voir, alors qu'il n'y avait personne, « qui était auprès de lui. »

Après son séjour en Italie et en Sicile, Maupassant alla faire une saison à Châtel-Guyon, où il se fit laver l'estomac et d'où il rapporta les premières impressions qui devaient servir de cadre à *Mont-Oriol*.

Les critiques ont été unanimes à déclarer que *Mont-Oriol* inaugura la deuxième manière de Maupassant ; ce roman, composé au cours des années 1885-86, parut dans les premiers jours de 1887. La bibliographie raisonnée des œuvres de Maupassant est encore à faire, mais elle a été commencée par l'éditeur Conard et nous la connaîtrons entièrement le jour où l'édition des œuvres complètes sera achevée. On pourra alors établir un graphique exact de la production annuelle de ce littérateur et obtenir ainsi des renseignements assez précis sur les rapports qui peuvent exister entre l'activité intellectuelle et la maladie de Maupassant. On peut cependant constituer une courbe provisoire de cette production en éliminant les œuvres posthumes et en tenant compte de ce fait que les volumes édités contenaient généralement le travail de l'année précédente.

On voit qu'une telle courbe qui débute par deux volumes en 1880 (ces deux premières œuvres résument d'ailleurs le travail de cinq années) se continue par un volume en 1881, un volume en 1882, puis monte vite à deux volumes en 1883, quatre volumes en 1884, cinq volumes en 1885 : c'est là le fastigium ; le littérateur arrivé, jeune encore, très jeune même pour un auteur

©BIUM

déjà illustre (il a trente-cinq ans), qui normalement ne devrait pas encore être fatigué, voit diminuer ensuite sa production; deux volumes en 1886, deux volumes en 1887, puis, par quelques oscillations, trois volumes en 1888, deux volumes en 1889, trois volumes en 1890, puis plus rien. Je n'ai pas l'intention de doser ainsi la capacité intellectuelle d'un homme de lettres ; ce serait là un procédé absurde, un cerveau ne pouvant forcément avoir le débit régulier d'une maison de commerce.

Mais pour le cas particulier de Maupassant, cette estimation grossière peut avoir sa valeur relative, car Maupassant rechercha justement cette production régulière, il fut un laborieux et son labeur était nécessité par de gros besoins d'argent ; il devait des articles à échéances aux journaux et cherchait à gagner largement sa vie.

Or, on peut voir qu'après son fastigium de production Maupassant aborde sa deuxième manière. Cette observation n'est pas sans valeur, car au moment où sa production diminue, son ton émotionnel change et ce changement ne s'opère pas tout d'un coup. Au début, il y a comme une sorte de reprise et, bientôt vaincu, Maupassant s'abandonne à son nouveau penchant. Le meilleur exemple de cette transition est *Yvette*, publié en 1885. V. Havard, qui fut un éditeur perspicace, ne s'y trompa pas lorsqu'il écrivait à Maupassant le 10 décembre 1886 à propos de *Mont-Oriol*, alors sous presse : « Vous donnez là... une nouvelle note que j'avais « devinée en vous depuis longtemps. J'avais pressenti « ces accents de tendresse et d'émotion suprêmes « dans... *Yvette* et ailleurs (1). »

Il semble dans *Yvette* que l'impassibilité hautaine dans laquelle aimait jusque-là à se draper le romancier

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 417.

©BIUM

va cesser ; un moment la femme se venge, il semble bien qu'elle va pouvoir se sauver, s'évader ; Maupassant paraît vouloir sauver son héroïne, assurément il y songe et puis non, il se reprend à temps, mais il suffit que nous sentions qu'il a hésité ; ceci nous prouve qu'il est touché, nous avons le sentiment intime que la prochaine fois il cédera. Pour la première fois un de ses héros a mouillé les yeux de Maupassant.

Ce changement assez brusque de caractère, cette sensiblerie sont dans les allures de la paralysie générale ; ce sont là des modifications auxquelles Maupassant n'échappe pas, en même temps qu'il se garde moins et qu'il tâte du monde, du monde pour lequel il n'était pas fait.

« Il fléchit sous le fardeau », nous dit M. Roujon, « des malaises lui vinrent, d'invincibles insomnies, « d'incessantes douleurs à la tête. La mélancolie l'en- « vahit. Ayant de la maladie une peur maladive, il « nous fit sur sa santé des confidences sinistres... sa « figure s'allongea ; ses yeux, jadis humides et rieurs, « devinrent vitreux (1). »

La sensiblerie exagérée de Maupassant devint ouvertement manifeste et non plus seulement dans ses écrits, au cours d'un rapide voyage qu'il fit en Angleterre au mois d'août 1886 : là un incident comique créé par un cocher ivre, qui servit de cicerone à Maupassant et à ses compagnons, « lui irrita les nerfs », au point de faire penser que le reste de la journée « finirait en convulsions ». « Finalement, moitié riant, moitié suffo- « quant, M. de Maupassant entra dans un tel état, « que je craignis », dit l'auteur de la relation, « d'être « arrêtés comme fous... » (2). Il paraît d'ailleurs

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 321.
(2) *Ibid.*, p. 596.

©BIUM

n'avoir vu qu'Oxford et un peu Londres, et il quitta subitement l'Angleterre, chassé par le froid. C'est ainsi que, toujours grelottant, Maupassant apparaîtra à ses amis jusqu'à la fin... Il écrit alors *Mont-Oriol*, qui paraît en janvier 1887 et qui appartient nettement à ce qui sera désormais sa deuxième manière. La critique de l'époque ne fit débuter cette deuxième manière qu'avec *Fort comme la mort*, en 1889 (Hugues le Roux, *le Temps* du 15 juin 1889); mais Victor Havard ne s'était pas trompé. « Un jour vint pourtant », dit M. Pol Neveux, « où cette impassibilité maîtresse per-« dit sa raideur... au contact de la vie et de la souf-« france. Et l'œuvre du romancier... va s'attiédir d'une « tendresse qui point pour la première fois dans *Mont-« Oriol*... (1). »

Ceci n'est pas, comme on l'a dit, parce que « le jon-« gleur a été accueilli dans les châteaux », mais parce que le jongleur est malade et que son point de vue particulier est une conscience désormais malade ; il ne cherche pas à s'adapter, il cherche seulement un milieu où se plaindre.

L'année suivante, en 1887, paraît *le Horla*, qui est la peinture la plus poignante d'un cerveau que pénètre la folie et qui lutte, mais qui ne doute plus ; l'hallucination résiste à tout, *le Horla* n'est pas mort, il est passé au travers des portes les mieux fermées, il a résisté à l'incendie : « Alors... alors... il va donc falloir que je « me tue, moi !... » *Le Horla*, qui, comme nous le verrons dans la troisième partie de ce travail, est plein d'idées délirantes qui vont de la fausse interprétation aux idées de négation et d'énormité, étonna les lecteurs de Maupassant ; il leur parut étrange, sans signification et

(1) Pol Neveux. *Guy de Maupassant*, étude. T. I de l'édition Conard, p. LXVIII.

©BIUM

sans portée, mais aujourd'hui il nous apparaît comme le plus beau et le plus navrant cri de désespoir qui jamais ait été jeté par une intelligence demeurée géniale malgré la maladie.

Au milieu de ces perpétuelles angoisses causées par les hallucinations toujours menaçantes, par les crises de panophobie, par l'état de la vue devenu de plus en plus mauvais, par les chagrins qu'occasionnait la folie commençante de son frère Hervé, par l'état chancelant de la santé de sa mère, Maupassant devient irritable, Maupassant devient processif. Certes, les procès de Maupassant que nous allons voir se succéder de 1888 à 1891 ont tous une cause raisonnable ; mais la pathologie y trouve son compte à cause des à-côté où il imprime la marque de son esprit blessé.

En janvier 1888, Maupassant publiait dans le supplément littéraire du *Figaro* une étude sur le Roman qui devait servir de préface à *Pierre et Jean*. A cette étude le directeur du *Figaro* avait cru devoir faire subir des coupures ; le procédé irrita Maupassant, qui intenta un procès au *Figaro*. Et l'on voit se manifester au cours des préliminaires d'une action qui ne fut finalement pas poussée jusqu'au bout toutes les déformations que la maladie de Maupassant faisait subir aux choses. Les hommes de loi qui prirent ses intérêts en mains s'en aperçurent. Me Strauss paraît douter que cette préface ait été demandée à Maupassant « par tant de revues ! » et trouve exagérée une demande en 5.000 fr. de dommages-intérêts. Puis, après tant de démarches, de plaintes, de menaces, de craintes pour sa considération littéraire, Maupassant fit supprimer la cause, se contentant d'une note de cinq ou six lignes dans le *Figaro* (1).

(1) Voir à ce sujet les lettres publiées par Lumbroso. *Loc. cit.*, à partir de la p. 421.

©BIUM

En 1889, Maupassant va faire une saison dans les Vosges ; il y souffre de douleurs rhumatismales, mais son estomac allait bien mieux au bout de quatre jours ; ses jambes étaient redevenues élastiques bien qu'il souffrît de crampes dans les mains et dans les épaules. Mais, hélas ! sa vie est un perpétuel recommencement : à peine revenu à Etretat, le voici repris de migraines, de faiblesse et d'impatience nerveuse. « Le travail », dit-il à sa mère, « m'est absolument impossible. Dès que j'ai « écrit dix lignes, je ne sais plus du tout ce que je fais, « ma pensée fuit comme l'eau d'une écumoire (1). » La peur de la mort dont nous avons un écho dans le *Journal des Goncourt*, s'exaspère (2).

A partir de 1890, la débâcle est complète ; son irritabilité devient extrême : Edmond de Goncourt note le 10 janvier, dans son journal, que Maupassant, qui vient de louer un appartement avenue Victor-Hugo, cherche une chambre pour dormir « à cause du passage « devant chez lui des omnibus et des camions » (3).

A-t-il trouvé cette chambre ? C'est alors le travail nocturne d'un boulanger établi dans le deuxième sous-sol de la maison qui lui donne des insomnies terribles. Une surveillance incessante est exercée sur son logis, le boulanger est allié au propriétaire : idées de persécution, idées d'énormité : « Il m'est impossible de dormir et *même* de travailler dans le tumulte de cette maison. » Nouvelle menace de procès, lettres violentes, consultation d'un architecte expert, qui avoue qu'il n'y a rien à faire, etc., etc. (4). Il souffre d'une influenza inguérissable et de névralgies affreuses, il lui faut une chaleur tropicale (5).

(1) Lettre publiée *in* Edition Conard. T. I, p. CLXIII.
(2) *Journal des Goncourt*. Fasquelle. Paris, t. VIII., p. 57.
(3) *Ibid.*, p. 122.
(4) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 439.
(5) *Ibid.*, p. 249.

©BIUM

L'affaire de l'avenue Victor-Hugo est à peine arrangée que survient l'affaire du portrait des *Soirées de Médan*. Charpentier, l'éditeur, vieil ami de Flaubert, protecteur des débuts de Maupassant, publie en mai 1890 une nouvelle édition des *Soirées de Médan*, précédée des portraits à l'eau-forte des conteurs, dont certains, comme particulièrement Maupassant, ne furent pas prévenus. Charpentier eut certainement ses raisons de croire qu'il lui était permis d'agir ainsi ; nous ne connaissons que les raisons de Maupassant. Il fut extrêmement violent et intransigeant pour un vieil ami du bon Flaubert ; il alla faire une sortie rue de Grenelle et menaça l'éditeur de s'adresser à la justice. « Vous n'ignorez point », écrit-il à Charpentier, « que, « depuis longtemps déjà, je me refuse absolument à « laisser exécuter, exposer ou vendre aucun portrait... « de moi... J'ai refusé cette autorisation à M. N... « pour *le Monde illustré*. Je l'ai refusée de plus à « dix journaux, à *l'Illustration*, etc. » Les exceptions disait-il, n'avaient eu lieu que par surprise. Or, c'était bien là aussi une surprise puisque, lorsque Maupassant eut connaissance du portrait, l'édition venait de paraître ; et il exigeait une reprise des volumes chez tous les dépositaires et la suppression de l'eau-forte.

Pourtant aussi, fait remarquer M. Edouard Maynial, l'édition Havard *Des vers* (1884) contenait son portrait à l'eau-forte par Le Rat (1) et, le 9 février 1888, c'est-à-dire tout récemment et non autrefois, un mauvais portrait de Maupassant, ou plutôt une mauvaise reproduction d'un de ses portraits, avait été diffusée par une revue à bon marché, *la Vie Populaire*, qui publiait à

(1) Voir sur toute cette affaire Lumbroso, *loc. cit.*, p. 43 et Edouard Maynial, *la Vie et l'Œuvre de Guy de Maupassant*. Société du Mercure de France. Paris, 1906, p. 159.

©BIUM

ce moment on allait publier *Pierre et Jean*. Maupassant imposait des conditions draconiennes à Charpentier, son vieil ami de vingt ans, publiant une œuvre d'art alors que deux ans auparavant il n'avait fait aucune objection lors de la vulgarisation de son image par le journal de Paul Piégu.

L'exaspération de Maupassant au cours de ces divers litiges que nous signalons à partir de l'année 1888 est telle qu'il en perd presque ce que Leonardo da Vinci appelle la seigneurie de soi-même. Les lettres qu'il écrit dans ces circonstances prouvent que le pouvoir de contrôle est annihilé. Ces lettres présentent les caractères qu'offrent les lettres de paralytiques généraux au début : élaboration difficile, répétitions, surcharges, ratures, phrases mal construites, entorses à la syntaxe, fautes d'orthographe, obscurcissement de l'expression. On ne peut vraiment pas dire qu'il fasse là de la littérature.

La surexcitation de Maupassant se traduit par des déplacements plus nombreux que jamais, son état physique est de plus en plus mauvais. Edmond de Goncourt, qui le voit à l'inauguration du buste de Flaubert, note dans son journal à la date du 23 novembre 1890 : « Je suis frappé, ce matin, de la mauvaise mine de « Maupassant, du décharnement de sa figure, de son « teint briqueté, du caractère *marqué*, ainsi qu'on dit au « théâtre, qu'a pris sa personne, et même de la fixité « maladive de son regard... » (1), et Pol Neveux, le même jour, vit un Maupassant maigri, grelottant, à la face diminuée, qu'il hésitait à reconnaître (2).

Quelques mois après, en 1891, c'était la catastrophe, inévitable, fatale. Maupassant écrit à sa mère dans le

(1) *Journal des Goncourt*, t. VIII, p. 180.
(2) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 218.

©BIUM

courant du mois de mars qu'il a eu l'influenza et que cette maladie l'a fait beaucoup souffrir. C'est vraisemblablement à cette époque qu'il faut placer une autre lettre de Maupassant dans laquelle il rapporte une conversation qu'il eut avec le Dr Magitot, spécialiste des maladies de la bouche et des dents, membre de l'Académie de médecine. Cette conversation a pour le sujet qui nous occupe une importance très grande, parce qu'elle est le seul exemple que nous connaissions d'un conseil véritablement sage et perspicace donné au malade. Il est intéressant de citer le passage tout entier : « Puisque j'ai la chance de vous rencontrer, ce « que je désire depuis longtemps, je vais vous donner « des conseils de sage, car vous avez mené une vie de « travail qui aurait tué dix hommes ordinaires. Il y a « longtemps que je le pense et que je voulais vous « prévenir. Vous avez publié 27 volumes en dix ans, « ce labeur fou a mangé votre corps. Le corps se venge « aujourd'hui et vous immobilise dans votre activité « cérébrale. Il vous faut un très long repos et complet, « monsieur. Je vous parle comme je ferais à mon fils. « Ce que vous m'avez raconté de vos projets ne me dit « rien de bon. Que comptez-vous faire? Il faut d'abord « quitter Paris. Ne retournez pas à Nice, c'est une « ville énervante comme aucune autre ; en été, le port « est un enfer, le mont Boron également. »

« J'ai parlé de mon bateau. Il m'a dit :

« Je le connais. Je le trouve très joli. C'est un « charmant joujou, pour un garçon bien portant qui se « promène en promenant des amis, mais ce n'est pas « une habitation de repos pour un homme fatigué de « corps et d'esprit comme vous.

« Par les beaux jours, c'est l'immobilité sous le « soleil éclatant sur un pont brûlant, à côté d'une voile « éblouissante. Par les autres jours, c'est une inhabi-

©BIUM

« table demeure sous la pluie, dans les petits ports.
« Il serait deux ou trois fois plus grand et confor-
« table comme un logis, je vous dirais allez-y. Ou bien,
« vous seriez dans un pays presque sans maisons, au
« bord de la mer et boisé, et seul, je vous dirais :
« Servez-vous tous les jours de ce bateau, mais ne
« vivez pas dessus sans autre domicile. Je vous vou-
« drais *très isolé*, dans un pays *très sain*, ne pensant à
« rien, ne faisant rien, et surtout ne prenant aucun
« médicament d'aucune sorte. Rien que de l'eau
« froide (1). »

Et Maupassant n'en fit rien. Il ne donna satisfaction à Magitot que sur un point : l'eau froide. Cependant, pour être bien sûr sans doute qu'elle fût bien froide, il s'adressa aux eaux glacées de Champel et de Divonne. Il avait consulté vers cette même époque le professeur Déjerine, qui lui avait dit, mais c'est Maupassant qui parle, qu'il était neurasthénique, que sa constitution physique, excellente, le mènerait très loin et que l'hygiène, les douches, un climat calmant et chaud en été, de longs repos bien profonds, bien solitaires lui redonneraient la santé. La lettre dans laquelle Maupassant résume ainsi la consultation de Déjerine et dont le baron Lumbroso nous a donné un fac-similé est curieuse (2).

Elle n'a plus l'allure régulière des écrits antérieurs de Maupassant : l'écriture est un peu tremblée, la plume accroche par moments, il y a des hésitations, des ratures, des fautes d'orthographe, les lettres sont mal formées, on sent l'effort physique et intellectuel d'un homme qui n'est plus maître de lui ; à la fin de la lettre, la fatigue est notable. On trouve là aussi

(1) Edition Conard, t. I, p. CLXX.
(2) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 40.

©BIUM

quelques idées de grandeur à propos de sa pièce *Musotte*, que l'étranger et la province s'arrachaient. « Des pièces », disait-il à Jacques Normand, son collaborateur pour *Musotte*, « mais j'en ferai tant « que je voudrai... Songez donc qu'en outre de mes « romans... j'ai publié plus de deux cents nouvelles « qui toutes, ou presques toutes, offrent un sujet dra- « matique (1). » Et à V. Koning, directeur du Gymnase : « Vous avez un succès avec la moindre de mes nou- « velles. Or, j'ai écrit 120 nouvelles au moins qui « valent celle-ci ; c'est donc 120 succès qui vous « échappent, c'est-à-dire une fortune, des années de « fortune qui s'en vont. Tant pis pour vous (2). »

Au mois de juin 1891, Maupassant se rend donc à Divonne-les-Bains, qu'il quitte au bout de trois jours, raconte M. Dorchain, après avoir écrit à sa mère une lettre que M. Lumbroso croit être la dernière et dont il nous donne dans son livre un fac-similé (3). Cette lettre est plus révélatrice encore que celle du 14 mars ; elle est datée du 27 juin 1891 : elle débute ainsi : « *Quelques « mots seulement, ma bien chère mère, mais je ne vais « pas loin et j'y reviendrai...* », ce qui n'a aucun sens et que, se relisant, Maupassant fit précéder de ces quelques mots : « *Je veux te dire que je quitte Divonne « en quelques...* » Cette lettre se présente mal, elle est remplie de ratures, de lettres empâtées, surtout à la première et à la quatrième page ; l'appareil de trans- mission se met difficilement en marche, puis, après un certain travail, se fatigue ; la troisième page est en effet de beaucoup la mieux écrite. Cependant, dans cette troisième page, quelques mots ont été sautés : Maupas-

(1) Ed. Maynial. *Loc. cit.*, p. 149.
(2) *Ibid.*, p. 291.
(3) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 44.

©BIUM

sant avait écrit : « *Un mot très sage* », il corrige et écrit : « *Il a répondu un m un mot très sage...* » Au début de sa lettre d'ailleurs, au lieu de « *reviendrai* », il écrit d'abord « *revierai* », puis « *revienai* », et enfin il efface son essai maladroit pour écrire correctement « *reviendrai* ». Dans « *j'y* » Maupassant n'arrive pas à placer correctement son apostrophe, qui est entourée de points traduisant l'achoppement de sa plume ; il met d'abord *touches* pour *douches*, *lide* pour *lire* ; voulant écrire *Dorchain*, il écrit d'abord *Darchin*, puis enfin *Darchain*, qu'il n'arrive donc pas à orthographier correctement ; nous remarquons encore « *vous ête guéri* », *idéee* pour *idée*, etc. Les lettres sont mal formées, mal fermées, l'écriture est tremblée, hésitante, roide, anguleuse, parfois ataxique. La fin de la lettre est d'une écriture enfantine. Et le pauvre Maupassant se croit obligé de faire remarquer que la lettre est écrite « *d'une* « *main beaucoup plus sûre* ».

Des idées de grandeur ou plutôt d'exagération se font jour dans cette lettre où Maupassant écrit : « *Les douches m'ont extraordinairement engraissé et* « *musclé* » ; car, pour rassurer sa mère comme il se le propose, il était inutile de mettre « extraordinairement ».

Le temps pluvieux et froid, disait-il, et une lettre de Taine l'incitaient à quitter Divonne et à se rendre à Champel ; là, il rencontra Auguste Dorchain, à qui il fit un tout autre récit : il avait été chassé « par une « inondation, qui avait envahi sa chambre, et par l'en- « têtement du médecin qui avait refusé de lui adminis- « trer la douche la plus dure, la plus froide, celle qu'on « n'administre qu'aux forts, la douche de « Charcot ! »

Son excitation était extrême : montrant à Dorchain son parapluie, il lui disait : « Voyez ce parapluie, il ne « se trouve qu'à un seul endroit, par moi découvert, et « j'en ai déjà fait acheter plus de trois cents pareils

©BIUM

« dans l'entourage de la princesse Mathilde. » Avec sa canne, il s'était défendu un jour contre trois souteneurs par devant et trois chiens enragés par derrière ; ses forces étaient revenues, il avait accompli un exploit amoureux avec une belle Genevoise. Et Maupassant racontait tout cela à M. Auguste Dorchain qu'il ne connaissait pour ainsi dire pas ; il fit mieux, il lui raconta *l'Angelus*, son roman jamais achevé ; depuis un an, il n'avait pu écrire une seule ligne et il déclarait vouloir se tuer si dans trois mois son roman n'était pas achevé. « Et Maupassant pleurait en finissant son « récit... (1). » Il déclara ensuite qu'il était matérialiste, qu'il ne croyait à rien, et c'était pourtant l'époque où, ainsi que le raconte Bourget, il avait fait de *l'Imitation de Jésus-Christ* son livre de chevet. Il était alors étroitement surveillé par le Dr Cazalis et, « au bout de trois « jours », nous dit Dorchain, « n'ayant pu obtenir « la douche de « Charcot », il partit ». Il prétendait se donner des symphonies d'odeurs avec des flacons de parfum.

Nous n'avons pas d'autres renseignements sur ce qu'il advint de lui pendant le mois suivant. Edmond de Goncourt note le 9 décembre dans son journal : « Popelin, prévenu qu'il y avait un commencement de « bégayement chez Maupassant, ne remarquait pas, « cet été, ce bégayement chez le romancier à Saint-« Gratien, mais était frappé du grossissement invrai-« semblable de ses récits. En effet, Maupassant parlait « d'une visite faite par lui à l'amiral Duperré, sur « l'escadre de la Méditerranée, et d'un nombre de « coups de canon à la mélinite tirés en son honneur et « pour son plaisir, coups de canon allant à des

(1) Sur le séjour de Maupassant à Champel, voir Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 51.

©BIUM

« centaines de mille francs, si bien que Popelin ne « pouvait s'empêcher de lui faire remarquer l'énormité « de la somme. L'extraordinaire de ce récit, c'est que « Duperré, à quelque temps de là, disait à Popelin « qu'il n'avait pas vu Maupassant (1). »

Ces idées de grandeur se traduisaient d'une façon plus permanente encore par l'impression de ses armes au fond de son chapeau, armes surmontées d'une couronne de marquis (2). Marquis, tout le monde le croyait : « tous ces marquis de Maupassant », dit Mme Lecomte du Nouy, et il y a là une erreur qu'il importe de dissiper. D'abord M. de Maupassant le père vivait encore et puis il n'était pas marquis ; un Maupassant reçut ce titre, mais ce titre était à brevet et le brevet ne conférait pas l'hérédité du titre. Une couronne existait bien sur les armes des Maupassant, mais elle n'y figurait que parce que les descendants du marquis avaient oublié de l'enlever.

Maupassant ne pouvait guère laisser passer cette année 1891 sans avoir un procès ; il en eut un en effet, il en eut même deux.

Au mois d'octobre, c'est l'affaire contre son éditeur, V. Havard ; il faudrait d'ailleurs dire les affaires, car il y en eut plusieurs. Mais nous n'en connaissons qu'une, celle de *la Maison Tellier*, dont Havard aurait laissé l'édition épuisée pendant trois mois ; Maupassant obligea son éditeur à faire dans les vingt-quatre heures un tirage de 500 exemplaires, et Havard s'exécuta (3).

Le mois suivant, c'était l'affaire contre un éditeur d'Amérique qui avait fait fabriquer avec un de ses contes, et sous son nom, un roman. Maupassant, toujours

(1) *Journal des Goncourt*. T. VIII, p. 288.
(2) Souvenirs de M. Ch. Lapierre, *in* Lumbroso, *Loc. cit.*, p. 619.
(3) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 451.

©BIUM

très près de ses intérêts, même et surtout à cette époque, recula devant les frais qu'aurait entraînés une action devant la juridiction américaine ; mais il écrivit à ce moment des lettres sans mesure, violentes, brutales, pleines de fautes, d'erreurs, de contentement de soi et d'orgueil (1).

Véritablement, Maupassant n'y était plus du tout ; il n'était plus maître de lui ; la défense de ses intérêts lui faisait perdre toute mesure. Peut-être n'était-ce là qu'une révolte contre l'impuissance qui le désespérait. « Adieu, pas au revoir, adieu », disait-il à de Hérédia, « ma résolution est prise. Je ne traînerai pas. Je ne « veux pas me survivre. Je suis entré dans la vie lit- « téraire comme un météore ; j'en sortirai par un coup « de foudre ! » (2). Il accusait de l'amnésie, de l'impossibilité de trouver ses mots, du dédoublement de la personnalité...

Le 9 décembre, Edmond de Goncourt écrit dans son journal : « Maupassant serait attaqué de la folie des « grandeurs, il croirait qu'il a été nommé comte et « exigerait qu'on l'appelât : « Monsieur le comte (3). »

L'entourage était très inquiet ; Mme Lecomte du Nouy raconte que dans les premiers jours de décembre, à Cannes, Maupassant, installé tranquillement un soir à sa fenêtre, tirait des coups de revolver dans la nuit, croyant avoir entendu quelqu'un escalader le mur du jardin (4).

Dans tout le cours de ce mois de décembre, à son peu de cohérence se mêlent comme des pressentiments. A son avoué, Me Jacob, il écrit : « Je suis tellement malade

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 452.
(2) Cité par Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 206.
(3) *Journal des Goncourt*, t. VIII, p. 287.
(4) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 67.

« que j'ai bien peur d'être à la mort dans quelques « jours par suite d'un traitement qu'on m'a fait suivre... » Puis, quelques jours après, il lui envoie son testament auquel il ajoute ensuite un codicille ; il déclare qu'il est de mal en pis, qu'il ne peut rien manger, que sa tête est affolée, qu'il ne peut rester à Cannes ; « je suis « mourant. Je crois que je serai mort dans deux « jours... C'est un adieu que je vous envoie » (1).

Il paraît que ce testament écrit ou du moins revu et corrigé un mois à peine avant l'internement de Guy de Maupassant, alors qu'il n'était plus *sui compos*, ait contenu diverses clauses contradictoires dont l'interprétation fut soumise au tribunal. Il semble avoir déshérité son père, vis-à-vis duquel il avait jusque-là toujours fait preuve de bons sentiments, et sa belle-sœur, tout en l'excusant, croit pouvoir se plaindre de la façon dont il la traitait (2). Maupassant s'était d'ailleurs fait illusion sur sa fortune.

L'état de confusion mentale dans lequel il se trouvait à ce moment-là augmentait le trouble de son affectivité. Malgré une promesse formelle, il abandonnait sa mère le jour de Noël pour aller réveillonner aux îles Sainte-Marguerite avec deux amies ; il se passa sans nul doute, au cours de cette fête intime, un quelque chose, acte délirant, menaces, violences (?), qui épouvanta ces deux femmes. Le lendemain, les deux amies s'enfuirent.

Enfin, le premier jour de l'année 1892, malgré une nouvelle promesse, ce n'est que sur les instances de son valet de chambre qu'il se décida à aller voir sa mère ;

(1) Voir le texte complet de ces lettres, *in* Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 454, 460.

(2) Voir les lettres de M^me^ Hervé de Maupassant, *in* Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 486, 488.

©BIUM

ce fut là sa dernière visite. Quelle diminution des sentiments affectifs de Maupassant, qui autrefois, abandonnait tout pour elle !

Cependant, les yeux pleins de larmes, il l'embrassa avec une « effusion extraordinaire », et pendant toute la journée Mme de Maupassant ne remarqua rien autre chose qu'une certaine exaltation ; mais le soir, au cours du dîner, « il tint des propos réellement délirants ; « il raconta qu'il avait été prévenu par une pilule qu'il « avait prise d'un événement qui l'intéressait. Devant « l'étonnement de l'auditoire, il se ressaisit ; à partir de « ce moment, il fut triste et le dîner s'acheva... »

Rien ne put l'empêcher de rentrer à Cannes (1). D'après Mme Lecomte du Nouy, au contraire, on ne se serait pas inquiété du tout de l'état de Maupassant. Rentré chez lui, Maupassant, renvoyant son domestique, se coucha, puis, dans la nuit, après avoir cherché à se suicider avec son revolver, des cartouches duquel on avait, par prudence, depuis la scène racontée plus haut, enlevé les balles, il tenta de se couper le cou avec son coupe-papier ; il ne réussit qu'à se blesser le visage, et poussa « de terribles hurlements de douleur (2). »

Peu de jours après, Maupassant était conduit dans la maison de santé du Dr Blanche, à Passy. Mme Lecomte du Nouy, qui s'illusionne un peu, je crois, met ces deux tentatives de suicide sur le compte d'une heure « d'absolue lucidité ». Cette explication est inutile ; Maupassant était entré depuis quelque temps déjà dans la démence et ses deux tentatives appartiennent à sa maladie : il se tire plusieurs coups de revolver avant que de s'apercevoir qu'il n'y a pas de balles ; et encore s'en aperçut-il ? Il cherche à se couper

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 76, 118.
(2) *Ibid.* Récit de Mme Lecomte du Nouy, p. 68.

©BIUM

le cou avec un coupe-papier, se manque, et, au lieu de recommencer, pousse des hurlements comme un dément classique.

L'histoire de Maupassant à la maison de santé du Dr Blanche est banale. « Il passait des heures entières « dans le jardin, regardant les fleurs et les plantes... « Tous les phénomènes de la végétation l'attiraient « spécialement ; il voyait une vie obscure dans ces « fleurs et dans ces plantes et il exprimait cette vision « avec des phrases puériles d'une tristesse infinie.

« Le médecin qui le soignait a recueilli beaucoup de « ces phrases sur un petit carnet que j'ai eu la bonne « fortune de voir chez le comte Joseph Primoli. Le « plus souvent, il était préoccupé de la profondeur de « la terre et du préjudice que les ingénieurs lui por- « taient. Cette idée se répète souvent, comme une « ritournelle, dans ces notes brèves : voilà les ingé- « nieurs, les ingénieurs qui fouillent la terre, les « ingénieurs qui creusent...

« Les dernières paroles sont comme une con- « fession et comme un vœu : « Des ténèbres ! oh ! des « ténèbres (1) ! »

On raconte aussi que, de raisins qui lui étaient envoyés par Mme Lecomte du Nouy, il disait qu'ils étaient en cuivre, qu'il plantait des branches en terre et s'écriait : « Plantons cela ici ; nous y retrouverons l'an prochain des petits Maupassant. » Il croyait être salé, être plein de pierreries qu'il avait peur de perdre en allant à la selle, se disait persécuté par les médecins qui l'attendaient dans le couloir pour lui faire des injections de morphine, ce qui lui faisait des trous dans le cerveau ; il accusait son domestique de lui avoir volé 6.000 francs

(1) Diégo Angeli (Didacus) 1895, cité par Lumbroso, *Loc. cit.*, p. 516.

©BIUM

qui se transformaient au bout de quelques jours en 60.000 francs ; ses hallucinations se rapportaient à des idées de richesses, il mimait des duels et la nuit parlait de millions et de pédérastie.

Rien en somme de bien particulier, rien qui sorte de l'ordinaire dans cette maladie. Maupassant présenta aussi des crises d'aphasie, il ne reconnaissait pas toujours son monde et dans les derniers jours il lança une bille de billard à la tête d'un autre malade. Il paraît qu'il jouait encore, et fort bien, au billard, et que pendant le jeu il faisait des vers ? (1).

Voilà tout ce que l'on sait aujourd'hui de la maladie de Maupassant. Il mourut le 6 juillet 1893, un an et demi après son entrée à la maison du Dr Blanche.

(*A suivre.*)

---

(1) Voir, pour tout le détail, l'ouvrage cité de Lumbroso et le tome IX du *Journal des Goncourt*.

©BIUM

Pathologie.

—

L'ÉTAT DU FOND DE L'ŒIL

CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

PAR LES DOCTEURS

A. RODIET,
Médecin de l'asile Saint-Yon.

P. PANSIER,
Ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Montpellier.

F. CANS.
Médecin délégué de l'asile de Montdevergues.

Les auteurs ont discuté pour savoir si, avant l'attaque, il y avait ischémie ou hyperémie. On admet généralement que la *phase congestive* suit la *phase d'anémie* et que l'un et l'autre symptômes sont des troubles du fond de l'œil qui annoncent l'accès et font, pour ainsi dire, partie de l'aura. Les troubles visuels qui se produisent à ce moment, cécité passagère, hémianopsie, éblouissements, érythropsie, s'expliqueraient, d'après Galezowski (1), par les troubles circulatoires de la rétine.

Les avis sur l'état du fond de l'œil de l'épileptique avant la crise sont très différents, suivant les observa-

(1) Galezowski. Recherches ophtalmologiques sur les altérations du nerf optique et les maladies qui en dépendent. *Thèse* de Paris, 1865.

©BIUM

teurs. C'est ainsi que Knies (1) raconte l'observation d'un garçon de quatorze ans, ayant jusqu'à 500 attaques par jour, et chez lequel les artères se rétrécissaient dix à vingt secondes avant l'attaque, avec retour à l'état normal presque immédiatement.

Et M. Robin qui, dans sa thèse d'agrégation, a fait une bibliographie complète de la question, cite l'opinion de plusieurs auteurs parmi lesquels : Wortsmann (2), qui a vu dix minutes avant l'attaque une hyperémie veineuse énorme, et Gowers (3), pour qui le fond de l'œil est normal pendant les crises d'épilepsie franche.

En ce qui concerne l'état de la rétine après l'attaque et dans l'intervalle des attaques, bien que l'étude du fond de l'œil chez les épileptiques n'ait donné que des résultats inconstants et sans attacher aux phénomènes constatés à l'ophtalmoscope dans le cas de névrose, la valeur essentielle que certains auteurs, notamment Pichon (4), leur attribuent, il y a intérêt à les connaître.

Les phénomènes congestifs papillaires avec dilatation vasculaire des vaisseaux rétiniens qui, pour nous, comme pour Magnan et d'autres auteurs, sont la règle au moment de l'attaque, se retrouvent parfois dans l'intervalle des crises. Cette congestion papillaire qui s'accompagne d'hyperesthésie rétinienne avec photophobie et douleurs périorbitaires, était l'indice, pour Bouchut, d'une forte congestion cérébrale et d'un commencement de méningite. Ces troubles existent aussi parfois dans la migraine simple, que certains auteurs considèrent comme un équivalent épileptique.

---

(1) Knies. *Changements de l'accommodation pendant une attaque d'épilepsie.* Société ophtalmologique d'Heidelberg. Séance du 8 août 1877.
(2) Wortsmann. Cité par Robin. *Thèse d'agrégation*, 1880.
(3) Gowers. *Epilepsie.* Traduction Darier.
(4) Pichon. *Thèse* de Paris, 1885.

©BIUM

Qu'elle soit *générale* ou *partielle*, *active* ou *passive*, la congestion papillaire se reconnaît à l'ophtalmoscope. La papille paraît turgescente : elle revêt l'aspect tantôt rosé, tantôt rouge foncé, en passant par toutes les nuances intermédiaires. Souvent, on aperçoit des vaisseaux capillaires ayant augmenté de volume, ou bien les capillaires sont plus nombreux que dans l'état normal. Les veines, surtout dans l'hyperémie passive, apparaissent sombres, cyanosées, tortueuses, et sont souvent le siège de pulsations.

Ce phénomène du pouls veineux bien étudié par M. Abadie (1), est-il lié forcément, ainsi que le veulent certains auteurs, à des troubles circulatoires de l'encéphale chez les épileptiques? Ce même trouble vasculaire existe chez les gens les mieux portants. Cependant, depuis longtemps, les hyperémies congestives ont été observées en Allemagne et Leber (2) dit :

« L'hyperémie de la papille et de la rétine qu'on « observe quelquefois entre les accès, chez les épilepti- « ques, est attribuable :

« 1° A la persistance de l'hyperémie veineuse qui se « produit pendant la crise et qui peut, à la longue, « produire quelques modifications dans les tissus ;

« 2° A l'hyperémie chronique des méninges ou même « à la méningite qui serait la cause de l'épilepsie. »

D'autre part, Pichon (3), à qui on doit cette citation des auteurs allemands, démontre qu'en lisant les observations des épileptiques auxquelles on trouve des lésions de nature congestive en dehors des crises, on remarque que ces lésions coïncident avec la fréquence des paroxysmes et en outre qu'elles sont en rapport

(1) Abadie. Traité des maladies des yeux. Pupille. In *Dict. Jaccoud.*
(2) Leber. Traduit de Leber in *Grafe et Seemische.*
(3) Pichon. *Thèse* de Paris. 1885.

©BIUM

avec la violence et la durée des attaques. Il en est de même, ainsi que nous le verrons, de la décoloration papillaire.

Toutefois, il faut ajouter que ces troubles congestifs ne sont plus visibles, lorsque l'examen ophtalmoscopique est pratiqué plus de deux heures après les accès. En sorte que, même en admettant que cette hyperémie répétée à intervalles fréquents chez le comitial à crises successives soit une cause d'irritation de la papille, puis de sclérose des vaisseaux et enfin d'atrophie blanche, il est difficile de suivre la série intermédiaire entre la dilatation vasculaire et la papille nacrée.

Wecker (1) a signalé la présence de varicosités permanentes sur les vaisseaux rétiniens d'épileptiques à accès très fréquents. Aldrige (2), sur 400 épileptiques examinés, a trouvé 58 fois des dilatations veineuses et l'hyperémie rétinienne. En Italie, Tebaldi (3) aurait trouvé sur 20 cas d'épileptiques, 12 fois des lésions constituées par l'hyperémie de la rétine et les varicosités des vaisseaux.

Dans l'intervalle des attaques, la décoloration de la papille est plus souvent observée que l'hyperémie congestive. Il ne s'agit pas de cette décoloration très légère qui s'observe chez certains sujets, même à l'état normal, lorsque l'irrigation sanguine est ralentie. Il faut éliminer aussi une cause d'erreur en tenant compte de l'âge de l'épileptique examiné, car la papille du vieillard est moins colorée que celle de l'adulte. En réalité, pour qu'on puisse dire qu'il y a décoloration patholo-

---

(1) Wecker. *Traité des maladies du fond de l'œil.*

(2) Aldrige. Theopht in mental and cerebral diseases. *Riding Lunatic.*

(3) Tebaldi. *Arch. Ital. per le mal. neur.* Juin, 1865. *Rep.*, 1879. Vol. I.

©BIUM

gique, il faut que la papille soit nettement pâle et blanchâtre. C'est le cas pour plusieurs malades examinés par nous et examinés à plusieurs reprises, dans l'intervalle de leurs attaques (Observations I, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X).

Du reste, ainsi que nous le verrons plus loin, les auteurs des différents pays qui ont traité la question du fond de l'œil, dans l'épilepsie franche, considèrent tous la décoloration de la papille comme le symptôme le plus fréquemment observé dans l'intervalle des attaques.

Pichon a trouvé ce symptôme 20 fois environ sur 150 examens. Et on peut, à juste titre, se rallier à l'opinion de cet auteur, lorsqu'il émet l'hypothèse très plausible de la marche suivante des lésions rétiniennes, lorsqu'on les rencontre chez le comitial. « L'hyperémie « congestive, dit-il, se répétant au cours d'attaques « fréquentes, entraîne la décoloration papillaire, avec « diminution de calibre des vaisseaux de la rétine, et « le dernier stade bien rarement observé, il est vrai, « serait l'atrophie. » Et il faut remarquer en effet, d'accord avec cette théorie, que la pâleur de la papille se trouve surtout chez les épileptiques depuis longtemps atteints de crises, et chez lesquels les attaques sont particulièrement fréquentes et violentes. Du reste, il n'y a pas de rapport entre cette décoloration de la papille et les dimensions du champ visuel. L'acuité visuelle est, le plus souvent aussi, conservée intacte alors que la papille est très pâle. Il en est de même dans l'anémie papillaire vulgaire.

Cependant, l'anémie neuro-rétinienne vraie, qui se caractérise par la pâleur du disque papillaire, l'amincissement des artères, l'aspect diaphane de la colonne sanguine avec une diminution de l'acuité visuelle qui peut aller, dit Robin, jusqu'à l'anesthésie totale, est un symptôme signalé par Jackson au cours des épilepsies

©BIUM

symptomatiques. Ces phénomènes se montrent aussi, mais rarement, chez les épileptiques comitiaux.

Anémie neuro-rétinienne avec *décoloration* de la papille et *diminution du calibre des vaisseaux* sont donc pour certains auteurs, parmi lesquels Pichon, les états *passagers* qui, causés par l'hyperémie des attaques successives, aboutiraient, dans un terme plus ou moins éloigné, *en se répétant avec les attaques*, à l'atrophie *blanche de la papille*.

On s'est demandé s'il existait des lésions ophtalmoscopiques permanentes dues à l'épilepsie essentielle.

Meunier (1), dans sa thèse, cite des lésions ophtalmoscopiques permanentes chez un comitial.

De même Bouchut (2), en 1865, ajoute une observation à celle rapportée par Meunier et attribue nettement les altérations atrophiques du fond de l'œil à l'épilepsie essentielle. Au contraire, Axenfeld et Huchard (3) disent qu'on ne constate pas dans l'épilepsie franche, de troubles permanents du fond de l'œil : névrite optique ou atrophie papillaire. Pour ces auteurs, les lésions rétiniennes constantes indiquent toujours une épilepsie symptomatique. C'est aussi l'opinion du professeur Robin dans sa thèse d'agrégation.

En même temps que Bouchut, Wazen Tray (4), en Angleterre, signalait l'atrophie du nerf optique dans le mal comitial. En revanche Gowers (5), dans son *Traité de l'épilepsie*, traduit par Carrier (1883), dit qu'après avoir examiné 1.000 épileptiques, il n'a pas trouvé en général d'altérations du fond de l'œil. Plus

---

(1) Meunier. Atrophie des papilles optiques au milieu d'attaques d'épilepsie. *Thèse* de Paris, 1864.
(2) Bouchut. *Atlas de cérébroscopie médicale.*
(3) Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses.*
(4) Wazen Tray. *Opht. hosp. Reports.* 1886. T. V, p. 227.
(5) Gowers. *Epilepsy and other chrom. convulsive disease.* Trad. Carrier, 1884.

©BIUM

tard, Clifford-Albutt (1), en 1871, note que l'atrophie blanche observée dans l'épilepsie vraie, paraît résulter de la névrite optique. En Allemagne, Michel (2), dès 1867, signale aussi que plusieurs fois il a trouvé, dans le haut mal, l'atrophie de la papille, et plus tard Wildersmuth (3) insiste sur la décoloration du bord temporal de la papille chez les épileptiques. Toutes les fois qu'ils ont trouvé des lésions, Moeli et Ulthoff (4) les rapportent à l'épilepsie symptomatique. Dianoux (5), en France, a recherché méthodiquement les lésions du fond de l'œil dans l'épilepsie. Sur 35 épileptiques hommes observés, cet auteur a trouvé 24 fois des altérations du fond de l'œil, et sur 35 épileptiques femmes, 11 fois :

« Ces altérations, dit l'auteur, sont : une congestion « intense avec dilatation vasculaire, pouvant aller « jusqu'à la névrorétinite, plus souvent une diminution « de calibre et finalement l'atrophie de la papille. Plus « souvent qu'à droite les lésions atteindraient l'œil « gauche, surtout la diminution du calibre des vais- « seaux. »

Sur 150 épileptiques examinés dans l'intervalle des attaques, Pichon a obtenu les résultats suivants :

Atrophie double, 4 cas.

Atrophie unilatérale, œil droit, 1 cas.

Atrophie unilatérale, œil gauche, 9 cas.

Reber (6) a examiné les malades entre les attaques,

---

(1) Clifford-Albutt. *Use of the ophtalmoscope*, p. 364.
(2) Michel. *Inaug. dissert.* Wurtzburg, 1867.
(3) Wildersmuth. *Arch.*, 17 mai 1883. Séance de la Société des médecins aliénistes de Berlin.
(4) Mœli et Ulthoff. *Arch. de neurologie.* T. I, 1883.
(5) Dianoux. Recherches ophtalmoscopiques sur les aliénés et les épileptiques. *Arch. de méd. de l'Ouest.* 1877.
(6) Reber. Aspect du fond de l'œil dans l'épilepsie. *Annales of ophtalm. and otol.* April 1895.

©BIUM

toujours plus de vingt-quatre heures après, avec atropinisation. Il a observé dans quelques cas le disque optique hyperémié à la surface. D'autres fois, on notait un exsudat scléral, très marqué et très clair, surtout du côté temporal. Dans plusieurs cas, les canaux lymphatiques de la rétine paraissent dilatés et visibles (on voyait alors des bandes d'un blanc étincelant ou de couleur laiteuse, particulièrement le long des vaisseaux à leur entrée dans la papille). Chez quelques malades, les vaisseaux étaient un peu ondoyants et les veines montraient des pulsations. Les petites artères dans le voisinage de la macula, étaient tortueuses. L'auteur a observé plusieurs fois une hyperémie granuleuse de la choroïde dans la région maculaire qui faisait croire à la choroïdite.

Pendant l'intervalle des attaques et dans le plus grand nombre de cas, Franck G. Hyde (1) a trouvé que chez les épileptiques, le fond de l'œil est en état d'hyperémie passive avec dilatation et flexuosité des veines. L'afflux du sang dans les artères lui a semblé normal.

De Govéa (2) pense que les spasmes épileptiques des artères rétiniennes, qui, d'après lui, sont la cause de l'amaurose épileptique, en général transitoire, peuvent affecter gravement la nutrition et le fonctionnement rétiniens.

Si donc, dans la plupart des cas, après l'accès, le rétrécissement du champ visuel, l'achromatopsie, l'amaurose qui peuvent survenir, sont des troubles purement subjectifs et dus à la névrose elle-même ou à un équivalent épileptique, la migraine ophtalmique,

(1) Franck. G. Hyde. States hospital. *Bulletin*, 1896.
(2) De Govéa. Les manifestations oculaires de l'épilepsie. *Bulletin et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie*, 1897.

©BIUM

par exemple, ne se traduisant par aucune modification dans l'aspect de la rétine ou de la papille du nerf optique, cette règle n'est pas absolue. Toutefois, lorsqu'on trouve à l'ophtalmoscope, au cours d'un examen pratiqué sur un individu qui a des crises d'épilepsie, l'atrophie du nerf optique ou même seulement la décoloration de la papille, on doit se demander s'il faut attribuer le trouble oculaire à l'épilepsie essentielle. Bien plus souvent, en effet, il s'agira d'épilepsie symptomatique, les convulsions étant alors un épisode au cours de l'évolution d'une paralysie générale, d'un tabes, ou d'une tumeur cérébrale. Il faut donc éliminer d'abord, par une étude complète du malade, les causes d'épilepsie partielle.

Nous avons examiné la rétine de 50 malades atteints d'épilepsie essentielle : 1° avant l'accès, 2° pendant l'accès, 3° après la crise, 4° dans l'intervalle des crises. Parmi ces observations, nous choisissons celles qui nous paraissent présenter quelque intérêt.

Obs. I. — M..., trente-cinq ans, interné pour la deuxième fois le 31 mai 1902. Epilepsie depuis la naissance avec crises fréquentes. A la suite d'excès alcooliques, accès délirant avec hallucinations auditives et visuelles, idées de persécution et accès d'excitation. Actuellement (juin 1906), et sous l'influence du traitement bromuré, le malade n'a plus que des « vertiges ».

15 *juin* 1906. Examen ophtalmoscopique pendant une période de calme. Le malade n'a pas eu d'accès épileptique depuis deux jours.

Œil droit : Etat subatrophique de la papille, qui est décolorée et présente une forme ovoïde. Pigmentation noirâtre le long du bord interne. Les vaisseaux du haut sont de dimensions ordinaires, ceux du bas sont dilatés.

Œil gauche : Même état papillaire. Phlébectasies et varicosités en bas. Battements visibles de la branche inférieure de l'artère centrale. Rétine peu colorée, bien que les vaisseaux soient plus gros.

12 *octobre* 1906. Une heure et demie après un vertige, les

©BIUM

vaisseaux de la rétine ont augmenté de calibre et sont congestionnés, surtout ceux du bas. La papille est rouge.

Mais toutes les fois que l'examen est pratiqué moins d'une demi-heure « après les absences », et pendant les absences, le résultat est tout différent : la rétine est pâle, anémiée, et les vaisseaux à peine visibles. La papille est décolorée. Il semble donc qu'il y ait d'abord anémie, puis hyperémie.

Obs. II. — L..., entré à l'asile le 12 mai 1896. Crises d'épilepsie très violentes et classiques. Leur fréquence oscille entre 8 et 24 par mois, sans compter quelques vertiges.

Examen le 28 *septembre* 1906. Pas de crises depuis plusieurs jours; légère hypermétropie. Pupille à 4 millimètres, réactions normales. Œil droit, fond d'œil névritique, papille floue, vaisseaux petits, choroïde pigmentée irrégulièrement. Œil gauche, croissant d'atrophie choroïdienne interne. Vaisseaux plus volumineux qu'à droite. Fond d'œil moins gris que de l'autre côté.

Examen le 26 *janvier* 1907. Etat de mal; ce matin, 8 ou 9 crises. A 2 heures de l'après-midi, stertor. Dilatation pupillaire à 5 millimètres, pas de réactions. Anesthésie cornéenne et conjonctivale. Conjonctive vivement injectée. Le fond de l'œil est le siège d'une congestion intense. Névrite et vaisseaux énormes, sinueux; rétine rouge.

Ainsi donc, pendant l'état de mal, congestion du fond de l'œil; en dehors de l'état de mal et de tout paroxysme, le fond de l'œil conserve un état névritique, dû probablement aux congestions répétées.

Obs. III. — M^lle R..., âgée de trente-trois ans, entrée le 15 décembre 1903 à l'asile. Crises d'épilepsie et délire post-paroxystique. Hallucinations visuelles suivies de réactions très violentes. M^lle R..., qui est d'ordinaire très calme et apathique, présente après ses crises des accès de violence pendant lesquels elle frappe les autres malades ou les infirmières.

Examen pour la première fois au point de vue oculaire le 25 mai 1906. Pas de crises depuis plusieurs jours.

Œil droit. Astigmatisme combiné très léger, myopique et hypermétropique, suivant les axes. La rétine est grisâtre, les vaisseaux normaux, l'excavation physiologique très marquée.

Œil gauche. Papille en puits par suite de la grande profondeur de la cavité physiologique, pigmentation choroïdienne très marquée (syphilis héréditaire?).

©BIUM

La malade accuse une bonne vue : VODG = 1 sensiblement.

Examen le 10 *août* 1906. Pas de crises depuis une quinzaine de jours. L'examen de la réfraction et du fond de l'œil donnent à peu près les mêmes résultats que précédemment, sauf un léger trouble du vitré dans l'œil gauche.

Pas de troubles subjectifs.

Pas de dyschromatopsie.

Examen le 25 *août* 1906. Une heure après une série d'attaques. La rétine, des deux côtés, est rouge, congestionnée : les vaisseaux apparaissent à l'ophtalmoscope, variqueux et fortement dessinés. Pouls veineux rétinien, surtout marqué à droite.

Obs. IV. — M^lle S..., entrée à l'asile, le 12 décembre 1887, actuellement âgée de quarante ans. Convulsions dès l'enfance ; actuellement crises épileptiques avec perte de connaissance et incontinence d'urine. Plusieurs examens ophtalmoscopiques donnent les mêmes résultats :

En dehors des attaques, névrite atrophique du fond de l'œil due probablement à des congestions répétées à la suite d'attaques. Pupilles à 3 millimètres, réactions normales, parfois myosis.

Quelques heures après les crises, mydriase légère, réactions papillaires paresseuses, congestion veineuse du fond de l'œil, avec pulsations de la veine centrale d'un côté.

Obs. V. — M^lle P..., trente ans, soignée à l'asile depuis le 27 janvier 1891 pour épilepsie depuis l'enfance. Accès de violence après les paroxysmes. Depuis l'entrée, malgré un traitement bromuré intensif, attaques nombreuses, tantôt franches, tantôt réduites à de simples vertiges.

Examen le 29 *novembre* 1906. Quatre heures après une crise :

Œil droit. Névrite optique ; la papille montre un segment externe flou, à contour indistinct, se continuant sans démarcation avec la rétine. Cette dernière est rouge, vivement congestionnée ; les vaisseaux sont bas et tortueux. A côté du bord interne de la papille, pigmentation noirâtre de la rétine.

Œil gauche. Etat subatrophique de la papille, qui est petite et a pris une teinte sale, jaunâtre ; le bord externe est mal délimité, peu net. Sur la papille, les vaisseaux sont masqués par des exsudats blanchâtres. Congestion de la rétine.

©BIUM

27 *décembre* 1906. Crise ce matin. Examen du fond de l'œil aussitôt après l'accès :

Œil gauche. Ecchymose à la suite de la chute pendant l'attaque, œdème palpébral et plaie de la paupière supérieure qui empêchent tout examen.

Œil droit. Névrite partielle : la moitié temporale de la papille est aussi rouge que la rétine. Les vaisseaux sont gorgés, non tortueux. Les réactions de la pupille sont paresseuses.

29 *décembre* 1906. Quelques vertiges ce matin.

L'après-midi, l'œil droit présente de gros vaisseaux du côté nasal de la rétine ; du côté externe, les vaisseaux sont plus petits, quoique gorgés, mais sinueux. Rétine rouge vif. Même pigmentation noirâtre du côté du bord interne de la papille.

Œil gauche. L'œdème palpébral existe encore et rend l'examen ophtalmoscopique impossible.

Obs. VI. — M^lle A..., entrée le 21 avril 1905 à l'asile. Convulsions dès l'enfance.

Attaques fréquentes d'épilepsie. Délire consécutif et accès de violence. Certains accès sont à forme procursive. Les crises sont souvent remplacées par des vertiges.

L'examen ophtalmoscopique, répété plusieurs fois de une demi-heure à deux heures après les crises, montre de l'anémie rétinienne et papillaire des deux côtés et la papille semble mal délimitée ; les vaisseaux sont volumineux, surtout en bas. Du côté gauche, on voit très distinctement des pulsations de la branche inférieure de la veine centrale.

Obs. VII. — M^me S..., épileptique, entrée le 20 janvier 1905, âgée de vingt-sept ans.

Depuis son entrée à l'asile, les crises ont paru diminuer sous l'influence du traitement bromuré. Elles sont encore assez nombreuses : trois ou quatre par semaine environ.

20 *décembre* 1906. Cette malade n'a pas eu de crises depuis deux jours. Fond d'œil normal ; papille un peu pâle.

24 *décembre* 1906. Ce matin, une crise. Examen moins d'une heure après que la période de stertor est terminée.

Le fond de l'œil est congestionné ; la rétine, rouge, est très vascularisée.

Les vaisseaux sont gros, surtout ceux du bas, la papille est normale.

Obs. VIII. — M^lle R..., en traitement à l'asile depuis le

©BIUM

16 janvier 1892, pour épilepsie depuis l'enfance avec accès délirants.

Examen le 10 *août* 1906. Pas de crises depuis plusieurs jours.

Œil droit. Papille blanche dans la moitié supérieure du disque ; en bas, la papille se confond avec la rétine. Vaisseaux normaux.

Œil gauche. Croissant atrophique dans le quart supéro-interne de la papille. La malade n'a pas eu d'accès depuis quelques jours.

21 *décembre* 1906. Trois crises dans la matinée jusqu'à 8 heures. Examen l'après-midi à 6 heures.

Œil droit. A l'ophtalmoscope, on trouve la moitié externe de la papille ayant pris une teinte jaunâtre atrophique, la moitié interne étant très blanche.

La rétine est congestionnée, très rouge; les vaisseaux sont gros et flexueux.

Œil gauche. Croissant pigmentaire au niveau du quart supéro-interne de la papille.

En résumé, névrite atrophique. Congestion rétinienne et vasculaire intense.

Obs. IX. — M^lle F..., née en 1872, convulsions à l'âge de trois ans, à l'asile depuis le 12 mai 1893. Epilepsie et alcoolisme.

29 *novembre* 1906. Pas d'attaque depuis avant-hier. Fond de l'œil : anémie de la rétine et de la papille.

15 *décembre* 1906. Examen ophtalmoscopique aussitôt après une attaque dès que la période de stertor est passée. Rétine hyperémiée, papille rouge, se confondant avec la rétine. Pouls veineux rétinien.

Obs. X. — M^lle M..., âgée de trente et un ans, est en traitement à l'asile de Montdevergues depuis le 26 juin 1906. Manifestations comitiales depuis l'enfance, pouvant aller de l'absence au vertige et à la grande attaque d'épilepsie.

2 *août* 1906. Pas de crises depuis plusieurs jours. Examen de la réfraction sans atropine : très légère myopie qui peut être due à la contraction que provoque la vision de près. Après atropine : œil droit, léger astigmatisme myopique suivant l'axe vertical ; œil gauche sensiblement emmétrope.

Dans les deux yeux, excavation physiologique très marquée,

©BIUM

surtout à droite. Légère blancheur papillaire très semblable à de l'anémie.

6 *août* 1906. Examen à 2 heures après-midi. Crises nombreuses et continuelles depuis le matin jusqu'à 9 heures. La malade est très obnubilée. La pupille dilatée, 4 millimètres, réagit faiblement à la lumière. A l'ophtalmoscope, on voit une papille rouge, sillonnée de petits vaisseaux très apparents; elle reste précise dans son contour. Les veines sont volumineuses, gorgées de sang, de couleur rouge sombre. En somme, hyperémie du fond de l'œil (l'examen est fait moins de deux heures après la dernière attaque).

5 *octobre* 1906. Deux crises dans la journée d'hier. Après atropine, on note pour l'œil droit des vaisseaux volumineux, surtout en bas; pour l'œil gauche, les veines sont dilatées également de haut en bas.

En somme, fond d'œil normal, mais avec congestion.

31 *octobre* 1906. Œil droit. Vaisseaux très gros avec des varicosités par places. La rétine n'est cependant pas rouge, mais d'une teinte décolorée, plutôt verdâtre. Pas de névrite, la papille présente cependant une teinte rouge clair localisée autour du point d'émergence des vaisseaux centraux et due à une suffusion sanguine. Pigmentation du bord nasal du disque optique.

Œil gauche. Même état. Pigmentation moindre, toujours du côté nasal de la papille.

6 *décembre* 1906. Deux crises consécutives, moins d'une heure avant l'examen. Les pupilles sont en mydriase, 4 millimètres. Les réactions sont un peu lentes à la lumière.

Le fond de l'œil est très congestionné, les vaisseaux sont énormément dilatés et plus particulièrement ceux du bas.

Obs. XI. — M^lle^ I..., internée à l'asile depuis le 20 septembre 1906, âgée de vingt ans. Hystéro-épilepsie avec paroxysmes mixtes fréquents.

31 *décembre* 1906. A midi, forte crise; à trois heures de l'après-midi, examen. Fond de l'œil congestionné : œil droit, papille blanche, mais en relief, paraissant œdématiée, les vaisseaux s'infléchissent sur le contour papillaire. Autour de la papille, pigmentation noirâtre. Les vaisseaux rétiniens, surtout les veines, sont énormes et sinueux. Œil droit, papille peu modifiée, mais veines dilatées et flexueuses.

Obs. XII. — G. M..., vingt-sept ans, entrée à l'asile de

©BIUM

Montdevergues en 1898, venant de l'asile de Marseille, où elle était internée depuis deux ans pour hystéro-épilepsie. Les attaques ont débuté à treize ans, en même temps que les premières règles.

25 *octobre* 1906. Deux heures après une crise, on voit à l'ophtalmoscope des vaisseaux un peu volumineux et tortueux, une papille légèrement floue et à contour indécis du côté nasal.

20 *novembre* 1906. Après atropine, examen ophtalmoscopique moins d'une heure après une violente attaque.

Congestion assez considérable des deux côtés. La rétine est rouge, et la papille assez nette est très vascularisée, ce qui lui donne une teinte blanc rosé. Les vaisseaux sont gros et tortueux; dans l'œil droit, ceux du haut sont plus dilatés que ceux du bas.

26 *novembre* 1906. Pas de crises depuis quatre jours. Des deux côtés, anémie papillaire et rétinienne très marquée, la papille est blanche et la rétine verdâtre. Cependant, les veines paraissent grosses et tortueuses.

29 *novembre* 1906. L'examen ophtalmoscopique est immédiatement pratiqué après une crise. Les vaisseaux du fond de l'œil sont gros et dilatés. La papille reste pâle.

6 *décembre* 1906. Pas de crises depuis deux jours. On trouve à l'ophtalmoscope des vaisseaux moins dilatés qu'au précédent examen et une papille dont la teinte est blanc crème.

25 *décembre* 1906. Examen pendant une attaque. Les crises sont continuelles depuis hier. Nous faisons maintenir la malade assise dans un fauteuil et, bien que les convulsions cloniques ne cessent pas, l'examen est difficile, mais possible : la rétine apparaît vivement congestionnée, très rouge, sillonnée d'une infinité de capillaires sinueux enchevêtrés. Aux points de convergence de plusieurs capillaires, il s'est produit une suffusion sanguine intense. Les vaisseaux sont devenus gros, flexueux. La papille est restée blanche.

L'intérêt des recherches dans le cas spécial qui nous occupe est plutôt dans la répétition des examens et la constance des résultats obtenus que dans le nombre des observations.

En résumé, en ce qui concerne l'état du fond de l'œil avant l'attaque, il faut admettre, bien que les avis

©BIUM

soient très partagés, que les vaisseaux de la rétine sont d'abord en état d'ischémie, puis congestionnés.

En somme, hyperémie après anémie.

Pendant l'attaque, l'examen est très difficile ; toutefois, lorsqu'on arrive à le pratiquer (observation XII), on trouve la papille congestionnés et les veines rétiniennes variqueuses et gorgées de sang.

Même dans les vertiges simples (observation I), on voit apparaître une hyperémie plus ou moins marquée après la période d'ischémie. La congestion est d'autant plus intense que l'effet est plus violent.

Après l'accès épileptique, l'hyperémie persiste pendant une période qui varie de quelques minutes à deux heures. C'est une congestion passive. Contrairement à l'opinion d'Abundo, nous avons souvent trouvé les deux rétines inégalement congestionnées.

Aux constatations faites par les auteurs, nous ajouterons toutefois que si, immédiatement avant l'attaque et au début de l'attaque, l'examen du fond de l'œil est à peu près impossible, et si on conclut à de l'ischémie du fond de l'œil, on raisonne par analogie, concluant de la pâleur de la face à la constriction des vaisseaux craniens, ceux du fond de l'œil compris. Notre observation d' « absence » épileptique est peut-être en accord avec ce raisonnement et ces observations d'autres auteurs. Cette absence ne nous paraît constituer qu'un début d'attaque épileptique, qui n'arrive même pas à la phase convulsive. Or, nous avons noté dans ce cas une constriction évidente des vaisseaux rétiniens, immédiatement après l'absence. Il semble donc que nous pouvons conclure à l'ischémie du fond de l'œil au début de l'attaque, la phase tonique étant comprise dans ce début.

Dès la période clonique, la pupille devient plus accessible, mais en raison des mouvements cloniques des

©BIUM

globes oculaires, l'examen est encore difficile et demande une grande habitude de l'ophtalmoscope. Le procédé le plus commode d'examen est celui où l'on fait maintenir le malade assis sur un fauteuil. On évite ainsi cette gymnastique difficile et pénible que signalent certains auteurs pour examiner les malades qu'on laisse couchés à terre.

A partir de la période clonique, nous avons toujours vu de l'hyperémie qui peut ne durer qu'une ou deux heures, si elle suit une attaque légère ou un vertige, mais qui dure plus de douze heures, si elle accompagne une crise violente ou des crises successives fréquentes. (Exemples : Observation X : Examen cinq heures après une série de crises, et Observation VIII : Examen dix heures après plusieurs attaques).

La forme de cette congestion est caractéristique : assez souvent la papille et la rétine sont respectées, d'une couleur pâle, mais les veines sont fort dilatées et sinueuses, surtout en bas (c'est un phénomène assez fréquent), et présentent souvent des pulsations visibles. Quelquefois aussi, au devant de la papille, suffusions sanguines superficielles. En somme, congestion passive n'intéressant que le système circulatoire de retour : les veines.

Les troubles permanents du fond de l'œil que nous avons pu noter dans l'intervalle des accès sont : 1° pâleur papillaire et rétinienne très marquée, probablement anémie; 2° chez les malades dont l'affection remonte à une vingtaine d'années et bien qu'elles soient jeunes (vingt-cinq à trente ans), troubles névritiques ou très rarement atrophie grise assez avancée; 3° assez souvent en se répétant la congestion du fond de l'œil s'installe définitivement et, malgré une papille pâle, nous trouvons à l'état constant des vaisseaux énormes congestionnés ; cette pâleur papillaire coexistant long-

©BIUM

temps avec cette congestion passive, serait un argument en faveur d'un état subatrophique et non pas anémique de la papille et de la rétine ; 4° ainsi que Brun et Morax (1) l'ont signalé, la pigmentation noirâtre de la rétine et de la choroïde, fréquemment observée, peut faire songer à la syphilis héréditaire comme cause fréquente et souvent ignorée d'épilepsie.

(1) Brun et Morax. Article « Troubles de la vision ». *Traité de pathologie générale* (Ch. Bouchard), 1904.

©BIUM

Législation

NOTES
SUR LE
RÉGIME DES ALIÉNÉS
EN ANGLETERRE

Par le Dr G.-G. de CLÉRAMBAULT,
Médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt
près la Préfecture de police.

Suite (1).

G. *Assistance.* — Nous regrettons de ne pouvoir donner un historique de la loi sur les Pauvres (poor Law), très ancienne, et remaniée maintes fois dans le cours du XIXe siècle. C'est elle qui a rendu obligatoire le groupement des communes les moins importantes en Unions, pour l'édification de workhouses. — Quant aux hôpitaux proprement dits, par un contraste singulier, ils sont abandonnés à l'initiative et à la direction privées.

Il en résulte l'autonomie de chaque hôpital, et des fluctuations dans ses ressources qui ont par exemple pour conséquence de faire fermer, pour des périodes indéfinies, un ou plusieurs de ses services. — L'habitude veut que l'aspect des divers services soit aussi riant que

(1) Voir les *Annales* de mai-juin et juillet-août 1908.

©BIUM

possible ; fréquemment la longue série des lits se termine par un espace vide, bien éclairé, disposé en rotonde et formant salon ; les plantes, les ornements, les statuettes sont multipliés à dessein ; souvent un piano ou un harmonium sont placés au milieu de la salle ; pour parler franchement, nous les supposons destinés à l'exécution de cantiques moralisateurs « on sundays » plutôt qu'à la distraction proprement dite des malades. — Nous avons vu avec plaisir les Nurses anglaises, si avantageusement connues en France. Une étude très approfondie sur leur recrutement et leur instruction a paru dans *le Progrès Médical* (1907) ; elle est due à M. Montreuil, directeur de la Salpêtrière ; une thèse a été soutenue à Paris, vers 1903, sur le même sujet.

Les classes dirigeantes d'Angleterre sont actuellement préoccupées, comme en témoignent nombre d'articles, de réunions et de conférences, par toutes les questions se rattachant aux Sans-Travail (Unemployed). Le traitement des Buveurs d'habitude (Inebriates) est aussi une question à l'ordre du jour. De ces deux grandes catégories, une vaste part appartient manifestement à la dégénérescence, et se relie, jusqu'à s'y confondre, aux cas voisins de la folie (boarder line cases), comprenant les débiles de l'esprit, les débiles de la volonté, des amoraux, des vagabonds, etc., sous des espèces cliniques variables et généralement atténuées. Mais le public, pas plus en Angleterre qu'en France, n'a la notion de la profondeur des altérations biologiques d'où résultent les altérations de la volonté ; l'esprit de charité envisage l'individu plus que la classe, et la maladie moins que le malade. — Nous avons entendu un magistrat éminent, comme on parlait d'alcooliques récidivistes (et notamment était citée une femme plus d'une centaine de fois ou condamnée ou séquestrée pour délits stéréotypés commis dans un état ébrieux), émettre cette idée que la

grande masse des buveurs d'habitude aurait à peu près disparu le jour où il n'y aurait plus de sans-travail : si par cette formule on entend que le recrutement des deux classes est le même (pour une grande part), elle est exacte ; si elle veut dire que le fait de pouvoir travailler guérirait les alcooliques de leur penchant, elle est entièrement utopique, mais vraiment caractéristique d'un philanthrope plus psychologue que clinicien.

Une importante et respectable association, l'Armée du Salut (Salvation Army), arrive, nous en sommes persuadé, par l'ascendant personnel de certains de ses officiers, et leur expérience quelquefois, par la contagion de sentiments mystiques, par le maintien dans un milieu artificiel, et par l'argent, à sauver çà et là de la déchéance quelques individualités. Mais ces conditions sont artificielles, n'influencent qu'une minorité, et ne rendent pas indéfiniment viables ceux qui en ont une fois profité. Nous avons vu à la Salpêtrière, dans le service de notre maître Jules Voisin (section Marcé), des amorales, pour la plupart hystériques, mener une conduite exemplaire et composer des pages édifiantes ; la facilité à subir les suggestions pieuses n'est pas un symptôme suffisamment rassurant par lui-même ; l'apparence d'un « relèvement » est facile à obtenir, la croyance que la volonté « coopère » à ce relèvement ou même qu'il existe chez le malade une volonté utilisable est le plus souvent une illusion. — Ces remarques, qui sont sans doute banales pour nos lecteurs, s'imposent à nous avec le souvenir d'une séance où l'Armée du Salut, dans la personne d'un de ses médecins, présentait à l'Association médico-psychologique de Londres toute une série de dégénérés, relevés moralement par ses soins. Chaque malade à son tour exposait son passé, puis l'état actuel de son âme ; et tandis que les péroraisons déchaînaient des applaudissements dans la partie non

©BIUM

médicale de l'assistance, les aliénistes ne pouvaient pas ne pas discerner, dans l'aimable cabotinage de ces déchus, pour le moment bien habillés et bien nourris, nombre de petits traits habituels à leurs malades dégénérés et permettant de douter un peu de la profondeur et du degré de solidité de conversions même très sincères.

H. *Jury*. — Les habitudes anglaises donnent à l'institution du Jury un rôle aussi fréquent que varié. Le Jury figure dans la procédure dite Inquisition, et décide de l'aliénation d'un certain nombre de sujets riches (aliénés du lord Chancelier). Il figure, au début des affaires criminelles, dans un rôle qui nous paraît tenir à la fois de l'enquête policière, de la mise en accusation et de l'instruction (enquête du Coroner) sous forme de douze jurés, empruntés généralement aux basses classes, et quelque peu rémunérés. Nous avons vu ainsi des jurés, dans un cas d'infanticide supposé, décider après examen du cadavre, si l'enfant était né viable, etc., et dans un cas de suicide, s'il y avait eu insanité temporaire ; ce encore après examen du cadavre du suicidé (la salle de délibération est attenante au dépôt des morts). Au sujet des suicidés nous devons dire que le jugement est purement formel, le jury, pour diverses raisons, émettant toujours un verdict de trouble mental passager. Ce verdict, purement moral aujourd'hui, avait jadis une sanction pratique : tout suicide réputé lucide était regardé comme un délit, le cadavre du condamné était enterré dans un champ, au coin de deux routes, et l'héritage du suicidé était confisqué par la couronne. — Ce jugement des morts, dépourvu de portée, n'est donc qu'un reliquat atavique, comme il y en a, nous assure-t-on, un certain nombre dans les institutions anglaises. Quant au principe du Jury lui-même, du moins quant à l'extension de son usage, elle

©BIUM

nous paraît reposer sur une appréciation exagérée de la valeur du bon sens inné, que nous retrouvons sur d'autres terrains. — Certaines décisions pseudo-scientifiques, rendues par le jury, dans des enquêtes du coroner, ont mérité de rester célèbres (1).

Si nous cherchons maintenant, dans les divers dispositifs que nous venons de passer rapidement en revue, l'influence d'idées directrices, conscientes ou non, nous résumerons notre impression par ces deux termes volontairement exagérés : *oubli du spécialiste expert*, *surestime de l'esprit moyen*.

En matière d'internement, le médecin est supplanté par le juge ; en matière d'enquête, le juge et l'expert sont supplantés par le jury ; dans les œuvres d'assistance, l'inspiration médicale est secondaire ; dans tous ces cas, le *jugement* individuel nous semble être surestimé. La *bonne volonté* individuelle nous semble surestimée aussi dans les exemples de fonctionnaires non rétribués et que l'on suppose être compétents, zélés et désintéressés. La surestime de la *volonté* individuelle (qui ne saurait, nous le reconnaissons, être nulle part plus justifiée qu'en Angleterre, tant qu'il s'agit d'êtres normaux) peut conduire à des erreurs de direction en matière d'assistance mentale. En favorisant l'illusion du relèvement, elle concentre sur l'individu toute l'attention, et rejette au second plan deux notions de grande importance : sélection de la race, préservation

(1) « Mort causée par une pierre dans le rein, laquelle pierre il a avalée, se trouvant à terre sur un chemin pierreux, en état d'ivresse. »

« Enfant âgé de trois mois, trouvé mort ; impossible de savoir s'il est né en vie. »

(Verdicts des jurys, recueillis par le Dr Ogle sur des tables officielles ; cités par le Dr W.-J. Collins, Inaugural address to the Medico-Legal Society. 1902).

©BIUM

de l'ordre public. La surestime de la *liberté* individuelle s'oppose elle aussi à diverses mesures de préservation ou de discipline, notamment envers les débiles non délirants.

Chose curieuse, des errements que nous signalons plus haut, relativement à la liberté, à la volonté et au jugement, sont au fond d'une inspiration idéaliste et comme tels formellement contraires aux tendances que se trouvent incarner au plus haut point les maîtres de la pensée anglaise Hobbes, Locke, Darwin, Spencer et d'autres.

En matière d'assistance publique, la coutume anglaise favorise les *autonomies périphériques* et les *initiatives disséminées*. Un homme bien qualifié à tous points de vue pour une telle généralisation, le Dr W. J. Collins, a écrit : « En législation, notre tendance est depuis longtemps centrifuge plutôt que centripète, par délégation de l'autorité centrale à l'autorité locale ; au sujet des prisons seulement, notre tendance a été inverse ; originairement dans des mains privées, elles ont passé sous la coupe des juges de comté et des conseils municipaux (borough councils), puis la loi de 1877 en a transféré la direction au pouvoir central représenté par le ministre de l'Intérieur (1) ».

Pour l'assistance des aliénés, nous ferons à l'esprit de la loi anglaise les reproches suivants : la part est faite trop large à des incompétents ; la crainte exagérée de la séquestration arbitraire a multiplié les formalités, et celles-ci sont accumulées *avant* le placement, alors qu'un contrôle exercé immédiatement *après* le placement et durant les périodes qui le suivent aurait été mieux justifié.

(1) Dr W. J. Collins. Institutional Treatment of Inebriety. *British Medical Journal*, 7 novembre 1903.

©BIUM

De plus, elle n'est pas homogène ; telle préoccupation, prédominante ici, devient secondaire un chapitre plus loin. Une famille peut avoir beaucoup de peine à placer un malade aigu, et, d'autre part, un tuteur a toute licence pour interner, comme il lui plaît, sans nul examen médical nouveau, un aliéné déclaré tel par un jury (qui même, *théoriquement*, pourrait ne l'avoir pas vu ; aliénés du Lord Chancelier). Or, ces deux malades peuvent ne différer que par leur fortune. La loi, pleine de sollicitude pour les fortunes considérables, est, à ce qu'on nous a assuré (Foville dit de même, p. 53 et 54), assez peu riche en garanties pour les fortunes moyennes et petites. A certaines règles trop formalistes du placement s'en opposent d'autres, d'une simplicité modèle (Emergency orders, valable trois jours). Chacun de ces dispositifs s'explique sans doute génétiquement, n'étant qu'une modification d'un dispositif antérieur. Il y aurait eu plus d'unité et de cohérence dans une loi fondue d'un seul jet, comme le sont la loi écossaise (créée en 1858) et notre loi de 1838. L'habitude de remanier au lieu de refondre, d'adapter au lieu de supprimer pour recréer, se retrouve, croyons-nous, sur d'autres terrains en Angleterre et par exemple dans les matières d'édilité : de là une absence de système de composition, d'unité, qui satisfait mal les exigences des esprits français et allemands.

La loi de 1890 donne l'impression d'une compilation souvent laborieuse, parfois négligée ; certaines notions très importantes sont énoncées incidemment ; la succession des paragraphes n'est lumineuse ni pour l'étude, ni pour la recherche ; enfin, certaines phrases, certains mots sont ambigus ; en bien des places, certains renvois seraient nécessaires. Ces défauts ont une importance particulière pour un texte que doivent consulter des personnes non spécialisées et dans des conditions d'ur-

©BIUM

gence. Ces derniers reproches sont empruntés à un rapport des Commissioners in Lunacy (Foville, p. 13 et 14).

Visite de divers établissements.

A. Asile hospice (M. A. B.). — *L'Asile hospice de Darenth*, que nous avons visité, est un de ces asiles du Métropolitain Asylum Board, fondés pour désencombrer les quartiers mentaux des workhouses, en recevant leurs malades chroniques. Les malades de Darenth sont des congénitaux (idiots, imbéciles, débiles avec amoralité, épileptiques). Nous avons visité cet établissement en compagnie de M. F. Roundell, du Local Government Board, que nous ne saurions assez remercier pour son inépuisable obligeance, et sous la conduite du Dr Rotherham, superintendant. L'asile contient environ 2.000 malades. (Le rapport de 1906 indique 991 masculins, 950 féminins.) Une surveillance est exercée par le Local Government Board au point de vue matériel, par les Commissionners au point de vue aliéniste, par les guardians à tous points de vue. Les enfants au-dessous de quatorze ans sont considérés comme placés là en pension par leurs parents, et n'ont pas besoin par conséquent d'être certifiés aliénés ; *quand ils atteignent leurs quatorze ans, un certificat d'aliénation doit être dressé*, sinon leur sortie devient nécessaire. Nous avons appris qu'il est parfois difficile de faire admettre aux guardians (tuteurs des pauvres) qu'un petit malade qu'on leur présente puisse être atteint de folie morale, ou même d'arriération intellectuelle. En 1906, un certain nombre de malades, exactement 17, ont été renvoyés par ordre des guardians, contrairement à l'avis formel manifesté par le médecin.

L'établissement, organisé en colonie industrielle, occupe dans des ateliers près de 500 malades mâles,

près de 350 malades féminins, c'est-à-dire moins de la moitié, mais plus d'un tiers. Les métiers représentés sont, du côté masculin : tailleurs, cordonniers, tapissiers, charpentiers, peintres, ferblantiers, vanniers, brossiers, matelassiers, relieurs ; quelques malades font des ligots. Du côté femmes, nous avons vu pratiquer les travaux d'aiguille, la brosserie, la fabrication des tapis, des stores, des reliures, enfin la cuisine et la lessive. On exerce les malades à la gymnastique suédoise. L'aumônier joue aussi un grand rôle dans leur vie ; les lectures de la Bible et le chant des mélodies religieuses sont là, paraît-il, très en vogue. Certains ateliers et dortoirs sont dans des blocs de bâtiments ; d'autres occupent des pavillons séparés, éloignés même les uns des autres, et sans étages. Les gâteux sont tenus le jour dans des rotondes éclairées par toutes les faces, ornées de verdure et totalement exemptes de l'aspect lamentable qu'il est cependant si difficile d'éviter. Dans les bâtiments principaux, certains couloirs qui desservent des séries de pièces sur leurs deux faces, sont éclairés de place en place par des ouvertures du plafond, égayées elles-mêmes par des verdures. Une salle des fêtes immense, comme il n'en existe que dans les asiles anglais, sert à des représentations et des bals.

Le Dr Rotherham nous a cité, à propos d'un Asile-Hospice qui se trouvait être en construction, au moment de notre visite, le trait suivant, qui, sans rapport avec Darenth, mérite pourtant d'être rapporté. Le Comité dudit asile, ayant à donner la commande des briques, au lieu de s'adresser aux fournisseurs habituels du M. A. B., eut recours à un asile voisin, dont les terrains présentaient la matière voulue : la commande fut exécutée avec une célérité plus grande et une économie de plus d'un quart. Voilà au moins un avantage des autonomies des petits groupes.

©BIUM

A Darenth, les malades sont utilisés naturellement pour la confection et l'entretien des chemins. Les productions des ateliers sont vendues à d'autres asiles ou asiles-hospices.

B. Asiles du Conseil de Comté. — *Asile de Norton et de Long Grove.* — Ces deux asiles relèvent du County Council. Distants de quelques centaines de mètres, et voisins eux-mêmes d'une colonie d'épileptiques, ils sont situés sur le territoire d'Epsom, à environ 30 kilomètres de Londres. Le plan est sensiblement le même pour les deux asiles : dispositif demi-circulaire, symétrique, avec constructions diverses autour de la masse. Directeur à Norton, le Dr J. R. Lord. Dans l'asile de Long Grove, encore en voie d'organisation, nous avons remarqué nombre de pavillons séparés, les uns destinés à la réception et à l'observation des arrivants, les autres à l'isolement des malades non qualifiés pour l'infirmerie générale, les autres à l'habitation de malades calmes ; l'aménagement de ces derniers donne l'illusion du home. La multiplication des subdivisions permet un classement des malades par catégories, dont les avantages sont connus (plus grand confort moral et physique, diminution du personnel, etc.). Le parloir est constitué par un couloir, moyennement large mais excessivement long, et disposé en demi-cercle ; dans chaque point de ce parloir la vue est limitée par la courbe intérieure, de sorte que les groupes sont aussi bien cachés les uns des autres que s'ils se tenaient dans de petites pièces, tout en étant facilement surveillés. Une cantine fournit aux malades, à prix réglés, diverses douceurs, notamment du thé. Nous avons admiré les bains, la salle de spectacle (encore gigantesque), la salle de conférences dont l'idée seule est un programme, la buanderie et services connexes, dont la machinerie ultra moderne semble faite pour inspirer le goût à la fois

©BIUM

de l'ordre et du travail; enfin, l'installation de chauffage. Le chauffage ayant lieu par circulation continue d'eau chaude, dans toutes les portions de l'asile, a nécessité une organisation gigantesque et admirable; les conduits circulent à nu dans les souterrains cimentés qui semblent parcourir toute une ville, et la chaufferie est colossale. Dans diverses salles, nous avons remarqué les poêles à feu visible, sans grillage protecteur, et une serrure d'un modèle spécial qui mériterait d'être adopté dans nombre d'asiles; elle répond à tous les besoins : allées et venues du malade, position entr'ouverte, éventualité subite d'une lutte avec le malade; elle ne forme pas de saillie et demande le minimum de manipulations. Nous avons remarqué encore bien d'autres dispositifs, mais un fait nous dispense de les faire connaître aux lecteurs français : M. le Dr Colin, médecin en chef des asiles de la Seine, a visité avant nous ces deux asiles et certainement les exposera avec sa compétence spéciale. Nous devons remercier, pour leur accueil, le Dr H. Bond, qui a bien voulu mettre à notre disposition un temps précieux, et Mme Bond, dont le gracieux accueil a contribué à nous laisser de notre journée d'Epsom le plus agréable souvenir.

C. Prison de Brixton. — Nous désirons signaler le caractère partiellement médical de la prison de Brixton (Londres S : W.). Cette prison contient des prévenus et des condamnés; parmi les prévenus, certains ont déjà comparu devant le juge (Police Court); les autres attendent les sessions d'assises. Les prévenus ajournés peuvent rester à la prison de un à sept jours. Environ 30 à 40 p. 100 du total des inculpés passent à Brixton. Le médecin de la prison, un aliéniste, signale tous ceux qui lui paraissent présenter un trouble mental, et fait sur eux un rapport de telle étendue qu'il juge utile. De même il fait un rapport sur ceux, assez

nombreux, qui lui sont adressés par le Tribunal de Police (Police Court), comme ajournés pour jugement. Le rapport écrit suffit devant ce tribunal ; aux sessions et aux assises, le médecin de Brixton doit déposer oralement.

Dans ces conditions, de nombreux inculpés sont soumis, sans procédure spéciale et avec peu de dépenses, à une appréciation médicale. Le médecin habite à côté de la prison, le personnel est entraîné, sous sa direction, à l'observation des signes d'aliénation. Cette institution des plus progressives est peut-être une compensation au peu de tendances qu'a le juge anglais à commettre spécialement un expert, pour l'examen d'un inculpé. De cette rareté des expertises médico-légales résulte sans doute le nombre relativement élevé des condamnés supposés devenir aliénés en cours de peine, ou tout au moins reconnus pour tels, à cette période seulement. Pour notre part, en lisant les comptes rendus de procès criminels, nous avons eu assez souvent l'impression que pour tel ou tel inculpé, en France ou en Allemagne, la question d'aliénation aurait été au moins posée. Il existe d'ailleurs des cas de trouble mental qui ne sont pas envoyés à la prison de Brixton, mais qui sont examinés au Tribunal de Police même, par un médecin de police ou par tout autre personnage médical ; ces cas sont assez peu nombreux, nous n'avons pu obtenir leur pourcentage ; ils nous semblent devoir présenter, au point de vue aliéniste, peu de garanties. Il arrive aussi que des experts aliénistes soient adressés à Brixton par les autorités pour examiner des prisonniers, mais surtout dans le cas de meurtre et sur la demande du médecin en chef de la prison. Les Solicitors (avocats) peuvent aussi envoyer des experts pour examiner leurs clients. Ces deux dernières catégories de cas sont rares.

La prison de Brixton contient aussi des prisonniers pour dettes (environ 100 à 150), catégorie aujourd'hui

©BIUM

inconnue en France. Leur emprisonnement varie de quelques jours à trois mois et au delà.

Il s'y trouve également une catégorie de condamnés appelés « Délinquants de la première catégorie » (offenders of the first division) ; ce sont ceux qui se sont rendus coupables d'insultes envers les Cours Suprêmes (High Courts) ; on conçoit que leur nombre est restreint. Le caractère le plus curieux de leur condamnation est d'être *d'une durée indéterminée*, « sine die » ; dispositif qui, appliqué en d'autres domaines de la délinquence, pourrait rendre de bien grands services.

Les condamnés reconnus aliénés dans les prisons sont envoyés dans des asiles. La moyenne des prisonniers journellement présents à Brixton a été de 559 au début de 1907. Le médecin en chef est notre ami le Dr James Scott, anciennement médecin d'une prison semblable, destinée au sexe féminin, la prison d'Holloway, à Londres.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JUIN 1908

Présidence de M. SÉGLAS.

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

MM. René Charpentier, Dupouy, Giraud, Juquelier, Phulpin, Truelle et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Kalwan Pandy, de Budapest, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. le Secrétaire général du XVI[e] Congrès international de médecine qui se tiendra à Budapest, en août 1909.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les méthodes de la raison, précédées d'un exposé complet du travail cérébral*, par M. P. Froment ;

2° *Ancienne et nouvelle anthropologie criminelle. — La synthèse clinique de E. Kraepelin au point de vue de l'histoire de la médecine*, par M. le professeur Del Greco ;

3° *Fonctions et rapports des éléments nerveux et non nerveux dans les ganglions spinaux*, par M. le professeur G. Esposito ;

4° *Le Nouvel éducateur*, numéro d'avril 1908.

©BIUM

Mort de MM. Corrolly-Norman et Mitivié.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société du décès de M. Conolly-Norman, médecin de l'asile de Richemond, à Dublin, membre associé étranger de la Société depuis le 26 novembre 1894, et de M. Mitivié, qui faisait partie de notre Compagnie depuis le 22 avril 1863, d'abord en qualité de membre titulaire, puis, depuis quelques années, comme membre honoraire.

Rapports de candidature.

M. ARNAUD. — Au nom d'une Commission composée de MM. Colin, Klippel et Arnaud, rapporteur, j'ai l'honneur de vous exposer les titres de candidature de notre confrère italien, le Dr Antonio d'Ormea, qui sollicite son admission dans notre Société comme membre associé étranger.

Ces titres sont nombreux et importants, vous allez en juger par une énumération forcément sommaire.

Le Dr d'Ormea a débuté comme médecin de l'asile des aliénés de Ferrare, en 1900. Membre de plusieurs sociétés scientifiques italiennes, vice-directeur de l'asile des aliénés d'Udino, en 1903, il devient, en 1907, directeur de l'asile de Pesaro ; il est en même temps directeur d'un périodique, l'ancien *Journal de San Benedetto*, fondé par Lombroso, en 1872, et qui porte aujourd'hui le titre de *Notes et Revues de Psychiatrie*.

A ces titres administratifs ou honorifiques, le Dr d'Ormea a su ajouter un bagage scientifique déjà considérable. Ses nombreuses publications — il n'en compte pas moins de trente, sur lesquelles, à l'appui de sa candidature, il nous en a fait parvenir dix-huit, — ses nombreuses publications touchent aux questions les plus variées de la psychiatrie et témoignent d'une activité d'esprit peu ordinaire.

Physiopathologie, *Biochimie*, *Psychopathologie*, *Clinique*, *Anatomie pathologique*, *Thérapeutique*, *Statistique*, *Revues critiques*, *etc.*, telles sont les rubriques générales sous lesquelles se peuvent ranger les travaux

©BIUM

de notre confrère italien. Voici les titres de ceux que l'auteur nous a envoyés :

Sur les modifications de la pression sous-arachnoïdienne et les caractères du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie expérimentale ;

Sur les modifications de la circulation cérébrale consécutives à l'administration de quelques essences ;

L'élimination du bleu de méthylène par la voie rénale chez les pellagreux ;

Recherches sur les échanges matériels dans la démence précoce ;

Chaux et magnésie dans les urines des déments précoces ;

Pouvoir réducteur de l'urine des déments précoces ;

Accès maniaque chez un imbécile alcoolique, étude médico-légale ;

Dément précoce paranoïde inculpé de blessures sur son père, étude médico-légale ;

Une famille de choréiques ;

Traumatisme cranien et démence précoce ;

Diagnostic de l'amentia ;

La diète hypochlorurée dans la cure bromique de l'épilepsie ;

La folie dans la province de Ferrare ;

Sur la dénomination des névroses et psychoses hystériques.

Je ne pourrais, sans excéder de beaucoup le cadre de ce rapport, analyser comme ils le méritent ces nombreux mémoires. L'auteur y prouve qu'il possède tout à la fois une érudition étendue et un sens d'observation clinique très exercé. Cet ensemble de mérites a fait au Dr d'Ormea une place honorable dans la psychiatrie italienne ; votre Commission estime qu'il est tout à fait digne du titre qu'il sollicite et elle vous propose d'admettre le Dr Antonio d'Ormea comme membre associé étranger de notre Société.

Conformément à ces conclusions, M. d'Ormea est élu membre associé étranger à la majorité des voix (sur 17 votants, 16 oui et 1 bulletin blanc).

M. Colin. — Vous avez chargé une Commission composée de MM. Pactet, Vigouroux, Colin, rapporteur, d'examiner les titres de M. le Dr Levet, médecin-

©BIUM

directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), qui demande à être nommé membre correspondant.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, M. Levet a fait une partie de ses études dans le service du professeur Charcot. C'est là qu'il a pris le goût de la pathologie nerveuse et mentale, et plus tard, ayant eu l'occasion de faire, à Sainte-Anne, un remplacement d'interne, remplacement qui se prolongea pendant un an, il se sentit de plus en plus attiré vers notre spécialité.

En 1896, il se présente, à Nancy, au concours de l'adjuvat et il est reçu premier. Il remplit ses fonctions de médecin adjoint à Fains d'abord, puis à Montdevergues et à Bassens. Devenu médecin en chef, il débute à l'asile d'Aix; à l'heure actuelle, il est médecin en chef directeur de l'asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

M. Levet a publié un certain nombre de travaux très intéressants. Citons d'abord sa thèse de doctorat, faite à la Salpêtrière en 1894 et intitulée : *Contribution à l'étude clinique de la claudication intermittente par artérite syphilitique des membres inférieurs.*

Nous trouvons ensuite une *note sur un cas d'idiotie*, et l'*observation d'un cas fruste de maladie de Parkinson.*

Alors qu'il était médecin-adjoint de l'asile de Bassens, M. Levet a écrit, en collaboration avec M. le Dr Dumaz, une étude des plus intéressantes sur *Les aliénés par alcoolisme en Savoie.* Comparant l'accroissement constant des débits et la consommation des boissons spiritueuses en Savoie avec le chiffre des admissions à l'asile, M. Levet s'exprime ainsi :

« La consommation alcoolique en vins a subi une progression croissante, mais non comparable à celle qu'a subie la consommation en spiritueux. Cette consommation alcoolique en vins ne paraît pas être proportionnellement superposable, comme chiffres, aux mouvements d'admission, de sortie ou de décès des aliénés.

« Il n'en est pas de même de la consommation alcoolique en spiritueux, c'est-à-dire en eaux-de-vie, liqueurs, absinthe. Ici, les chiffres sont proportionnellement suffisamment coïncidants aux chiffres des admissions, les uns et les autres diminuant ou augmentant dans les mêmes périodes ; les gros écarts entre les chiffres d'une

©BIUM

période à l'autre se retrouvant dans les deux mouvements. Il y a lieu de signaler la progression terrible dans la consommation de l'absinthe que reproduit le tableau suivant :

Consommation de l'absinthe en Savoie.

De 1863 à 1873.	De 1873 à 1883.	De 1883 à 1893.	De 1893 à 1903
706 hect.	721 hect.	1.933 hect.	4.759 hect.

« En quarante ans, la consommation annuelle de l'absinthe est passée de 78 hectolitres (en 1864) à 507 hectolitres (en 1903). Elle a plus que sextuplé, on retrouve la même proportion (sextuple) dans la consommation décennale.

« Il n'y a pas lieu d'imputer à une population plus élevée du département l'accroissement considérable de la consommation alcoolique en Savoie, car la population a diminué dans des proportions considérables (8.500 unités en dix ans). »

Après avoir étudié de la même façon la progression de l'alcoolisme dans la Haute-Savoie, M. Levet est conduit à formuler les conclusions suivantes :

« La conclusion de ce rapport est la constatation certaine que l'alcoolisme augmente dans des proportions considérables en Savoie et en Haute-Savoie. Parallèlement, le nombre des aliénés à assister augmente et les formes d'aliénation s'aggravent.

« Pour l'asile, il en résulte :

« 1° Une plus grande mortalité ;

« 2° Une diminution du nombre d'aliénés dont la main-d'œuvre peut être utilisée dans l'asile ;

« 3° Un accroissement des dépenses d'entretien ;

« 4° Une augmentation du prix de journée ;

« 5° La nécessité de substituer les moyens mécaniques au travail manuel dans les services généraux. »

Etant donné l'intérêt que j'ai toujours porté à l'enseignement professionnel du personnel secondaire des asiles, il m'est particulièrement agréable de signaler un opuscule d'une soixantaine de pages, dans lequel M. Levet a réuni des conférences faites à l'asile de

©BIUM

Bassens aux infirmiers et aux infirmières, sur les soins à donner aux aliénés.

Dans la Seine, où depuis fort longtemps l'enseignement a été organisé sur le modèle des hôpitaux, il y a seulement deux années qu'à la suite des réclamations incessantes des chefs de service, et grâce à l'initiative de la *Société médicale des asiles*, l'autorité supérieure a décidé la création d'un cours spécial de soins à donner aux aliénés, cours dont il serait oiseux de démontrer l'incontestable utilité dans des établissements destinés au traitement des maladies mentales.

Les conférences de M. Levet ont eu lieu en 1903. C'est une des premières tentatives faites en province pour éduquer et moraliser le personnel. C'est en même temps, présenté sous une forme claire et intéressante, avec une absolue conscience, le résumé des connaissances indispensables à ceux qui veulent se consacrer à l'assistance des aliénés.

J'arrête ici l'énumération des travaux de M. le Dr Levet. La Société médico-psychologique tiendra certainement à se l'attacher à titre de membre correspondant.

M. Levet est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre précédente séance vous avez nommé une Commission composée de MM. Moreau (de Tours), Vallon et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr Lopès Martin, professeur à l'Ecole de médecine de Porto (Portugal), qui sollicite l'honneur de faire partie de notre Compagnie en qualité de membre associé étranger.

Le Dr Joao Lopès de Silva Martin Junior nous a fait parvenir à l'appui de sa candidature quelques-uns de ses travaux les plus importants. Tout d'abord sa thèse inaugurale sur l'hystérie et ses localisations motrices (Etude de séméiologie), soutenue en 1888 à l'Université de Porto. La première partie est consacrée à la névrose. Dans une introduction de clinique générale, l'auteur étudie les éléments étiologiques : l'hérédité similaire ou homologue et l'hérédité dissimilaire ou hérédité de transformation ; puis les éléments symptomatiques eux-mêmes, les stigmates de l'hystérie : l'hé-

©BIUM

mianesthésie, la dyschromatopsie, l'anesthésie pharyngée, les zones hystérogènes, la boule hystérique, la contracture, le mutisme. Ces principaux éléments symptomatiques ainsi étudiés, l'auteur aborde ensuite la deuxième partie de son travail sur les localisations hystéro-motrices : l'hyperkinésie : contractures, convulsions; l'akinésie : paralysie, monoplégie, hémiplégie, paraplégie hystériques. La troisième partie de la thèse est consacrée à la clinique et renferme des observations de l'auteur recueillies à l'infirmerie de la Clinique médicale de Porto.

Quelques années plus tard, en 1895, le Dr Lopès Martin présente à la Faculté de Porto sa dissertation de concours (Dissertçao de Concurso) ayant pour sujet : Les épileptiques au point de vue de la médecine légale. L'épileptique, dit l'auteur dans son Introduction, offre dans ses relations avec le milieu social des sujets d'étude d'un notable intérêt pratique. A l'examen des conditions d'ordre émotif et d'ordre intellectuel de sa personnalité, en relation avec la vie collective, se rattachent, par ce fait même, des séries d'investigation de première importance d'où dérivent des questions complexes nombreuses, tant dans le champ de la physiopsychologie morbide, que dans le champ de la médecine publique et surtout de la médecine légale. Le premier chapitre renferme des généralités sur la vie mentale dans l'épilepsie ; l'état mental habituel des épileptiques. Ensuite, un paragraphe important est consacré aux perturbations psychiques en relation directe avec les paroxysmes comitiaux somatiques, et ce paragraphe renferme de nombreuses observations. Telle l'observation d'un homme de quarante-huit ans, névropathe héréditaire, d'une constitution débile, ayant des stigmates physiques de dégénérescence, présentant des paroxysmes convulsifs généralisés dans ses attaques de haut mal, et ayant des hallucinations prémonitoires en relation immédiate avec les attaques. Une autre observation concerne un homme de trente ans, ayant des attaques convulsives généralisées et de l'automatisme ambulatoire. L'auteur, médecin dans l'armée portugaise, a observé, à l'Hôpital militaire de Lisbonne, plusieurs cas de manifestations psychiques paroxystiques

©BIUM

dans l'épilepsie : notamment un soldat d'infanterie, âgé de vingt et un ans, qui, à la suite d'*absences épileptiques*, avait abandonné, par deux fois, la caserne et fait une tentative de suicide. Après ces observations, on trouve dans un quatrième paragraphe des considérations sur la dégénérescence psychique et la démence épileptique. La deuxième partie de l'ouvrage a pour sujet la médecine légale de l'épileptique ; en premier lieu, le diagnostic du délit comitial, puis l'épilepsie devant la loi, et l'auteur fait la distinction entre l'impulsion criminelle, l'obsession des dégénérés de M. Magnan et l'accès meurtrier de l'épileptique en état de mal.

L'année suivante, en 1896, M. Lopès Martin, chirurgien de l'armée portugaise, fut délégué par le gouvernement du Portugal pour représenter la section de médecine militaire au Congrès international d'hygiène et de démographie de Budapest. Il publia une relation très intéressante de ce Congrès formant un volume de plus de 300 pages.

Enfin le discours inaugural de M. Lopès Martin, lors de son professorat de l'année 1904-1905 à la Faculté médico-chirurgicale de Porto, sur l'orientation nouvelle en biologie, est une revue très documentée des acquisitions nouvelles de la méthode expémentale.

J'aurais voulu, Messieurs, mieux que par une sèche énumération de quelques-uns de ses travaux, vous faire apprécier la valeur scientifique de M. Lopès Martin, et mettre sous vos yeux une analyse plus complète de ses recherches cliniques et de ses opinions médico-légales; j'aurais voulu vous faire entendre ce discours inaugural sur l'orientation nouvelle de la Biologie, modèle d'éloquence scientifique ;... mais, traduire, c'est parfois trahir.

Aux siècles passés, les valeureux enfants de la Lusitanie, à l'étroit sur leur grève, s'élançaient courageusement dans l'inconnu des mers inexplorées. Aujourd'hui leurs descendants font preuve d'une ardeur aussi grande en se consacrant à la science et à l'humanité. C'est la devise qui termine le discours de M. le Professeur Lopès Martin : « *A dedicaçao pela Sciencia e pela Humanidade* ». Sur ces mots, je termine aussi mon

©BIUM

rapport, et je vous propose, Messieurs, au nom de votre Commission, de décerner à M. le Professeur Lopès Martin le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Lopès Martin est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. VIGOUROUX. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, Toulouse, Vigouroux, rapporteur, chargée d'examiner la candidature du Dr Schmiergeld, de Lodz, qui a demandé à faire partie de notre Société au titre de membre associé étranger.

Le Dr Schmiergeld a fait ses études médicales à la Faculté de médecine de Paris. Pendant trois ans, il a été externe des hôpitaux. Il a étudié la neurologie chez MM. les professeurs Dejerine et Raymond, et la psychiatrie chez le Dr Magnan.

Parmi ses publications, je relève :

1° *Un cas de paraplégie flasque des membres inférieurs d'un diagnostic difficile* (en collaboration avec le Dr Oppert). Soc. de Neurol., 7 février 1907;

2° *Poliomyélite antérieure aiguë de l'adolescence à type d'hémiplégie spinale croisée* (en collaboration avec le Dr Léponne). Soc. de Neurol., 11 avril 1907;

3° *Un cas de poliomyélite aiguë chez un adolescent de seize ans.* Gazette médicale de Saint-Pétersbourg, 1907, 8 (en russe);

4° *De la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte.* Gazette médicale de Saint-Pétersbourg (en russe), 1907, 13;

5° Thèse de doctorat : *Etude sur la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte*, dans laquelle, se basant sur treize observations personnelles, il a donné une description de la maladie.

Au point de vue clinique, il a décrit quatre formes de cette affection : *a*) la poliomyélite simple, dans laquelle on n'observe que des phénomènes médullaires ; *b*) la polio-encéphalomyélite, dans laquelle aux symptômes médullaires s'ajoutent des troubles du côté du cerveau (aphasie, paralysies des nerfs craniens, etc.) ; *c*) la poliomyélite ascendante aiguë, dans laquelle le tableau clinique est celui de la maladie de Landry et, enfin,

©BIUM

d) la poliomyélite associée à la polynévrite ; il a montré dans ce travail que les méninges sont également atteintes par le processus toxi-infectieux, ce qui, du vivant du malade, se manifeste par la présence des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien, surtout au début de la maladie, et que les muscles subissant l'atrophie ont assez souvent une distribution radiculaire.

Cette thèse fut récompensée par la Faculté (mention honorable);

6° *Un cas d'érythromélalgie*. Revue de Médecine de Moscou, 1907, 10 (en russe);

7° *Deux tumeurs de l'hypophyse* (en collaboration avec le Dr Alquier). L'Encéphale, 1907, 5.

L'étude histologique de deux tumeurs de l'hypophyse, pesant environ 8 grammes chacune, leur a permis de déduire des conclusions concernant le fonctionnement de cette glande. Dans le premier cas, il s'agissait d'une hyperplasie des cellules éosinophiles et d'une exagération de la sécrétion colloïde sans aucun phénomène de dégénérescence ni dans le stroma, ni dans les cellules glandulaires. Dans le deuxième cas, les cellules éosinophiles étaient moins nombreuses et plus petites, la substance colloïde moins abondante ; les éléments basophiles, par contre, avaient subi une augmentation considérable. Dans le premier cas, il s'agit probablement d'un processus d'hyperfonctionnement et, dans le deuxième, d'hypofonctionnement. Fait intéressant à noter, la première hypophyse provenait d'une acromégalique, la seconde était une trouvaille d'autopsie;

8° *Les glandes à sécrétion interne dans la paralysie générale*. L'Encéphale, novembre 1907. Sur cinq cas examinés, il a trouvé dans quatre des lésions anciennes des glandes vasculaires sanguines (sclérose, hémorragies, atrophie, etc.). Les glandes du cinquième paralytique ne présentèrent rien d'anormal. En prenant en considération que ce dernier a vécu le plus longtemps après l'apparition des premiers symptômes de la maladie, il se demande si les lésions des glandes à sécrétion interne n'ont pas une influence sur l'évolution de la paralysie générale;

9° *La pathogénie des maladies mentales*. Gazette

©BIUM

médicale de Saint-Pétersbourg, 1907, 27 (en russe). En passant en revue les causes qui provoquent les maladies mentales : infections, intoxications, tumeurs, etc., il insiste sur le fait que les troubles mentaux n'ont pas toujours une origine toxi-infectieuse ou, plus généralement parlé, organique, comme on tend à l'admettre de plus en plus. Les phénomènes psychiques (chagrin, émotions et autres) devront toujours compter parmi les facteurs étiologiques des vésanies. Ainsi, chez les individus présentant une insuffisance fonctionnelle du cerveau (les dégénérés débiles, par exemple), on peut observer, sous l'influence des affections ou des fausses interprétations, des délires qui disparaissent rapidement sous l'influence de la simple persuasion. Dans ces cas, il est difficile d'admettre l'intervention d'un facteur organique, toxi-infectieux ou autre;

10° *Delirium tremens et méningo-encéphalite se développant consécutivement à un traumatisme léger*. Gazette médicale de Saint-Pétersbourg, 1908, 15 (en russe).

Il s'agit d'un ouvrier maçon ayant des habitudes alcooliques, qui, durant son travail, reçoit à deux reprises de petits morceaux de plâtre sur la tête. Bientôt après cet accident insignifiant, il présente un accès de délire alcoolique et un peu plus tard on constate chez lui une méningo-encéphalite. Ce cas présente un intérêt au point de vue du diagnostic (paralysie générale ou pseudo-paralysie générale ?) et au point de vue médico-légal. Prenant en considération d'une part que le malade accusait des symptômes d'alcoolisme chronique déjà avant l'accident, d'autre part que même un léger traumatisme peut être cause de complications importantes quand il s'agit d'un organisme affaibli par une intoxication chronique, il conclut à un « *dédommagement* » partiel;

11° *La méthode psycho-analytique et les Abwehr-Neuropsychosen de Freud* (en collaboration avec le Dr Provotelle). Société de Neurologie, le 4 juillet 1907;

12° *La méthode psycho-analytique et les Abwehr-Neuropsychosen de Freud* (en collaboration avec le Dr Provotelle). Journal de Neurologie, Bruxelles, 5 et 20 avril 1908.

Revue critique de la conception de Freud. Tout en

©BIUM

admettant que dans certains cas la théorie de l'auteur viennois se trouve justifiée, ils ne croient pas qu'elle puisse être appliquée à tous les cas groupés par Freud sous le nom de « Abwehr-Neuropsychosen » (psychonévroses de défense). Ils apportent, dans la deuxième partie du travail, cinq observations personnelles dans lesquelles les troubles mentaux avaient une relation étroite avec la vie sexuelle des malades. La psychoanalyse, en éclaircissant la pathogenèse des symptômes, a provoqué en même temps leur disparition;

13° *La résistance globulaire et le pouvoir hémolytique du sérum chez les épileptiques* (en collaboration avec les Drs H. Claude et A. Blanchetière). L'Encéphale, mars 1908.

Conclusions : La résistance globulaire du sang et le pouvoir hémolytique du sérum des épileptiques ne présentent rien de spécifique. Ces recherches, contrairement à l'opinion de de Buck, ne peuvent être utiles pour le diagnostic de l'épilepsie.

Ces comptes rendus sommaires suffisent pour vous montrer l'activité scientifique et la valeur de notre distingué confrère.

Aussi votre Commission est-elle heureuse de proposer à votre suffrage la nomination du Dr Schmiergeld comme membre associé étranger.

M. Schmiergeld est élu membre associé étranger à l'unanimité des suffrages émis.

Un cas de mysophobie de Kraepelin,

par MM. Halberstadt et Nouet,
médecins-adjoints des asiles.

Le terme de mysophobie est différemment employé par les auteurs. Tandis que Pitres et Régis décrivent sous ce nom la phobie des poussières, Kraepelin entend par ce terme la peur de la malpropreté en général.

Ce dernier auteur semble d'ailleurs vouloir attribuer à la mysophobie ainsi entendue une place à part dans le groupe des phobies. Ayant eu l'occasion de soigner une malade répondant à ce type clinique, nous nous sommes permis de venir en entretenir la Société.

©BIUM

Juliette X..., née en 1883.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père du côté paternel était alcoolique. Le père de la malade est un ancien professeur de l'Université, très instruit, s'occupant beaucoup de psychologie et même, d'une façon toute théorique d'ailleurs, de psychiatrie. Il présente des phobies. C'est ainsi qu'il nous a déclaré lui-même qu'il se croyait atteint de la folie du doute. Il nous est impossible d'insister davantage sur l'état mental du père de la malade. Sa mère est une personne nerveuse et émotive. Plusieurs de ses tantes sont atteintes de stigmates mentaux de dégénérescence (phobies multiples). Une sœur de la malade paraît normale, mais d'intelligence très moyenne.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Juliette X... fut, jusqu'à seize ans, une enfant normale. Elle fit d'excellentes études.

A quatorze ans, elle obtint le certificat d'études primaires supérieures, et à seize ans le brevet supérieur. Son père nous a déclaré qu'elle se signalait déjà par des scrupules exagérés. C'est ainsi, par exemple, qu'elle ne consentait jamais à se faire aider dans la rédaction de ses devoirs. Mais, en somme, aucun signe pathologique n'avait été remarqué par son entourage.

A seize ans, elle présenta une otite suppurée avec perforation du tympan, accompagnée d'une angine grave. A ce moment, le médecin qui la soignait déclara, devant elle, qu'elle pouvait en devenir « folle », ce qui la frappa beaucoup.

C'est à partir de cette époque que les troubles mentaux commencèrent à se développer. Tels sont du moins les renseignements qui nous ont été fournis par son père. Quoi qu'il en soit, il est certain que le début de la maladie fut insidieux. Ce furent d'abord des doutes et des scrupules continuels, au sujet de la carrière que son père voulait lui faire embrasser. Il désirait notamment la faire entrer dans l'enseignement et la voir préparer le concours de l'Ecole de Sèvres. Ses études furent d'abord très satisfaisantes; mais bientôt elles se ressentirent des doutes, des hésitations dont la malade était continuellement assaillie. Tantôt elle voulait se consacrer aux lettres, tantôt aux sciences et trouvait d'excellentes raisons en faveur de ces deux spécialités. Les lettres convenaient davantage à la tournure de son esprit; son père aurait préféré qu'elle s'adonnât aux sciences, ce qu'elle se décida finalement à faire. Mais alors survinrent de nouveaux scrupules.

Juliette X..., qui était très religieuse, craignait que l'étude des sciences n'ébranlât sa foi. Elle passait ses journées à comparer les théories religieuses avec les idées scientifiques.

Finalement elle abandonna complètement ses études et rentra dans sa famille.

©BIUM

C'est à cette époque, en 1903, que les parents de la malade remarquèrent dans son attitude certaines bizarreries. Elle se lavait les mains un nombre incalculable de fois par jour, consacrait plusieurs heures à sa toilette du matin, émettait des appréhensions puériles dont nous allons rapporter quelques exemples : c'est ainsi qu'un jour, étant à table, elle examinait sa serviette « pour voir si le feu n'avait pas pris dedans » ; « une allumette, disait-elle, aurait pu y tomber, sans qu'elle y prêtât attention ».

Une autre fois, après une promenade, elle émettait l'appréhension d'être devenue enceinte. Un homme, disait-elle, avait passé tout près d'elle. Or, cet homme pouvait avoir eu à ce moment une perte séminale et un spermatozoïde avait pu remonter du sol, jusque dans les parties génitales. Elle expliquait à ses parents que ce qui était vrai pour les fleurs pouvait aussi l'être exceptionnellement pour les êtres humains.

Avec le temps, ces bizarreries devinrent de plus en plus nombreuses et plus nettement pathologiques. Juliette X... allait s'assurer plusieurs fois par nuit si la porte de la maison était verrouillée. Au cours d'une promenade, il lui arriva plusieurs fois de déclarer qu'il y avait le feu à la maison, car elle avait peut-être allumé un incendie avant de sortir.

Toutes ces appréhensions n'étaient que peu de chose à côté de celles relatives à sa santé qui devaient dominer bientôt tout le tableau morbide.

A ce moment, elle avait lu de nombreux ouvrages de vulgarisation scientifique et avait été vivement frappée du rôle joué par les infiniment petits dans la genèse des maladies. Elle commença par craindre que son entourage ne soit contaminé par le bacille de Koch et voulut obliger ses parents à désinfecter fréquemment leurs vêtements à l'eau phéniquée. Puis ce fut la crainte de contracter d'autres maladies infectieuses. Le moindre bouton, sur la peau, était pour elle le signe prémonitoire d'une fièvre éruptive (variole, scarlatine, etc.).

La moindre angine était un début de diphtérie. Ayant eu une verrue sur une main, elle craignait de voir son corps recouvert de ces excroissances. Elle passait un temps infini à s'observer, et déjà à ce moment se manifestait une certaine tendance hypocondriaque, peu prononcée d'ailleurs.

Tous ces troubles finirent par créer chez Juliette X... un état mental qui rendait impossible sa vie dans la famille. La journée entière se passait en lamentations sur les maladies dont elle portait les germes et qu'elle redoutait non seulement pour elle, mais encore pour son entourage. Elle ne pouvait toucher aucun objet sans immédiatement se laver les mains avec une solution antiseptique. Elle poussait la bizarrerie jusqu'à se laver le

©BIUM

corps avant et après le bain. Bientôt tout son entourage dut subir ses habitudes tyranniques, notamment en ce qui concernait la préparation des mets. C'est ainsi, par exemple, qu'elle ne voulait pas manger d'œufs, craignant qu'ils ne fussent pondus par des poules tuberculeuses. Il est inutile d'ajouter qu'elle ne se livrait à aucun travail, passait ses journées dans l'attente des maux qui allaient s'abattre sur elle et dans la recherche des mesures à prendre pour les éviter.

L'internement s'imposait et, le 13 janvier 1904, la malade entrait à l'asile.

Examen de la malade. — Depuis son entrée à l'asile l'état du sujet est resté sensiblement stationnaire. Nous allons le décrire tel que nous l'avons observé en 1908.

Juliette X... est une jeune fille de taille moyenne, bien constituée, sans aucun signe physique de dégénérescence, si ce n'est un prognathisme du maxillaire inférieur assez prononcé. Il n'existe pas de troubles objectifs du côté de ses différents appareils. Pas de stigmates d'hystérie. La menstruation est régulière; notons toutefois qu'au début de sa maladie, les règles furent interrompues pendant deux années. A la même époque, la malade présentait une constipation tenace.

Passons à l'examen de son état mental. Le fond mental de Juliette X... est celui d'une personne très intelligente. C'est une jeune fille remarquablement instruite, ayant acquis beaucoup de connaissances par la lecture et capable de soutenir avec aisance une conversation sur les sujets les plus variés. La mémoire est intacte, l'orientation dans le temps et l'espace est normale, il n'existe pas de troubles sensoriels.

Le tableau morbide que présente la malade est constitué essentiellement par la peur obsédante de se salir, de contracter une maladie et de la communiquer à d'autres personnes. Autour de ce symptôme principal se groupent plusieurs symptômes accessoires que nous décrirons plus loin.

C'est la contamination microbienne que la malade redoute le plus. Elle prend continuellement des précautions pour l'éviter. La diphtérie, la tuberculose et même le cancer sont les affections qu'elle craint surtout de contracter. Supposant que, grâce à des mesures de propreté, elle peut arriver à les éviter, elle passe ses journées à rechercher les moyens de défense les plus divers. Ses parents viennent-ils la voir, elle les oblige à se laver les lèvres à l'eau phéniquée avant de se laisser embrasser. Quand elle prend un porte-plume elle a soin de l'entourer d'un morceau de papier, craignant de se salir les mains. Ce porte-plume a pu, dit-elle, servir à une malade atteinte d'un cancer et décédée il y a plusieurs années. Ce fait suffirait pour qu'elle devienne, à son tour, cancéreuse. Dès

©BIUM

qu'elle apprend qu'une malade, placée dans un quartier voisin, présente un peu de fièvre, des inquiétudes naissent aussitôt dans son esprit à ce sujet. Elle redoute la typhoïde, la scarlatine, etc., etc.

Un jour que ses parents lui apportaient un vieux livre, ayant appartenu à sa grand'mère, elle refusa de le prendre en main, s'étant subitement rappelé qu'il y avait eu, vers 1850, une épidémie de choléra dans la ville habitée par cette parente. Tout récemment, la malade refusa pendant plusieurs jours de se présenter à la garde-robe, craignant de se souiller. Un jour elle écrivit à un médecin pour le prier de ne plus recevoir ses parents dans ses appartements particuliers alors que l'un de ses enfants était malade. Juliette X... avait peur de contracter une maladie infectieuse, ses parents devant venir la voir après la visite rendue à ce médecin.

Nous pourrions multiplier les exemples ; nous nous en tiendrons là, car il nous faut décrire les préoccupations hypocondriaques multiples de la malade, qui viennent en quelque sorte entretenir et renforcer cet état phobique.

A maintes reprises, Juliette X... s'est plainte à nous de maladies imaginaires qu'un examen des plus minutieux n'a pas permis de déceler. Un jour, elle s'imagina être atteinte d'une angine, et, plusieurs fois à la visite, nous pria de lui examiner la gorge. Elle ressentait, disait-elle, des fourmillements et de la difficulté à avaler. C'était déjà, pensait-elle, un début de diphtérie.

Une autre fois, elle nous déclara avoir de la fièvre. Elle ressentait un malaise général, quelques maux de tête et des frissons. Déjà la malade redoutait les maladies infectieuses les plus variées. La température axillaire était cependant normale. Récemment, elle croyait avoir un début de rougeole, ayant constaté sur son corps l'existence de quelques boutons.

A côté de ces symptômes primordiaux, Juliette X... présente encore d'autres phénomènes dégénératifs. C'est ainsi qu'elle est atteinte au plus haut point de ce qu'on a appelé la folie du doute. Un point intéressant à signaler, est l'orientation toute spéciale de ses hésitations : elle se demande si elle n'a pas commis un acte pouvant avoir des conséquences fâcheuses pour elle et pour les autres. C'est ainsi, par exemple, que, revenant d'une promenade aux environs de l'asile, elle nous déclarait qu'elle n'était pas bien sûre de n'avoir pas dérangé, en marchant, les rails du chemin de fer. Cela déterminerait inévitablement une catastrophe.

A différentes reprises, Juliette X... a alarmé son entourage en prétendant qu'elle croyait avoir mis le feu dans une pièce où elle venait de séjourner. Ces faits étaient, bien entendu, com-

©BIUM

plètement erronés. La manifestation la plus caractéristique de cet état de doute est peut-être la suivante : Notre malade se demande à chaque instant si oui ou non elle n'a pas touché quelque chose de malpropre. Elle s'est demandé à différentes reprises si elle n'avait pas porté la main aux parties génitales d'autres personnes. En se promenant dans la cour, il y a quelques instants, n'a-t-elle pas touché un objet malpropre avec les mains ou avec le bas de sa jupe ? Ces doutes continuels alimentent d'ailleurs la mysophobie. Juliette X... se demande en effet : « Ai-je ou n'ai-je pas touché un objet malpropre ? » La réponse à cette question est pour elle d'une grande importance, non seulement parce qu'elle est atteinte de la folie du doute, mais encore parce qu'elle est mysophobe.

Sous l'influence de ces troubles, un état mental particulier s'est finalement établi chez notre malade. Elle est généralement triste, mais parle volontiers et recherche les conversations avec les médecins pour leur soumettre les doutes dont elle est constamment obsédée. Elle vit dans une attente anxieuse continuelle des maladies dont elle ressent d'ailleurs, dit-elle, les premiers symptômes. Elle se demande toujours si elle a pris les précautions voulues pour éviter une contagion qui serait néfaste, non seulement pour elle, mais aussi pour tous les habitants de l'asile. D'autre part, elle passe son temps à se laver les mains, à brosser ses vêtements, à imaginer mille combinaisons pour échapper aux contacts malpropres. Nous avons à peine besoin de dire qu'elle possède à table un couvert spécial et qu'elle nettoie ses assiettes et son verre, vingt fois avant d'en faire usage.

Le tableau clinique de notre malade serait incomplet si nous omettions de mentionner certains doutes d'ordre métaphysique. M^lle^ X... a été élevée par un père libre-penseur ; mais son esprit incline de plus en plus vers la religion. Ces questions la préoccupent constamment, en raison des connaissances philosophiques qu'elle a acquises au cours de ses études. D'autre part, elle doute jusque dans ses croyances religieuses et se demande si réellement elle a la foi.

Notons enfin que cet état est continu et ne s'accompagne pas de paroxysmes.

Quelles sont, en résumé, les particularités de l'observation que nous venons de présenter ? Nous nous trouvons, en somme, en présence d'une malade, dégénérée supérieure, héréditaire, n'ayant pas de déficit intellectuel et dont l'esprit est continuellement préoccupé par la peur morbide de la malpropreté. Il s'agit là d'une

©BIUM

variété de phobie présentant d'importantes particularités sur lesquelles nous devons insister.

Alors que les phobies sont généralement des phénomènes absurdes, non motivés, dont l'absurdité n'échappe pas au malade lui-même, dans le cas présent il s'agit d'une phobie basée sur un raisonnement ayant une apparence de logique.

D'autre part, la phobie, chez notre malade, est entretenue par des préoccupations hypocondriaques nombreuses et par ce qu'on a appelé la folie du doute.

Signalons enfin l'absence de paroxysmes. Nous nous sommes demandé, et c'est d'ailleurs le seul diagnostic que l'on doive discuter ici, si notre malade n'était pas atteinte de cette affection que Kraepelin a décrite sous le nom de « névrose de l'attente ». On sait que cette maladie bien particulière consiste essentiellement en un état d'attente anxieuse d'un événement pénible. Mais notre sujet présente, si on analyse son observation en détail, des troubles morbides multiples dont la mysophobie est le principal. Dans la névose d'attente, au contraire, il s'agit d'un trouble absolument unique chez des sujets normaux par ailleurs. Du reste, il n'est pas impossible qu'il s'agisse d'un de ces cas de transition entre les phobies et la névrose de l'attente dont Kraepelin ne nie pas l'existence.

Depuis que Magnan a décrit d'une façon précise et scientifique les troubles mentaux propres aux dégénérés, on ne doit plus s'étonner de rencontrer chez ces malades des formes atypiques, mais qui toutes sont marquées au coin du déséquilibre profond des facultés intellectuelles.

Ce sont ces idées de Magnan qui nous permettront de comprendre le cas un peu complexe que nous présentons à la Société. Comme il l'a bien dit, en effet : « Chez le dégénéré, toutes les déformations de l'activité psychique: inégalité du caractère, écarts du sens moral, lacunes de l'intelligence et défaillance de la volonté, se nuancent à l'infini. Chaque dégénéré apporte sa pierre à l'édifice commun. »

Discussion.

M. Arnaud. — Je ne crois pas que l'on puisse trouver de caractères vraiment spéciaux à des malades

©BIUM

comme celui de M. Halberstadt. Ils présentent, en effet, tous les traits caractéristiques des états obsédants quels qu'ils soient. Il n'y a pas lieu de s'étonner de cette alliance de la « folie du doute » avec un état hypocondriaque. Dans ces états de doute associés à du délire du toucher, aussi bien que dans tous les autres états obsédants, les troubles psychologiques sont toujours complexes, et l'on peut dire que les préoccupations hypocondriaques sont constantes.

Il n'y a donc pas là de caractère spécial justifiant la création d'une nouvelle catégorie. C'est un cas de nosophobie, tels qu'ils ont été décrits depuis longtemps par les auteurs français. Actuellement, à l'époque où, en ce qui concerne les obsessions, un travail de synthèse est fait par les auteurs, j'estime qu'il serait inopportun de substituer à ce travail de synthèse un travail d'analyse, et de reconstituer les anciennes monophobies à l'aide desquelles a été cliniquement établie la grande classe des obsessions.

M. Briand fait remarquer qu'il est rare de voir les malades présenter une seule phobie et que, le plus souvent, on rencontre plusieurs obsessions associées. Il rapporte un cas de ce genre.

M. Halberstadt insiste sur ce fait, que la malade dont il a rapporté l'observation ne présentait qu'une seule phobie alimentée par des idées hypocondriaques basées sur des théories microbiennes. Il y a là presque un état délirant.

De l'origine périphérique de certains délires (Cénesthésie et Somatisme),

par M. Lucien Picqué.

A l'occasion de ma récente communication sur le traitement d'un délire systématisé chronique par la chirurgie, une intéressante discussion s'est élevée au sein de notre Société.

Ceux de nos collègues qui y ont pris part y ont manifestement revendiqué pour le cerveau l'origine prépondérante du délire. Quelques-uns, particulièrement Dupré et Deny, se sont élevés contre l'origine

©BIUM

somatique de certains délires et ont semblé rejeter d'une façon absolue dans ces cas le principe même des interventions périphériques.

Aussi, vous me permettrez, Messieurs, de venir à cette tribune pour défendre devant vous la doctrine de l'origine périphérique de certains délires qui est liée si intimement à l'avenir de la chirurgie des aliénés, de vous rappeler pourquoi cette doctrine a été surtout combattue depuis un siècle et de vous montrer qu'à l'heure actuelle on peut lui fournir utilement un appui clinique et lui apporter en outre le contrôle de la chirurgie.

S'il s'est produit entre moi et ceux de mes collègues qui ont pris part à la discussion des divergences importantes, celles-ci tiennent à ce que la question n'a peut-être pas été posée sur son véritable terrain. Je crois d'ailleurs que celles-ci ne sont pas radicales et qu'il s'agit surtout de malentendus qu'il me sera facile de dissiper.

Dans une *discussion antérieure*, soulevée par une communication de Deny sur le rôle de la cénesthésie, notre collègue Vallon insistait sur ce fait que ce qui crée le délire, c'est le cerveau.

Le cerveau est bien évidemment le domaine de la folie. Mais celui-ci peut-il le créer sous l'influence d'une cause périphérique? Toute la question est là.

Déjà dans certaines infections, l'influence de la cause périphérique n'est pas douteuse. Dans le délire du pneumonique le siège est dans le cerveau, mais l'origine est au poumon. Le délire du brightique a son origine au rein. Ce sont là en vérité des *délires transitoires*, mais n'est-on pas en droit de se demander si la même influence périphérique peut être invoquée pour les délires permanents et en dehors de l'infection aiguë ?

C'est le problème qui est en discussion à l'heure actuelle au sujet de l'hypocondrie. Dans de nombreux cas d'hypocondrie il n'est pas douteux que le cerveau crée le délire hypocondriaque, c'est l'hypocondrie essentielle. En existe-t-il où ce même délire naisse sous l'influence d'une cause périphérique et où l'hypocondrie devient symptomatique ?

Dans la discussion à laquelle je faisais allusion,

©BIUM

M. Arnaud admet que dans tous les cas d'hypocondrie avec ou sans lésion périphérique, c'est toujours l'état mental qui crée l'hypocondrie.

La question mérite d'être précisée.

Il faut, certes, un terrain de prédisposition et un terrain spécial pour engendrer un délire, quelle qu'en soit l'origine. M. Arnaud a raison de dire que ceux qu'il a vus avaient un tempérament hypocondriaque avant de délirer.

« Ne délire pas qui veut » est un aphorisme devenu banal. Ma malade, au serpent, possédait au plus haut degré ce tempérament hypocondriaque pendant les sept années qu'elle n'a pas déliré.

Mais la reconnaissance de cette prédisposition ne saurait trancher la question de la subordination du trouble mental à la lésion somatique.

Notre collègue affirme bien que jamais la lésion périphérique ne peut déterminer l'existence d'un délire hypocondriaque, même chez un prédisposé, et cependant il reconnaît que la lésion périphérique est susceptible d'orienter le délire.

Or, n'est-ce pas, comme nous le verrons plus loin, une concession importante à la thèse de l'hypocondrie symptomatique?

Je pense pour ma part, en m'appuyant sur des faits que j'ai observés, que la lésion somatique est la graine qui fait germer le délire sur un terrain prédisposé. C'est ainsi que je désire envisager devant vous la doctrine de la subordination du trouble mental à une lésion somatique.

Si l'on remonte dans l'histoire, on reconnaît que l'origine somatique de certains délires a eu de tout temps des partisans. Parmi les plus célèbres, nous devons citer Galien, dont les doctrines survécurent pendant une longue série de siècles.

Plus près de nous, au XIX^e^ siècle, nous voyons apparaître la doctrine de la folie sympathique, qui fut en 1857, au sein de notre Société, l'objet d'une discussion mémorable.

Un long silence se fit depuis sur cette question, et ce n'est que depuis peu qu'elle a reparu, bien modifiée d'ailleurs, sous la dénomination d'hypocondrie symp-

©BIUM

tomatique, sur laquelle Vollenberg au Congrès des naturalistes allemands et Roy au Congrès de Rennes viennent de publier des rapports importants.

La comparaison n'a rien d'exagéré. Certes, les formes cliniques sont différentes dans les deux cas. Mais, dans la folie sympathique comme dans l'hypocondrie symptomatique, le principe de la subordination est à la base même de la doctrine.

Devant les attaques dont ces doctrines ont été l'objet, on peut se demander s'il est possible que tant d'hommes éminents se soient trompés depuis plus d'un siècle sur l'origine de certains délires. Or, à examiner celles-ci de près, on se rend compte pourquoi elles ont eu à la fois tant de partisans et de détracteurs et pourquoi la première d'entre elles est tombée dans un discrédit si complet.

Dans les discussions qui se sont produites à son sujet, on aperçoit en effet plutôt des tendances doctrinales et philosophiques que le souci d'une documentation scientifique irréprochable, et ces tendances s'expliquent si on se reporte au mouvement philosophique de l'époque.

Au moment même où celles-ci se sont produites, l'école spiritualiste et le subjectivisme cousinien étaient à leur déclin, le positivisme venait de faire son apparition et, quelques années plus tard, l'école psycho-physiologique allemande allait atteindre son apogée.

La publication faite en 1802 de l'ouvrage de Cabanis et qui contient ses mémoires sur les relations du physique et du moral avait coïncidé avec la grande période spiritualiste. Plus tard, la discussion de la doctrine de la folie sympathique représenta la période scientifique de la lutte entreprise en faveur des idées nouvelles.

Elle contenait la réponse aux philosophes qui refusaient aux maladies du corps toute influence sur les maladies de l'esprit. Et c'est pourquoi la doctrine ne devait pas tarder à tomber dans le discrédit, parce que, basée sur des faits scientifiques par ceux-là mêmes qui en avaient été les promoteurs, elle n'était devenue entre les mains de beaucoup qu'un instrument doctrinal.

Or, chez certains de ceux qui défendent à l'heure actuelle l'hypocondrie symptomatique, on retrouve les mêmes tendances, encore plus accusées ; à cet égard,

©BIUM

il faut bien reconnaître que Roy dans son rapport de Rennes a laissé transparaître des tendances philosophiques qui ont déformé son œuvre.

En niant l'hypocondrie essentielle, il s'est montré plutôt un doctrinaire qu'un savant impartial : il a dépassé le but, et c'est ainsi qu'il a compromis une thèse séduisante et vraie en lui enlevant, par les exagérations auxquelles il fut conduit, toute portée scientifique et toute sanction pratique.

Et pour ma part, quoique chirurgien, je n'hésite pas à repousser le don magnifique qu'il a voulu faire à la chirurgie, en proclamant que l'hypocondrie est toujours sous la dépendance d'une lésion périphérique.

Nous avons vu les raisons qui au siècle dernier avaient, à mon sens, discrédité la doctrine de la folie sympathique.

Les mêmes raisons tendent à notre époque à compromettre celle de l'hypocondrie symptomatique.

En face d'elle, nous trouvons aujourd'hui une doctrine nouvelle : celle de la cénesthésie.

Comme celle-ci ne tend rien de moins qu'à rejeter la chirurgie hors de la psychiatrie, vous me permettrez d'y insister quelques instants. Tout d'abord la cénesthésie est un terme employé par la physiologie.

A l'état normal, les sensations d'origine viscérale dues aux changements organiques sont transmises au cerveau par le grand sympathique mais y arrivent atténuées, parfois même ignorées.

Ce sont les sensations dites cénesthésiques dont le siège est cortical et dont l'ensemble constitue la cénesthésie.

Dans l'ordre pathologique, toute lésion siégeant sur un viscère innervé par le grand sympathique devra transmettre par la même voie des sensations aux centres cénesthésiques.

Mais ici la sensation, bien que réelle, sera anormale et plus ou moins grossie, quel que soit d'ailleurs l'état d'intégrité du cerveau.

Il en a été ainsi chez notre malade, où une lésion habituellement douloureuse d'hyperchlorhydrie a transmis au cerveau des sensations réelles, mais anormales, et de même chez tous les cas publiés dans lesquels

©BIUM

une lésion pathologique coïncide avec un délire zoopathique : cas de Lévy (gastrite chronique avec dilatation), cas de Mirallié et Lemaire (entéro-colite), observation de Bonnet (squirrhe de l'estomac ou des ganglions mésentériques), cas de Dagonet (ulcère de l'estomac).

Or, les partisans de la doctrine cénesthésique ne veulent tenir aucun compte de cette transmission, parce qu'à côté des cas où il existe des lésions périphériques évidentes, il en est d'autres, certes plus nombreux, où il n'existe aucune lésion somatique, au moins apparente. Ils assimilent dès lors tous les cas.

Tout en reconnaissant la fréquence des lésions organiques appréciables dans certaines formes et, spécialement le délire zoopathique, ils pensent que celles-ci à elles seules ne sauraient engendrer le délire, qu'elles ne peuvent servir qu'à l'orienter et qu'elles n'interviennent en tout cas qu'exceptionnellement dans le développement des psychoses hypocondriaques.

Les notions de la cénesthésie à l'état normal disparaissent complètement dans cette doctrine. Pour ses partisans, la cénesthésie devient un trouble primitivement cérébral qui est à la base de tous les délires ; celle-ci est pervertie dans tous les cas, qu'il y ait ou non des lésions organiques. C'est une psycho-cénesthésio-pathie.

Certes, ainsi envisagée, la pathogénie du délire devient en apparence facile : la cénesthésie est un terme commode, mais qui englobe tous les éléments du délire et supprime toute analyse.

Or, cette conception a l'inconvénient de supprimer la seule base connue, la base physiologique, de confondre tous les actes cérébraux qui aboutissent au délire et de ne conserver pour elle qu'une ingénieuse hypothèse.

Et, cependant, que la sensation cénesthésique produite dans le centre cortical soit consécutive à une sensation périphérique ou soit spontanée, comme vous l'admettez dans votre doctrine, qu'elle soit, comme dans le premier cas, réelle, ou, dans le deuxième, « sans objet », c'est-à-dire qu'elle rentre dans la définition même de l'hallucination et qu'à ce titre elle projette des sensations fausses à la périphérie, il faut bien admettre qu'en dehors d'elle et à cause d'elle, et sans être accusé de sacrifier à des

©BIUM

idées scolastiques surannées, il se forme dans le cerveau une série de phénomènes complexes et indépendants qui touchent à la formation des idées en ce qu'elles aboutissent à l'association systématique des sensations et à leur interprétation.

A l'état normal, l'activité cérébrale est le pivot de ces associations : le sujet sain interprète normalement la sensation et la rapporte à sa véritable cause ; l'hyperchlorhydrique à cerveau normal sait rapporter celle-ci aux douleurs qu'il éprouve.

Chez l'aliéné, le cerveau interprète cette sensation réelle et semblable dans les deux cas, d'une façon anomale ou pathologique, parce que son activité cérébrale est troublée.

Chez lui cette association est délirante, et c'est ce qui en fait un aliéné.

Le malade se croit alors possédé par un serpent.

Avec l'interprétation de la sensation, avec les opérations intellectuelles qui sont la conséquence de celle-ci, nous sommes en présence d'un problème de psychologie morbide bien distinct de la transmission et de la réception et même du trouble de la cénesthésie tel que vous le comprenez : mais je tiens à spécifier que cette manière d'envisager les faits ne saurait impliquer de ma part aucune préoccupation doctrinale.

A notre époque, la psychologie normale est absorbée tout entière dans la physiologie ; l'activité cérébrale, qui préside à toutes les opérations de l'intelligence, est considérée à notre époque comme liée à des phénomènes physiologiques dont quelques-uns ont été l'objet de travaux justement célèbres.

D'autre part, la psychologie morbide est absorbée elle-même dans la pathologie.

Chez l'aliéné, l'activité cérébrale est troublée et ce trouble entraîne une altération des opérations intellectuelles.

A sa base, existe, d'après la doctrine actuelle, des troubles pathologiques (morphologiques ou dynamiques) qui échappent encore à nos moyens d'investigation et dont, pour cette raison, la nature, en dehors des affections qui modifient profondément la morphologie cérébrale, reste encore hypothétique.

©BIUM

En tout cas, elles ne sauraient, sous peine de confusion, être assimilées à ceux de la cénesthésie et prendre la même dénomination.

On peut dire, sans parti pris doctrinal, que tout sur ce terrain n'est encore qu'hypothèse et que la doctrine de la cénesthésie, qui n'est que l'extension, sur le terrain de la pathologie, de l'enseignement de l'Ecole psycho-physiologique, n'est encore assise sur aucune donnée scientifique précise et n'est en faveur près de certains que parce qu'elle donne satisfaction à leurs tendances philosophiques. Or, déjà au siècle dernier, les efforts de l'Ecole somatique avaient échoué, parce que celle-ci avait voulu défendre les doctrines courantes.

Il ne faut pas que la doctrine de la cénesthésie, qui de nos jours tend à se substituer au somatisme, présente les mêmes tendances, si elle veut amener à elle des partisans. Si les exagérations d'une époque ont rejeté les esprits loin de l'étude du rôle que les lésions périphériques peuvent jouer dans la production du délire, il ne faut pas que la doctrine actuelle exerce sur les esprits la même influence et nous fasse manquer l'occasion de reconquérir un terrain perdu.

Notre collègue a paru céder à des préoccupations un peu trop exclusivement théoriques, quand il a déclaré, dans la dernière séance, que jamais il ne confierait à la chirurgie un délire systématisé chronique, parce que, selon lui, le délire est incurable. Certes, je pense que sa phrase a dépassé sa pensée, et je ne puis croire qu'il ait voulu substituer la doctrine à l'observation.

Il faut bien reconnaître que l'étude des rapports entre les lésions somatiques et les troubles mentaux, envisagée en dehors de toute doctrine, est susceptible de fournir des notions étiologiques utiles et d'ouvrir une voie féconde à la thérapeutique de certains délires.

Or, lui opposer *a priori* une doctrine comme la cénesthésie, qui n'a encore reçu aucune consécration scientifique et ne marque actuellement que des tendances, c'est, à mon sens, rejeter, sans lui donner de compensation utile, la psychiatrie hors la médecine ordinaire, c'est la réduire à une psychologie morbide sans application pratique, en la privant des services que peuvent lui rendre la médecine et la chirurgie.

©BIUM

Certes, depuis de longues années, la psychologie a éclairé la psychiatrie. Le titre de notre Société montre suffisamment le rôle qu'elle y a joué. Certes, elle y a rendu et y rendra encore de signalés services. Mais elle manquerait à son but et risquerait de retarder son évolution, si elle venait à contester à la thérapeutique un champ légitime d'action. J'estime, en ce qui concerne l'hypocondrie, que nous n'avons à prendre parti pour aucune théorie, mais nous avons le droit, dans certaines conditions que j'ai précisées ailleurs, de supprimer les lésions périphériques quand elles sont nettement caractérisées.

Or, dans quelles conditions la chirurgie doit-elle intervenir pour ne pas être accusée à son tour de céder à des considérations doctrinales?

La question vaut la peine d'être discutée.

Notre collègue Deny y a fait une allusion en déclarant qu'il ne pouvait admettre que la chirurgie puise dans les troubles mentaux une indication opératoire, et mon éminent ami Vallon a, de son côté, déclaré qu'il fallait distinguer la chirurgie de l'aliéné de la chirurgie doctrinale. Il me sera facile de répondre sur ce point, car depuis le jour éloigné où j'ai, pour la première fois, opéré des aliénés je me suis appliqué à préciser les conditions dans lesquelles on devrait intervenir chez eux.

J'ai écrit et enseigné que le chirurgien ne devrait être l'instrument d'aucune doctrine et que, pour sauvegarder l'assistance chirurgicale de la défiance légitime qu'avaient fait naître les abus de certains doctrinaires étrangers, il fallait se borner à assimiler l'aliéné à un malade ordinaire et ne l'opérer que dans les conditions où on le ferait s'il était libre, c'est-à-dire en s'appuyant sur les indications ordinaires de la chirurgie.

C'est assez dire que, ennemi résolu de toute chirurgie doctrinale, je repousse les ponctions systématiques du foie préconisées autrefois par Hammond, de New-York, dans les états mélancoliques, les castrations ovariennes abusives, les trépanations systématiques et les fixations récemment préconisées par Suckling, de Birmingham.

Sur la question même des indications chirurgicales qui peuvent se présenter chez l'aliéné et qui doivent

©BIUM

toujours nous guider, je vous demande encore quelques instants d'attention.

Je les divise en trois catégories. Il est des indications urgentes, celles qui résultent d'affections pouvant menacer la vie à brève échéance, telle la hernie étranglée, la suffocation ou le phlegmon diffus.

Il s'agit là d'une question d'humanité, nous intervenons quel que soit l'état mental du malade.

C'est à ces cas qu'a fait allusion notre collègue Vallon en invoquant la chirurgie chez les aliénés.

A côté des indications urgentes, se placent ce que j'appelle les indications facultatives.

Elles répondent à deux groupes d'affections.

Les unes s'adressent à des maladies qui ne compromettent pas la vie immédiatement, mais peuvent la menacer ultérieurement.

Telles sont certaines annexites suppurées, des appendicites chroniques, la lithiase biliaire et les hernies, pour ne citer que les principales. J'estime qu'on a le devoir d'intervenir dans tous les cas. Cependant, je suis loin d'être exclusif à cet égard, car dans notre séance, notre collègue Trénel nous présentait une malade atteinte d'une hernie ombilicale que j'ai refusé d'opérer, bien que je n'aie relevé chez elle aucune contre-indication chirurgicale évidente. A côté de ces affections, il en est d'autres, comme l'hyperchlorhydrie, qui a motivé la discussion actuelle.

Il y a eu là certainement un malentendu que je voudrais voir se dissiper.

Opérer une hyperchlorhydrie n'est pas, comme notre collègue me l'a dit, faire de la chirurgie doctrinale.

Alors que celle-ci vise des organes sains et aboutit aux abus que j'ai signalés plus haut, la chirurgie appliquée à l'hyperchlorhydrie constitue une chirurgie rationnelle qui a fait ses preuves dans les cas rebelles et qui aboutit dans certains cas à la guérison de la lésion.

Quand mon collègue déclare qu'on ne doit pas se servir d'un état mental pour opérer, il émet une proposition que, pour ma part, j'ai toujours défendue, mais qui ne saurait être applicable à mon cas. Certes, chez la femme G..., le délire systématisé chronique à forme zoopathique ne pouvait décider un chirurgien à inter-

©BIUM

venir ; mais, chez elle, il existait une affection susceptible d'une intervention chirurgicale : on pouvait et on devait y recourir.

J'ajoute même que, sans courir le risque de passer pour un doctrinaire, j'avais le droit de jeter le délire dans la balance des indications et de l'ajouter à celles que fournit la chirurgie ordinaire.

En agissant ainsi, on ne saurait prétendre que j'obéis à une doctrine, puisque les partisans de la cénesthésie voudraient retenir mon bistouri et que je revendique pour lui le droit de remplir toutes les indications chirurgicales, chaque fois qu'il ne peut y avoir danger d'aggraver le délire.

Voilà la seule limite que l'on a le droit d'opposer à la chirurgie. Pour ma part, je suis tellement pénétré des inconvéniens qui pourraient survenir si l'on venait à passer outre que, depuis de longues années, je m'applique à rechercher avec mes élèves toutes les contre-indications d'origine mentale.

Cette étude constitue en quelque sorte la clef de voûte de la chirurgie des aliénés et particulièrement de la chirurgie chez les hypocondriaques.

Dans mes travaux, j'ai recherché et démontré la fréquence des lésions somatiques chez les hypocondriaques, j'ai indiqué les raisons pour lesquelles elles étaient si souvent méconnues.

J'ai montré, d'autre part, que cette coexistence ne pouvait impliquer l'idée de la subordination ; c'est dans cette voie que j'ai trouvé à la fois les indications et contre-indications chirurgicales.

Au point de vue de la subordination, on n'a pu jusqu'alors avoir que des données approximatives, et c'est en partie pour cette raison que la folie sympathique n'a pas survécu aux attaques dont elle a été l'objet.

C'est au bistouri seul qu'il appartient désormais, en dehors de toute doctrine, de rendre cette relation évidente, en démontrant la disparition simultanée de la lésion somatique et du délire hypocondriaque et d'asseoir sur des bases scientifiques définitives la subordination du trouble mental à la lésion somatique.

J'ai déjà publié un certain nombre de ces faits, mais

©BIUM

je ne veux m'en tenir aujourd'hui qu'à ces considérations générales.

Je reste toutefois à la disposition de la Société si elle désire que j'aborde dans une autre séance la question chirurgicale pure et l'examen des faits de ma pratique.

La discussion de cette communication est remise à une séance ultérieure. M. Arnaud se fait inscrire pour prendre la parole.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1908.

Présidence de M. SÉGLAS.

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

MM. René Charpentier, de Clérambault, Dupouy, Juquelier et Mignot, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Deny, Legras et Vigouroux, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre de M. Samuel Garnier, secrétaire général du XVIII[e] Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes, qui demande à ce que la Société se fasse représenter à ce Congrès. — M. Arnaud est désigné pour représenter la Société;

3° Une lettre de M. Levet, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

4° Des lettres de MM. d'Ormea, Lopès Martin et Schmiergeld, qui remercient la Société de les avoir élus membres associés étrangers.

5° Une lettre de M. Fornaca, médecin du Manicome de Venise, qui sollicite le titre de membre associé

©BIUM

étranger. — Commission : MM. Colin, Vallon et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance manuscrite comprend :

1° *De l'épilepsie chez les déments précoces*, par M. Marchand ;

2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro d'avril 1908.

Observation d'un cas de cysticercose cérébrale,

par M. le Dr Roger Mignot.

L'existence de cysticerques dans les centres nerveux de l'homme est, en France du moins, suffisamment peu fréquente pour légitimer la présentation que je vais faire devant vous.

Cet envahissement du cerveau par les larves des cestodes n'est pourtant pas d'une rareté excessive, comme le prouve la bibliographie très riche sur ce sujet ; moi-même, avec mon maître M. Sérieux, j'ai pu présenter, il y a quelques années, un cas de cysticercose cérébrale qui s'était accompagnée d'excitation maniaque avec surdité corticale, hallucinations de l'ouïe et paralexie.

Voici l'histoire résumée du second cas qu'il m'a été donné d'étudier :

François est entré à l'asile en 1852, à l'âge de vingt-quatre ans. Il venait de Bicêtre, où il était interné depuis un an. Sur ses antécédents, nous n'avons aucun renseignement ; les certificats de placement signés de Voisin et de Girard de Cailleux le déclarent inoffensif et atteint de lypémanie.

En 1862, c'est-à-dire dix ans plus tard, les réactions du malade se modifient ; de calme, paisible, travailleur, il devient agité, violent, incapable de toute occupation.

Pendant une période qui dure vingt-cinq ans, François passe par des alternatives d'agitation et de calme. Lorsqu'il est calme, il se comporte comme un dément stupide, ne répondant pas aux questions, gardant le mutisme, limitant à l'extrême son activité. Pendant les phases d'agitation, il est sujet à tout moment, et souvent plusieurs fois par jour, à des accès paroxystiques qui se produisent brusquement, et au cours desquels il pousse des cris effrayants, cherche à détruire les objets qui l'entourent et se livre à des violences sur les personnes.

©BIUM

Ces accès de fureur, qui rendaient le malade très dangereux et nécessitaient son isolement, affectaient un caractère d'automatisme qui a été signalé d'nne manière explicite par les médecins qui le soignaient alors.

A partir de 1887, tout en restant très irritable, François n'est plus sujet à ces crises de fureur; on peut l'occuper dans le service, et il devient bientôt un des meilleurs travailleurs.

Au moment où j'ai connu le malade, âgé alors de soixante-treize ans, la démence est complète : interrogé, il ne répond à aucune des questions et reste totalement indifférent à l'interrogatoire. Il travaille toujours à la terre avec activité, obéit passivement aux ordres qui lui sont donnés, mais ne fait preuve d'aucune initiative. Il garde un mutisme habituel et ne fréquente personne; quand il est seul, il lui arrive de chanter, parfois de faire du bruit en frappant du pied, mais il est impossible d'avoir de lui des explications sur les motifs de ces actes. En somme, c'est un dément dont l'activité est limitée à l'accomplissement d'actes manuels des plus simples dont il est d'ailleurs incapable de prendre l'initiative.

Jusqu'à l'âge de soixante et un ans, François n'a présenté aucun trouble moteur, sensitif ou sensoriel, susceptible d'attirer l'attention. Je ne trouve signalées dans son observation que des maladies intercurrentes sans gravité et sans signification.

En mars 1889, en revenant du travail, il a un ictus apoplectique : on constate que la sensibilité est obtuse à gauche et que la bouche est déviée. Dès le lendemain, ces troubles ont disparu, et, trois jours après, il se remet au travail.

En novembre 1901, nouvel ictus apoplectique qui ne laisse encore aucune trace. Enfin, à l'âge de soixante-quatorze ans, il se produit une dernière attaque; pendant trois jours, le malade reste dans le coma avec une paralysie de la face et du bras gauche et avec de l'anesthésie du même côté. Il meurt brusquement dans la nuit.

L'autopsie démontre que la mort est due à une hémorragie ventriculaire : l'hémisphère droit présente une déchirure au niveau du sillon parallèle par où sort un caillot sanguin. Une coupe de Brissaud montre le ventricule latéral distendu par du sang coagulé; la région des noyaux opto-striés est à ce point déchiquetée et dilacérée par le foyer hémorragique qu'on reconnaît à peine les noyaux centraux.

En poursuivant l'examen du cerveau, on constate l'existence de cysticerques au nombre de 23 : 14 dans le cerveau gauche et 9 dans le cerveau droit. — 5 de ces cysticerques sont appendus à la pie-mère. — 2, tout en étant développés dans la pie-mère, se sont creusé un nid dans le cortex, mais sans y adhérer. — 10 se sont développés dans la substance grise et font saillie

©BIUM

à la surface du cerveau ou dans la profondeur des sillons. — 4 sont inclus à la fois dans la substance grise et la substance blanche. — 2, localisés en pleine substance blanche, ne sont visibles que sur les coupes.

Quatre cysticerques ont encore le contenu de leur vésicule liquide ; mais celui-ci, au lieu d'être limpide comme chez l'animal vivant, est trouble et jaunâtre.

Les 19 autres cysticerques sont dégénérés, la vésicule est remplie d'une substance stéatomateuse ou calcaire.

Le volume des parasites varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette.

Les parasites étaient localisés de la manière suivante : Hémisphère gauche. 1° partie antérieure de F^1 ; 2° tiers postérieur du premier sillon frontal (dans la méninge) ; 3° un autre contigu ; 4° bifurcation du second sillon frontal dans F^a ; 5° partie supérieure du sillon de Rolando ; 6° tiers moyen du sillon parallèle ; 7° tiers postérieur de T^2 (dans la méninge) ; 8° angle supéro-antérieur du sillon interpariétal (dans la méninge) ; 9° au fond de la partie horizontale du sillon interpariétal ; 10° dans le même sillon, à la hauteur de la scissure perpendiculaire externe ; 11° partie supérieure de la scissure perpendiculaire interne ; 12° partie postérieure de TO^2 ; 13° à la pointe du lobe temporal (dans la méninge) ; 14° au-dessus du sillon calloso-marginal en avant du lobule paracentral. — Hémisphère droit. 1° partie supérieure du tiers moyen de F^3 ; 2° au-dessus du pied de F^3 (dans la méninge) ; 3° tiers moyen de P^a ; 4° partie antérieure de T^2 ; 5° partie moyenne de T^2 ; 6° tiers postérieur de F^1 ; 7° pôle occipital au fond d'un sillon ; à côté, mais en pleine substance blanche et visible seulement sur une coupe, deux autres cysticerques (8° et 9°).

En dehors du cerveau et de sa méninge, je n'ai trouvé aucun autre cysticerque dans le système nerveux et un examen minutieux de la langue, des yeux, des masses musculaires et de tous les viscères, a montré qu'ils étaient indemnes de tout parasite.

A l'occasion de cette observation, la première question qui se pose est celle des rapports qui peuvent exister entre les troubles mentaux et la présence des cysticerques dans le cerveau. Dans le cas présent, le rapport positif n'est pas facilement démontrable.

Les troubles psychiques font classiquement partie du tableau clinique de la cysticercose cérébrale. On les considère même comme particulièrement fréquents. Ainsi Kuchenmeister a relevé leur existence 51 fois dans 88 observations.

©BIUM

Dans la pathogénie de ces troubles, les uns, comme Duret, font jouer le rôle important à la localisation des parasites ; d'autres, comme Grandguillot, admettent que la démence résulte de la destruction des fibres tangentielles. Actuellement, on tend à croire que les toxines élaborées par les cysticerques agissent sur les éléments nerveux qui les avoisinent, et telle est, en particulier, l'opinion de Dejerine, de Ferrarini et Paoli.

Mais il est une constatation qui semble amoindrir la valeur de ces hypothèses pathogéniques : je veux parler de la fréquence des observations où les cysticerques ne s'accompagnent d'aucun trouble mental, malgré leur nombre, leur localisation et leur action toxique qui, dans ces cas comme les précédents, a dû s'exercer.

Calmeil, Davaine ont rapporté d'assez nombreux exemples dans lesquels, malgré la présence de parasites dans le cerveau, on n'avait constaté aucun trouble mental.

Kuchenmeister, déjà cité, n'a pas trouvé de symptômes appréciables 16 fois sur 88 cas.

Récemment, Rizzo a vu un sujet qui, malgré 13 cysticerques du cerveau, n'avait présenté aucun trouble.

Enfin, en 1900, Léopold-Lévi et Lemaire ont publié l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, à l'autopsie de laquelle ils ont compté 400 cysticerques du cerveau, du volume d'un grain de mil à un pois ; la symptomatologie s'était réduite à de la céphalée et de la somnolence.

Il semble donc bien que dans les troubles mentaux dus à la cysticercose, l'élément pathogénique capital réside moins dans l'intensité et la localisation anatomique des lésions que dans la prédisposition du sujet à réagir par des troubles intellectuels. N'est-ce pas là d'ailleurs une règle générale en pathologie mentale ?

Au lieu d'établir un rapport de cause à effet entre les cysticerques et les troubles mentaux, on pourrait, renversant la proposition, considérer la cysticercose comme une conséquence des troubles psychiques. Il doit souvent en être ainsi. La ladrerie est favorisée par la malpropreté si habituelle chez les aliénés, et Wendt et Birch-Hirschfeld ont démontré qu'elle était particulièrement à redouter chez les coprophages.

©BIUM

A considérer la longue évolution de la maladie dans mon observation, on pourrait croire qu'elle est précisément un exemple de cysticercose chez un aliéné, et non pas un cas de démence due à des cysticerques. Mais la longévité des parasites chez l'homme semble être très considérable, et particulièrement quand ils sont localisés dans l'œil et l'encéphale. Zülzer, cité par Blanchard, parle d'une femme de Breslau qui, pendant plus de vingt ans, servit dans les cours d'ophtalmologie à démontrer la présence du ver dans l'œil. Quant à l'encéphale, von Gräfe a vu des troubles nerveux durer neuf ans; Davaine, dix ans; Voppel, dix-neuf ans; enfin, Mickulicz a opéré, pour des cysticerques du cerveau, un malade atteint depuis vingt-sept ans.

Chez mon sujet, la maladie aurait duré cinquante ans; mais il faut remarquer qu'à l'autopsie je n'ai trouvé que des cadavres de cysticerques, dont 19 étaient déjà complètement dégénérés et transformés en une masse caséeuse ou calcaire.

Les troubles psychiques présentés par François, du moins au cours de mon observation personnelle, n'ont pas revêtu de caractères suffisamment tranchés pour permettre de déterminer s'ils étaient primitifs ou secondaires.

Sous mes yeux, le malade s'est comporté à la manière d'un dément, profondément affaibli il est vrai, mais pas plus qu'un grand nombre de vésaniques dépourvus de toute lésion organique.

Si l'on se reporte aux constatations effectuées antérieurement, on peut considérer comme assez caractéristiques ces accès d'agitation furieuse, de caractère épileptoïde, que l'on retrouve, avec la démence, tout particulièrement souvent dans les observations de cysticercose cérébrale. Tous les auteurs (Griesinger, Leubuscher, Friedrich) ont signalé cette fréquence des phénomènes d'excitation corticale.

Une autre particularité intéressante de l'histoire morbide de François, est l'absence de troubles moteurs et convulsifs, d'autant plus remarquable que l'on peut compter 3 parasites au niveau de la zone motrice de l'écorce. On ne saurait rapporter aux cysticerques les ictus apoplectiques signalés; ceux-ci étaient prémoni-

©BIUM

toires de l'hémorragie ventriculaire qui a emporté le malade. Askanazi, Long et Wiki ont été frappés de la fréquence des lésions vasculaires dans les cas de tumeurs parasitaires du cerveau; l'observation actuelle confirme cette coexistence.

Un dernier point enfin que je tiens à faire remarquer, est la localisation exclusive des cysticerques dans le cerveau et la méninge, à l'exclusion des autres organes. Cette prédilection du parasite pour les centres nerveux est d'ailleurs connue. Dans une statistique de 87 cas de ladrerie, due à Drenel, 72 fois le cerveau était envahi, et 66 fois il l'était à l'exclusion des autres organes.

Telles sont, Messieurs, l'observation que je désirais vous présenter, et les réflexions qu'elle m'a paru comporter.

Fugue et vagabondage. Définition et étude cliniques,

par MM. R. Benon, interne de la Clinique des maladies mentales,

et P. Froissart, interne de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Nous soumettons à l'appréciation de la Société les définitions cliniques, que nous avons été amenés à adopter, des mots *fugue* et *vagabondage*, à la suite de recherches et d'études qui portent sur environ cent cinquante observations personnelles ou prises dans les auteurs : nous réservons pour plus tard la publication sur ce sujet d'un plus long travail, tant clinique que médico-légal.

Aujourd'hui, nous ne voulons parler que de la définition clinique de ces deux mots. Que faut-il entendre par fugue et vagabondage, au point de vue psychiatrique? La fugue est-elle distincte du vagabondage? Et si elle peut en être différenciée, comment définir cliniquement le vagabondage?

Nous dirons tout de suite quelles définitions nous

©BIUM

avons adoptées des mots *fugue* et *vagabondage* ; la critique des définitions antérieures, exprimées par les auteurs, en sera plus aisée et plus facile à suivre.

En analysant la fugue, dans les observations des auteurs ou dans nos observations personnelles, nous voyons qu'elle n'est avant tout qu'un *symptôme* ; et, en tant que symptôme, elle est un *acte morbide*, une réaction morbide du sujet.

L'acte est morbide non pas tant en lui-même que par ses origines. Un certain nombre de malades, dans leur état de fugue, ne sont pas différents des individus normaux. Ils n'en ont pas moins des troubles psychiques marqués ; ces troubles mentaux, très divers, aigus ou chroniques, acquis ou congénitaux, sont délirants, sensoriels, interprétatifs, confusionnels, maniaques, démentiels, « conscientiels », etc., etc. Il en résulte que ce sont les motifs, les mobiles, les raisons, les causes de la fugue qui sont avant tout d'essence pathologique : l'acte en lui-même est plus rarement troublé et il ne l'est encore que secondairement aux troubles psychiques.

L'acte morbide qu'est la fugue est *accidentel* : ce qui signifie que la fugue n'est pas une manière d'être habituelle du sujet. Sans doute, il pourra accomplir plusieurs fugues, répéter plusieurs fois cet acte : en tout cas, cet acte ne sera qu'un accident dans sa vie pathologique.

Cet acte morbide, accidentel, n'a par suite qu'une durée *transitoire* : au bout de quelques heures, jours ou même semaines, tout rentre dans l'ordre ; l'individu cesse de se déplacer, soit que les troubles psychiques disparaissent, soit qu'ils s'aggravent et provoquent l'arrestation du sujet sur la voie publique.

Le *début* de la fugue est presque toujours *brusque*. Le malade part soudainement, il y a là comme un *accès*, comme quelque chose d'aigu. Ces accès sont uniques ou multiples.

Le *déplacement* anormal exécuté par le sujet est tantôt une marche, une course, une fuite, tantôt un voyage, etc.

Etant donné ces caractères de la *fugue*, on peut la définir un *état morbide de l'activité, accidentel, transitoire, qui survient presque toujours par accès, au cours duquel le malade exécute un déplacement anormal, mar-*

CBIUM

che, course, voyage, etc., sous l'influence de troubles psychiques.

Qu'est-ce, au contraire, que le *vagabondage*, au point de vue psychiatrique?

C'est encore un état morbide de l'activité, et cela explique qu'on l'ait souvent confondu avec la fugue; mais ce n'est pas un état morbide accidentel de l'activité, c'est un *état morbide habituel de l'activité.*

C'est toujours un symptôme, qui se manifeste également sous les mêmes formes que la fugue : déplacements, marches, fuites, courses, voyages, etc. Comme la fugue encore, il a pour motifs ou mobiles des troubles délirants, sensoriels, confusionnels, démentiels, constitutionnels, etc. Mais, d'une part, les *troubles psychiques* sont toujours *chroniques*, et, d'autre part, le trouble de l'activité n'est plus quelque chose d'accidentel, mais bien quelque chose de *durable*, sinon de *permanent*; lié à des troubles psychiques chroniques, il est lui-même chronique, ou, mieux, habituel, puisqu'il est question de l'activité. On pourrait appeler le vagabondage un état de « fugue chronique ».

On arrive à définir le *vagabondage un état morbide habituel de l'activité au cours duquel le malade exécute des marches, voyages, etc., sous l'influence de troubles psychiques.*

Telles sont les définitions auxquelles nous nous sommes arrêtés après avoir étudié, résumé et classé nos observations. Il nous sera plus facile maintenant de dire pourquoi nous avons repoussé les définitions données jusqu'à ce jour par les auteurs.

En premier lieu, il semble que l'*on n'a pas différencié*, dans les livres classiques notamment, *la fugue du vagabondage*. La plupart des auteurs confondent ces états morbides de l'activité qui pourtant sont bien différents. M. Pagnier (1), dans un récent travail très consciencieux sur le vagabondage, commet la même erreur : il fait rentrer dans le vagabondage de nombreux cas de fugues. Il importe de dire cependant qu'il est quelques observations de malades que l'on classera

(1) Pagnier. Du vagabondage et des vagabonds. *Thèse* de Lyon, 1906, 255 pages.

©BIUM

difficilement, en ce sens qu'on se demande parfois si le trouble de leur activité est véritablement accidentel ou habituel : ils sont en tout cas l'exception. Ajoutons encore que quelques malades font d'abord des fugues, puis deviennent plus tard de véritables vagabonds.

Voici maintenant les définitions qui ont été données par les auteurs du mot « fugue ».

Foville (1), Tissié (2), et récemment Wahl (3) ont étudié les « aliénés migrateurs », les « aliénés voyageurs », les « dégénérés migrateurs » ; la plupart de leurs malades sont des vagabonds et non des « fugueurs ». Tissié note la variabilité des troubles psychiques des malades qui font des fugues, mais sans en préciser le caractère accidentel fondamental.

Charcot (4) crée le mot « automatisme ambulatoire », et il l'applique, ainsi que ses élèves, à certains cas de fugues qu'il observe : ce mot, en effet, ne convient qu'à quelques « fugueurs ». De plus, il ne répond pas exactement à la réalité : les malades ne sont pas des automates à proprement parler, puisqu'ils sont conscients, ont un but, accomplissent des actes coordonnés, etc. Ils se présentent plutôt comme étant en des états seconds, ou états de seconde conscience, au cours desquels l'anormalité de leur psychisme n'est pas évidente : aussi leurs troubles mentaux sont-ils surtout observés après la fugue, à cause de l'amnésie qui les accompagne.

M. Raymond (5) et ses élèves, notamment MM. Claude et Beaudouin (6), ont employé pour désigner la fugue le mot de « délire ambulatoire ». Pour M. Raymond :

1° La fugue comprend une impulsion irrésistible à accomplir un acte ;

---

(1) Foville. Des aliénés voyageurs ou migrateurs. *Ann. méd. psych.*, 1875.

(2) Tissié. Les aliénés voyageurs. *Thèse* de Paris, 1887.

(3) Wahl. Trois observations de dégénérés migrateurs. *Ann. méd.-psych.*, 1903, t. II, p. 425.

(4) Charcot. Automatisme ambulatoire. *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 155 ; 1888-1889, p. 303.

(5) Raymond. Les délires ambulatoires ou les fugues. *Gaz. des hôp.*, 1895, n° 76.

(6) Claude et Beaudoin. Sur une forme de délire ambulatoire automatique conscient chez les épileptiques. *L'Encéphale*, 1907, n° 2.

©BIUM

2° Cet acte est accompli d'une manière intelligente;

3° A la fin de l'action impulsive, il y a oubli complet.

Cette définition ne peut pas être acceptée, car elle ne s'applique qu'à une variété de fugue, la fugue des épileptiques, des hystériques, si tant est que ces diagnostics ne sont pas attaquables dans ces observations. D'autre part, sont-ce bien là des états délirants?

Quelques auteurs encore ont remplacé le mot fugue par « impulsion à la déambulation, déterminisme impulsif » [Duponchel (1)], « déterminisme ambulatoire » [Verga (2)], [Borri (3)], [Funaioli (4)], « vagabondage impulsif » [Pitres (5)], « dromomanie » [Régis (6)], « manie ambulatoire » [J. Berkley (7)], « poriomanie » [Donath (8)], [Burgl (9)], etc., mais tous ces mots ne définissent que des cas *particuliers* de fugues, soit chez des dégénérés, soit chez des psychasthéniques, des épileptiques, etc.

M. Ducosté (10), enfin, dans un travail récent, a défini la fugue un « accès de vagabondage sans motif ». Il élimine ainsi les vagabonds d'habitude. Nous n'acceptons pourtant pas sa définition, car nous ne pensons pas que la fugue soit sans motif. Sans doute, maintes

---

(1) Duponchel. Impulsion à la déambulation chez des militaires. *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, juillet 1888, et *Soc. méd. des hôp.*, 27 juin 1890.

(2) Verga. Considérations sur un cas de déterminisme ambulatoire. *Gazetta medica Lombarda*, 1891, n° 48.

(3) Borri. Un cas de déterminisme ambulatoire. *La Sperimentale*, 1892, LXVI.

(4) Funaioli. Un cas de déterminisme ambulatoire. *Riforma medica*, 1893, nos 15 et 16.

(5) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, t. II, p. 268. L'automatisme ambulatoire ou vagabondage impulsif, 1894, *Revue des revues*.

(6) Régis *in* Pitres et Régis. *Obsessions et impulsions*, p. 333.

(7) J. Berkley. Monia errabunda (alcoholic dual consciousness). *American Journal of insanity* (avril 1897).

(8) Donath (Buda-Pest). L'impulsion à voyager des épileptiques (poriomanie). *Arch. de psych.*, p. 32, fasc. II.

(9) G. Burgl. Poriomanie épileptique. Suggestions post-épileptiques, *Munich medic. Woch.*, 11 septembre 1900, p. 1270.

(10) Ducosté. Les fugues dans la démence précoce. *Encéphale*, 1906, n° 69. Les fugues dans les psychoses et les démences. *Arch. de neurol.*, janvier et février 1907.

©BIUM

fois, les mobiles ou motifs ne sont pas précis, mais cela veut-il dire qu'ils soient absents ; ne nous échappent-ils pas plutôt ? Il en résulte que M. Ducosté a écarté ainsi, par ce fait qu'il considère la fugue comme sans motif, de nombreuses maladies mentales dans lesquelles on observe des fugues véritables. D'autre part, nous préférons ne pas employer le mot vagabondage pour définir la fugue, car, vu le sens que nous lui donnons, en l'opposant justement au mot fugue, il prêterait à confusion.

C'est pour cette dernière raison que nous écartons aussi la définition de la fugue de M. Cottu (1), qui, modifiant quelque peu la définition de M. Ducosté, dit que la fugue est un accès de vagabondage plus ou moins bien motivé.

Quant au vagabondage, il ne semble pas que les auteurs se soient beaucoup préoccupés de le définir. Nous n'en avons trouvé nulle part de définition générale ; plus exactement nous n'avons trouvé, maintes fois répétée, que celle du Code pénal, art. 270 : le vagabondage est l'état des individus « qui n'ont ni domicile certain, ni moyen de subsistance, et qui n'exercent habituellement ni métier, ni profession ». Mais le vagabondage ainsi défini ne répond en aucune manière aux observations cliniques. C'est au point que le malade qui fait une fugue peut, tout comme celui qui vit habituellement en état de vagabondage, tomber sous le coup de l'art. 270. Il n'est donc pas possible de se baser sur cette définition sociale et juridique pour l'étude clinique psychiatrique du vagabondage.

Aussi notre définition, qui repose sur les faits observés, qui comprend à la fois des états morbides constitutionnels et acquis, a l'avantage de réunir entre elles, par un lien commun qui est le vagabondage, des psychopathies bien différentes.

Nous voudrions terminer par quelques considérations sur l'étude clinique de la fugue.

Cette étude, pour être complète, doit comprendre :

---

(1) Cottu. Contribution à l'étude des fugues. *Thèse* de Paris, 1907.

©BIUM

1° L'état psychique du sujet *avant* sa fugue, et notamment immédiatement avant sa fugue (motifs, mobiles, causes, raisons, but, etc.) ;

2° L'état mental du malade *pendant* sa fugue (troubles de la conscience, but, etc.) ;

3° L'état mental *après* la fugue (notamment les troubles de la mémoire).

L'analyse de l'acte ainsi faite, on arrivera plus facilement à préciser les états psychiques successifs par lesquels passent le sujet. La fugue pourra donc être plus ou moins nettement motivée ; elle s'accompagnera d'états de conscience plus ou moins particuliers ; et enfin elle sera ou non suivie de troubles mnésiques.

DISCUSSION

M. Colin. — J'avoue n'avoir pas très bien saisi la nécessité d'une définition clinique de la fugue et du vagabondage.

Lorsqu'on a la bonne fortune de posséder une langue aussi riche, aussi claire, aussi limpide que la nôtre, il me paraît inutile, nuisible même, d'inventer continuellement des néologismes ou de définir des termes qui portent en eux-mêmes leur définition.

M. Benon nous dit que la fugue est un état morbide, accidentel de l'activité, tandis que le vagabondage en est l'état morbide habituel. Ne vous semble-t-il pas que c'est là une périphrase superflue et que le mot fugue indique suffisamment et la spontanéité et le peu de durée de l'acte en question, tandis que le terme vagabondage montre l'habitude d'errer perpétuellement qui est le fait de certains individus?

M. Benon, en terminant, indique la nécessité, les définitions une fois données, de décrire les diverses modalités cliniques de la fugue et du vagabondage. Ici, je suis pleinement d'accord avec lui et j'estime que c'est même le seul point vraiment intéressant qui doive nous arrêter. Mais si l'on peut reconnaître à la fugue — et pour moi ce caractère est primordial — cette particularité d'être inconsciente ou tout au moins subconsciente au début, combien le problème devient plus difficile si l'on envisage le vagabondage. Ici, tantôt il s'agira d'une

©BIUM

façon de vivre où la pathologie n'a rien à voir. C'est une condition d'existence spéciale imposée à tel ou tel délinquant que le manque de ressources ou des démêlés récents avec la justice rendent incapable de trouver une occupation normale et de vivre d'une façon sédentaire.

Dans d'autre cas, c'est une tendance particulière à se déplacer constamment qui, dans bien des cas, est compatible avec l'intégrité des facultés mentales. Et, sous ce rapport, on ne peut que déplorer l'erreur dans laquelle certains philanthropes, certaines autorités de la science pénitentiaire ont risqué de verser lorsque, pour réprimer le vagabondage, on n'hésitait pas à proposer la création de vastes domaines enclos de murs où auraient été parqués les individus coupables de ce délit. C'est là, au point de vue psychologique, une hérésie sur laquelle il me paraît inutile d'insister.

M. Lwoff. — Le vagabondage n'est pas toujours un état pathologique, et il serait beaucoup plus intéressant d'étudier les différentes variétés de fugues.

M. Vallon. — La définition de la fugue et du vagabondage comme des « états morbides de l'activité » est loin de s'appliquer à tous les cas. En présence de l'alcoolique qui fuit, terrifié par des hallucinations visuelles, du persécuté qui va de maison en maison, de ville en ville, de pays en pays, sous l'influence d'idées délirantes, pour échapper à ses persécuteurs..., etc., on ne peut parler d'un « trouble de l'activité ». C'est une erreur de dire que, dans ces cas, le déplacement est un trouble de l'activité. Cette définition est donc loin de comprendre tous les cas.

M. Benon estime qu'il s'agit de troubles de l'activité puisque le sujet se déplace. Il y a intérêt, dit-il, à définir ainsi ces états, car, selon lui, les auteurs confondent souvent la fugue et le vagabondage.

La séance est levée à 5 h. 45.

J.-M. Dupain.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of mental Science.

ANNÉE 1905

I. — *Le problème de l'hérédité, spécialement dans ses rapports avec la vie préembryonique*; par W. Lloyd Andriezen (numéro de janvier). — Cette étude est une longue revue générale sur l'hérédité, dont l'auteur laisse de côté, dans cet article, les bases physicochimique et organique. Dégageant les principaux éléments du problème, l'auteur conclut ainsi : la formation de l'embryon, à laquelle les éléments mâle et femelle concourent en proportion sensiblement égale, trouve un troisième facteur d'hérédité dans le milieu qui entoure l'embryon, spécialement chez les mammifères, tandis qu'un quatrième, intervenant dans la race humaine, est l'élément pathologique. L'appareil producteur se perfectionne dans la série des êtres et, seuls chez l'homme, les agents pathologiques semblent pouvoir le troubler.

L'observation de l'élevage de l'animal et du développement de l'homme, de la culture des plantes, des lois de l'embryologie humaine et comparée et de la pathologie, montre que la force héréditaire et la tendance aux variations sont deux forces antagonistes ; il est très difficile, vu la complexité des faits, d'en apprécier chez l'homme les combinaisons ; les variations semblent, d'après les zoologistes et les paléontologistes, avoir été plus grandes dans la période primitive, qui était plus plastique.

Avec la loi de variation interviennent encore la loi de régression (de Galton), qui tend à la disparition des caractères extrêmes, mais qui n'est vraie que considérée dans les grands nombres, et son antithèse, la loi de mutation, phénomène de variation brusque d'une espèce comportant la stabilité et l'hérédité des caractères acquis; enfin, la loi de dégénérescence pathologique. L'étude pathologique est longuement traitée ;

©BIUM

après avoir montré l'erreur de ceux qui croient que l'évolution de l'être est étroitement conditionnée par les cellules primordiales, paternelle et maternelle, l'auteur indique la valeur des causes occasionnelles spécialement des toxiques et des infectieuses ; il expose l'influence du saturnisme, de la syphilis et surtout de l'alcoolisme, où l'intoxication paternelle ou maternelle jouent chacune un rôle important.

II. — *La dépression mentale et la mélancolie en rapport avec l'auto-intoxication ; présence d'indoxyle dans l'urine ; sa signification clinique* ; par Arthur A.-D. Towsend (numéro de janvier). — Dans l'intoxication gastro-intestinale, si fréquente dans la mélancolie, la putréfaction intestinale est révélée par la présence dans l'urine d'un excès d'indoxyle (C^8H^6NO) combinée avec le sulfate de potasse et provenant de l'oxydation de l'indol dans le sang. Cette constatation a une importance clinique considérable, car sans doute l'auto-intoxication est la cause de l'état mental, quoique l'examen clinique, fait toujours après le début de la maladie, ne puisse en donner la preuve ; mais serait-elle secondaire à l'état mental qu'elle n'en indiquerait pas moins une grave toxémie, ce que l'examen clinique vient d'ailleurs confirmer. L'indoxyle est toujours en excès dans les états de dépression et, au contraire, en quantité normale ou même moindre, d'une façon générale, dans les états d'excitation maniaque ; ce fait n'enlève nullement sa valeur au facteur héréditaire, qu'on retrouve très fréquent comme cause prédisposante. La présence d'indoxyle suit une marche parallèle à l'évolution de la maladie et à sa gravité.

Le traitement qui s'impose en présence d'excès d'indoxyle est le régime lacté ; les médicaments ne se sont pas montrés efficaces, les purgatifs semblent seuls utiles; mais ils sont souvent difficiles à administrer.

III. — *Psychologie d'une forme particulière d'intoxication pathologique* ; par le professeur A. Pick (numéro de janvier). — L'intoxication alcoolique prend chez les prédisposés des formes particulières ; plusieurs observations cliniques en fournissent la preuve, celle surtout d'un alcoolique qui, à chaque excès de boisson, entrait dans un état anormal de conscience où il vivait dans un monde de pensées absolument nouveau, mais identique à chaque accès. Il s'agit dans ces cas de rêverie subconsciente, état dans lequel les idées de grandeur sont fréquentes, ce qui est dû à l'affaiblissement de l'énergie de la conscience.

IV. — *Formes de folie* ; par le Dr Ch. Mercier. — M. Mercier

©BIUM

défend les bases de sa classification telle qu'il l'a donnée dans un précédent numéro. Séparant les maladies congénitales des non congénitales et dans celles-ci mettant à part la paralysie générale, il se demande si dans la masse des cas qui restent hors de ce classement il y a des espèces qui méritent une rubrique spéciale. Ceci le conduit à définir d'abord ce qu'est une maladie et il conclut qu'un seul élément est réellement essentiel et que c'est le tableau clinique. Et c'est ainsi qu'on peut admettre une manie aiguë délirante, mais non une folie puerpérale ou une folie de la grossesse, de la lactation ou de la ménopause, de la puberté ou de la vieillesse. Mais on doit décrire une folie épileptique. On ne peut tenir compte des maladies somatiques associées, fussent-elles la cause de l'état mental; la stupeur, les psychoses récurrentes ou périodiques sont classées; la démence est subdivisée, la démence précoce n'a pas acquis une consistance suffisante pour mériter une place, l'hébéphrénie et la catatonie sont des syndromes attachés à des états différents; le délire systématisé a droit à une place avec des subdivisions. L'alcoolisme, bien que classé de par une notion étiologique, ce qui est un danger, est trop important et a une physionomie trop particulière pour ne pas être digne d'être distingué avec ses trois variétés : alcoolisme aigu, délirium tremens, alcoolisme chronique; mais on doit éviter de classer comme alcoolisme les psychoses d'un autre genre survenant chez des alcooliques. L'auteur admet cependant, bien qu'il faille réagir contre l'habitude de classer les troubles mentaux d'après l'état physique concomitant, qu'en certains cas l'on doit ainsi en user, par exemple pour la folie myxœdémateuse et la folie phtisique de Clouston.

Au cours de ses déductions, l'auteur donne quelques utiles enseignements statistiques; ainsi il nous met en garde contre l'équation personnelle, qui fausse tant de statistiques trop compliquées, et conseille de placer tous les cas douteux dans un chapitre non spécialisé.

V. — *Science et vie future*; par le Dr William Graham (numéro de janvier). — L'humanité normale n'a jamais accepté volontiers l'idée d'annihilation; le désir d'immortalité, s'il n'est pas toujours présent pour chaque homme, s'élève dans tout esprit à de certaines conditions, car nous sommes pris par le dilemme qu'il y a un idéal réel sur lequel la mort n'a pas de pouvoir ou que la justice a fait banqueroute au monde. A la base de la croyance à l'immortalité est le sentiment de la per-

©BIUM

sonnalité humaine, qui, dans le cours de l'évolution, a subi des développements successifs, depuis l'apparition des phénomènes psychologiques jusqu'à la reconnaissance des droits intellectuels et moraux largement développés par la doctrine chrétienne de l'Incarnation; depuis lors, la constatation darwinienne est apparue que l'homme est le centre du monde, puisqu'il en était le but supérieur actuel; comme conséquence, le problème de cause se pose et ne trouve que deux solutions : l'agnosticisme ou la reconnaissance du principe que la religion nomme Dieu.

Mais quelle est l'essence de la croyance? Est-elle explicable par les rêves; il faudrait le demander non à l'homme primitif, mais aux stades développés. La doctrine de Myers n'est pas satisfaisante comme explication; le seuil subliminal, puisqu'il est hors de la conscience, ne peut être connu d'elle, et l'on peut donner des explications des phénomènes invoqués pour prouver son existence sans le faire intervenir (hystérie, génie, hypnotisme).

En réalité, à la question : y a-t-il une vie future? la science ne peut répondre ni oui ni non, car ce n'est pas dans son objet et la réponse appartient à d'autres champs d'expérience qu'elle n'a pas qualité pour travailler. En somme, la foi en l'immortalité est un corollaire de la foi en la personnalité humaine, et l'homme possesseur de la raison et de la volonté se connaît immortel et refuse de croire que l'univers l'a trahi.

VI. — *Mauvais état mental et maladie mentale dans une prison locale*; par William Cotton (numéro de janvier). — Les prisons locales reçoivent les condamnés à moins de deux ans et les prévenus. Dans l'examen de l'état mental des détenus, il est quelques difficultés provenant du manque de commémoratifs, du peu de sincérité de ces prisonniers et de leurs fréquentes habitudes de boisson; en revanche, on les tient en observation continue et facile.

D'après leur état mental, on peut les diviser en quatre groupes : d'abord ceux qui sont sains d'esprit et de corps, parfois simulateurs, simulant entre autres le suicide à l'heure du repas; ce sont eux qui, aux approches de leur libération, présentent une certaine excitation nerveuse due à l'idée de la vie au dehors et non au séjour de la prison, car la folie pénitentiaire ne se voit qu'au début ou chez de grands prédisposés. Ensuite le groupe des buveurs qui finiront, après des récidives, par la démence; leurs actes délictueux ne sont pas compliqués, mais ils sont d'ordinaire violents; c'est parmi eux que l'auteur a vu des cas de delirium tremens souvent mortels succédant à

©BIUM

l'emprisonnement; ces cas se présentent parfois sous forme épidémique; le fait que le délire peut se produire plusieurs jours après l'entrée donne à penser qu'il y a une période d'incubation où l'alcoolique est irresponsable. Un troisième groupe est celui des auteurs de petits délits avec affaiblissement physique ou mental dus à des causes très variées; une fois en prison, ils sont comme les alcooliques sains d'esprit, au moins en apparence. Le dernier groupe est celui des véritables aliénés devenus criminels; ceux-là, en dehors des grands criminels qui passent aux assises, peuvent ou être internés dans les conditions du Lunacy Act, ou, selon le Criminal Lunacy Act, être soumis à une commission médico-juridique, où les vues médicales triomphent difficilement des règles administratives, ou enfin être placés sous la surveillance de la police à leur sortie de prison.

VII. — *Pour une étude plus attentive du poids du corps et de ses relations avec les maladies mentales*; par le Dr C. Hubert Bond (numéro de janvier). — Le poids du corps fournit des indications précieuses chez les aliénés; mais, au contraire de la méthode habituelle, ce n'est que par une notation de la proportionnalité d'une pesée au poids initial qu'on peut avoir de bons résultats. Un modèle de feuille d'observations des poids selon cette méthode accompagne ce travail.

VIII. — *Sorcellerie moderne; étude d'une phase de la paranoia*; par le Dr Conolly Norman (numéro de janvier). — Une croyance qui apparaît à divers stades de la civilisation, acquiert de ce fait un intérêt spécial qui montre qu'elle tient à un trait général de l'organisation mentale. Les trois observations de cet article montrent la croyance à l'envoûtement réapparaissant sous la forme moderne d'influence maligne exercée par l'intermédiaire d'un écrit, d'un cliché photographique, d'un monogramme. L'auteur se demande si l'esprit humain est organisé en vue de cette croyance ou si cette croyance est en soi un indice d'aliénation.

IX. — *Variations concernant l'origine des maladies mentales et nerveuses voisines*; par le Dr John Macpherson (numéro d'avril). — Leçon faite au Royal Collège d'Edimbourg (Morison Lectures). C'est une revue rapide des diverses maladies mentales, aboutissant à cette conclusion que la constitution névropathique suppose une structure cérébrale anormale, une forme ou des fonctions anormales de certains organes somatiques et une diminution de la résistance aux toxines et aux produits microbiens.

©BIUM

X. — *De la continuité des cellules nerveuses et de quelques autres questions connexes*; par le Dr John Turner (numéro d'avril). — La méthode de Turner au bleu de méthylène et à l'eau oxygénée lui a permis de tirer de l'étude des cellules sombres de l'écorce cérébrale et de l'écorce cérébelleuse, qu'il regarde comme homologues, un certain nombre de constatations d'où il résulte d'abord que des fibrilles nerveuses passent directement d'un prolongement protoplasmique à l'autre, ce qui supprime la notion de polarisation dynamique des dendrites, et surtout qu'une continuité réelle existe entre les cellules corticales, les cellules intercalaires étant réunies par leurs prolongements et le réseau péricellulaire en chapelet donnant des fibres aux cylindres-axes des cellules pyramidales; c'est ce réseau péricellulaire qui est le grand moyen d'union entre les différentes cellules du système nerveux central. Ceci vient à l'appui des idées de Bethe et d'Apathy, fondées sur leurs recherches d'histologie comparée.

XI. — *Amentia et démence. Étude anatomique*; par le Dr Joseph Shaw Bolton (numéro d'avril). — Ce numéro ne contient que la première partie d'une longue étude anatomo-clinique. Avant d'aborder cette partie anatomique, l'auteur donne son opinion, d'après ses recherches anatomiques et histologiques, sur les fonctions des couches de cellules corticales : les cellules pyramidales sont dans toute l'écorce spécialement chargées de la fonction d'association ; le grand centre antérieur d'association préfrontal de Flechsig est en état de moindre développement dans tous les cas de défaut mental congénital et, d'autre part, s'atrophie d'un pas égal avec le développement de la démence ; ce centre est donc la région chargée des processus les plus élevés d'association et de coordination.

Une étude anatomo-clinique permet de distinguer l'amentia, terme très compréhensif indiquant tout défaut de développement, et la démence, terme applicable à une incapacité permanente par dégénérescence, qu'il faut distinguer des états passagers ainsi que de la confusion.

Une cause donnée agit en faveur du développement de la démence, de telle sorte que la démence est d'autant plus rapide ou d'autant plus grande que le développement des neurones est plus élevé; la démence est d'autant plus grande en règle générale qu'elle débute à un âge plus précoce, parce qu'il faut, pour qu'elle se produise, une force capable d'abréger la résistance de l'élément nerveux.

©BIUM

La partie anatomique de ce travail a trait à 233 nouveaux cas (l'auteur ayant publié des travaux antérieurs sur le sujet); la paralysie générale en est exclue. Ces 233 cas sont divisés en cinq groupes selon le degré clinique de démence et ces cinq groupes correspondent aussi aux cinq degrés de lésions suivants : 1, pie-arachnoïde naturellement décollable; 2, quelques apparences morbides et pie-arachnoïde plus facile à décoller que d'ordinaire; 3, modifications anatomiques, excès de liquide subdural, méninge facile à décoller; 4, modifications très marquées; 5, degré plus accentué où la méninge forme un gant pour l'hémisphère.

Nous ne suivrons pas le détail des observations que l'on peut ainsi résumer : D'une façon générale, toutes les lésions augmentent en même temps que le degré de démence. Les dépôts subduraux (pachyméningite hémorragique) sont la conséquence des modifications physiques survenant dans la démence; l'excès de liquide intracranial convertit en espace réel l'espace virtuel sous-dural, d'où processus de dégénérescence chronique propice aux hémorragies. L'excès de liquide subdural et sous-arachnoïdien est une conséquence remarquable et nécessaire de la diminution du tissu nerveux dans la démence; la pie-arachnoïde a alors comme caractère principal d'être plus ou moins décollable, mais il faut éviter l'erreur produite par l'œdème cérébral ou par les altérations cadavériques; la dilatation des ventricules est, elle aussi, une conséquence de la diminution du volume du cerveau; l'état granuleux des ventricules est probablement dû à la perte de fonction d'un épithélium qui baigne dans un liquide anormal sans circulation. Les pertes de substance du cerveau sont la suite soit de l'involution, soit d'une cause vasculaire, soit de l'une et l'autre; les premiers cas sont les plus intéressants et sont en rapport avec le degré de la démence; cette diminution de substance se voit surtout dans la région préfrontale, puis dans le reste des circonvolutions frontales, la première temporale, l'insula et les pariétales; les exceptions à cet ordre de choses sont toutes de nature vasculaire ou traumatique. Au point de vue histologique, c'est la couche des cellules pyramidales qui est spécialement en état de rétrogression. On trouve également dans le cerveau des régions de développement imparfait; c'est la méthode micrométrique qui en détermine l'existence et le degré.

Le poids des hémisphères de déments est, comme on peut le prévoir, très au-dessous de la normale.

©BIUM

Les vaisseaux sont souvent dégénérés, la présence et la gravité de l'athérome augmentent avec la démence, mais sont indépendantes de l'âge, ce qui ne veut pas dire que la démence soit la conséquence nécessaire de l'athérome.

Une dernière remarque anatomique utile est qu'il faut éviter de commettre des erreurs d'interprétation facilement dues à la coexistence de la tuberculose qui peut produire de l'œdème et, dans les cas chroniques, de la diminution de la substance cérébrale.

XII. — *Psychose des adolescents, protestation contre l'usage du terme de démence précoce*; par le Dr J. C. Mac Conaghey (numéro d'avril). — Il est antiscientifique et quelque peu ahurissant d'avoir à employer le terme de démence pour une maladie qui guérit souvent; le terme de psychose des adolescents est préférable. D'autre part. il y a bien des cas qui ne rentrent pas dans la description de Kraepelin; il est avantageux de classer les psychoses des adolescents en trois groupes : les simples, avec excitation ou dépression, mais sans délire ou hallucinations importantes; les délirantes, avec hallucinations nombreuses; les catatoniques, lorsque le système musculaire est particulièrement atteint.

XIII. — *Les statistiques de la folie. Un schéma universel*; par le Dr C. C. Easterbrook (numéro d'avril). — Cette étude précise et détaillée a pour but de rechercher la méthode la plus utile pour la statistique des aliénés, avec la pensée qu'elle puisse s'adapter aux établissements de tous pays, quelle que soit la législation administrative des aliénés; l'auteur donne le modèle que devraient adopter les registres de statistique, ainsi que le mode de construction des tables médicales. Sans pouvoir analyser cette œuvre de détail, on en reçoit la notion que la statistique, en médecine comme ailleurs, est une science qui demande une intelligente appréciation de tous ses éléments et non une aveugle compilation de faits; mais l'on se demande si, pour avoir des résultats comparables entre eux, ce qui est une nécessité absolue, il ne conviendrait pas de diminuer le nombre des chapitres et des subdivisions.

XIV. — *Classification de la bibliographie de la folie avec index de relation selon le système décimal de Dewey*; par le Dr A. R. Urquhardt (numéro d'avril). — Le système décimal en bibliographie consiste à diviser en groupes principaux un sujet donné désigné par un chiffre, chaque groupe ayant des subdivisions désignées par un autre chiffre placé à la droite du

©BIUM

premier, et ainsi de suite. Par exemple, dans le système de Dewey : (0) ouvrages généraux (1), philosophie (2), religion (3), sociologie, etc., la médecine mentale, étant considérée comme une branche de la philosophie, est désignée par 132. Cet article indique toutes les subdivisions qu'on peut faire d'après ce principe pour le catalogue des ouvrages de psychiatrie.

XV. — *Répartition de la folie*; par John Macpherson (numéro de juillet). — Cette « Leçon Morison » tend à redresser certaines opinions courantes sur la répartition de la folie. Il est inexact, par exemple, que la folie soit moins fréquente chez les sauvages que chez les peuples civilisés; il semble, au contraire, que le terrain psychopathique soit constant. Mais ce qui modifie les statistiques, c'est d'abord un certain nombre de préjugés ou de conceptions sociales des divers peuples sur ces maladies, qui en fait méconnaître le nombre; puis la diversité de l'organisation cérébrale selon les pays et les races, qui modifie sensiblement la proportion des diverses formes. L'auteur s'appuie sur des récits de voyages et sur des considérations historiques. Sont-elles toutes exactes? Il dit, par exemple, qu' « il est bien connu qu'au temps de Louis-Philippe, pas plus tard que dans la première partie du dernier siècle, quand le pouvoir de l'Eglise était suprême en France, on considérait comme prudent de cacher certains symptômes obscurs ou peu usuels, de peur qu'on ne fondât sur eux une accusation de sorcellerie! »

L'auteur signale ensuite, par des exemples intéressants pris dans les statistiques écossaises, qu'il est des écueils graves à éviter dans l'établissement de certaines statistiques comme celles de la prédisposition d'une race à la folie. Par exemple les vieillards étant beaucoup plus fréquemment atteints que les jeunes gens, une population qui fournit à l'émigration des éléments jeunes, semblera avoir une proportion élevée d'aliénés; à l'inverse, une ville qui attire les campagnards, paraîtra n'avoir qu'une population sans tare mentale. Des remarques de même genre doivent amener à une étude démographique préalable, entre autres sur la proportion des sexes, sur les conditions de mariage des populations isolées.

XVI. — *Les causes et le traitement de la folie*; par le Dr John Macpherson (numéro de juillet). — Cette « Morison Lecture » est une œuvre de vulgarisation où l'on montre combien il est difficile de se faire une idée scientifique de la cause des maladies, spécialement en médecine mentale, et où sont décrits et approuvés les moyens les plus modernes de la théra-

©BIUM

peutique psychiatrique : traitement de plus en plus hospitalier, colonisation familiale, colonisation des délinquants d'habitude, séparation des aliénés criminels, traitement des épileptiques.

XVII. — *Contribution à l'étude des désordres de l'association visuelle dans la folie*; par le Dr Sidney J. Cole (numéro de juillet). — Etude détaillée d'un cas de psychose de Korsakoff où la cécité psychique semblait due à une trop grande rapidité de disparition des impressions visuelles supprimant la possibilité de la perception exacte des objets; il ne s'agissait ni de confusion, ni de troubles de l'attention. Ces troubles visuels sont fréquents dans les psychoses lorsque existe le symptôme désorientation, mais sont souvent obscurcis par d'autres symptômes concomitants.

XVIII. — *Les caractéristiques naturelles et les tempéraments de nos malades; comment ils aident ou contrarient notre traitement*; par Lionel A. Weatherlin (numéro de juillet). — Les progrès des recherches anatomiques ne doivent pas faire délaisser le point de vue clinique pour lequel l'étude du tempérament, de l'humeur, du caractère ont une grande importance, car ils réagissent l'un sur l'autre dans une mesure variable, sans pourtant cesser de faire partie intégrante de l'individu.

Chez les aliénés, on exagère en disant qu'il y a changement complet du caractère. Plus souvent, au contraire, la maladie en accentue les mauvais traits, et le médecin peut, s'il connaît à fond les éléments essentiels de l'humeur, du tempérament, du caractère de ses malades, faciliter singulièrement son traitement, en leur appliquant la discipline d'esprit qui leur convient. Cela ressort de plusieurs exemples cités par l'auteur.

XIX.— *Quelques points connexes à la tuberculose des asiles*; par W. F. Menzies (numéro de juillet). — Ceci est un article de pratique destiné à exposer les résultats obtenus à l'asile de Cheddleton pour diminuer la tuberculose, grande cause de la mortalité des aliénés en Angleterre; atteints souvent avant leur entrée, ils infectent tous les quartiers des asiles; il s'agit d'établir un diagnostic précoce et de veiller à supprimer la contagion.

Pour établir ce diagnostic précoce, on notera avec soin la température, on pratiquera l'auscultation méthodique, on recherchera le facies tuberculeux, on suivra la courbe du poids, et lorsque ces signes manqueront, on fera l'épreuve de la tuberculine. La prophylaxie consistera à établir un quartier spécial,

afin d'isoler entièrement ces malades, sauf dans les ateliers de travail, où, seuls d'ailleurs, les tuberculeux au début sont capables de se rendre; on pratiquera le système des fenêtres ouvertes et la ventilation des chambres; contre les crachats, on supprimera le tabac aux tuberculeux qui crachent, et on fera leur éducation; on considérera les paillassons comme un sérieux moyen de contamination, ainsi que les appareils de chauffage, réceptacles de crachats et de poussières; les ventilateurs et prises d'air ont les mêmes inconvénients et sont avantageusement remplacés par l'ouverture des fenêtres; le nettoyage à sec sera proscrit; on désinfectera à part les effets des tuberculeux; il faudra leur donner un régime plus riche en graisses et en matières azotées. Ne pas oublier que l'atelier du tapissier est toujours un milieu propice à la contagion, lorsqu'on y répare des meubles en crin ou recouverts d'étoffe. Les mouchoirs seront avantageusement remplacés par du papier du Japon, si on apprend aux malades à s'en servir. Enfin les animaux, même les chats, si utiles contre les rongeurs dans un asile, seront écartés des quartiers de tuberculeux.

XX. — *Sur l'usage des hypnotiques dans le traitement de l'insomnie*; par le Dr W. Maule Smith (numéro de juillet). — L'administration des hypnotiques demande beaucoup de doigté, car il faut apprécier les causes physiques ou mentales de l'insomnie, qui sont si variables. Le traitement de l'insomnie consiste d'abord à éliminer les causes qui peuvent l'aggraver, puis à donner le repos. Les médications hypnotiques sont indirectes (exercice, bain, massage, régimes toniques) et directes (fraîcheur, médicaments). Lorsque la cause de l'insomnie est une cause physique, les médicaments sont en général inutiles et nuisibles, car ils ne peuvent qu'affaiblir la résistance psychique; il en est de même lorsque l'état mental est intact, comme dans la neurasthénie. Mais, chez les aliénés, la médication hypnotique devient une part importante et nécessaire du traitement, car il faut imposer le repos à toutes les parties d'un cerveau désagrégé. Les psychoses survenant après cinquante ans sont particulièrement justiciables de ce traitement chimique; de même les alcooliques chroniques physiquement affaiblis qu'on prive brusquement de leur alcool. Enfin, on ne doit avoir aucune hésitation à calmer par des hypnotiques les chroniques incurables.

XXI. — *Les folies de la décadence*; par le Dr George A. Rorie (numéro de juillet). — Description sommaire des cas de

©BIUM

psychose par involution sénile au-dessus de cinquante ans observés par l'auteur. Il a remarqué surtout la prédominance des idées mélancoliques à l'âge critique, la proportion élevée des guérisons et la tendance aux rechutes chez les femmes, les délires des vieillards et la présence d'accidents aigus chez les imbéciles et les épileptiques de cet âge.

XXII. — *Observations statistiques sur la paralysie générale*; par le Dr Harvey Faird (numéro de juillet). — Les recherches de l'auteur avaient pour but de constater les symptômes les plus fréquents dans la paralysie générale qu'on dit être maintenant plus souvent atypique qu'autrefois. Anatomiquement, cette statistique montre la présence de fausses membranes sub-durales dans un quart des cas, l'adhérence fréquente de la pie-mère qui se décortique cependant sans érosion dans la proportion de 40 p. 100, et la fréquence des granulations épendymaires qui deviennent la lésion la plus habituelle. Cliniquement, l'âge d'admission est quarante ans; la durée du séjour à l'asile, de quatorze mois; les veufs ou mariés sont les plus nombreux; les hommes sont d'une classe plutôt élevée. L'euphorie se rencontre dans la moitié des cas, donc elle est en diminution, tandis que la mélancolie, les idées de persécution, les tendances au suicide augmentent; enfin, il y a dans 80 p. 100 des cas, des troubles moteurs oculaires, de la parole, des réflexes rotuliens.

XXIII. — *Discours présidentiel prononcé à l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, le 20 juillet* 1905; par le Dr T. Outterson Wood (numéro d'octobre). — Le président de la grande Association anglaise se félicite de la prospérité grandissante de l'Association. Puis, parcourant les principaux travaux effectués dans le cours de l'année, il signale l'étude des congés d'essai pour lesquels on réclame le droit de ramener le malade à l'asile à toute époque du congé; l'étude de la délivrance des médicaments dangereux tendant à éviter qu'une seule ordonnance portée chez plusieurs pharmaciens ne permette de délivrer de grandes quantités de poison. On réclame une législation facilitant l'internement au début pour les cas douteux, et la surveillance efficace des maisons ouvertes, où sont placés trop de véritables aliénés, l'extension aux asiles publics des placements sur la demande du malade lui-même, la création d'administrateurs publics pour les biens des malades sans famille. Enfin, dans une longue étude des desiderata de l'Association pour les infirmiers et infirmières formés par ses soins, l'auteur signale leur nombre de 6.900,

©BIUM

l'élévation qui vient d'être faite de leur temps de stage à trois années ; il demande que ces infirmiers soient par quelque moyen enregistrés officiellement par l'Etat. Son vœu est qu'on n'insiste pas sur le remplacement des hommes par des femmes, afin de ne pas décourager les hommes, dont certains sont d'excellents infirmiers et dont on ne saurait se passer. Les écoles spéciales des asiles sont nécessaires, car l'éducation donnée par les écoles des hôpitaux ne saurait convenir aux asiles. Il serait désirable que l'Association entreprît l'inscription non seulement des diplômes conférés, ainsi qu'elle le fait, mais l'enregistrement de l'infirmier en tenant compte de son caractère et de ses aptitudes personnelles. Ce qui supprimerait les derniers obstacles à l'enregistrement par l'Etat des infirmiers de l'Association médico-psychologique.

XXIV. — *Quelques points du traitement précoce des troubles mentaux et nerveux (spécialement chez les indigents)* ; par A. Hélène Boyle (numéro d'octobre). — M^me^ Hélène Boyle indique la nécessité d'établissements pour nerveux et mentaux non internables, la nécessité d'un traitement étant absolument distincte de celle d'un certificat. A Brighton, le dispensaire pour femmes et enfants de Lewes Road a ouvert un petit hôpital de ce genre dont les caractéristiques sont de n'être pas exclusivement spécialisé, de ne pas pratiquer l'alitement habituel, d'avoir des médecins formés par la double pratique de la neurologie et de la psychiatrie, de ne pas pratiquer l'isolement, de ne donner à chaque médecin qu'un nombre restreint de malades, d'avoir des médecins femmes pour les femmes, d'être constitué sur un type de villas, enfin d'être dépourvu de toute bureaucratie.

XXV. — *La prévision d'aménagements appropriés aux diverses formes d'aliénation* ; par le D^r^ John Milsom Rhodes (numéro d'octobre). — L'auteur est un adversaire du système des asiles pour chroniques ; il voudrait voir quatre sortes d'établissements selon que les malades sont des aigus à hospitaliser, des chroniques dangereux, des chroniques inoffensifs travailleurs, et des chroniques inoffensifs non travailleurs. Pour les chroniques, il faut de petits pavillons fermés ou ouverts selon les nécessités de la surveillance, et des villas séparées pour les travailleurs ; pas de ces promenoirs et corridors qui coûtent des prix fous ; on doit donner à ces maisons l'aspect de colonies, de façon à rapprocher le plus possible leurs habitants du home perdu.

©BIUM

Une discussion suivit au Congrès annuel les deux communications qui précèdent : le Dr Carswell donna des renseignements sur le fonctionnement, à Glascow, du service spécial placé dans un hôpital général et destiné aux mentaux non internés, pendant un maximum de six semaines. Le Dr Toogood indiqua qu'à Londres on ne peut garder plus de dix-sept jours un aliéné sans l'interner, et expliqua le rôle du médecin de la Poor Law. Le Dr Nathan Raw, médecin d'une vaste infirmerie de la Poor Law, où il reçoit des délirants de toute espèce, délires fébrile, traumatique, alcoolique, puerpéral, etc., souhaita la création dans les grands centres d'hôpitaux mentaux distincts des asiles.

XXVI. — *Démence précoce*; par le Dr Thomas Johnstone (numéro d'octobre). — Revue critique de la question où l'auteur analyse le sens de démence précoce, qui pour lui signifie démence prématurée, et rappelle l'historique de cette maladie; il conclut à l'unité nosographique de la démence précoce.

Victor Parant fils.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Thèses de la Faculté de Toulouse.

ANNÉE SCOLAIRE 1907-1908

I. — *Considérations sur la joie et le rire à l'état normal et à l'état pathologique* ; par le Dr Dourdet. Th. Toulouse, 1907, 68 pages.

La joie et le rire sont des manifestations instinctives de bien-être et de puissance, et normalement le rire se produit lorsqu'il y a augmentation subite et inattendue de la personnalité. Le plus souvent cette augmentation ou l'illusion de cette augmentation se produit aux dépens de quelqu'un qui est le personnage comique et dont « l'amoindrissement » donne au rieur la sensation de sa propre supériorité. Il est regrettable que l'auteur de ce travail n'ait pas pensé dans ces conditions à rapprocher le rire du sadisme, d'autant plus que de fort bonnes raisons l'ont amené à assimiler le rire à un réflexe se produisant plus facilement chez le sauvage et l'enfant que chez l'homme civilisé. Après avoir étudié ensuite le rire et la joie dans quelques états morbides (anesthésie par le protoxyde d'azote, alcoolisme, manie, paralysie générale, mégalomanie) au milieu desquels il aurait été bon de réserver une place à la démence précoce, où les crises de « fou rire » ont une durée parfois si longue, l'auteur conclut que le rire et la joie sains ou morbides se caractérisent par un sentiment général de bien-être, une puissance éphémère de l'esprit, un sentiment de plaisir moral, des représentations réagissant sur ce plaisir, un désir d'action et une tendance à l'incoordination qui croît proportionnellement à l'intensité de la joie.

II. — *La folie de Maupassant*; par le Dr Z. Lacassagne. Th. Toulouse, mars 1907, 52 pages.

De l'étude de l'histoire de la maladie du romancier, où il note une période d'incubation, une période de systématisation

©BIUM

commençante, une période de systématisation de plus en plus accentuée et enfin une période terminale ou de démence, l'auteur de ce travail croit devoir conclure que Maupassant fut atteint de délire chronique progressif.

III. — *La folie du roi Charles VI*; par le Dr J. Saltel. Th. Toulouse, 1907, 65 pages.

Travail d'autant plus intéressant qu'il est plus ingrat à cause de la pénurie et de l'imprécision des documents, malgré les études si sujettes à revision, du moins dans leurs détails, de A. Brachet. Contrairement à l'opinion de Moreau (de Tours), Chéreau, Audry, qui ont fait de Charles VI un maniaque périodique, l'auteur conclut que ce roi, grâce à l'influence d'une hérédité chargée (vésano-arthritique), d'une fièvre probablement typhoïde avec psychose de convalescence, a souffert d'une confusion mentale provoquée par une insolation. Il semble, en effet, que ce soit bien là le diagnostic le plus probable auquel il faut aujourd'hui s'arrêter, en ajoutant cependant que cette confusion mentale fut une confusion mentale chronique avec rémissions (démence précoce).

IV. — *Les tristesses morbides*; par le Dr A. Charazac. Th. Toulouse, 1907, 72 pages.

La douleur morbide, qui est une des formes de l'ennui, est primitivement causée par un ralentissement appréciable du mouvement vital; Georges Dumas la divise en douleur ou tristesse à hypotension (tristesse passive), et en douleur ou tristesse à hypertension (tristesse active). L'exemple typique de la douleur morbide est la mélancolie, qui très nettement nous montre des cas de tristesse passive (mélancolie simple, mélancolie avec stupeur), et des cas de tristesse active (mélancolie anxieuse, persécuté mélancolique). Les instables, les dégénérés présentent des phases de tristesse qui succèdent sans motifs à des phases d'exaltation, et on peut rapprocher d'eux les malades atteints de folie circulaire, forme dans laquelle l'hypotension succède à l'hypertension, la mélancolie à la manie. On rencontre enfin la tristesse morbide chez les idiots, les imbéciles, les délirants

©BIUM

chroniques, les paralytiques généraux, les individus présentant du délire d'intoxication. On peut dire, en résumé, qu'il n'est pas une lésion du cerveau qui ne s'accompagne de douleur.

V. — *L'hystérie qui s'associe et qui simule*; par le Dr A. Lacaze. Th. Toulouse, 1907, 86 pages.

Parmi toutes les théories qui ont été proposées pour expliquer l'hystérie, aucune n'est satisfaisante; cela est principalement dû à l'absence d'une définition qui fait que jusqu'ici le champ de l'hystérie paraît sans limites. Mais il est clair que le domaine de cette affection a été beaucoup trop élargi, surtout depuis l'époque où, à la suite de Charcot, on a considéré l'hystérie comme la grande simulatrice. Babinski a montré que ce que bien souvent on avait considéré comme une simulation, n'était qu'une association; c'est là une considération qui ne doit pas être oubliée en clinique, car elle permet de faire la part des choses. L'étude attentive de chaque cas permet de se rendre compte que, dans le cas d'association, les deux maladies évoluent parallèlement et sans se confondre; il faut donc bien se garder, lorsqu'on observe des signes physiques morbides chez un hystérique, de s'empresser de les mettre sur le compte de la névrose; il faut, au contraire, en rechercher exactement les causes possibles. On peut se rendre compte ainsi que les cas de simulation sont beaucoup moins fréquents qu'on ne le pensait autrefois; mais il ne faut pas pour cela nier leur existence et l'auteur cite à l'appui deux intéressantes observations : l'une concernant un cas de fièvre hystérique sans hyperthermie : frissons, sensation de chaleur, sueurs, sans élévation de température; l'autre concernant un cas de simulation de la tuberculose par l'hystérie.

VI. — *Les formes cliniques du rêve en psychiatrie*; par le Dr H. Dulion. Th. Toulouse, 1908, 93 pages.

Considéré dans l'antiquité comme ayant de nombreux rapports avec les états morbides, considéré plus tard comme presque indépendant de l'état de maladie, le rêve a dans ces dernières années repris sa place dans la pathologie. Ses nombreux points de ressemblance avec la folie nous ont conduit, en effet, peu à peu à apercevoir le rôle considérable que joue le rêve

©BIUM

dans l'éclosion du délire. L'étude du rêve montre, en effet, que les images s'y succèdent d'une manière pour ainsi dire machinale et naturelle, et que la seule différence que le rêve présente avec la veille, est que dans le songe les diverses parties du cerveau fonctionnent isolément et sans synergie ; il en est de même dans certains états délirants, dont le plus caractéristique à ce point de vue est l'état de confusion mentale. On peut d'ailleurs saisir en étudiant les états oniriques, et tout particulièrement le délire causé par l'intoxication alcoolique, les diverses étapes qui séparent l'état de santé de l'état de délire en passant par le rêve, le délire n'étant qu'un rêve pendant la veille. Les conditions qui président à la naissance des rêves sont les mêmes que celles qui président à la naissance des états délirants : l'intoxication y joue le plus grand rôle, que ces intoxications aient une origine ou un retentissement viscéral ou cérébral (hystérie, épilepsie, etc.).

Cependant, on peut noter que les rêves morbides empruntent à la maladie au cours de laquelle ils apparaissent une allure particulière ; le médecin n'a donc pas le droit de laisser de côté la sémiologie du rêve, qui peut lui être d'une grande utilité.

VII. — *Littérature et folie, étude anatomo-pathologique du génie littéraire* ; par le Dr Paul Voivenel. Th. Toulouse, 1908, 560 pages.

La thèse de M. Voivenel est un gros travail, un très gros travail écrit *ad majorem vitæ gloriam* ; ce très gros travail qui nous sort un peu des sèches monographies et des compilations, types trop habituels des thèses de médecine, est au surplus extrêmement personnel et rempli d'aperçus originaux ; il a enfin l'avantage d'être exclusivement médical, ce qui est une qualité rare dans un travail de ce genre, où l'on ne peut habituellement faire que difficilement le départ entre ce qui appartient à la médecine et ce qui appartient à la pure critique littéraire. Pour le bien montrer, M. Voivenel fait reposer toutes ses recherches sur l'anatomie et la physiologie cérébrales, ce qui est une base solide et rationnelle. Les conditions *sine qua non* du génie littéraire sont des idées et des mots pour exprimer ces idées à quoi correspondent les facultés d'évocation et les facultés d'expression ; or, à ces facultés correspondent des centres cérébraux anatomiques et fonctionnels, centres unis

©BIUM

entre eux par des fibres d'association et dont l'action concordante permet à l'écrivain de créer et de produire. Mais, et c'est là qu'est l'idée originale de la thèse de M. Voivenel, le fonctionnement plus fréquent des centres spécialisés du langage détermine forcément une hypertrophie et consécutivement un « déséquilibre normal ». La facilité d'élocution ou de style est proportionnée à l'hypertrophie de ces centres, et il arrive un point où l'expression chez les écrivains devient pour ainsi dire réflexe (et Flaubert, cependant?) et où toute sensation tend à s'extérioriser immédiatement pour se traduire sans le secours obligatoire de la raison. Aussi les littérateurs sont-ils des émotifs, leur génie croît avec leur émotivité et le fait que c'est surtout cette émotivité qui conditionne leur production, permet de les rapprocher des aliénés. D'ailleurs, on peut, à cet égard, faire plus qu'un rapprochement, car non seulement la folie n'est pas en opposition avec le talent littéraire, et coïncide souvent avec lui, mais encore nombreux sont les écrivains dont les manifestations littéraires sont tributaires de la dépression (Pascal, Léopardi, Henri Heine, etc.) ou de l'excitation (Rouget de l'Isle, A. Barbier, V. Hugo, etc.) et ne sont déterminées que par le sens de leur émotivité. Les meilleurs exemples du rôle joué par cette émotivité dans la littérature nous sont fournis par les écoles romantique, décadente et symboliste, « où la « sensibilité est tout, l'intelligence, le bon sens paraissant sys- « tématiquement évincés ». L'affectivité, l'émotivité jouent aussi un grand rôle dans les maladies mentales, elles permettraient même le développement chez des aliénés non éduqués et non préparés d'un talent littéraire relatif. C'est ce qui a permis à certains de considérer le talent littéraire comme l'expression d'une dégénérescence. Mais l'existence de points communs n'autorise pas une telle assimilation : à côté de l'anomalie réversive, qui est une dégénérescence, il y a place pour l'anomalie progressive qui est une progénérescence; les génies littéraires sont des progénérés. Cette progénérescence, qui détermine la déséquilibre dont il est question plus haut, fait que le cerveau du littérateur est le plus souvent en état d'équilibre instable, que les écrivains de talent sont des désharmonisés, et que chez la plupart des auteurs, même chez ceux qui paraissent le plus normaux, le déséquilibre se fait jour : à côté de la classe des malades littérateurs, il y a donc la classe plus nombreuse encore des littérateurs malades. Voilà quel est le thème général développé par M. Voivenel ; il y ajoute, dans des chapitres

©BIUM

qui ne devraient être qu'un appendice, des considérations sur l'hypertrophie de la sexualité chez les littérateurs, pour qui la parole est une nouvelle parure, sur les associations sensorielles et sur les races littéraires.

La conclusion de tout ceci est que l'homme de génie est un homme de progrès ; le génie littéraire tient plus particulièrement à l'hypertrophie des centres spéciaux du langage et les anomalies mentales des écrivains sont dues au déséquilibre cérébral et ce dernier tient à ce que le cerveau évolue. L'homme de génie est donc en avance sur son époque, son cerveau est une esquisse du cerveau de l'avenir dont les fonctions auront la perfection de la moelle et qui sera tel que nous penserons sans y penser.

Le travail de M. Voivenel est tellement important que nous l'aurions voulu matériellement plus parfait. Un autre critique, M. Albert Prieur, dans le *Mercure de France*, lui a reproché de n'avoir pas de table, et je souscris des deux mains à cette critique ; il y aurait un peu perdu de la confusion qui le dépare, qui en rend la lecture difficile, et qui ne permet que difficilement de le consulter. Je souhaite que plus de loisirs permettent à M. Voivenel de revoir son travail avec plus de soin, de méthode et de rigueur, et qu'une nouvelle édition nous permette d'y trouver tout ce que nous regrettons de n'y pas voir. En attendant, c'est là une thèse qui restera et qui fait le plus grand honneur au Maître du service duquel elle est sortie, M. le professeur Rémond.

LUCIEN LAGRIFFE.

American Médico-psychological Association. Report of Comittee on training schools for nurses (Association médico-psychologique américaine. Rapport de la Commission pour les écoles d'infirmières). Broch. in-8, 1907.

A la réunion de l'Association médico-psychologique américaine de juin 1906, une Commission fut désignée pour dresser un programme minimum d'instruction pour les écoles d'infirmières des asiles d'aliénés. Le programme élaboré par la Commission, adopté dans la réunion de 1907, est établi pour deux ou trois ans d'études, mais la Commission pense que trois ans devraient en être la durée normale, chaque année comportant huit mois de cours du 1er octobre au 1er juin et trois heures de

©BIUM

leçons par semaine. Ces programmes embrassent la médecine tout entière, avec, en plus, la tenue de la maison, l'alimentation, la cuisine et la pratique des soins à donner aux malades et aux aliénés en particulier. « Tantæ molis erat... » Faut-il vraiment tant de science pour faire un bon infirmier, voire même un bon surveillant d'aliénés ?

A. CULLERRE.

An experimental study of an unusual type of reaction in a dog (Étude expérimentale sur un mode inusité de réaction chez un chien), par G. Van T. Hamilton, M. D. Extrait de *The journal of comparative neurology and psychology*, 1907.

Ce mémoire relate de nombreuses expériences faites à l'aide d'un dispositif spécial sur un chien, afin d'élucider la question de savoir si l'on doit rattacher à l'instinct, à la mémoire associative ou au hasard les actes de cet animal placé dans de certaines conditions (une cage munie d'un mécanisme modifiable devant être actionné par le sujet en expérience en vue de reconquérir sa liberté). La description de ces expériences, d'ailleurs peu concluantes, n'est pas susceptible d'être résumée.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fourteenth annual report of the state asylum for the chronic insane of Pennsylvania, for the year ending september 30, 1907. 47 pages in-8°, avec planches. Press of Lebanon, Penns., S. d.

DANA F. DOWNING. The sanatorium treatment of mental and nervous diseases. Communication faite à la Société médicale homéopathique du Massachusetts, 1907. Broch. in-8° de 6 pages.

TANCREDI CORTESI. Tumore cerebrale del lobo prefrontale sinistro. Osservazione clinica ed anatomica. 17 pages in-8° avec figures. Extrait de *Il Morgagni*, Milan, 1908.

28 th annual report of the state hospital for the insane. Norristown, Pa, for the year ending september 30, 1907. 86 pages in-8° avec planches, 1907.

Thirty-seventh annual report of the Buffalo state hopital to the state Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1907. 85 pages in-8° avec planches. Albany, 1908

©BIUM

VARIÉTÉS

Nominations et Promotions.

Arrêtés de juillet 1908 : M. Simonet, directeur, et M. le Dr Maupaté, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la 1re classe de leur grade (7.000 fr.) ;

M. le Dr Halberstadt, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 fr.) ;

M. le Dr Nouet, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant, est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure).

Décret modifiant les dispositions du décret du 1er août 1906, relatif au recrutement des médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés.

Rapport au président de la République française.

Paris, le 5 août 1908.

Monsieur le Président,

Depuis plusieurs années, mon administration s'efforce de constituer, pour le service des aliénés, un corps médical présentant toutes garanties de compétence scientifique : le décret du 1er août 1906 a fixé le mode de recrutement des médecins-adjoints et les règles du concours d'adjuvat ; celui du 26 novembre 1907 vise les conditions dans lesquelles les candidats sont admis à participer au concours en vue du service dans les établissements privés ou dans les quartiers d'hospices affectés aux aliénés. Chacun s'accorde à reconnaître, et je suis heureux de vous donner l'assurance que ce concours annuel, et non régional comme naguère, mais unique désormais pour toute la France, produit les meilleurs résultats ; le niveau scientifique des jeunes médecins qui triomphent de ses difficiles épreuves est tout à fait satisfaisant : dans l'intérêt supérieur des malades, tous nos efforts doivent tendre à élever encore ce niveau, à fortifier le concours, et c'est à quoi vise le présent décret.

A l'occasion du dernier concours, le jury, dans le rapport présenté en son nom par son président, M. l'inspecteur géné-

©BIUM

ral Drouineau, m'a exprimé le désir de voir apporter aux conditions des épreuves quelques modifications et précisions, dont l'expérience a fait apparaître l'utilité.

Le jury souhaiterait d'abord que le temps accordé aux candidats pour traiter la première épreuve écrite (anatomie et physiologie) fût porté de trois à quatre heures. Cette épreuve joue un rôle très important dans l'admissibilité et dans le classement définitif ; elle a pour objet l'étude du système nerveux, c'est-à-dire ce qui constitue la base scientifique de la pathologie mentale : cette petite modification très désirée par les candidats m'a paru fort justifiée.

En second lieu, le jury pense, et j'estime avec lui qu'il convient d'augmenter l'importance de l'épreuve clinique orale ; il serait accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade au point de vue du diagnostic, du traitement, du mode d'assistance, dix minutes lui seraient laissées pour coordonner ses idées, l'exposition orale durerait quinze minutes, le maximum des points pour cette épreuve serait élevé de vingt à trente.

Enfin, pour dissiper certaines confusions, pour empêcher les candidats de se méprendre sur le sens exact de la question posée et de se perdre en des considérations générales étrangères au sujet, il a paru au jury qu'il serait utile de préciser le libellé de l'épreuve clinique écrite. Le décret du 1er avril 1906 disait : l'épreuve porte sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médico-légal.

Le jury m'a demandé de rédiger ainsi cette partie du programme : « Cette épreuve porte sur un seul malade (diagnostic de l'état mental du sujet et détermination des conséquences qui en découlent au point de vue médico-légal). »

Une question d'un autre ordre s'est imposée au cours de ces dernières années à mon attention. Aux termes du décret de 1906, tout candidat reçu au concours d'adjuvat et refusant les postes à lui offerts dans les asiles publics n'était déclaré démissionnaire qu'après un délai de cinq ans.

La preuve est faite surabondamment, aujourd'hui, que ce délai est beaucoup trop long. Il rend très difficile le recrutement régulier des médecins-adjoints de nos asiles, qui est l'objet essentiel du concours. En réalité, c'est le lendemain même de l'épreuve que les candidats reçus devraient être mis en demeure de prendre possession des postes vacants ; une tolérance peut leur être accordée, mais j'estime qu'elle ne saurait en aucun cas se prolonger au delà de la fin de l'année scolaire : aucune raison ne m'apparaît qui puisse justifier un plus long délai d'option, et en sens contraire il y a un intérêt de premier ordre à assurer aux asiles un personnel médical complet,

©BIUM

alors surtout que dans un très grand nombre d'entre eux ce personnel, bien que complet, est encore insuffisant.

Si vous approuvez ces diverses modifications, je vous prierai de revêtir de votre signature le présent décret.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

G. CLEMENCEAU.

Le Président de la République française,

Vu les décrets des 1er août 1906 et 26 novembre 1907 ;

Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Décrète :

Art. 1er. — Les dispositions de l'article 4 du décret du 1er août 1906 sont ainsi modifiées :

Les épreuves seront toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé quatre heures au candidat ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures ; le maximum des points sera de 10.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise.

Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres ; le maximum des points sera de 10 pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques.

Ces épreuves sont éliminatoires.

4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 20.

5° Une épreuve clinique orale qui portera sur un seul malade au point de vue diagnostic, pronostic, traitement, assistance ; il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade, dix minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de 30.

6° Une épreuve clinique écrite ; cette épreuve portera sur un seul malade (diagnostic de l'état mental du sujet et détermination des conséquences qui en découlent au point de vue médico-légal).

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite.

Le maximum des points sera de 20.

La police générale du concours est confiée au jury, qui détermine, notamment, les règles à appliquer à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 2. — Les dispositions de l'article 6, § 3. du décret du 1er avril 1906, sont ainsi modifiées :

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, le 1er novembre de l'année du concours, n'aurait pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination.

Art. 3. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 5 août 1908.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

G. CLEMENCEAU.

EMPLOIS RÉSERVÉS PAR APPLICATION DE LA LOI DU 21 MARS 1905. — CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
à Messieurs les Préfets.

Mon attention a été appelée, d'une façon toute spéciale, sur les difficultés que présente, dans un grand nombre de départements, le recrutement, parmi les candidats militaires, du personnel subalterne, non soumis à la retenue, des asiles d'aliénés.

Je me suis empressé de saisir de cette importante question M. le Ministre de la Guerre, et la Commission de classement, instituée en vertu de l'art. 70 de la loi du 21 mars 1905, a décidé, au cours de sa séance du 1er juillet courant, que les emplois du personnel subalterne permanent, non commissionné, des asiles d'aliénés, ne sont pas réservés par la loi précitée.

©BIUM

Il vous appartient donc, désormais, de pourvoir, en dehors des candidats de l'armée, aux vacances qui se produiront pour ces emplois dans les établissements d'aliénés de votre département.

Je vous prie de vouloir bien m'accuser réception de la présente circulaire.

Pour le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur,

MIRMAN.

J.-P. MIERZEJEWSKY ET SON RÔLE DANS L'ÉVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE EN RUSSIE.

On a lu dans les *Annales* de mai 1908 le récit de la mort du professeur Mierzejewsky. Venu à Paris pour assister au jubilé de M. Magnan, ce regretté collègue fut atteint d'une maladie grave, qui l'emporta en trois jours. Son corps fut transporté à Saint-Pétersbourg, où eurent lieu ses obsèques. Parmi les nombreux discours qui furent prononcés sur sa tombe, celui du professeur W. Bechtereff retrace d'une façon heureuse le rôle du professeur Mierzejewsky dans l'évolution de la psychiatrie en Russie. A ce titre, il peut être considéré comme une page d'histoire, et nous le reproduisons intégralement.

« Il m'est difficile, en quelques mots, de donner la mesure de l'immense perte que vient de faire la psychiatrie russe en la personne de Mierzejewsky. La science a perdu en lui un de ses représentants les plus autorisés; ceux qui l'ont connu, un psychiatre des plus humanitaires.

« Mierzejewsky a continué l'œuvre du professeur Balinsky, le premier maître de la psychiatrie en Russie; non seulement il poursuivit dignement son premier enseignement, mais il lui imprima un essor nouveau; s'inspirant des travaux d'anatomie de Wirchow, des recherches sur les localisations cérébrales de Charcot, il donna son remarquable travail sur les lésions de la paralysie générale et son étude de l'idiotie avec une nouvelle interprétation pathogénique déduite de l'anatomie pathologique, renversant la théorie régnante de Vogt sur la nature atavique de la microcéphalie.

« La clinique psychiatrique et neuro-pathologique lui doivent aussi de nombreux travaux, notamment une étude des échanges chimiques chez les agités et chez les alcooliques (1).

---

(1) Le Dr Tékoulieff compte cinquante-quatre travaux de Mierzejewsky. (*Histoire de la chaire de psychiatrie et de neuro-pathologie de l'Académie impériale médico-militaire de Saint-Pétersbourg.*)

« En dehors de ses importants travaux personnels, le professeur Mierzejewsky fut l'inspirateur de toute une phalange de jeunes chercheurs. La plupart des élèves de la clinique se livrèrent avec ardeur aux recherches microscopiques. Bien entendu que l'expérimentation et la toxicologie du système nerveux vinrent compléter et fournir une base précise à ces recherches anatomiques. Le résultat ne se fit pas attendre ; une longue série de travaux étayés sur l'anatomo-pathologie nerveuse prirent jour sous la direction féconde du maître, et leur nombre nécessita bientôt la création d'un périodique spécial dans lequel les recherches d'anatomo-pathologie nerveuse tinrent un rang important. Ses élèves sont aujourd'hui à leur tour chefs de service, certains même professeurs de psychiatrie ou de neuro-pathologie, et continuent la même tradition dans toute la Russie. On peut dire que Mierzejewsky est le fondateur de l'école anatomo-pathologique en psychiatrie russe, laquelle a exercé une si grande influence sur le rapprochement de la psychiatrie, si isolée jusque-là, des autres sciences médicales, et lui a donné, grâce à la nouvelle méthode scientifique, le rang important qu'elle occupe aujourd'hui.

« Un des plus grands mérites du professeur Mierzejewsky c'est aussi la fondation de la nouvelle clinique psychiatrique ; avec Balinsky et Erlitzky, il dressa tous les plans et dirigea l'exécution de cette admirable clinique de Saint-Pétersbourg, une des plus belles du monde entier.

« Pendant plus de vingt ans, il fut président de la Société de psychiatrie de Saint-Pétersbourg. Vers la fin de l'année 1870, quand la Société de psychiatrie fut forcée de suspendre ses séances, c'est dans Mierzejewsky qu'on mit tout l'espoir ; il ne démentit pas cette confiance ; il exerça toute son influence à obtenir la réouverture des séances de cette utile association, et continua toujours à apporter aux discussions scientifiques de la Société le concours absolu de la sûreté de son jugement, de sa vaste érudition et de sa grande expérience. Comme professeur, il fut d'une éloquence hors ligne, et comme maître, il fut adoré de ses élèves. Membre du Conseil médical de l'Empire et du Conseil d'administration d'Oudelny, il sut se rendre extrêmement utile ; sa parole autorisée, son immense savoir, ses qualités pratiques donnaient à tous ses avis un prix inappréciable.

« Comme praticien, il s'attacha une nombreuse clientèle, qui témoigna toujours pour lui une vive admiration. Sa devise était « *Primum non nocere* », aussi se montrait-il thérapeute prudent et avisé, plein d'une affectueuse et cordiale attention. Il savait chaque fois, d'un mot bien placé, encourager ses malades les plus éprouvés. « Quittant l'Académie médicale en 1903,

©BIUM

« le Maître », dit le professeur Tilé, parlant de Mierzejewsky, « tout en suivant le progrès de la science, se donne tout entier, « corps et âme à son immense clientèle, sans aucun choix, du « sous-sol au palais, de l'ouvrier au prince; toujours patient, « attentif, caressant et abordable, il séduisait tous ceux qui « l'approchaient. Le médecin, en général, et le psychiatre, en « particulier, doivent posséder le don d'absorber rapidement « l'attention et d'acquérir, à bref délai, la sympathie du pa- « tient. Cet heureux talent, Mierzejewsky l'avait à un grand « degré. Calmer, encourager, consoler et relever le courage, « peu de médecins savaient le faire comme lui. Or, cela, c'est « déjà la moitié de la guérison. »

« Maintenant, je m'adresse à toi, cher Maître. Il y a à peine quelques jours, nous t'avons connu plein de force et de vigueur malgré ton âge, ouvert à tous, à tout ce qui touchait ton cœur ou ton esprit. Attristés devant cette tombe ouverte, nous ne pouvons songer à une définitive disparition; nous ne verrons sans doute plus ton doux sourire, nous n'entendrons plus ta voix si sympathique, toujours si conciliante, mais pour nous, cependant, tu n'auras pas cessé de vivre. La mort ne détruit que l'enveloppe corporelle, elle ne supprime pas l'œuvre de l'esprit. Toute ta vie a été consacrée à la science et au soulagement de la souffrance humaine. Or, cela ne disparaît jamais, cela se transmet aux générations futures sans disparaître. Ce que tu as semé restera en nous, chauffé par la chaleur de ton cœur et se développera dans les traditions de ton esprit. Tu es mort comme tous doivent mourir, mais tu échappes à la mort spirituelle, puisque ton nom, inséparable de la direction anatomo-pathologique imprimée à la psychiatrie russe, se transmettant de génération en génération, se perpétuera parmi les psychiatres russes. Dors tranquille, notre cher Maître à tous; que la terre te soit légère, ton souvenir sera éternel! »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

59. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Mâcon au *Journal* (numéro du lundi 23 avril 1908) :

Un drame qui a causé une profonde émotion vient de se produire à Ligny-en-Brionnais. Une mère s'est noyée avec un de de ses enfants, l'autre n'ayant été sauvé que par hasard de la mort.

La femme Raquin, âgée de trente-neuf ans, profitant, hier, du voyage de son mari dans une commune voisine, sous prétexte d'aller chercher les bêtes dans le pré, quitta sa maison et sa belle-mère, emmenant avec elle ses deux enfants, une fillette

de dix ans et un garçonnet de six ans. Elle conduisit ses enfants dans un passage très dangereux. Pour traverser une mare, une échelle était placée. Sur l'échelle, une planche avait été jetée. Mme Raquin invita les enfants à passer. Dès qu'ils furent engagés sur le pont improvisé, brusquement elle les jeta à l'eau et s'y précipita elle-même. La fillette put s'accrocher à des branches et appeler au secours. Un de ses oncles, qui travaillait dans le voisinage, accourut et put la retirer vivante. Sur un signe de l'enfant, il devina le drame qui venait de s'accomplir. Avec l'aide d'autres personnes, il retira les corps de la mère et du petit garçon, qui furent déposés sur la berge, puis recouverts d'un drap.

D'après l'enquête de la gendarmerie, la malheureuse femme souffrait depuis longtemps d'une violente neurasthénie. On attribue à cette maladie la cause de sa triste détermination.

La fillette échappée à ce drame, sous le coup d'une émotion bien compréhensible, ne se souvient de rien. Sa raison paraît pour le moment fortement ébranlée.

60. *Tentative de suicide et d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 23 avril 1908) :

Arthur Gros, employé de commerce, souffrait atrocement, rue Bouret, en proie à de pernicieux accès de fièvre. Le mal rongeur l'étreignait implacable, le déchirait de ses griffes cruelles. Et, sous les coups de l'intolérable douleur, la raison du brave homme peu à peu s'en allait...

Hier, un accès terrible s'empara de lui; les yeux injectés de sang, la bouche écumante, il ouvrit grande la fenêtre de sa chambre, au troisième étage, et, poussant un cri déchirant, il tenta de se jeter dans le vide.

Sa malheureuse femme, Marie Gros, put saisir le dément par la jambe. L'employé de commerce devenu fou furieux, se retourna vers son infortunée compagne et, armé d'un tisonnier redoutable, à trois reprises, il la frappa violemment à la tête. Le sang coula.

Les voisins, ameutés par le vacarme, accoururent et envahirent la pièce où se passait cette douloureuse scène. Le fou, solidement attaché, fut livré aux agents, qui le conduisirent chez M. Ducrocq, commissaire de police du quartier de la Villette. Le magistrat l'expédia sans retard à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Mme Marie Gros est soignée à l'hôpital Saint-Louis.

61. *Incendie.* — A Vayres, près de La Ferté-Alais, une pauvre fille atteinte d'aliénation mentale, nommée Marie Jousse, a mis le feu aux meules de récoltes de son père, qui ont été entièrement consumées. (*Le Journal*, numéro du dimanche 26 avril 1908.)

©BIUM

62. *Double homicide et suicide.* — On télégraphie de Vienne à l'*Eclair* (numéro du lundi 1er juin 1908) :

On annonce de Gratz qu'un cultivateur honorable du Gailsberg, devenu subitement fou, a tué ses deux fils, a mutilé leurs corps, et s'est mis à tirer des coups de fusil sur eux. Après quoi, il s'est tiré un coup de fusil dans la tête ; le canon a éclaté et lui a ouvert la poitrine en lui faisant sauter la cervelle.

63. *Suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du mercredi 3 juin 1908) :

Depuis quelques jours, un jeune peintre allemand, d'excellente famille, Otto Wiegels, âgé de vingt-cinq ans, très connu dans les milieux montmartrois, donnait des signes de névrose qui n'étaient pas sans inquiéter ses amis. Puis, tout à coup, il tombait dans le plus grand abattement et ne sortait de son mutisme que pour maudire la vie.

Parfois encore, il se montrait excentrique et se livrait à des manifestations frisant la folie. Dimanche, il donnait un billet de cent marks à une chanteuse des cours, en paiement d'une romance. Et, quelques heures plus tard, il grattait le fond de ses poches pour acheter un revolver !

Le même jour, il tenta de se tuer, mais l'arme ne fonctionna pas. Le soir, il était en train de se passer une corde au cou, lorsque l'arrivée inopinée d'un camarade le fit renoncer à son projet. Enfin, hier, à six heures, le désespéré réussit à se pendre dans son atelier, 13, rue Ravignan.

64. *Double tentative d'homicide et suicide.* — Après avoir fait un joyeux tour de promenade en compagnie de sa femme et de son fils, âgé de quatorze ans, Louis Lecomte, porteur aux Halles, âgé de trente-cinq ans, rentrait chez lui hier soir, vers dix heures, 76, rue Rambuteau. Il paraissait très gai et rien à ce moment ne faisait prévoir le drame qui devait se dérouler quelques instants plus tard.

Pendant que sa femme veillait au coucher du garçonnet, Lecomte se rendit dans sa chambre. Lorsque sa femme vint le rejoindre, elle trouva le malheureux qui, les yeux hagards, la figure bouleversée, courait à travers la pièce en poussant des cris inarticulés. Elle s'approcha. En la voyant, le porteur saisit un revolver et, se précipitant sur elle, lui cria :

— Va-t'en, souris ! !

Il était devenu subitement fou. Mme Lecomte voulut le calmer ; lui, braquant alors son revolver sur elle, fit feu. Atteinte légèrement, la blessée s'enfuit en criant : « Au secours ! » Ses appels firent accourir le gamin sur qui le dément, tournant son arme, tira encore deux balles, mais sans le toucher.

Epouvantés, la mère et son enfant se précipitèrent chez des voisins en leur demandant d'intervenir.

Mais, à ce moment, une nouvelle détonation retentit dans le logement tragique. Le porteur aux Halles s'était fait sauter la cervelle d'une balle à la tempe gauche.

Mme Lecomte, dont l'état ne paraît pas inquiétant, est soignée à domicile.

M. Payaud, commissaire de police du quartier, a procédé sur cette affaire à l'enquête d'usage. (*Le Journal*, numéro du mercredi 3 juin 1908.)

65. *Triple homicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du lundi 8 juin 1908) :

Une terrible tragédie s'est déroulé ce matin près de Kilkenny (Irlande). A deux kilomètres de la ville, Mme Morissey et sa fille, cette dernière âgée de trente ans, habitaît un petit cottage isolé.

Vers huit heures, alors que les deux femmes prenaient tranquillement leur déjeuner, un ancien soldat, nommé Butler, entra et s'armant d'un revolver, en logea trois balles dans la tête de la fille et étendit la mère raide morte, d'un seul coup.

Butler, son crime commis, se réfugia chez lui, et lorsque le chef de police de Kilkenny vint pour l'arrêter, il tira encore sur lui deux coups de revolver et l'atteignit au cou. Il fallut, pour venir à bout du forcené, diriger sur les fenêtres de sa maison le jet de trois lances d'incendie.

Après deux heures de déluge, Butler se rendit. Il a déjà été enfermé comme fou, après un premier attentat contre miss Morissey. Il avait été remis en liberté, car on le croyait guéri.

66. *Excentricité.* — On télégraphie de Bordeaux au *Journal* (numéro de lundi 8 juin 1908) :

Un incident très original est survenu au 138e de ligne, à Bellac.

Samedi matin, à 5 heures, M. Boulangier, ancien lieutenant-colonel du 138e, actuellement en retraite et demeurant à Tours, s'est présenté au quartier, en tenue militaire, et s'adressant à l'adjudant de semaine, lui dicta un ordre, enjoignant au régiment de se mettre immédiatement en campagne pour se diriger sur Paris.

L'alerte fut aussitôt donnée. Officiers et sous-officiers logeant en ville furent prévenus et, déjà, plusieurs compagnies en tenue de campagne étaient alignées dans la cour du quartier, lorsqu'on s'on aperçut qu'on avait affaire à un fou. Le lieutenant-colonel du Fresnel, commandant le régiment, en l'absence du colonel en congé, arriva sur ces entrefaites, fit remonter les hommes dans les chambres et calma M. Boulan-

©BIUM

gier, qui déclara que son intention était d'amener le 138e à Paris, pour sortir du Panthéon les restes d'Emile Zola.

Le sous-préfet et le procureur de la République, mandés à la hâte, firent rechercher M. Boulangier par la gendarmerie, qui le retrouva en ville.

Après interrogatoire, le Parquet a fait conduire le malheureux à l'hôpital.

67. *Tentative d'infanticide.* — On télégraphie de Florence au *Journal* (numéro du mercredi 10 juin 1908) :

Un terrible drame de la folie s'est produit dans notre ville. Une pauvre femme, abandonnée par son mari, avec ses deux enfants et ne sachant plus comment nourrir ces derniers, a été subitement prise d'un accès de folie. Elle s'empara de son dernier enfant, âgé seulement d'un mois, et commença à le dévorer.

Aux cris du bébé, son autre fillette, âgée de six ans, appela au secours ; on accourut et on put délivrer la pauvre enfant.

La mère a été internée dans un asile d'aliénés.

68. *Infanticide.* — On télégraphie de Catane au *Journal* (numéro du mercredi 10 juin 1908) :

Un crime monstrueux a été commis dans les environs de Catane, à Troine. Une nommée Castina, sortie récemment d'un asile d'aliénés criminels, où elle avait été enfermée pour avoir tué un de ses enfants à coups de ciseaux, vient d'en tuer un autre avec la même arme.

Hier soir, une de ses fillettes, âgée de dix ans, se réveilla en se plaignant de fortes douleurs au ventre. La mère lui dit : « Je vais te les faire passer. » Elle prit une paire de ciseaux et les enfonça dans l'estomac de la pauvre petite, et pendant que la malheureuse se tordait, sa mère lui fit une plaie hideuse dans le ventre. La fillette est morte.

69. *Double infanticide et suicide.* — On télégraphie de Londres au *Matin* (numéro de lundi 15 juin 1908) :

Hier soir, en rentrant de son travail, un ouvrier de Dumbarton (Ecosse), nommé Wells, trouva la porte de son logis fermée. Ayant vainement tenté de se faire ouvrir, il alla chercher la police, et l'on enfonça la porte.

Un spectacle horrible s'offrit aux yeux du malheureux ouvrier : sa femme était étendue, râlant, la gorge ouverte. Auprès d'elle gisait son dernier né, âgé de onze mois, la tête presque séparée du tronc ; plus loin, le cadavre de son fils, âgé de sept ans, tué de la même façon, et, dans une autre chambre, sa fillette de cinq ans était évanouie, sa blessure étant moins grave.

La malheureuse mère, que l'on croit folle, a été transportée mourante à l'hôpital.

On espère sauver la fillette, qui a pu dire : « C'est maman qui a fait cela, avec le rasoir de papa. »

70. *Tentative d'homicide.* — Quatre employés de commerce jouaient, hier soir, à la « manille parlante » dans un débit de vins de la rue du Faubourg-Saint-Denis.

L'un des partenaires annonça, au cours de la partie :

— Le roi ! j'ai le roi !

Soudain, un consommateur attablé près d'eux, qui suivait la partie avec attention, se leva et cria :

— Le roi ! c'est moi ; saluez !...

Les joueurs, interloqués, le considérèrent avec pitié. Ils comprirent que le malheureux était fou.

— Saluez ! saluez ! hurlait-il, ou je fais feu !

Il joignit le geste à la parole. Le revolver braqué dans la direction des clients cracha deux projectiles qui blessèrent à l'épaule gauche la marchande de vins, Mme Jeannere.

Le dément, arrêté par des agents, fut, sur l'ordre de M. Archer, commissaire de police, dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

La blessée est soignée à l'hôpital Lariboisière. (*Le Journal* numéro du jeudi 18 juin 1908.)

71. *Tentative d'homicide et de suicide.* — Au hameau de la Vacherie, commune de Peyrus (Drôme), une veuve, prise de folie, s'est jetée dans un précipice avec ses trois enfants, dont le plus jeune a huit ans. L'un des petits se brisa la cuisse. Par miracle, la mère et les autres enfants n'ont que des égratignures. (Le *Matin*, numéro du vendredi 19 juin 1908.)

72. *Suicide.* — Venu pour chercher fortune à Paris, un ouvrier chapelier italien, Alfred Dell Orto, n'y avait trouvé que la misère. Pour oublier sa détresse, il se mit à boire de l'éther. Le malheureux, devenu fou, a tenté de se suicider, hier matin, chez lui, 22, rue des Vertus, en se tirant deux balles de revolver dans la poitrine. M. D'Homme, commissaire de police du quartier, a procédé aux constatations d'usage. Le blessé, dont l'état paraît grave, agonise à Saint-Louis. (Le *Journal*, numéro du mercredi 24 juin 1908.)

73. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du dimanche 28 juin 1908) :

Ce pauvre homme était fou. Auguste-Désiré Boulenger, monteur en bronze, avait quarante-sept ans. A deux reprises déjà, il avait été interné. On le croyait guéri. Erreur, fatale erreur ! Inquiet, taciturne et sombre, le malheureux Auguste rendait la vie dure à sa maîtresse, M^lle^ Marie Billard, quarante-trois ans.

Dans leur logis modeste, 129, faubourg du Temple, c'étaient d'extravagantes scènes, où l'homme, furieux, hurlait, où la

©BIUM

femme se lamentait. Méfiant et jaloux, en proie à de tragiques hallucinations, l'œil hagard, la face crispée, le dément épouvantait, martyrisait son infortunée compagne.

Hier, vers midi, dans un terrible accès, Boulenger se jeta sur sa maîtresse, la terrassa et la blessa d'un coup de stylet au flanc droit. A la vue du sang, il gémit, versa d'abondantes larmes, se roula à terre, en proie à une crise affreuse de désespoir; puis, au moment où les voisins accourus allaient s'emparer de lui, il se frappa sauvagement de son stylet au sein gauche, à la gorge, hurlant toujours, une écume sanglante aux lèvres.

Le fou meurtrier est mort, tandis qu'on le transportait à l'hôpital Saint-Louis.

M. Vaissières, commissaire de police, a ouvert une enquête sur ce douloureux drame.

74. *Tentative d'homicide et de suicide.* — Des cris de douleur mettaient en émoi, hier matin, à la première heure, un immeuble situé 4, rue Primatice. Les locataires se précipitèrent vers un petit appartement du sixième étage, habité par les époux Emilie et Adolphe Dumont, journalier, d'où provenaient les angoissants appels, et ils y trouvèrent le mari étendu sur son lit et la figure atrocement ensanglantée; le blessé, dont la tête ne formait plus qu'une plaie, raconta que sa femme, tout récemment sortie d'une maison de santé, avait été prise d'une crise de folie furieuse et l'avait frappé à coups de marteau pendant son sommeil.

L'infortuné fut transporté d'urgence à l'hôpital de la Pitié, où son état fut jugé assez grave.

Mais, pendant ce temps-là, la démente qui, son forfait accompli, s'était enfuie, avait regagné le domicile conjugal et s'y était enfermée soigneusement.

Des agents, requis, accoururent et voulurent se faire ouvrir. Mais en pure perte. La folle, barricadée, refusait de se rendre.

Courageusement, le sous-brigadier Rogannet monta à la hâte sur le toit, et, au risque de se rompre le cou, gagna les gouttières et réussit à pénétrer dans le logement.

Il était temps; la malheureuse femme se disposait à se trancher la gorge à l'aide d'un rasoir qu'elle venait de découvrir dans un tiroir.

Le sous-brigadier la maîtrisa, la ficela minutieusement et la porta, ainsi ligotée, au commissariat de la Salpêtrière, d'où elle fut transférée, peu de temps après, sur l'ordre du magistrat, M. Yendt, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du mercredi 1er juillet 1908.)

75. *Double homicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 5 juillet 1908) :

L'abbé Darses, âgé de soixante-trois ans, et son frère Émilien, âgé de cinquante-deux ans, habitant le château de Sévignac (Lot), étaient propriétaires d'une petite ferme située à Luyes, commune de Saint-Constant (Cantal), et affermée à une famille Felgine, composée de six personnes.

L'aîné des Felgine, âgé de vingt-trois ans, qui est sujet à des troubles cérébraux, se croit propriétaire de la ferme, et en voyant arriver, avant-hier, les frères Darses et la fille de l'un d'eux pour lui réclamer le prix du fermage et le menacer de renvoi, il conçut un tel dépit que, pénétrant sournoisement dans la chambre où reposait l'abbé, de deux coups de sabre il lui coupa une oreille et lui ouvrit le ventre.

Emilien Darses, accouru au secours de son frère, reçut également un coup dans l'aine; sa fille fut renversée, et, d'un coup de talon, eut le genou broyé.

Le fou s'enfuit ensuite à travers bois, brandissant son sabre et terrorisant tout le monde. La gendarmerie eut beaucoup de peine à s'en emparer.

Les frères Darses n'ont pu survivre aux horribles blessures qu'ils avaient reçues.

76. *Double homicide et suicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du mercredi 8 juillet 1908) :

Un jeune homme nommé Mauser, habitant Croydon, faubourg de Londres, est devenu subitement fou, cet après-midi, et a tué, à coups de revolver, sa mère et sa sœur, avec lesquelles il vivait. Il a ensuite tué ses deux chiens et s'est fait sauter la cervelle.

77. *Incendies.* — Un nommé Tellier, qui avait été interné, pour folie furieuse, à l'hospice de Gonesse et avait réussi à s'évader de cet établissement, a mis le feu, au lieudit les Grandes-Bornes, territoire de Châtenay-en-France, à dix-sept meules de foin, appartenant à MM. Amelin, Bimont, cultivateur à Puiseux-les-Louvres, et Charles Girard, maire de Puiseux. La gendarmerie de Louvres est sur les traces du dément incendiaire. (*Le Journal*, numéro du mercredi 15 juillet 1908.)

78. *Agressions violentes.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 18 juillet 1908) :

Des agents du VIII[e] arrondissement remarquèrent, ce matin, vers dix heures, un individu paraissant âgé d'une quarantaine d'années, qui, après s'être livré à des excentricités de toute espèce sur la place de la Madeleine, se jetait sur les passants et cherchait à les mordre aux mains et au visage. Ils l'appréhendèrent aussitôt, et, malgré sa résistance, le conduisirent au poste de la rue d'Anjou, d'où le forcené fut envoyé à l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

©BIUM

C'est un nommé Ulysse-Eugène Bernard, originaire de Roye (Somme), qui était sorti hier de l'asile de Nanterre.

79. *Infanticide.* — Dans un accès de folie, un nommé Dubrey, âgé de trente-cinq ans, de Saint-Béron (Savoie), a tranché, hier matin, d'un coup de serpe, la tête de son enfant, âgé de dix-huit mois.

La gendarmerie est allée l'arrêter et l'a conduit à Chambéry. (*Le Temps*, numéro du samedi 18 juillet 1908.)

80. *Tentative d'homicide.* — Un ouvrier relieur, Alexandre Deltour, âgé de trente ans, domicilié 22, rue Duret, se figurait à tort que les locataires de l'immeuble prenaient plaisir à faire du tapage pour l'empêcher de dormir. Ce devint même une obsession et il prit violemment à partie M^me^ Marie, qui occupe un appartement au rez-de-chaussée.

Les deux adversaires, conduits devant M. Montlahuc, commissaire de police, exposèrent leurs griefs. Deltour se plaignit de ce que sa voisine le poursuivait d'une haine inexplicable qu'elle manifestait par un tapage continuel : bruit de vaisselle remuée, de chaises et tables traînées sur le parquet.

M^me^ Marie protesta contre ces accusations. Son mari rentre de bonne heure de son travail, et, à dix heures au plus tard, toute la famille est couchée. Elle insinua que Deltour n'avait pas tout son bon sens et cita quelques excentricités à l'appui de cette opinion partagée, d'ailleurs, par tous les locataires de l'immeuble.

Pendant une semaine, le relieur fut calme. Mais, hier matin, il interpella de nouveau sa voisine. Des reproches, l'ouvrier passa aux injures. Et, tout à coup, sortant un revolver de sa poche :

— J'en ai assez, dit-il, il faut que ça finisse!

Il fit feu. La balle atteignit M^me^ Marie au bras droit. Des voisins, accourus au bruit de la détonation, désarmèrent le meurtrier et s'empressèrent vers la blessée. Le mal n'était pas grave. Cependant, le projectile est resté dans le bras et cause à la blessée de vives souffrances. M^me^ Marie n'a pas voulu qu'on la transportât à l'hôpital.

Deltour, après son crime, a été arrêté et conduit au poste de police. Il persiste à soutenir que M^me^ Marie lui avait voué une haine implacable et qu'il a tiré sur elle pour mettre fin à ses persécutions.

Il a été envoyé au Dépôt et va être soumis à l'examen des médecins aliénistes. (*Le Journal*, numéro du lundi 20 juillet 1908.)

81. *Double homicide.*—On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du mardi 22 juillet 1908) :

Un fou âgé de vingt-cinq ans, Weber Œser, que l'on venait

©BIUM

de renvoyer de l'asile d'aliénés de Zschadras, a cherché à tuer le médecin qui lui faisait un pansement. Le père de l'aliéné s'interposa et fut atteint d'un coup de revolver au cœur. Il ne tarda pas à mourir.

Le fou prit alors la fuite. Dans sa course vagabonde, il pénétra dans le cabinet de travail du pasteur von Pienbusch, et lui tira un coup de revolver, à la suite duquel le pasteur succomba, quelques heures plus tard.

Weber Œser s'est constitué prisonnier après ces deux actes de folie furieuse.

82. *Agression violente.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 29 juillet 1908) :

Un vieillard de soixante-six ans, nommé Joseph Saint-André, frappé subitement d'aliénation mentale, s'est introduit dans l'hôpital Lariboisière, malgré l'opposition des gardiens.

Comme il allait pénétrer dans la salle Aran, où sa femme est soignée, il se heurta à M^me^ Marie Niellon, surveillante, qui voulait l'empêcher d'entrer.

Saint-André frappa alors la surveillante d'un violent coup de canne à la tête et lui fit une blessure heureusement peu grave.

Puis le fou s'élança vers le lit où sa femme était couchée, la prit dans ses bras et s'enfuit à travers les salles, serrant contre sa poitrine la pauvre malade épouvantée.

Mais infirmiers et internes étaient accourus. On parvint à s'emparer de Saint-André et à le ligoter sur une civière.

M. Archer, commissaire de police, a envoyé le vieillard aliéné à l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

FAITS DIVERS

La panique financière et la folie aux Etats-Unis. — On télégraphie de Londres au *Matin* (numéro du vendredi 24 avril 1908) :

Un télégramme de New-York, que publient les journaux du soir, dit :

« Par suite du grand nombre d'habitants de l'Etat de New-York devenus fous depuis la panique financière aux Etats-Unis, la commission s'occupant des aliénés a demandé à la Chambre législative de New-York les crédits nécessaires pour la construction d'un nouvel asile.

« On annonce que 5.991 malades ont été envoyés à l'asile d'aliénés de New-York au cours de l'année dernière. 70 p. 100 des cas de folie sont directement attribuables aux soucis financiers. »

©BIUM

L'assassin de l'impératrice d'Autriche devenu aliéné. — On télégraphie de Genève au *Journal* (numéro du samedi 25 avril 1908) :

Le *Bund* annonce que l'anarchiste Luccheni, l'assassin de l'impératrice d'Autriche, est devenu fou.

Luccheni serait atteint de paralysie.

Tragique capture d'un aliéné. — On télégraphie de Valence au *Matin* (numéro du samedi 6 juin 1908) :

Au village de Larnage, un cultivateur nommé Belhomme, étant devenu fou, parcourait la ville, armé d'un fusil, et menaçait les passants. Les gendarmes étant intervenus, Belhomme grimpa sur le toit de sa maison, où il s'installa avec son jeune fils, âgé de quatre ans.

De là, il déchargea son arme sur les agents de la force publique, lesquels, à leur tour, firent feu sur lui ; à ce moment, Belhomme s'abrita derrière le corps de son enfant, qui fut transpercé. On put alors capturer l'aliéné, mais le garçonnet a dû être transporté à l'hôpital de Tournon, dans un état alarmant.

IIIe Congrès international de l'assistance des aliénés

(Vienne, 7 au 11 octobre 1908.)

Le IIIe Congrès international de l'assistance des aliénés se se tiendra du 7 au 11 octobre 1908 à Vienne, en Autriche, sous la présidence du professeur Obersteiner.

Le Congrès central d'organisation a proposé les questions suivantes et déjà acquis les rapporteurs suivants :

I. — *De l'état actuel de l'assistance des aliénés dans les différents pays.* Rapp. général : Bresler (Lublinitz).

Dr Buchholz : *Sur l'assistance des aliénés à Hambourg.*

J. Deventer (Amsterdam) : *Assistance des aliénés criminels et dangereux.*

M. Lemos, J. Mattos (Porto) : *L'assistance des aliénés en Portugal.*

J. Moreira (Rio de Janeiro) : *Sur le type le plus convenable d'assistance pour les aliénés des pays chauds.*

Starlinger (Mauer-Oehling), directeur : *Etudes sur le budget des asiles d'aliénés de la Basse-Autriche.*

Rixen (Breslau), médecin en chef : *Assistance des détenus criminels devenus aliénés.*

II. — *Assistance médicale des aliénés.*

Vos (Amsterdam) : *Récompense de travail dans les asiles d'aliénés.*

©BIUM

Pilcz (Vienne) : *Essais thérapeutiques modernes dans la psychiatrie.*

Holub (Vienne) : Thème sera publié plus tard.

III. — *Assistance des aliénés et progrès dans la technique.* Rapp. : Berger (Vienne). Thème sera publié plus tard.

Dr Herting (Galkhausen) : *Progrès dans la technique des établissements pour les aliénés.*

IV. — *Assistance des aliénés et administration.* Rapp. : Gerényi (Vienne).

V. — *Assistance des aliénés et assurance.* Rapp. : Regierungsrat Dr Kögler (Vienne), Privatdozent Fuchs (Vienne).

VI. — *La législation concernant les aliénés dans les différents pays.* Rapp. généraux : Mongeri et Alfonso (Milan).

Aschaffenburg (Cologne), Stransky (Vienne) : *Expertise médico-légale et jury laïque.*

VII. — *Assistance des idiots, épileptiques et dégénérés (Minderwertige).* Rapp. Schiner (Vienne), Weygandt (Würzburg).

VIII. — *Rapport du Comité international sur la proposition du Dr Frank (Zürich), de fonder un institut international ayant pour but d'étudier et de combattre les causes des maladies mentales.*

IX. — *Assistance des aliénés dans les armées*, Rapp. : Dr Drastich, médecin-maj. (Vienne) : *Assistance des aliénés en guerre.*

Comme dans les deux Congrès précédents, en dehors des séances scientifiques, une série d'excursions est projetée (pour visiter les diverses institutions, surtout le nouvel asile provincial de Vienne « Am Steinhof », institut le plus moderne et le plus vaste en Europe, et l'asile de Mauer-Oehling) ; le département de la Moravie a invité les membres du Congrès à visiter les asiles d'aliénés de la Moravie ; le buste de v. Krafft-Ebing sera inauguré solennellement dans l'Université ; il y aura des fêtes, etc., etc.

Le programme détaillé, concernant les séances, les fêtes, le règlement du Congrès, la question des logements, etc., sera publié à temps.

Les déclarations des rapports ou communications doivent être adressées, ainsi que les déclarations d'adhésions, au secrétaire général professeur Dr Alexandre Pilcz, Vienne XIII/12. Le prix de cotisation (20 cour. pour les membres, 10 cour. pour les dames de la famille) doit être adressé au secrétaire trésorier, Dr Max Dobrschansky, Vienne, XIII/12.

©BIUM

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

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 Aubanel. — 1.200 francs. — Question : *Etude clinique de l'insomnie dans les maladies mentales.*

Prix Belhomme. — 900 francs. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

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.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés 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 adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide

—

GUY DE MAUPASSANT

ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par le Dr LUCIEN LAGRIFFE,

Ancien chef de clinique des maladies mentales,
Médecin des asiles publics d'aliénés.

Suite (1).

En rapportant l'histoire de la maladie de Maupassant, il est un point que j'ai laissé sous silence : c'est l'usage que ce littérateur aurait fait de narcotiques. Le Dr Meuriot, qui fut l'un des médecins de Maupassant à la maison de santé du Dr Blanche, racontait : « Il « buvait de l'éther, de la cocaïne, du haschich, il se

(1) V. *Annales* de septembre-octobre 1908.

©BIUM

« morphinisait... (1). » « Ce livre », disait Maupassant à Maurice de Fleury en parlant de *Pierre et Jean*, « je « n'en ai pas écrit une ligne sans m'enivrer avec de l'éther... (2). » Comme renseignements, c'est tout, et c'est peu. Seul, l'usage de l'éther ne paraît pas douteux. Dans le volume *Sur l'Eau*, Maupassant en a noté les effets d'une façon très exacte ; mais est-il vrai de dire qu'il ait usé maladivement d'un poison qu'il n'avait d'abord connu que comme médicament, pour remédier à de violentes névralgies ? Cela n'était pas dans le caractère de Maupassant ; Maupassant n'était pas curieux comme Baudelaire, ni pervers ; il tenait essentiellement à sa santé, il savait trop que ces narcotiques sont des poisons pour en avoir usé ensuite autrement que comme des médicaments. Il est certain qu'il s'est beaucoup drogué, mais il est certain aussi qu'il tenait trop à lui-même pour que l'usage d'un médicament ait pu devenir pour lui une habitude et un besoin. S'il a parfois sacrifié à l'artificiel, au morbide, ç'a été malgré lui et sans préméditation aucune.

Une seule fois et de parti pris, Maupassant a décrit un empoisonnement : c'est dans *Yvette*, une tentative de suicide par le chloroforme. La description qu'il fait des effets de ce narcotique est peu satisfaisante ; il est invraisemblable que cette description soit un produit de son imagination ; Maupassant, suivant son habitude, a noté là ce qu'il a ressenti lui-même ou ce qu'un autre lui raconta avoir ressenti. Quel qu'ait été l'expérimentateur, celui-ci n'a pas poussé la narcose très loin ; Maupassant a fait ressentir à Yvette les sensations que l'on éprouve après deux ou trois aspirations de chloroforme, un tout petit début d'ivresse jusqu'au moment

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 93.
(2) M. de Fleury. *Introduction à la médecine de l'esprit.* Alcan, Paris, 1897, p. 139.

où la sensibilité commence à diminuer et bien avant les si caractéristiques bourdonnements d'oreille dont il ne parle pas. Le rêve qu'il décrit ensuite n'est pas du tout dans les allures de la narcose chloroformique, surtout quand elle n'arrive qu'au point où elle a été poussée.

Si Maupassant ne s'est jamais plus empoisonné que cela, c'est que vraiment il n'était pas curieux ou qu'il avait peur. Je suis de l'avis de M. Édouard Maynial, qui dit : « Il n'en fit point un usage « continu », et je me sépare de lui lorsqu'il dit qu'il y avait chez Maupassant une « curiosité perverse » (1). Je crois que Maupassant usa des narcotiques comme on use de médicaments ; que souffrant de migraines et de névralgies à l'époque où il écrivit *Pierre et Jean*, il combattit ces douleurs avec l'éther, mais sans aller probablement jusqu'à l'ivresse et sans qu'une curiosité maladive ait pu survivre chez lui à la disparition de la douleur.

Il ne paraît donc pas que l'usage qu'il fit de médicaments puisse ajouter grand'chose à l'histoire de sa maladie. Cette maladie a eu une évolution très longue ; c'est là un des caractères que depuis Morel, Falret, et surtout depuis Doutrebente (2), on assigne à la paralysie générale des héréditaires. Héréditaire, Maupassant le fut quelque peu comme nous l'avons vu plus haut, quand j'ai rapporté ce que nous savons de précis sur ses antécédents ; je dis : ce que nous savons de précis, car il semble bien qu'il y ait eu autre chose sur quoi nous n'avons pas de détails : « N'avait-il pas parmi ses « ascendants (je puis très bien le redire puisque on l'a « déjà dit) plusieurs aliénés ? », dit Maurice de Fleury (3). Sans qu'il soit aisé de dire le moment précis où Mau-

(1) Edouard Maynial. *La vie et l'œuvre de Guy de Maupassant.* Société du Mercure de France. Paris, 1906, p. 227.
(2) Doutrebente. *Thèse* de Paris, 1870.
(3) Maurice de Fleury. *Loc. cit.*, p. 138.

©BIUM

passant devient paralytique général, nous pouvons fixer cependant l'époque à partir de laquelle le doute n'est plus permis : c'est l'année 1883, où nous savons qu'il ne rectifie plus les hallucinations qu'il présente. La maladie a donc duré au moins dix ans ; rien ne serait plus facile que de faire remonter son début plus loin si nous voulions utiliser le cas Maupassant pour subvenir aux besoins d'une cause : la longue évolution de la paralysie générale chez les héréditaires. Mais n'y a-t-il pas là souvent qu'une apparence ? Les héréditaires ne sont pas toujours que virtuellement tarés ; leur dégénération se manifestant fréquemment par des stigmates extérieurs, on peut, si l'on remonte même très loin dans leur histoire, relever à toute époque les signes d'un fonctionnement anormal du cerveau. Or la paralysie générale, parce qu'elle est une maladie qui intéresse tout l'encéphale, se traduit par des symptômes que l'on retrouve dans toutes les autres maladies mentales ; seul, l'ensemble de ses signes physiques est pathognomonique et seul le médecin peut en apprécier la valeur. Or, comme le paralytique général ne se présente au médecin qu'à une époque où sa maladie dure depuis déjà un certain temps, il est difficile pour ce médecin, si le malade est un héréditaire qui de tout temps ou depuis longtemps présenta des signes psychiques de dégénérescence, de dire, même approximativement, après avoir fouillé son passé, à quelle époque commença la maladie. Il peut, s'il n'y prend pas garde, rapporter particulièrement à la paralysie générale des symptômes qui, peut-être, ne sont encore que l'expression de la dégénération mentale.

Cela pourrait arriver pour Maupassant : parce qu'il fut neurasthénique dès 1876 et que, plus tard, il présenta une paralysie générale à forme neurasthénique, nous n'avons cependant pas le droit de dire que cette

©BIUM

paralysie générale a commencé en 1876. Cette erreur, qui est excusable quand elle repose sur des signes aussi peu précis que des signes psychiques, a été justement commise pour Maupassant à l'occasion de l'inégalité pupillaire. Ses biographes Lumbroso, Maynial, Louis Thomas, en citant la lettre de Landolt dont nous avons donné les éléments plus haut, insistent sur l'importance des troubles pupillaires dans le diagnostic de la paralysie générale ; ils ne manquent pas à ce propos de citer la thèse de Mignot (1). Mais rien ne prouve que l'inégalité pupillaire, observée en 1882 chez Maupassant, ait appartenu à la paralysie générale. On observe l'inégalité pupillaire dans d'autres maladies, particulièrement au cours des maladies des yeux, du cœur, au cours des maladies infectieuses, des névroses ; il y a même des inégalités pupillaires physiologiques (2). Maupassant avait peut-être, avant sa paralysie générale, une autre raison de présenter des troubles pupillaires : une affection des yeux que nous croyons avoir été un iritis chronique.

Les hallucinations seules nous donnent la certitude que Maupassant était paralytique général dès 1883, mais sans que ces hallucinations puissent être considérées comme faisant elles-mêmes forcément partie de la paralysie générale. Si elles sont l'indice d'une lésion profonde de son cerveau, c'est parce qu'il ne les rectifie pas et que, à partir du moment où elles apparaissent dans sa vie, elles vont produire sur son esprit malade une impression telle, qu'elles détermineront chez lui une frayeur constante ; et elles acquerront à ses yeux

---

(1) Mignot. Contribution à l'étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. *Thèse* de Paris, 1900.

(2) H. Frenkel. Etude sur l'inégalité pupillaire dans les maladies et chez les personnes saines. *Revue de médecine*, 1897, et *Presse médicale*, n° 77, 18 septembre 1897.

©BIUM

une importance si grande qu'il les introduira dans son œuvre.

Si la paralysie générale était sans mélange chez Maupassant, nous pourrions dire que ces hallucinations appartiennent sans conteste et entièrement à sa maladie ; mais nous avons vu que Maupassant avait abusé des boissons alcooliques. Aussi est-il bien possible que l'alcool ait été le principal fauteur de ces phénomènes ; mais, simple alcoolique, il en aurait reconnu l'inanité quelques jours après et se serait bien gardé d'en faire de la littérature. Comme cet autre génie et alcoolique que fut Alfred de Musset, Guy de Maupassant présenta de l'autoscopie externe : Musset utilisa son mal dans la *Nuit de Décembre* ; Guy de Maupassant en tira *Lui* et *Le Horla*. Une simple comparaison des deux séries d'œuvres de ces littérateurs montre quelle différence il y a entre un simple alcoolique et un alcoolique paralytique général : ce qui ne se traduit chez Musset que par une douceur mélancolique, détermine, au contraire, chez Maupassant le « cri de l'âme », combien poignant, mais sans mesure, de celui qui lutte contre des fantômes auxquels son esprit malade prête les contours de la réalité. Musset expose un fait qui lui est personnel comme un fait personnel, il ne cherche pas comme Maupassant à le discuter, à l'expliquer, il n'en fait pas le point de départ de discussions philosophiques plutôt faibles et ne cherche pas à généraliser ; il ne semble pas croire à la généralité et à la fréquence du phénomène. Voilà, au contraire, ce par quoi Maupassant marque le début de sa démence

C'est cette tendance morbide à la généralisation de ses troubles qui lui fera dire de Massival, le musicien, dans *Notre Cœur*, son dernier roman : « Il avait subi « cet espèce d'arrêt qui semble frapper la plupart des « artistes contemporains comme une sorte de paralysie

©BIUM

« précoce. Ils ne vieillissent pas dans la gloire et le « succès ainsi que leurs pères, mais paraissent menacés « d'impuissance à la fleur de l'âge. »

La diminution de son sens critique ne lui permettait pas de se rendre compte que l'impuissance qui devait le frapper prochainement et dont il ressentait déjà les premiers effets, lui était toute personnelle et n'avait pas, dans tous les cas, le caractère de généralité qu'il croyait pouvoir lui prêter. Mais bien avant cela et quoique déjà malade, son impuissance avait été précédée d'une période de surproduction que ses intimes n'ont pas manqué de regarder comme une des causes de sa maladie. On observe bien souvent, au début de la paralysie générale, une suractivité qui se traduit par une exaltation plus ou moins marquée des facultés : c'est l'excitation préparalytique. On cite ainsi nombre d'intellectuels devenus paralytiques généraux, chez qui la période prodromique de la maladie a été marquée par une production intense. Cette augmentation de l'activité est l'effet de la maladie et non sa cause, comme beaucoup le croient.

Cette surproduction n'est d'ailleurs pas toujours sans valeur; dans tous les cas elle fait d'abord illusion; un examen attentif permet cependant de trouver çà et là quelques lacunes, quelques fautes de goût imperceptibles sans doute et qui, bien souvent, ne se révèlent et ne s'expliquent que beaucoup plus tard.

Cette exaltation des facultés a existé chez Maupassant en 1884, époque où il préparait les cinq volumes de contes et roman qui, en 1885, devaient marquer le fastigium de sa production; en même temps, la faute de goût, la lacune se traduisaient par la publication de *Lui*; un critique avisé pourrait peut-être en trouver d'autres. En même temps, le caractère de l'écrivain commence de se modifier dans *Yvette*, qui annonce *Mont-Oriol*.

©BIUM

C'est donc en 1883-1884 que Maupassant devient aliéné, au sens étymologique du mot : sa production croît, il ne distingue plus le vrai de l'invraisemblable, ce qui est publiable de ce qui ne l'est pas; son naturalisme pâlit corrélativement aux modifications du fond de son humeur ; il va s'idéaliser. Cela nous montre l'importance que revêtent dans les affections démentielles en général et dans la démence paralytique en particulier les modifications du caractère et l'intérêt qu'il y a à connaître, d'une manière à peu près exacte, la vie intellectuelle et morale antérieure des malades. Mais remarquez bien que cette aliénation chez les prochains déments n'est pas totale; elle est lacunaire et laisse subsister des vestiges plus ou moins nombreux de l'état antérieur. Si, à partir de cette époque et sauf, pour *Bel-Ami*, dont la *rédaction* est du début de 1884 les romans de Maupassant sont désormais moins naturalistes que les deux premiers, les contes le resteront presque toujours cependant. Or, Maupassant fut surtout un conteur, il était, pourrait-on dire, né tel; s'il devint romancier, ce fut d'une façon toute accessoire; ses romans furent toujours des nouvelles amplifiées ou réunies par un lien très visible (1). Le roman fut donc pour lui comme une acquisition nouvelle, presque parasite, ce fut celle qui se modifia la première et ce fut presque la seule.

Toute la symptomatologie psychique de la maladie de Maupassant est ainsi dans des nuances; la désagrégation intellectuelle qui marqua la fin de cette maladie ne fut pas, en effet, précédée de délire. Pourquoi? On pourrait répondre que ce fut parce qu'il n'était pas

(1) Edouard Maynial. La composition dans les romans de Maupassant. — *Revue Bleue*, 31 octobre et 7 novembre 1903. M. E. Maynial compare *Une Vie* et *Bel-Ami* à des albums de croquis.

prédisposé aux manifestations vésaniques : ce serait une tautologie. Il faut, croyons-nous, en chercher la raison dans la tournure générale de son esprit. Maupassant eut la prétention de n'être qu'un observateur ; il ne fut en effet que cela, par suite de l'impossibilité où il se trouva d'être autre chose. Je crois que Fernand Gregh, lorsqu'il dit que Maupassant n'avait pas d'imagination (1), est dans le vrai. Et cette assertion, qu'il appartenait à un critique littéraire seul d'émettre, est corroborée par une remarque analogue de M. Jean de Gourmont qui dit : « Son style manque de ce rayonne-« ment de pensée qui laisse deviner quelque chose au « delà des mots..... Cela manque de mystère... (2). » La maladie ne le modifia pas à cet égard, il resta ce qu'il était, « un bon ouvrier » (3), mais peut-être pas un grand artiste. Un bon ouvrier est, croyons-nous, le mot exact, parce qu'à la différence de tant d'autres, Maupassant apprit véritablement son métier et il l'apprit pendant au moins dix ans ; il est le seul littérateur qui puisse dire qu'il était l'élève de quelqu'un, il fut l'un des chefs-d'œuvre de Flaubert. Son métier, il l'apprit si bien qu'il fut littérateur dans l'âme et que jusqu'à la fin il ne l'oublia pas : ce n'est qu'au moment où il entra dans la dernière période de sa maladie que Maupassant cessa de produire. Si son fond se modifia, s'il fut assez peu conscient pour laisser entrer *Qui sait* (4) dans l'un de ses derniers recueils, sa forme resta ce qu'elle était, parfaite. Certes, il serait d'un puissant intérêt de voir et de comparer ses manuscrits,

(1) Fernand Gregh. Maupassant, ses œuvres posthumes. *Revue Bleue*, 1901. Vol. I, p. 465.

(2) Jean de Gourmont. Revue de la quinzaine, littérature. *Mercure de France*, 1er mai 1908, p. 107.

(3) *Ibid.*

(4) Il est vrai cependant de dire que *Qui sait* est la dernière nouvelle que Maupassant publia en librairie (1890).

©BIUM

les derniers surtout, pour voir si quelque pieux éditeur de la fin de sa vie littéraire n'y a pas apporté quelques modifications urgentes ; mais celui qui peut supporter des corrections, tout en restant lui-même, est un grand écrivain. C'est parce qu'il apprit et sut admirablement bien son métier que Maupassant est resté jusqu'au bout à la hauteur de sa tâche ; quand il commença de rédiger des lettres d'une lecture si pénible en 1890 et en 1891, il avait dit adieu à la vie littéraire.

Cette conscience obscure que Maupassant eut de son impuissance définitive ne doit pas étonner ; d'abord parce que les conseils ne lui manquèrent pas, ensuite parce que neurasthénique né, pour ainsi dire, il était porté à prévoir les pires conséquences et à se croire toujours arrivé à la porte du tombeau ; et neurasthénique il le demeura jusqu'à la fin. Enfin, ne doit pas étonner non plus cette hantise de la folie qu'il traîna pendant si longtemps et qui lui faisait dire au Dr Frémy quelques mois avant son internement : « Ne croyez-« vous pas que je m'achemine vers la folie ? Si cela « était, il faudrait me le dire. Entre la folie et la mort, « il n'y a pas à hésiter, d'avance, mon choix est « fait (1). » Cette phobie de l'aliénation mentale est le lot des héréditaires et, au surplus, même si, neurasthénique, il n'avait pas été porté à ressentir très vivement toutes les douleurs, il ne serait quand même pas une exception. Marandon de Montyel a montré (2) qu'un certain nombre de déments paralytiques conservent, jusques et y compris la période d'état, une certaine conscience de leur situation ; mais ce n'est pas le

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 68.
(2) Marandon de Montyel. Des états conscients étudiés chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale confirmée. *Gazette hebdomadaire*, juin et août 1899.

©BIUM

cas pour Maupassant qui, au point de vue de son état général, présente, de 1874 jusqu'à sa mort, une intéressante progression qui le conduit de la neurasthénie au délire des négations en passant par l'hypocondrie. Jusqu'aux plus extrêmes limites, la maladie n'a donc fait de ce côté-là qu'exagérer les tendances naturelles de Maupassant, et je ne serais pas étonné que les malades chez qui Marandon de Montyel a rencontré ainsi une certaine conscience de leur état, n'aient été prédisposés comme l'a été Maupassant aux troubles de la cénesthésie.

Aussi bien la paralysie générale de Maupassant a-t-elle été pendant longtemps surtout somatique (1) ; les migraines, les névralgies, les douleurs dans les membres et les articulations qui lui firent croire à des rhumatismes contractés au cours de ses promenades sur la Seine, ont persisté chez lui jusqu'à la fin de la période d'état.

La maladie n'a au contraire rien ajouté à son état mental ; elle n'a fait que l'amplifier sur certains points dans le sens où il avait lui-même coutume de l'exercer. Ses deux préoccupations constantes sont restées ce qu'elles avaient toujours été : sa santé et ses intérêts. Et alors certaines phrases de Maupassant ne nous apparaissent plus tant aujourd'hui comme des boutades, puisque aussi bien, malgré la maladie, il resta

(1) « Comment expliquez-vous cette contradiction si frappante « entre son pessimisme littéraire et la manifestation d'un tempé- « rament optimiste avec exubérance ? » demande à M. E. Maynial. M. Jean Nointel (*Revue Bleue*, 3 novembre 1906, p. 569). M. Maynial me permettra de répondre pour lui qu'il n'est pas utile d'expliquer une contradiction qui n'existe pas. Au moins à partir du jour où il n'a fait que de la littérature (1880), Maupassant n'a jamais été un optimiste, mais un neurasthénique, un déprimé, un pessimiste qui versa plus tard dans l'hypocondrie. Ceux qui l'ont peu connu ont pu se méprendre ; le vrai Maupassant, c'est celui de ses livres.

©BIUM

toujours un peu celui qui « aimerait à ruiner un jour quelques éditeurs » (1).

La diminution des sentiments affectifs paraît tenir presque entièrement à l'amnésie ; c'est surtout pour le cas dont nous nous occupons que l'on peut dire : les absents ont toujours tort. Maupassant ne tient pas sa promesse à sa mère, le 24 décembre 1891, il ne part pour Nice le 1er janvier 1892 que sur les instances de son domestique, et cependant, dès qu'il voit sa mère, il s'attendrit et pleure comme un enfant ; de même, la plupart de ses procès se terminent par une conciliation, malgré des lettres où il paraît irréductible. Il ne se montre intraitable que lorsque, éloigné, il discute jusqu'à la fin par correspondance. Lors de l'affaire du portrait des soirées de Médan, il est à peu près certain que s'il avait rencontré l'éditeur Charpentier lorsqu'il alla rue de Grenelle, l'affaire n'aurait pas eu de suites ; il aurait fini sans doute par s'attendrir et par céder.

Nous croyons utile de résumer dans le tableau suivant les troubles les plus importants qui caractérisent la pathologie de Maupassant.

Chronologie de la vie pathologique de Guy de Maupassant.

1870-1876. — Excès vénériens ; excès alcooliques.
1877. — Neurasthénie ; saison aux eaux de Loëche.
1879. — Syphilis (?).
1880. — Iritis chronique avec exacerbations.
1882. — Hantise de la folie.
1883-84. — Peur de la mort ; hallucinations élémentaires de l'ouïe et hallucinations autoscopiques, peur de rester seul pendant la nuit (*Lui*). Diminution du sens critique.
1885. — Troubles gastro-intestinaux ; saison à Châtel-Guyon. Fastigium de production, signes prémonitoires de la deuxième

(1) Henri Roujon. Souvenirs d'art et de littérature. *Grande Revue*, 15 février 1904.

manière (*Yvette*). Le changement de caractère se manifeste : sensiblerie, recherche le monde ; malaises, insomnie, céphalalgies, peur angoissante de la maladie ; dépression mélancolique.

1886. — Voyage en Angleterre ; manque de mesure dans les manifestations de son humeur ; cryesthésie.

1887. — Deuxième manière (*Mont-Oriol*) ; crises hallucinatoires, panophobie, fausses interprétations, tendances au délire d'énormité, aux idées de négation et d'immortalité. (*Le Horla.*)

1888. — Devient irritable, processif ; idées de grandeur.

1889. — Douleurs dans les membres inférieurs, crampes dans les mains et dans les épaules, migraines, faiblesses, impatiences nerveuses ; fuite de la pensée, amnésie.

1890. — Irritabilité croissante ; vagues idées de persécution ; perte du sens critique, élaboration difficile, troubles caractéristiques de l'écriture et de l'expression ; diminution des sentiments affectifs. État général de plus en plus mauvais, amaigrissement, dromomanie.

1891. — Confirmation des idées de grandeur et de satisfaction. Travail intellectuel suivi désormais impossible. Exagération, exubérance, troubles de la parole, diminution marquée des sentiments éthiques. Idées délirantes de persécution, métabolisme, tentatives de suicide.

1892. — Internement. Démence confirmée.

Je ne crois pas qu'il soit utile de discuter le diagnostic de paralysie générale. Dans une thèse récente inspirée par M. le Pr Rémond (de Metz), M. Lacassagne (1) s'est efforcé de démontrer que la maladie dont souffrit et mourut Guy de Maupassant est le délire systématisé progressif. Pour une fois, mon maître me permettra et me pardonnera de n'être pas de son avis. Si le diagnostic de paralysie générale m'était personnel et si ma conviction se basait uniquement sur l'étude que j'ai pu faire de ce cas, je n'aurais pas achevé ce travail avant de lire la thèse de M. Lacassagne, que je n'ai pu

(1) Lacassagne. *La Folie de Maupassant.* Thèse de Toulouse, 1907.

©BIUM

encore me procurer. Mais ce diagnostic fut celui du Dr Blanche, du Dr Meuriot et de beaucoup d'autres praticiens et spécialistes qui virent, examinèrent et soignèrent Maupassant. Au surplus, il ne me paraît guère discutable, et si l'on est autorisé à émettre une autre hypothèse que celle de démence paralytique, ce ne pourra dans tous les cas pas être celle de délire systématisé progressif. Nous ne connaissons de Maupassant que des hallucinations élémentaires de l'ouïe, on n'a pas observé chez lui de délire de persécution, à proprement parler, mais simplement des idées délirantes très vagues ; enfin ses dernières lettres sont indubitablement, et à tous les points de vue, des lettres de paralytique général. Il suffit de lire une fois *Le Horla* pour apercevoir le caractère primitivement démentiel des phénomènes morbides intellectuels présentés par l'écrivain.

Sauf l'intérêt qu'elle peut présenter pour élucider quelques points particuliers, la paralysie générale de Maupassant est donc assez banale. On peut se rendre compte que lorsque sa pensée fuyait « comme l'eau d'une « écumoire » (1), il restait encore dans son cerveau quelques épaves ; elles lui permirent de demeurer pendant quelque temps encore à l'unisson du Maupassant d'autrefois. Et, c'est là que je veux en venir et c'est par là que je veux terminer, ce n'est pas parce qu'il devint paralytique général que Maupassant est un grand écrivain ; la maladie, loin d'augmenter son intelligence, n'a fait que la diminuer jusqu'à l'abolir ; le génie, tout au moins le génie de Maupassant, est indépendant de sa névrose (2), mais il advient parfois que l'esprit

(1) Edition Conard des *Œuvres complètes*. Tome I, p. CLXIV. Lettres de 1889.

(2) Névrose est pris ici dans le sens très général de maladie organique ou non du système nerveux.

©BIUM

humain se fait assez large ; il peut les abriter tous les deux pendant un instant jusqu'au moment où l'un chasse l'autre : c'est la névrose qui maîtrisa Maupassant.

II. — La mysogynie de Maupassant.

« A connaître mieux Guy de Maupassant », dit M. Lumbroso, « à pénétrer dans sa vie intérieure « si jalousement cachée, on voit les traits distinctifs « de son caractère : amour filial exalté, *dédain de la* « *femme*... (1). » Ce dédain de la femme est si marqué, il est si actif, en ce sens qu'il se manifeste dans toute l'œuvre du romancier et du conteur, qu'il confine véritablement à la haine : on peut parler de la mysogynie de Maupassant. En effet, de ce qu'on dédaigne on ne parle pas ; comme le guide de Dante, on regarde et on passe ; mais on ne saurait s'empêcher de dire de ce que l'on hait. La femme a été le thème le plus habituel de Maupassant, car s'il ne l'aimait pas, il ne pouvait cependant se passer d'elle, et le mot de mysogynie ne saurait en aucune façon impliquer à son endroit l'idée d'une perversion. La femme est pour Maupassant l'instrument défectueux quoique nécessaire de l'amour, lequel n'est autre chose que l'instinct du sexe ; c'est bien ainsi qu'il l'a représenté, « réduit à un besoin naturel » (2). Il estime qu'on ne peut pas, qu'on ne doit pas demander à la femme autre chose que la satisfaction de ce besoin ; il est inutile de lui demander de raisonner, de chercher à lui faire comprendre quelque chose : « Refusons notre « cœur et notre intelligence à l'exécrable féminin, que « nous ne connaîtrons jamais et qu'une « infranchissable « barrière sépare de nous (3). » De telle sorte que pour

(1) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 322.
(2) *Ibid.*, p. 171.
(3) *Boule-de-Suif*. Edition Conard. Etude de Pol Neveux, p. LX.

©BIUM

lui la femme n'est plus qu'une « prostituée éternelle, « inconsciente et sereine, qui livre son corps sans « dégoût, parce qu'il est marchandise d'amour », et qui « nous prend d'une façon cruelle, tenace, dou- « loureuse » ; « l'amour n'est plus qu'une légende, « faite pour être chantée en vers ou contée en des « romans trompeurs » (1).

A ne pas aller au fond des choses, le cas de ce génital qui n'aimait pas les femmes semblerait donc paradoxal. Mais, en réalité, il ne faut pas voir là l'effet d'un paradoxe, mais d'une lacune. Lacune, parce que Maupassant n'ayant pas trouvé et n'ayant pas connu la femme consciente, la femme raisonnable, la femme qui est autre chose qu'une prostituée et une marchandise, la femme que l'on peut aimer, a jugé qu'elle n'existait pas ; lacune parce que Maupassant a conclu faussement du particulier au général.

La mysogynie de Maupassant n'est, en effet, qu'une expression particulière de ce manque de mystère et de rayonnement de pensée dont parle M. Jean de Gourmont et qui le caractérise. Guy de Maupassant ne sait pas généraliser ; si cependant il tente parfois de le faire, il généralise mal, car il ne prend pas garde que certains éléments d'appréciation lui font défaut et que d'autres choses existent en dehors de celles qui sont enfermées dans le cercle où il est habitué à se mouvoir.

Il ne faut pas trop lui faire grief d'un défaut qui est moins le sien propre que celui de son temps ; des hommes de son temps, tout au moins, à qui l'étude plus ou moins bien comprise de quelques types donna l'illusion de la connaissance. Maupassant lui-même nota ce défaut chez Zola, dont il se plaisait à railler

(1) G. de Maupassant. *Notre cœur*, 2e partie, chap. VI.

©BIUM

les prétentions scientifiques (1), sans se douter qu'en philosophie et en psychologie il lui arriva quelquefois de commettre à son tour des erreurs. Avoir fréquenté le « bétail à plaisir » et le milieu interlope où évoluent les héroïnes de *Bel-Ami* lui suffit pour dresser le réquisitoire de « la Dame » ; « et lorsque Mme de Maupassant, « amusée, disait : « Eh bien ! Guy, et moi ? » Il ripostait, « sérieux : « Tu n'es pas comme les autres (2). » Maupassant ne pensait pas que l'ensemble des mères que l'on excepte ainsi, et l'on excepte toujours sa mère, est assez imposant pour infirmer la généralité de la règle qu'il pose. En réalité, il y a toute une partie du monde qu'il lui a manqué d'explorer.

Pourtant, chez Maupassant, on trouve de tout : des filles, des paysannes, des bourgeoises, des femmes du monde ; mais les unes diffèrent peu des autres ; chacune appartient à un milieu spécial de sa condition, et de chacun de ces milieux il a extrait les types les plus laids. Je ne dirai rien des filles, mais, Dieu merci, toutes les Normandes et toutes les paysannes de France ne sont pas taillées sur le modèle de *La Mère aux monstres*, toutes les bourgeoises n'ont pas la morale facile des créatures de *Bel-Ami* ou de Mme Lesable de *L'Héritage* : il y a paysanne et paysanne, bourgeoise et bourgeoise.

Il y a de même, femme du monde et femme du monde. Plus tard, après ses premiers succès, lorsqu'il quitta, non définitivement d'ailleurs, « la maison Tellier » et le cloaque de « La vie française » (3), « il « s'était laissé prendre par le monde, où il ne goûtait

(1) Voir à ce sujet une lettre curieuse de Maupassant à Flaubert, in *Boule de suif*. Edition Conard, p. CXX.
(2) Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 326.
(3) Nom du journal autour duquel gravite l'intrigue de *Bel-Ami*.

©BIUM

« point d'amusement véritable, mais dont les hommages « lui étaient sensibles » (1). Quel était ce monde par lequel se laissa prendre Maupassant ? Il y en a tant et ils sont si divers. Quel qu'il soit, il ne dut probablement pas y briller, car c'était vraisemblablement le littérateur qu'on y conviait et il ne chercha pas à y fréquenter comme littérateur ; il y alla un peu comme romancier pour y chercher des types et des laideurs, comme le médecin va dans les hôpitaux en quête de cas curieux, et cela lui servait pour ses livres (2) ; il y trouvait un aliment pour son dégoût. Ce n'est pas là ce que lui demandait le milieu de snobs où il tomba.

D'abord, il était sauvage, renfermé, puis il n'aimait pas à parler de son art, ou du moins il n'en parlait pas et il se plaisait aux gauloiseries et aux histoires salées. A celles-ci, Mme Brainne se contentait de sourire, de rougir, puis de gronder, pour la forme (3) ; mais toutes les femmes de ce monde que fréquenta Maupassant n'avaient peut-être ni la largeur d'idées, ni l'indulgence de Mme Brainne, et peut-être Maupassant resta-t-il toujours celui qui se déconsidérait dans le cœur des femmes parce qu'il n'était « pas assez à genoux (4) ». Méprisant déjà la femme parce que, dans sa jeunesse studieuse et un peu besogneuse, il ne lui avait pas été possible de rencontrer celles qui eussent pu la lui faire aimer, Maupassant trouva de nouveaux éléments pour son mépris dans le milieu où il se fourvoya et où même le hasard ne pouvait lui faire rencontrer celle qu'il ne cherchait plus. Ce n'est pas dans le monde où se recrutent les maîtresses qu'il faut chercher la femme

(1) Souvenirs de Mme Laure de Maupassant, cités par Lumbroso. *Loc. cit.*, p. 154.
(2) *Notre Cœur*, IIe partie, ch. III.
(3) *Boule de suif*. Edition Conard, p. CVI.
(4) *Ibid.*, p. CVII.

que l'on peut entièrement aimer. Mme la comtesse Greffulhe avait raison de chercher l'écrivain capable de « faire dans un roman une femme de la société, une « femme de la grande société, la femme qui n'a encore « été faite par X..., ni... par Maupassant... (1) » Au surplus, dans le monde où il pénétra, ses manières ne lui procurèrent sans doute pas le succès qu'il escomptait. Quelle femme n'a pas le désir légitime de provoquer de temps en temps un réflexe autre que celui de l'instinct du sexe ? Maupassant oublia ou apprit trop tard que des chemins qui mènent aux actes, le meilleur est celui du sentiment. Placé entre ce monde et celui des bas-bleus, sa haine de la femme s'accrut.

Je me demande alors si cette mysogynie de Guy de Maupassant n'est pas *un peu* de la même nature que celle de Schopenhauer, chez qui « il y avait de la ran- « cune dans la sévérité de ses jugements à l'égard du « sexe « qui a les cheveux longs et les raisonnements « courts » ; qui « aurait voulu avoir du succès auprès « des femmes, beaucoup de succès, car il était extrême- « ment sujet à ce qu'il appelait poétiquement « l'ivresse « d'Aphrodite », et qui ne « réussissait jamais, ja- « mais. Nous savons tous que cela rend un homme « amer (2) ».

Maupassant ne connut certainement pas l'échec constant que l'on prête à Schopenhauer, mais il n'eut pas le succès qu'il escomptait, parce qu'il dut ne pas plaire généralement aux femmes, et il ne leur plut pas, parce qu'il ne les comprenait pas. C'est à quoi tient sa mysogynie dans laquelle on doit voir un peu de mépris et beaucoup de haine. Aussi la liseuse nonchalante du

(1) *Journal des Goncourt*, 25 avril 1891, tome VIII, p. 233.
(2) Arvède Barine. *Hors de France*. Conversations sur Schopenhauer, *Journal des Débats* du 6 mai 1908 (A propos des mémoires de Robert de Hornstein).

©BIUM

monument de Guy de Maupassant au Parc-Monceau, nous apparaît-elle comme un contre-sens, à moins, ce que je ne crois pas, qu'elle ne traduise l'intention malicieuse du sculpteur.

L'amour est resté le dieu perfide du grand Frédéric ; il s'est vengé de Maupassant parce que celui-ci avait ri du « vieux cœur humain ».

(*A suivre.*)

©BIUM

Pathologie.

NOTE

SUR LE

TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS

DU TUBE DIGESTIF

Par le Dr AMELINE

Médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron.

L'ingestion de corps étrangers par les aliénés n'est point une éventualité qui se présente très fréquemment. Pourtant les idiots, les déments paralytiques, vésaniques ou autres, s'y livrent de temps à autre et ordinairement sans grand danger immédiat.

Les mélancoliques et les persécutés à idées de suicide recherchent cependant des corps étrangers qui ne peuvent séjourner impunément dans le tube digestif ; d'ailleurs ils choisissent, autant qu'il leur est possible, ce qui leur semble le plus dangereux : morceaux de verres, de métal anguleux et coupants, épingles, clous, échardes de bois, etc. Parfois ils se bornent à avaler des boutons, œillets de cuivre, de préférence, obéissant au préjugé vulgaire qui attribue une certaine toxicité à ce métal.

Enfin, dans l'alimentation des sitiophobes au moyen de la sonde, il arrive que le malade, coupant la sonde qu'on cherche à lui introduire, en avale le morceau ino-

©BIUM

pinément. Quoique l'inconvénient soit en général minime, il est absolument nécessaire d'assurer l'expulsion de ce fragment dont l'élasticité s'oppose à la sortie naturelle et spontanée de l'estomac où sa présence, du reste, en se prolongeant, déterminerait des phénomènes capables d'augmenter les troubles digestifs existants et leur influence déjà nuisible sur l'état mental du malade.

Les procédés de traitement employés, en dehors de l'intervention chirurgicale, rarement indiquée d'emblée, mais seulement quand les autres moyens ont échoué, et en dehors aussi des vomitifs et purgatifs trop souvent usités, sont : le lavage de l'estomac à l'aide du tube de Faucher ou de Debove préférablement (à cause de sa rigidité plus considérable), ensuite tout particulièrement, l'enrobement du corps étranger dans des matières alimentaires.

Les dangers des purgatifs et vomitifs sont évidents quand on a à procéder à l'expulsion de fragments irréguliers, susceptibles de blesser les organes.

Le lavage de l'estomac ne convient qu'aux petits objets : grains de sable, de plomb, et encore l'efficacité de ce mode de traitement est habituellement si peu grande, que le seul procédé réellement conseillable et vraiment applicable dans presque tous les cas est l'enrobement, méthode particulièrement rationnelle en l'espèce.

Pour réaliser cet enrobement, les substances laissant après la digestion une grande quantité de résidus, et étant elles-mêmes épaisses, sont absolument indiquées. On conseille ordinairement la purée de pommes de terre, le riz, les panades épaisses.

Le riz nous semble médiocrement répondre à l'indication, car ses résidus sont assez peu abondants, tellement même que certains médecins le conseillent en

©BIUM

raison de cela, dans l'alimentation des urémiques concurremment avec le régime lacté et pour mitiger l'usage exclusif du lait.

Les panades épaisses sont plus efficaces que le riz. D'ailleurs la mie de pain est d'un usage habituel chez les artistes forains qui font profession d'avaler clous, épingles, etc.

Ils procèdent ainsi : piquant les épingles, par exemple, dans un morceau de mie de pain tendre pourvue alors d'une certaine élasticité, ils mettent cette mie dans leur bouche et font semblant de la mâcher. A cet effet, ils exagèrent les mouvements apparents des joues et de la langue, ne faisant ainsi qu'accroître le degré de pénétration des épingles dans le pain, et de plus, produisent une imbibition complète de salive dont ils augmentent la sécrétion par l'assaisonnement préalable de ce qu'ils veulent avaler.

Mais, ordinairement, l'aliment de choix que l'on emploie couramment est la purée de pommes de terre. C'est celui que conseille A. Jalaguier (1), pour l'avoir efficacement utilisé ainsi que la plupart des aliénistes.

Mais il faut cependant remarquer que ces aliments exigent un certain temps de préparation : recherche, épluchage, cuisson ; aussi quelques auteurs ont imaginé des procédés d'application plus rapide et pour ainsi dire extemporanée.

Dickson (2), rapporte Jalaguier, fit prendre, à une dame qui avait avalé son râtelier, un peu d'étoupe et une grande quantité de figues et de raisin ; ce traitement fut continué pendant huit jours ; la malade éprouvait une vive douleur au niveau du pylore ; un matin, elle se sentit soulagée, et quelques heures plus tard,

(1) *Traité de Chirurgie* de Duplay-Reclus, t. VI.
(2) *Edinburg Medical journal*, 1876.

©BIUM

le corps étranger arrivait à l'anus. L'étoupe et les grains de figue ou de raisin étaient attachés aux aspérités du râtelier et en avaient rendu la surface à peu près mousse.

Les observations suivantes montrent que le remplacement de l'étoupe par des substances analogues, mais plus propres et moins grossières, ne paraît pas causer d'inconvénients et bien mieux, même, semble un procédé de traitement recommandable.

Le Dr Bell (1), de Liverpool, indique en effet un procédé d'enrobement très efficace, si l'on en juge par les résultats obtenus par ce confrère, et aussi par l'observation que nous avons recueillie dix ans auparavant, d'une aliénée mélancolique, laquelle voulant se suicider, réalisa une sorte d'auto-traitement véritable, mettant heureusement à néant l'essai d'attenter à son existence.

Voici d'abord l'observation du Dr Bell.

On sait que, tout comme les explorations de la vessie ou de l'urèthre, celle de l'œsophage se complique parfois de la rupture de la sonde exploratrice. La tolérance de l'estomac étant beaucoup moindre que celle bien connue de l'intestin, et aussi pour la seule satisfaction morale des patients, l'obligation s'impose d'évacuer la partie de l'instrument ainsi perdue.

Dans les cas de ce genre, le Dr Bell applique le traitement suivant : il fait avaler au malade tout simplement une petite quantité de « laine de coton absorbante » (c'est-à-dire de ce que nous appelons « ouate ou coton hydrophile ») ; et pour en faciliter l'ingestion, il mélange cette ouate avec du gruau ou de la marmelade.

Le corps étranger s'évacue par la suite absolument sans difficulté ni accident d'aucune espèce, se trouvant

(1) *Medical Press and Circular*, 6 juin 1906, cité in *Revue internat. de Clinique et de Thérapeutique*, 25 juillet 1906.

©BIUM

véritablement enrobé par les filaments du coton ingéré sitôt après l'accident.

Ce mode de traitement, à la fois curieux et simple, aurait réussi plusieurs fois entre les mains du Dr Bell, dans des cas analogues.

Cela nous paraît personnellement peu surprenant; car, comme nous l'avons dit déjà, nous possédons l'observation d'une malade mélancolique qui, tout en ayant le dessein de se suicider, s'appliqua un traitement extrêmement semblable à celui préconisé par le Dr Bell et moins rudimentaire que celui de Dickson, l'inventant en quelque sorte, pour sa part et contre son gré.

Voici, réduite aux seuls détails qui intéressent la question présente, le résumé de l'observation de cette malade :

Il s'agit d'une femme, traitée en 1896 dans le service de M. le Dr Boudrie, à l'asile de Vaucluse.

Cette aliénée, atteinte d'hallucinations et d'idées délirantes très actives, fit sous l'influence de ces troubles mentaux, et avant d'être internée, une première tentative de suicide en essayant de se trancher les vaisseaux de la région antérieure du poignet.

Mais l'état d'excitation considérable où elle se trouvait alors la rendit heureusement maladroite, et la malade ne réussit qu'à se faire une multitude d'entailles cutanées superficielles, et cela aux deux poignets. Vu l'abondance de l'hémorragie immédiate, produite par les nombreuses incisions de la peau, la malade fut conduite à l'hôpital Saint-Louis. Mais agitée et hallucinée comme elle l'était, ayant arraché le pansement qui lui avait été tout d'abord appliqué, on ne put la garder à l'hôpital, et, dès le lendemain, elle fut envoyée au bureau d'admission de Sainte-Anne. Là, son séjour ne fut que de peu de durée, et elle n'y présenta aucun autre symptôme que ceux inhérents à son état mental, banal, en somme. Transférée à l'asile de Vaucluse, elle y arriva plongée dans un état de demi-stupeur, refusant de répondre quoique ce fût, et ne s'alimentant qu'avec beaucoup de difficulté.

©BIUM

Peu après son entrée, survint ceci : la température, d'abord normale, de la malade, s'éleva brusquement et atteignit 40 degrés centigrades.

A ce moment, l'examen somatique ne présentait rien de particulier ; seule, une constipation opiniâtre était à noter chez notre malade, aussi un purgatif lui fut administré, d'ailleurs sans résultat immédiat.

Toutefois, le lendemain, en allant à la garde-robe, la malade s'exonéra de quelque chose de si anormal que l'infirmière le conserva pour le faire examiner par le médecin.

C'étaient quelques boulettes d'un blanc sale, ovoïdes, allongées et de consistance fibreuse. Après lavage et dissociation dans l'eau tiède, il fut facile de reconnaître sans aucune peine que ces boulettes étaient constituées uniquement de coton hydrophile fortement pressé et aggloméré, provenant chacune apparemment d'un de ces tampons employés en chirurgie au lavage et détergement des plaies.

La malade ne répondit alors à aucune question tendant à être renseigné sur la provenance de ces selles bizarres et inattendues ; quant à la température, elle resta fixée au voisinage de 39 degrés centigrades.

Devant l'absence de tout renseignement, le toucher rectal s'imposait évidemment ; en le pratiquant, on sentit une énorme masse dure, marronnée, dilatant considérablement le rectum et à la surface de laquelle proéminait un fragment métallique.

Des irrigations rectales abondantes d'eau boriquée tiède furent administrées à la patiente, mais rien encore de la masse obturant le rectum ne se désagrégea. Alors un spéculum anal fut introduit et à l'aide d'une pince de Museux, on put assez péniblement extraire, tellement enchevêtrés étaient les éléments étrangers, quelques tampons d'ouate hydrophile et un morceau de métal nickelé de 7 à 8 centimètres, de section carrée mesurant 4 millimètres environ de côté, de provenance et d'usage restés indéterminés ; en même temps une bande de tarlatane ou de gaze à pansement dans laquelle étaient accrochées de fortes épingles de sûreté ouvertes.

Pendant plusieurs jours il fallut désagréger peu à peu, et au fur et à mesure de sa progression descendante dans l'ampoule rectale, cette intime agglomération de tampons, de bandes, d'épingles, de fragments métalliques irréguliers. On arriva à extraire petit à petit ainsi, une quantité de corps étrangers pouvant être évaluée à 1 lit. 1/2, à peu près. En même temps

©BIUM

la température baissa et le tube digestif reprit ses fonctions normales, un moment interrompues.

La malade s'améliora assez rapidement à la suite de cette évacuation artificielle, et enfin, sortant bientôt de son mutisme, elle consentit à nous fournir des renseignements suffisamment détaillés sur la provenance exacte des matières étrangères qu'elle avait ingérées.

Elle raconta alors, qu'ayant échoué dans sa première tentative de suicide par hémorragie, elle profita, pendant la nuit de son séjour à l'hôpital, et cela pendant l'absence ou l'éloignement de l'infirmière de garde, de ce que l'attention se trouvait détournée d'elle pour se glisser vers le seau où l'on jette les vieux pansements et en avaler rapidement une grande partie du contenu, pourtant aussi répugnant que possible. C'est là tout ce qu'elle se rappelait de cet acte paraissant presqu impulsif, accompli dans un état de trouble intellectuel considérable, ou du moins c'est là tout ce que notre malade consentit à en dire.

Ce qu'il nous faut signaler tout d'abord de remarquable dans les conséquences de cette tentative dégoûtante et inhabituelle de suicide, c'est l'absence vraiment complète, chez notre malade, de phénomènes d'intoxication, qui eussent dû, semble-t-il, survenir consécutivement à l'ingestion de matières devant être, selon toute apparence, souillées de pus. D'autre part, certaines parties des bandes de gaze expulsées contenaient encore manifestement, dans leurs replis, des traces fort sensibles d'iodoforme. A part, en effet, la constipation et la fièvre, laquelle n'a eu aucun caractère de gravité et peut être avec une quasi-certitude attribuée justement à la constipation, aucun autre symptôme pathologique ne fut à relever, du côté somatique, seulement bien entendu.

Il est vrai qu'en ce qui concerne les accidents septiques, auxquels légitimement on aurait pu s'attendre, l'iodoforme demeuré dans les bandes de gaze a joué vraisemblablement son rôle d'antiseptique énergique

©BIUM

bien connu, neutralisant ainsi les matières purulentes qui pouvaient imprégner les vieux pansements absorbés par la mélancolique. Mais il est impossible de résoudre la question inverse qui se pose : Pourquoi l'iodoforme n'a-t-il point lui-même produit de phénomènes d'intoxication ? En particulier, aucune manifestation cutanée. Il fut impossible d'évaluer la quantité de ce médicament absorbée par la malade.

Toujours est-il que malgré la quantité de coton tissé ou cardé qui fut ingérée, à aucun moment la vie de la malade ne fut de ce seul fait en danger même minime.

Enfin, il n'y eut aucune blessure produite, atteignant le tube digestif, grâce à l'enrobement total des épingles et des tiges métalliques qui furent avalées.

En résumé, voilà donc un exemple clinique topique où l'ingestion d'une quantité assurément très considérable de coton sous diverses formes : ordinaire, hydrophile, gaze, tarlatane, ne produisit pas le moindre accident d'obstruction intestinale, car la constipation que nous avons relevée ne peut légitimement être qualifiée par ces mots, et même il est intéressant de rappeler que l'acte de la malade devint évident seulement plusieurs jours après son accomplissement, et jusqu'à ce moment passa complètement inaperçu. Nous ne saurions trop attirer l'attention sur ce dernier point.

Il nous a semblé, de plus, que, comme conclusion, un rapprochement s'imposait entre l'observation précédente et la pratique conseillée par Bell, et que le mode de traitement qu'à son insu et contre son gré, notre malade a, pour ainsi dire, redécouvert bien fortuitement, devait être signalé à l'attention des médecins aliénistes, dont la pratique rencontre des cas semblables.

Si ce procédé de traitement est difficile à utiliser dans le cas d'aliénés très délirants, il n'en est point de même

©BIUM

chez les idiots, les déments paralytiques, organiques ou encore vésaniques ; quant aux individus normaux, enfants et adultes, la possibilité ne fait aucun doute, après les exemples donnés par Dickson et Bell, surtout en adjoignant à l'ouate aseptique et même stérilisée, si l'on préfère, des fruits soit crus comme les figues ou le raisin, soit cuits comme les confitures ou les marmelades. Notons que ces deux auteurs ne disent avoir fait avaler que des quantités faibles de matière fibreuse à leurs malades.

La quantité de coton varie évidemment avec le volume des corps étrangers, et surtout il faudra prendre en considération leur degré de vulnérabilité, ce qu'on ne sait pas toujours quand on a affaire à des aliénés, et dans un asile loin d'un laboratoire de radiographie.

Peut-être même, à l'exemple de notre malade, l'ingestion de gaze simplement stérilisée est-elle plus facile et sera-t-elle préférée par les individus normaux au point de vue mental. Il arrive, en effet, que les ouvriers tapissiers, emballeurs, vitriers, etc., avalent par mégarde des clous, vis, pointes, qu'ils ont l'habitude, déplorable déjà du seul côté hygiénique, de placer en réserve dans leur bouche ; alors, l'ingestion de quelques fragments d'une bande de tissu de coton, ou d'un tampon d'ouate facile à trouver immédiatement dans n'importe quelle pharmacie (même d'atelier), constitue un premier secours commode en attendant la confection d'une suffisante quantité de purée de pommes de terre, dont l'épluchage et la cuisson exigent près d'une heure d'attente pendant laquelle le corps étranger a tout le temps d'exercer son action vulnérante.

D'ailleurs l'agent thérapeutique est le même dans les deux modes de traitement : le coton hydrophile étant de la cellulose pure, substance que la pomme de terre ne contient qu'en la proportion minime de

©BIUM

6,5 p. 100 (75 p. 100 d'eau, 16 p. 100 de fécule et 2,5 p. 100 d'albuminoïde et de sels); or, c'est la cellulose, matière inoffensive et pour ainsi dire inassimilable qui, seule, enrobe les corps étrangers et en facilite l'expulsion sans dommage pour les organes.

©BIUM

Médecine légale

AUTO-DÉNONCIATION

CHEZ UN ALCOOLIQUE DÉGÉNÉRÉ ET MYTHOMANE

Par le Dr SCHWARTZ

Médecin-adjoint délégué de l'asile de la Roche-Gandon.

L'observation suivante est celle d'un nommé L... qui, en septembre 1907, s'accusa d'avoir jeté dans la Mayenne, au pont de Sainte-Bandelle, la femme F..., avec laquelle il vivait depuis déjà un certain temps. Arrêté à la suite de cette révélation, L... fut soumis à une enquête médicale (1) ayant pour but de déterminer :

1° S'il n'était pas atteint d'aliénation mentale ;

2° S'il avait dans tous les cas et toujours connaissance du bien et du mal, s'il jouissait de sa liberté morale.

L'examen médical de L... donna les résultats suivants :

Au physique, L... est un homme ayant dépassé la cinquantaine, aux cheveux et à la moustache grisonnants. Le teint est terreux, la face allongée, le nez fort,

(1) Cette enquête fut faite par M. le Dr Pain, directeur de l'asile de la Roche-Gandon qui a bien voulu nous communiquer cette observation et nous fournir tous les renseignements nécessaires.

©BIUM

la bouche est mal dessinée, le regard est fuyant, sournois (le prévenu est atteint de strabisme), les tempes sont excavées, la plupart des dents manquent, ce qui n'empêche pas le malade de bien manger et de bien digérer. Le cœur est normal ; au dire de L..., le sommeil est mauvais et fréquemment troublé par les cauchemars. Dans la journée, il se met parfois à frissonner : ce sont, dit-il, des accès de fièvre qui lui reviennent et dont il aurait contracté le germe dans l'Amérique du Sud au cours de ses voyages.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants : son père est mort à soixante ans, après deux jours de maladie, intoxiqué par l'absinthe ; c'est le seul renseignement au sujet de sa famille qu'on puisse avoir. Son enfance ne paraît pas avoir été indemne de tout accident dénotant la tare de dégénérescence ; il déclare qu'étant jeune il était souvent « exalté » et « n'avait pas sa tête à lui ». La nuit, il se levait de son lit et s'en allait, vêtu seulement de sa chemise. Il a eu en outre de l'incontinence d'urine jusqu'à quatorze ans.

Son éducation a été très négligée ; dans le milieu où il vivait, la dispute régnait en maîtresse ; il a été cependant à l'école de Levallois-Perret, et son instruction est à peu près l'instruction ordinaire d'un ouvrier. Mais il a eu toujours des habitudes vicieuses et de mauvais instincts qui n'ont fait que se développer encore, du fait de l'absence complète de surveillance dont il jouissait et des mauvaises fréquentations qui s'offraient à lui. Il n'a jamais, à proprement parler, travaillé régulièrement, bien qu'il prétende avoir exercé le métier de couvreur ; il a fréquenté les cabarets de très bonne heure ; à dix ans, il s'enivrait d'absinthe, et plus tard il a trouvé un moyen d'existence rémunérateur et peu fatigant, celui de vivre de la prostitution. Il n'a jamais pu, en outre, se fixer dans un endroit quelconque ; c'est un

dromomane qui a mené une existence errante, toujours en quête de nouvelles aventures ; il prétend même avoir voyagé dans l'Amérique du Sud avec une femme mariée qu'il aurait débauchée. Déjà, avec ces renseignements, nous sommes en droit d'affirmer que nous sommes en présence d'un sujet dégénéré, fils d'alcoolique, dromomane et vicieux ; quant au meurtre dont il s'accuse, voici, d'après le récit de L..., dans quelles circonstances il se serait passé.

Au cours d'une de ses pérégrinations, L... aurait fait à Clermont-Ferrand la connaissance d'une femme exerçant la profession de raccommodeuse de parapluie. Il se trouvait avec elle le 14 mai 1907 au pont de Sainte-Bandelle, dans la Mayenne ; ivres tous les deux, ils se seraient disputés parce que la femme ne voulait pas lui donner de l'argent ; c'est alors qu'il l'aurait poussée à l'eau et aurait ainsi occasionné sa mort. Il dit qu'ensuite il prit un tison pour retrouver l'argent, cause de la dispute, fit du café, le but et s'endormit tranquillement ; le lendemain, il recommença sa vie d'aventures jusqu'au moment où, arrêté pour mendicité, il se dénonça comme étant l'auteur du meurtre de la femme F... Des recherches furent naturellement exécutées, et aucun cadavre ne fut trouvé dans la Mayenne, malgré toutes les précautions prises, sauf celui d'une nommée G... dont la découverte fut faite à Segré.

A l'interrogatoire qui fut pratiqué par le médecin-expert, L... fournit les réponses suivantes :

D. — La femme que vous avez jetée à l'eau, qui était-elle? Que faisait-elle? Où l'avez-vous connue?

R. — C'était une colporteuse, raccommodeuse de parapluies. Moi, je ramassais alors des peaux de lapin.

D. — Voyons, que s'est-il passé au juste? Vous dites l'avoir jetée dans la Mayenne, au pont de Sainte-Bandelle.

©BIUM

R. — C'est elle qui cherchait à me mettre à l'eau, je me suis défendu, je l'ai poussée, elle est tombée. Où, je n'en sais rien, puisqu'il ne faisait pas clair.

D. — Mais vous saviez qu'elle était à l'eau, puisque vous avez déclaré qu'elle était accrochée à votre bras.

R. — Oui, elle était accrochée à mon bras, mais son poids l'a emportée et elle a disparu.

D. — Et vous, qu'avez-vous fait alors ?

R. — Moi, j'ai pris un tison pour chercher l'argent, cause de notre querelle, je l'ai empoché, puis j'ai fait du café, je l'ai bu et je me suis endormi.

D. — Etiez-vous dans votre état normal ce jour-là ? Aviez-vous bu ?

R. — J'étais ivre.

D. — Le lendemain, l'idée ne vous est pas venue d'aller déclarer que vous aviez jeté cette femme à l'eau ?

R. — Ma foi, je n'y ai pas songé ; du reste, je ne vous dirai plus rien là-dessus.

Devant ces déclarations, une question devait se poser immédiatement : avait-on affaire au cas classique d'auto-accusation chez un alcoolique ?

Nous savons, en effet, et c'est Lasègue qui l'a enseigné, que « lorsqu'un individu vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela soit vrai, il y a quatre-vingt dix-neuf chances sur cent pour que ce soit un alcoolique ».

Or, L... est un alcoolique ; il l'avoue lui-même, son histoire est là pour le confirmer, il a éprouvé les manifestations morbides de l'alcoolisme, il a eu des hallucinations auditives, il a encore aujourd'hui des marques d'affaiblissement intellectuel avec des lacunes dans la mémoire, du tremblement des extrémités, etc... Cependant, il ne semble pas que l'alcool doive être exclusivement mis en cause dans le cas présent : en effet, dans

le cas ordinaire de l'auto-dénonciation chez un alcoolique, le sujet, une fois la crise passée, reconnaît la fausseté de ses déclarations et proteste alors de son innocence. Or, Lemaire, depuis le mois de mai, n'a jamais varié dans son auto-accusation ; il existe, il est vrai, des variantes dans son récit, car tantôt il déclare qu'il a essayé de retenir la femme F..., tantôt, au contraire, il dit qu'il n'a pas pu le faire à cause de l'obscurité, mais il n'en maintient pas moins le fait que la femme F... est tombée à l'eau et que c'est lui tout de même qui, volontairement ou involontairement, en a été la cause. Il semble donc qu'à côté de l'alcoolisme il faille ici incriminer la dégénérescence mentale, et L... rentrerait alors dans la catégorie de ces dégénérés mythomanes chez lesquels le besoin de mentir, d'attirer sur eux l'attention, d'intéresser le public existe à l'état constant. Et le fait de se dénoncer comme coupable d'un crime de ce genre est, certes, une façon de se rendre intéressant qui a pu parfaitement surgir dans un cerveau de débile, rendu encore plus fragile par l'imprégnation alcoolique. Les cas d'auto-accusation chez les mythomanes ne sont du reste pas rares ; nous en trouvons plusieurs signalés dans la thèse de M. Trannoy sur la « Mythomanie », où l'auteur a publié plusieurs observations de débiles venant s'accuser de crimes imaginaires. En outre, quand on interroge ce malade, il est facile de mettre en évidence sa tendance à la hâblerie, à la vantardise, à la fabulation, et naturellement les récits qu'il fait traduisent son état naturel, ses penchants vicieux, ses habitudes impulsives, le manque complet d'éducation morale qu'il a reçue, et par là même permettent de mieux comprendre comment il a pu un jour s'accuser d'un meurtre. C'est ainsi qu'au cours d'un interrogatoire que nous lui faisons subir le 10 mai 1908 à l'Asile de la Roche-Gandon, nous obtenons de lui les réponses

©BIUM

suivantes au sujet des questions que nous lui posons sur ce qu'a été sa vie :

D. — Comment viviez-vous ? Quel était votre métier ?

Il commence d'abord, car, malgré sa hâblerie, il est à certains moments réticent, par dire qu'il était ouvrier couvreur, qu'il a toujours travaillé, gagné sa vie honnêtement, puis il finit par dire qu'il a vécu de la prostitution, que ses maîtresses lui donnaient de l'argent, puis c'est alors qu'il se lance dans ses fanfaronnades, et d'un ton très calme, comme s'il racontait la chose la plus naturelle du monde, il déclare qu'il a eu des démêlés avec la police, qu'il s'est battu avec les agents : « Je ne les aime pas, dit-il, si c'était à recommencer, j'en ferais dix fois plus. » On lui demande alors ce qu'il a contre la police et si parfois il n'y avait pas de sa faute : il redevient méfiant et réticent, et, comme pour son prétendu meurtre de la femme F..., il dit : « Je n'en dirai pas plus long, il n'y en a qu'un à qui je puis confier cela, c'est moi. » Puis il continue son récit, prétend avoir pris part à la Commune : « C'était pour dévaster les richards, les bourgeois. On leur en a fait voir ; ce qu'ils possédaient, c'était à nous ; j'ai fait ce que je devais faire ; si c'était à recommencer, ils m'en paieraient encore pour deux sous, etc... » Il a pris part, dit-il, à l'exécution de l'archevêque de Paris, a été envoyé à Brest sur les pontons, a cherché à s'esquiver, etc... On lui fait remarquer cependant que parmi ses nombreuses condamnations « réelles » on n'en relève qu'une seule pour vol : « Je ne suis pas obligé de dire chaque fois que j'ai volé, c'est mon affaire, on ne m'a pas pris toutes les fois », déclare-t-il alors sans en être autrement embarrassé. Que croire alors de toutes ses autres aventures ? quelle confiance accorder au témoignage d'un débile dégénéré et alcoolique, qui sans doute a eu une

vie peu digne d'être citée comme modèle, mais chez lequel l'imagination, pareille à celle des enfants, se plaît à tout amplifier, à agrandir démesurément toutes choses ? La conclusion naturelle à admettre est la suivante : à l'occasion probable d'un excès d'alcool, L... aura eu une bouffée délirante à la suite de laquelle il aura été amené à s'accuser d'un crime fictif, puisque les recherches faites en ont démontré la non-existence, et aujourd'hui encore, s'il persiste dans son auto-dénonciation, c'est que c'est un dégénéré mythomane, et il en est du meurtre de la femme F... comme pour ses autres vols ou délits : quelques faits exacts dus à son tempérament, à ses impulsions, augmentés et accompagnés de récits imaginaires destinés à leur donner un cachet particulier, une allure intéressante.

Nous avons tenu à rapporter cette observation qui nous a paru digne de figurer à côté de celles de MM. Trannoy et Picard et de celles qu'a publiées M. Dupré dans son rapport sur les Auto-accusateurs.

©BIUM

Législation

NOTES
SUR LE
RÉGIME DES ALIÉNÉS
EN ANGLETERRE

Par le Dr G.-G. de CLÉRAMBAULT,
Médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt
près la Préfecture de police.

Suite et fin (1).

Statistique.

A. — En 1897, le comté de Londres comptait sur son territoire (la Cité non comprise), ou entretenait à ses frais en divers lieux, 19.937 aliénés. Ce chiffre montait à 25.341 en 1907. Dont un accroissement total, en dix ans, de 5.404 aliénés.

Les malades étaient répartis de la façon suivante :

Asiles du comté (asiles proprement dits) . .	11.357 en 1897	16.541 en 1907
Autres asiles (province).	1.278 —	1.287 —

On voit que l'augmentation, pour la première caté-

(1) Voir les *Annales* de mai-juin, juillet-août et septembre-octobre 1908.

gorie, a été de 5.184 en dix ans, alors que dans le même laps de temps, pour la deuxième catégorie, elle était de 9 unités seulement. Cette inégalité s'explique par la construction récente de grands asiles, permettant au comté de Londres de loger pour ainsi dire chez lui tous ses aliénés nouveaux, et sans doute aussi d'y faire venir, par transfert, beaucoup d'aliénés anciens ou nouveaux dont il a la charge.

En additionnant ces deux catégories, on trouve comme totaux des malades sur le territoire ou à la charge du comté de Londres 12.635 en 1897 et 17.828 en 1907. Augmentation : 5.193.

A ces mêmes dates, les maisons de santé privées contenaient 877 et 587 malades, soit une diminution de 290 malades en dix ans.

A ces mêmes dates, les asiles-hospices (asylums of the Asylum Board) contenaient 5.896 et 6.501 malades ; accroissement : 505. Des asiles-hospices nous devons rapprocher les quartiers d'aliénés des workhouses, contenant des malades incurables, à peu près les mêmes que ceux des asiles-hospices. Nous rappelons que ces deux ordres d'institutions ont pour fonction de permettre de débarrasser des asiles d'aliénés proprement dits (asiles de comté) de leurs malades les plus tranquilles. Le chiffre pour les workhouses était en 1897 de 312, et en 1907 de 279. Il y a donc eu diminution de 33 unités, diminution due probablement à un changement d'orientation dont nous avons indiqué plus haut la raison (calculs financiers des communes).

En 1897, 217 aliénés (toujours du Comté de Londres moins la Cité) étaient traités chez des parents. Il n'en restait que 146 en 1907 ; diminution : 71. On voit que l'opinion et les habitudes, du moins dans les grands centres, deviennent défavorables à ce mode de traitement.

©BIUM

Les aliénés pauvres de l'Angleterre et du pays de Galles étaient, en 1897, au nombre de 90.273. En 1907 ils étaient 113.135 ; accroissement : 22.862.

Cet accroissement était dû à l'augmentation de la population dans trois catégories d'établissements : asiles de bourg et de comté (County and Borough Asylums), hôpitaux autorisés (Registered Hospitals) et Quartiers Spéciaux de Workhouses. L'augmentation en dix années a été, pour les premiers, de 22.982 (chiffres : 65.403 et 80.385), pour les seconds de 158 (chiffres : 469 et 627), pour les troisièmes 783 (chiffres : 17.121 et 17.904).

Par contre, dans deux catégories de traitement il y a eu diminution absolue de la population aliénée, savoir dans les Maisons de Santé privées (Licensed Houses) et dans le Régime Familial. Dans les maisons de santé privées le chiffre des malades est tombé, aux mêmes dates, de 1.459 à 626 ; diminution : 835. Le chiffre des malades soignés dans leur famille est tombé parallèlement de 5.821 à 5.595 ; diminution : 226.

L'accroissement de la population internée est dû, on le voit, tout entier aux asiles de bourg et de comté (22.982) pour ces asiles. Le léger accroissement constaté dans les hôpitaux autorisés et dans les quartiers de workhouses (941) ne suffit pas à compenser les deux diminutions constatées dans la population des maisons privées et dans les placements familiaux (1.061). Le chiffre de l'accroissement global, pour l'Angleterre et le pays de Galles, est, nous le répétons, de 22.862.

Les chiffres suivants vont nous montrer dans quelle mesure les asiles-hospices (Asylums of the Metropolitan A. Board) sont venus en aide aux asiles proprement dits (asiles du Conseil de comté, London County Council).

En 1897, les établissements du L. C. C. (asiles pro-

©BIUM

prement dits et maisons privées) contenaient 13.115 aliénés ; en 1907, ils en contenaient 17.825.

Les établissements du M. A. B. (asiles-hospices) en contenaient 5.896 en 1897, et 6.501 en 1907. On voit que les pensionnaires du M. A. B. ont augmenté dans des proportions très minimes, comparativement à ceux de L. C. C. (d'autres asiles-hospices sont en construction).

B. — Nous allons comparer maintenant le taux d'accroissement de la population dans l'ensemble du pays et dans Londres avec le taux d'accroissement d'abord des individus accusés comme aliénés, ensuite des aliénés traités.

La population de l'Angleterre et du pays de Galles augmentait annuellement, avant 1896, de 11,4 p. 1.000. En 1096 le taux d'accroissement des aliénés relevé aux mêmes dates (ou du moins à des dates suffisamment comparables) a été beaucoup plus élevé : 17,1 p. 1.000 habitants en 1897 et 28,58 p. 1.000 habitants en 1907.

Les chiffres absolus ont été les suivants :

Population en 1889	28.447.014
— en 1896. . . .	30.717 355
— en 1906. . . .	34.547.016

Augmentation de la population :

En 1896.	2.270.341 (en 7 ans)
— 1906.	3.829.761 (en 10 ans)

Nombre des aliénés :

1890	85.067
1897	96.365
1907	123.988

Augmentation du nombre des aliénés :

1897	10.298 (en 7 ans)
1907	27.542 (en 10 ans)

Dans le comté de Londres, le taux annuel d'accroissement du nombre des aliénés est plus élevé que dans le

©BIUM

reste du pays ; par contre, le taux d'accroissement de la population est moins élevé.

Le taux était, pour la population, de 8,05 p. 1.000 en 1896, et de 7,73 en 1906. En 1897 et en 1907, c'est-à-dire sensiblement aux mêmes dates, le taux annuel d'accroissement du nombre des aliénés était de 17,1 et de 28.58 p. 1.000.

Ces chiffres appellent des commentaires. L'accroissement annuel de la population dans le comté de Londres est moins élevé que dans le reste du pays (11,4 et 12,46 p. 1.000, contre 8,05 et 7,73 p. 1.000). Ensuite, tandis que le chiffre d'accroissement annuel suivait en province une progression régulièrement bien qu'assez lentement ascendante, ce même chiffre, dans le comté de Londres, se modifiait en sens inverse. L'accroissement, qui était de 8,5 p. 1.000 en 1896, n'était plus que de 7,73 en 1907. Ces deux faits ne sont pas pour surprendre ; ils résultent du régime urbain, conformément aux lois banales.

Le chiffre d'accroissement annuel des aliénés est légèrement plus élevé dans Londres qu'en province (28 contre 29,58 p. 1.000 en 1907). Les chiffres d'accroissement officiels étaient, en 1897, de 17,1 pour la province, et de 22,0 pour la capitale. Il semblerait donc, à première vue, que le nombre des aliénés ait augmenté rapidement en province, alors qu'il augmentait plus lentement dans la capitale ; on pourrait être tenté d'incriminer l'introduction, dans les provinces, de conditions de vie se rapprochant des conditions de la capitale. Nous croyons que l'explication du fait, ou tout au moins de sa plus grande part, est autre. Les recensements sont plus minutieux ; l'habitude des placements entre mieux dans les mœurs ; les actes législatifs de 1890 et 1891 ont puissamment aidé à ces modifications. L'extension des conditions urbaines agit

©BIUM

d'ailleurs moins en *produisant* l'aliéné qu'en le mettant plus en évidence et en rendant plus nécessaire de le séquestrer ou de l'assister. Il est rationnel d'admettre que sous le rapport des déclarations et placements la province était en retard sur Londres ; ses chiffres ont progressé plus vite. En France, l'application de la loi de 1838 a ainsi donné lieu à une apparence d'accroissement dans le nombre des aliénés, due uniquement à l'accroissement des déclarations et placements. Lunier avait tracé à l'avance la courbe de ce mouvement, et les faits lui ont donné raison.

Voici les chiffres absolus relatifs au comté de Londres :

Population :			
En 1889. . .	4.148.713		
— 1896. . .	4.382.429	Augmentation.	233.716 en 7 ans.
— 1906. . .	4.721.416	—	338.783 en 10 ans.
Aliénés :			
En 1890. . .	16.632		
— 1897. . .	19.967	Accroissement . . .	3.605 en 7 ans.
— 1907. . .	25.767	— . . .	5.800 en 10 ans.

C. — Si maintenant nous considérons non plus le chiffre global des aliénés déclarés tels, mais celui des aliénés internés, nous verrons les chiffres des internements croître plus vite que les chiffres des aliénés ; c'est dire que la mesure du placement entre de plus en plus dans les mœurs soit administratives, soit familiales.

Nous diviserons les placements en deux catégories : d'une part, les asiles, les hôpitaux enregistrés et les maisons privées ; de l'autre, les placements effectués dans les autres conditions.

Les malades en cours de traitement, à la date du 1er janvier, dans les années 1890, 1897 et 1907, ont donné les chiffes suivants :

1890.	62.631		
1897.	76.002	Accroissement . . .	13.971
1907.	99.995	— . . .	23.993

©BIUM

Le taux d'augmentation annuelle se trouvait ainsi être, pour 1897, de 32,01, et pour 1907 de 31,57, alors que le taux d'accroissement des aliénés était aux mêmes dates, nous l'avons vu, de 17 et de 28,58 p. 1.000.

Pour le comté de Londres, les chiffres (asiles, hôpitaux autorisés et maisons privées) sont :

1890.	10.104		
1897.	12.868	Accroissement. . . .	2.764
1907.	18.841	—	3.973

L'accroissement annuel se trouve ainsi être de 38,91 et de 30,87. Aux mêmes dates l'accroissement global annuel des aliénés était, pour le comté de Londres, de 22 et de 29 p. 1.000.

Le taux annuel d'accroissement constaté en 1897 (38,91) n'a pu se soutenir ; il est descendu à 30,87 ; tel qu'il est, il reste supérieur au taux d'accroissement global, qui est de 29 en 1907. Le même raisonnement vaut pour les chiffres, ci-dessus donnés, des mêmes placements dans l'Angleterre et le pays de Galles (descente de 32,01 à 31,57, alors que le taux de l'accroissement global est 28,58).

D. — Les aliénés en cours de traitement à la date du 1er janvier dans des conditions autres que les asiles proprement dits, les hôpitaux enregistrés et les maisons de santé privées ont donné les chiffres suivants pour l'Angleterre et le pays de Galles :

1890. . .	24.082		
1897. . .	23.363	Diminution . . .	719, soit 4,26 p. 1.000
1907. . .	24.093	Augmentation. .	730, soit 3,12 p. 1.000

A l'année 1897 correspond une descente marquée du chiffre de cette catégorie ; elle est due certainement à l'influence de la loi de 1890-91. Dans les asiles publics que cette loi ordonnait de construire ont dû être transportés un certain nombre de malades ; puis le vide s'est

©BIUM

comblé, soit par suite d'une moindre défaveur, soit par suite d'encombrement dans les asiles publics.

Cette fluctuation ne s'est pas produite dans le comté de Londres. L'accroissement annuel a été de plus en plus marqué : 3,81 p. 1.000 en 1897, et 7,80 p. 1.000 en 1907. Voici les chiffres absolus :

1890.	6.258		
1897.	6.425	Accroissement.	167
1907.	6.926	—	501

E. — Si maintenant nous examinons les *admissions* (et non plus les totaux de présences) dans les asiles proprement dits, les hôpitaux enregistrés et les maisons autorisées, nous voyons, pour l'Angleterre et le pays de Galles, les chiffres augmenter annuellement avec une vitesse décroissante.

1889. . . .	15.047 admissions.	Accroissement.
1896. . . .	18.632 —	3.585 (en 7 ans).
1906. . . .	21.812 —	3.180 (en 10 ans).

L'accroissement annuel pour 1.000 unités est ainsi de 34,03 en 1896 et de 16,58 en 1906.

Pour le comté de Londres (asiles proprement dits, c'est-à-dire asiles du comité des asiles du Conseil de comté londonien) la progression continue de même, elle se ralentit également, mais son ralentissement est encore plus marqué.

1889.	1.963		
1896.	3.520	Augmentation	1.557
1906.	3.895	—	375

L'accroissement annuel pour 1.000, qui était de 113,31 en 1896, n'est plus que de 10,65 en 1907. Il est probable que l'ouverture complète des grands asiles de Horton et de Long-Grove (Epsom) va élever ces chiffres pour 1908 et 1909.

©BIUM

F. — De tableaux relatifs aux aliénés pauvres, nous extrayons des chiffres suivants.

Alors que la population (Angleterre et pays de Galles) comprenait pour les années de 1869 à 1873 un chiffre moyen de 22.783.222 habitants, les aliénés pauvres étaient au nombre de 49.869, dont 28.366 dans les asiles. Pour chaque millier d'habitants, il y avait un peu plus de 2 aliénés (exactement 2,189) et de ces deux aliénés 1 au moins était interné dans un asile (exactement 1,243). Bref, un peu plus de moitié des aliénés pauvres (exactement 0,568 pour 1) étaient internés dans les asiles.

De 1874 à 1878 ces chiffres deviennent :

Sur une population de 24.371.821 habitants, 57.250 aliénés pauvres, dont 33.498 dans les asiles (c'est-à-dire encore un peu plus de 1 sur 2). Pour 1.000 habitants, il y a ainsi un peu plus de 2 aliénés pauvres (exactement 2,349), dont un peu plus de 1 interné (exactement 1,374) ; la proportion des internés aux aliénés est 0,584. Cette proportion était quatre ans auparavant de 0,568 ; il y a donc tendance progressive à l'internement.

G. — La Métropole nous donne des chiffres plus récents.

En 1897 le total des aliénés pauvres, à la charge du métropole (union et comtés) était de 19,423 ; il monte à 24,740 en 1907.

La Cité de Londres se trouvait fournir, en outre et à elle seule, 502 aliénés en 1897. Elle n'en fournit plus que 393 en 1907. Cette diminution tient peut-être à ce fait que de moins en moins les pauvres ont leur domicile de secours dans la cité (peut-être même la Cité, si remplie le jour, est-elle de moins en moins peuplée la nuit).

La répartition des 19.425 aliénés pauvres de la

©BIUM

Métropole (Cité comprise) était, en 1897 et en 1907, la suivante :

Asiles londoniens et autres	1897	12.122		
— —	1907	17.260	Augmentation . .	5.138
Maisons privées, etc.	1897	870		
— —	1907	554	Diminution. . . .	316
Institution du M. A. B. (workhouses et asiles-hospices). .	1897	6.208		
— —	1907	6.780	Augmentation . .	572
Malades chez des parents	1897	217		
— —	1907	146	Diminution. . . .	71

La plus grande part de l'augmentation des placement est donc en faveur des asiles proprements dits (5.138).

Les institutions de M. A. B. n'ont augmenté que de 572 malades en dix ans.

Deux modes de placement, par contre, sont en baisse : maisons de santé privées et placement parental. Les maisons de santé privées ont perdu 316 malades en dix ans. Nous ferons remarquer qu'il s'agit là de malades pauvres, à la charge des Unions et du Comté, et figurant à titre de subsistants seulement dans les institutions particulières : l'administration publique, en agrandissant ses propres immeubles, les retire à elle progressivement. Pour les placements chez les parents, leur nombre a baissé davantage, en partie pour la même raison, mais aussi parce que les tendances ont cessé de leur être favorables.

H. — Les chiffres de 12.122 et 17.260 aliénés dans les asiles proprement dits en 1897 et 1907 peuvent être encore subdivisés comme suit :

Asiles londoniens	1897	11.356
— —	1907	16.543

©BIUM

Asiles divers d'Angleterre.	1897	766
— — —	1907	717

On voit ainsi que la Métropole rappelle à elle et garde chez elle le plus grand nombre possible de ses aliénés, par suite de l'extension donnée à ses asiles dans le cours de ces dernières années.

Les chiffres de 6.208 et 6.780 qui sont ceux des aliénés (chroniques) casés dans les institutions du M. A. B. se décomposent également ainsi :

Asiles-hospices.	1897	5.896		
—	1907	6.501	Accroissement.	605
Quartiers de workhouses.	1897	312		
— —	1907	289	Diminution . .	23

On voit que d'abord les asiles-hospices n'ont pas vu leur population s'accroître dans des proportions égales ni même comparables à celles des asiles proprement dits. Nous avons dit plus haut une des raisons de ce fait (calculs pécuniaires des communes). Une autre raison est que l'édification des immeubles projetés n'a pas égalé, croyons-nous, en vitesse ni en étendue, celle des asiles proprement dits (V. *Annales*, numéro de septembre, p. 264). Quoi qu'il en soit, les asiles-hospices ont conformément à leur but absorbé une partie de la population qui serait restée attribuée, sans eux, aux workhouses. La preuve en est dans la descente de 312 à 289, constatée entre les années 1897 et 1907.

I. — La Cité de Londres entretenait, dans les asiles proprement dits, 371 malades aliénés pauvres en 1897 et 209 seulement en 1907. Elle en entretenait dans les institutions du M. A. B. 129 en 1897 et 184 en 1907. Il y a donc eu une légère augmentation dans le nombre des chroniques confiés durant ces dix dernières années aux établissements du M. A. B. Cette dernière catégorie de malades se décompose elle-même comme suit :

Asiles-hospices . . .	1897	107		
— . . .	1907	177	Augmentation .	70
Workhouses	1897	22		
—	1907	7	Diminution . .	15

L'augmentation porte tout entière sur les malades des asiles-hospices, conformément aux vœux des pouvoirs publics.

Pour ce qui est des maisons privées, la cité ne leur confiait à titre de subsistants aucun aliéné pauvre.

Enfin les aliénés pauvres confiés aux soins de leurs parents, qui étaient seulement au nombre de 2 en 1897, sont tombés au chiffre 0 en 1907.

Ainsi, sous tous rapports, la Cité donne l'exemple des transformations progressistes.

K. — Voici quelques chiffres relatifs aux asiles du conseil du comité de Londres (asiles proprement dits).

Le nombre des lits montés, dans ces asiles, était de 11.661 au 1er janvier 1097 ; il montait à 17.203 en 1907. Le nombre de ces lits occupés en réalité était exactement de 11.634 et de 17.058 malades ; sur ces malades 11.356 et 16.543 étaient de pauvres Londoniens ; 227 en 1897, et 32 seulement en 1907, étaient des étrangers pauvres. Ces derniers ont été, on le voit, de plus en plus éliminés. L'encombrement sévit dans les asiles du C. C. comme dans les nôtres (mais sur une échelle beaucoup moindre) puisque l'aménagement existant était destiné réglementairement (prescription des Commissionners in Lunacy) à 11.366 et 16.620 malades, ce qui donne un effectif en surnombre de 295 malades pour 1897, et de 583 en 1907. Les prescriptions des Commissionners exigèrent en 1897, pour chaque malade, une surface de 50 pieds (dortoirs ordinaires) et de 66 pieds (dortoirs d'infirmerie). En 1897, on réglementait en outre les hauteurs, de façon à assurer à chaque malade, dans les

©BIUM

dortoirs ordinaires, 600 pieds cubes, et dans les dortoirs d'infirmerie 800 pieds cubes d'air.

Depuis 1897, les frais de fondation de chaque lit ont diminué (200 shillings en 1907, au lieu de 233 en 1897) ; de même les frais d'entretien (constructions et réparations) ont diminué dans la proportion de plus d'un sixième. Par contre, le prix de la journée de malade a légèrement augmenté (de 10 shillings environ à 11 et 12 environ, sauf exception).

Il est plusieurs institutions que nous espérons visiter au cours d'un autre voyage, mais dont nous voulons dès maintenant rappeler ou signaler l'existence à nos lecteurs. Ce sont : 1° Les Hôpitaux dits Enregistrés (c'est-à-dire recevant des aliénés) ; 2° l'Infirmerie Spéciale pour Hospitalisation Temporaire des Aliénés, dirigée par le Dr Carlswell, à Glasgow (Ecosse) ; 3° les établissements pour buveurs : State Inebriate Reformatory, adjoints à la prison de Aylesburg, Colonie de Duxhurst (femmes), et Ashford Home (femmes) ; 4° la prison de Broadmor.

On sait que tout criminel reconnu pour aliéné au moment de son jugement est déclaré coupable par le jury, mais, d'autre part, exempté de sa peine pour raison d'aliénation, et en même temps dirigé sur un asile spécial, l'asile de Broadmor. Là : 1° *la durée de sa détention est indéterminée* ; 2° *sa sortie n'est jamais définitive* ; autrement dit, à un moment quelconque l'ex-aliéné, qui paraît redevenir soit délirant, soit délinquant, *peut être réintégré sans formes*. Pour cette raison, ils sont appelés *les Aliénés du Bon Plaisir du Souverain*. Ce mode de liberté conditionnelle pourrait être appliqué avantageusement à d'autres que des aliénés criminels, nous voulons dire les dégénérés délinquants récidivistes, les buveurs d'habitude, etc., en un

©BIUM

mot un grand nombre de ces cas mitoyens appelés « border line cases ». Un asile similaire existerait à Dundrum (Irlande), depuis 1850. (Foville.)

Au cours de cette modeste revue, nous espérons avoir inspiré à nos lecteurs français le désir d'étudier de plus près que nous ne l'avons fait certaines institutions anglaises. A nos lecteurs anglais, s'ils trouvent nos appréciations inexactes, nous rappellerons que d'abord nous les avons émises sous toutes réserves, ensuite que certaines tendances, qualifiées par nous d'errements, ne nous ont trouvé un peu sévère que parce qu'elles existent similairement en France. Nous nous ferons d'ailleurs un plaisir de rectifier nos dires, dans un article subséquent, si des médecins ou magistrats « de l'autre côté du canal » veulent bien nous faire part des réponses que notre article leur suggérerait.

Il nous reste à dire quelques mots de nos rapports personnels, malheureusement trop courts, avec certains de nos confrères ou maîtres, aliénistes ou neurologistes. Aux consultations mentales pour malades externes du professeur Chas-Mercier (Charing Cross Hospital) et du professeur R. Percy Smith (S^{t} Thomas hospital), nous avons pris de précieuses leçons, soit de thérapeutique, soit d'investigation clinique ; nous avons suivi avec fruit les consultations neurologiques qui ont lieu, presque toutes les après-midi, au Guys Hôpital (où exerce encore, mais où par malheur il ne nous a pas été donné de le voir, l'illustre Gowers). A la Medico-Psychological association, nous avons eu l'honneur d'être présenté au doyen de l'aliénation anglaise, le professeur G.-H. Savage, dont le traité, classique en Angleterre, nous était depuis longtemps familier ; au D^{r} Tucke, de la célèbre dynastie ; aux D^{rs} Carlswell (Glasgow) et H. Bond (Long Grove). A la Medico Legal Society, nous avons rencontré le D^{r} Clay Shaw, et le D^{r} Mott (asile de Bethlam). Nous

©BIUM

devons remercier aussi pour leur accueil les Drs St.-B. Atkinson et J.-D. Rolleston, ce dernier médecin de Grove Hospital, Tooting (London S.-W.), et bien connu des neurologistes parisiens. Auprès des pouvoirs publics, nous avons rencontré une bienveillance et une prévenance extrêmes. A la Préfecture de Police, M. le major Wodehouse (Préfet de Police en Second), M. Edwards, le très aimable secrétaire particulier de Sir Henry (Préfet de Police), et M. le Superintendant Horace Bantick, ont droit à tous nos remerciements. Au Local government Board, MM. A.-W. Symonds et F. Roundell ont bien voulu, non seulement se prêter, mais s'ingénier à nous renseigner. Il nous est agréable de rappeler que Foville, à son retour d'Angleterre (1883), avait à formuler les mêmes sentiments, et nous ne saurions mieux terminer qu'en nous appropriant ses paroles : « Leur obligeante cordialité ne saurait être dépassée... la reconnaissance des Français qu'ils ont accueillis avec tant de courtoisie leur est légitimement acquise ; ils sont priés d'en recevoir ici l'expression sincère et convaincue. »

©BIUM

Revue critique

SUR LA

SITUATION ACTUELLE DES ALIÉNÉS

RAPPORT PRÉSENTÉ AU IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

Par le Dr J. BRESLER

Médecin en chef de l'asile de Lublinitz (Silésie).

L'art de soigner les aliénés constitue un champ bien difficile à explorer, riche en problèmes, en travaux et en espérances, mais presque plus riche encore en insuccès et en déceptions. L'histoire de cet art n'a pas à enregistrer des inventions et des découvertes heureuses. La majeure partie de nos connaissances fut acquise bien durement. Maint coup de bêche, servant à soulever une partie du terrain obscur des troubles mentaux, réclama de nombreuses années de recherches pénibles ; il ne fit encore que nous placer devant une nouvelle énigme. Et à la fois l'humanité réclama sans cesse des conseils et des secours contre ce fléau fatal de la civilisation, l'aliénation mentale. La pitié, l'*humanité*, constituent aussi le mobile de notre lutte ; elle ne nous permet pas de nous abandonner au pessimisme ; elle est notre étoile conductrice autant sur le terrain de la théorie que sur celui de la pratique ; elle détermine la valeur qui doit nous faire mesurer nos résultats, elle ne surestime pas quand elle soulage un besoin humain et elle prodigue de la satisfaction, même au modeste travailleur, pour le plus grand bien de l'humanité souffrante. Dans l'art de soigner les aliénés, l'humanité peut se développer large-

©BIUM

ment ; elle ne court aucun risque de faire fausse route et de se trouver en désaccord avec les efforts apparents de la civilisation.

Dans la tâche que je me suis imposée, je m'occuperai essentiellement des progrès réalisés dans ces dernières années et qui, quoique primitivement le fruit de la science, doivent leur préparation et leur succès à l'humanité. En agissant ainsi, je vous prie de ne pas me juger trop sévèrement en raison de la limite insuffisamment nette de ma tâche. J'espère ainsi ne pas anticiper inutilement sur les travaux des rapporteurs qui se sont proposé de traiter des questions plus spéciales, en touchant les facteurs non médicaux de l'humanité dont les autorités soutiennent fructueusement nos tendances et les réalisent même en partie.

A l'horreur pour la démence et pour l'asile d'aliénés se rattache encore aujourd'hui l'effroyable idée de la cellule et de la camisole de force, en usage autrefois pour calmer des aliénés en fureur. Aujourd'hui leur emploi est devenu une exception, et c'est avec une légitime satisfaction qu'on peut lire dans les rapports des asiles, même appartenant à des pays où le traitement des aliénés se trouve encore en voie de développement, qu'on a réussi dans le cours de toute une année à se passer presque complètement de la cellule et de la camisole de force. Conquête brillante de l'humanité ! Les asiles ont accepté l'idéal du *traitement sans moyens de contrainte*, on s'efforce partout de les soumettre aux conditions qui se rapprochent de l'idéal : la suppression complète des moyens de contrainte.

Nul d'entre vous n'ignore que certains médecins croient l'idéal atteint quand ils ont réussi pendant quelque temps à se passer de la cellule et de la camisole de force. Le fait toutefois n'est possible que lorsque, par chance, on a disposé d'un bon matériel de malades ou qu'on a pu remplacer la contrainte mécanique par la contrainte chimique ou la contrainte manuelle. L'emploi de la contrainte mécanique chez les aliénés atteints de maladies chirurgicales, nécessitant des pansements pour contribuer à la guérison de ces affections, fut noté comme admissible dans le régime du no-restraint absolu et, au pis-aller, les aliénés criminels violents. Pour les

©BIUM

autres cas, on ne voulait plus entendre parler des moyens de contrainte. Le professeur Bleuler (1), notre honoré collègue suisse, dont on se plaît à reconnaître l'autorité scientifique, fut le premier à accepter un essai objectif sur la nécessité, dans certaines circonstances, de l'isolement en cellule comme moyen salutaire, en présence des essais excusables résultant de l'enthousiasme de considérer l'isolement d'un aliéné agité, violent ou l'application des moyens de contrainte mécanique comme une erreur médicale. Dans la lutte, eu égard à l'opinion publique, pour éviter toute apparence de contrainte, on dévia parfois de la voie de la critique scientifique. Pendant tout un temps il a fallu du courage pour s'y opposer énergiquement.

Le professeur Bleuler reconnaît que certains malades, en état d'agitation, désirent souvent être seuls et qu'à cette condition ils acceptent de travailler. Beaucoup de malades se calment plus vite quand ils sont seuls ou du moins aussi vite que si on les laissait en présence des autres. Dans ces cas, l'isolement est un bienfait ; il ne nuit nullement si on ne l'emploie qu'en cas de nécessité.

De pareils avis sont venus dernièrement d'Italie. Le privat-docent Dr Esposito (2) va plus loin que Bleuler. Il recommande aussi l'isolement en cellule chez les paranoïques hallucinés en état d'agitation et certains agités atteints de démence précoce ; ils préfèrent l'isolement à l'emmaillotement ; la même constatation se fait dans la manie périodique et chez les épileptiques agités.

Je partage l'avis d'Esposito quand il affirme que par l'emploi judicieux, sous un contrôle médical permanent, l'isolement thérapeutique peut avoir son côté utile ; que s'il y a des erreurs et des méprises, on doit les considérer comme appartenant à des fautes se rencontrant également dans d'autres parties de la médecine, par exemple dans la laparotomie, la castration, etc. Notre collègue Esposito rappelle à ce sujet l'emploi négatif dans la pratique des soins à donner aux aliénés en Allemagne qu'il appelle « il paese di tutte le abolizioni », le pays

(1) *Psychiatrische Wochenschrift*, III, p. 479.
(2) *Rivista sperimentali di freniatria*, 1908, p. 1.

©BIUM

de toutes les abolitions, et il dissuade de les imiter. Il fait allusion à la suppression absolue des moyens de contrainte, de l'isolement, des hypnotiques et de l'alcool dans quelques asiles. J'ose croire, en dehors de quelques excès qui se rencontrent partout, qu'il ne donne pas son jugement sur tout ce qui se passe dans la psychiatrie allemande. Je puis lui assurer que dans nos asiles pour hommes on continue à distribuer du tabac, aboli depuis quelque temps ainsi que les boissons alcooliques, dans un asile italien, notamment à Lucca.

Les opinions en Italie sont aussi bien partagées que chez nous. Le professeur Belmondo, au Congrès des aliénistes italiens, tenu à Padoue, en 1907, disait : « J'ai cassé les ponts, j'ai brûlé les navires que j'avais derrière moi. Aussi, si l'on veut employer des moyens de contrainte, nous ne le pouvons pas ici parce que nous ne pourrions pas nous les procurer. Au manicome de Padoue il n'existe aucune entrave (1)! »

Mais le Dr Petrazzani (2), dans l'excellente *Revue de phréniatrie italienne*, lui demande ce qu'il en dirait si lui, Belmondo, pendant la balnéation, devait rester dans le bain les mains fixées malgré lui ; et Petrazzani, médecin de l'asile provincial de Reggio-Emilia où un Tamburini, un Ferrari, etc. ont accompli tant de beaux travaux, où a régné et où règne encore une activité scientifique comme il en existe peu dans d'autres asiles, Petrazzani s'exprime avec ironie sur la promptitude magique et la facilité avec lesquelles on peut improviser les moyens de contrainte : l'injection à l'hyoscine, les entraves aux mains. Et, sans détour, il déclare que quelques-unes des nouvelles méthodes blessent les sentiments d'humanité et sont contraires à toute considération thérapeutique.

Entrons dans le pays d'origine du no-restraint. Le Dr Cole, médecin de l'*asile privé* de Moorcroft (Middlesex), en Angleterre, a dit dans une communication faite à la « Medico-psychological Asspciation », le 8 octobre 1907 (3) : « Hanwell étant si rapproché de nous, l'in-

(1) *Rivista speriment. di freniatria*, 1907, p. 1007.
(2) *Rivista speriment. di freniatria*, 1907, p. 1005.
(3) *Journal of mental Science*, 1908, p. 185.

©BIUM

fluence dominante de Conolly se fit sentir ici dès le début du mouvement contre l'emploi des moyens de contrainte. Il paraît, d'après les rapports précédents, qu'on n'a jamais employé beaucoup de restraint à Moorcroft... Nous persistons à croire que la camisole de force, bien employée, constitue un médicament pour prévenir les auto-mutilations ou d'autres actes de violence, quand il s'agit d'empêcher une lutte avec les gardiens. Ici aussi on emploie avec avantage, dans quelques cas rares, l'isolement et la cellule matelassée. »

Dans le rapport de l'asile anglais Wiltshire, un asile du comté de Londres, on peut lire que de 1901 à 1906 on a eu en moyenne, chez 963 aliénés, 16 contraintes mécaniques et 20 isolements.

D'après le rapport des inspecteurs écossais, il y avait dans la période quinquennale 1902-1906, pour une population moyenne de tous les asiles (12.360), 36 personnes à qui l'on a appliqué du restraint, soit 9 pour des motifs chirurgicaux et les autres en raison du danger qu'ils offraient ; soit une proportion annuelle de 0,29 p. 100. La comparaison avec la période 1896-1900 donne une décroissance de 59 à 36, de 0,55 à 0,29 p. 100, la durée totale des heures de contrainte de 12.816 à 2.976. On n'y isola annuellement de 1902 à 1906 que 72 malades, soit 0,59 p. 100 ; le chiffre des heures d'isolement s'élevait à 1.582 ; une comparaison avec la période de 1896-1900 donne une décroissance de 114 à 72, c'est-à-dire de 1,05 à 0,59 p. 100, de 2.411 à 1.582 heures. Dans quatre asiles, pendant les années 1902-1906, on n'employa ni restraint, ni isolement ; dans un autre il n'y eut aucun restraint, dans quatre asiles aucun isolement. Je vous demande pardon de vous faire part de cette mention sèche de chiffres, mais en les mentionnant je tenais à donner une preuve au hasard d'un rapport administratif d'une importante autorité centrale, fait avec un soin et une exactitude scrupuleuse telle qu'on en trouve bien peu dans d'autres rapports similaires.

Les inspecteurs ne font que constater la diminution heureuse des moyens de contrainte ; ils ajoutent qu'intentionnellement ils se dispensent de tout commentaire sur les motifs de la différence notable dans quelques asiles. Ils font observer avec raison que le médecin

©BIUM

chargé du traitement est seul juge de la nécessité et de l'utilité du restraint et de l'isolement. Ils estiment, néanmoins, qu'il y a du danger et que pour éviter l'isolement on maintient pendant un temps plus ou moins long des aliénés agités au lit et qu'on connaît des cas où un simple isolement aurait dû mériter la préférence. Les inspecteurs constatèrent qu'un changement dans la direction d'un asile est souvent suivi de la suppression complète du restraint et de l'isolement ; ils en conclurent que l'application de ces moyens dépend plus des directeurs que de la manière d'être des malades. A mon avis, ils auraient dû y ajouter le grand rôle du hasard, attendu que maint asile reste, comme je l'ai fait remarquer, pendant des années exempt de malades très agités jusqu'au moment où l'on y accepte des malades pour lesquels le restraint et l'isolement constituent une obligation.

A ce propos, il est intéressant de connaître l'accueil fait à cette manière de voir des inspecteurs dans la presse du pays d'origine du no-restraint. Dans le *Journal of mental Science*, l'organe de la *Medico-psychological Association of Great Britain and Ireland*, on écrit à ce sujet : « Nous sommes sceptiques en présence de cette déclaration des inspecteurs. La seule chose à en retenir, c'est que, malgré l'aversion contre le restraint et l'isolement, il existe de temps en temps quelques rares patients à qui l'on doit appliquer ces moyens. Presque tous, ou au moins la plupart d'entre nous, savent qu'on y a recours, mais le public n'en sait rien. Une statistique pareille pourrait être mal interprétée, même aux yeux du public civilisé ; elle pourrait avoir l'apparence d'encourager les autres et dans ce cas ce serait une grosse erreur. Là où il y aurait une indication formelle pour le restraint, un directeur pourrait être aisément excusé en songeant que son asile, pour ce qui concerne l'emploi des moyens de contrainte, figure au premier rang ; sa détermination serait en harmonie avec sa propre réputation, au lieu de se résoudre en faveur du ou des malades, et des infirmiers (1). »

(1) *Journal of mental Science*, 1908, p. 175.

©BIUM

Je me rallie à cette manière de voir et je ne m'arrêterai pas plus longtemps à cet objet ; je crois pouvoir préciser la situation actuelle de cette question, qui restera définitive en ceci, que l'application du restraint et de l'isolement basée sur des considérations sérieusement médicales n'est pas contraire à l'humanité ; elle ne résiste pas seulement à la critique ; elle a une base scientifique.

La réduction de l'emploi des cellules et des moyens de contrainte réclame à la fois un personnel de gardes-malades bien éduqué. Je dirai quelques mots à ce sujet.

L'*organisation de l'enseignement professionnel pour les gardes-malades* a fait, dans ces derniers temps et dans quelques pays, des progrès dont on a lieu de se réjouir. Le règlement issu de la nouvelle loi italienne sur le régime des aliénés, en date du 5 mars 1905, stipule que les gardes-malades et les chefs gardes-malades des asiles d'aliénés doivent avoir suivi des cours spéciaux et que leurs aptitudes seront déterminées par des examens. Nous vous rappelons à ce sujet les déclarations faites par M. le professeur Tamburini au Congrès de Milan sur les cours institués dans les asiles italiens et les examens consécutifs.

Quoique l'enseignement et les examens existassent déjà dans le département de la Seine, le Préfet publia un règlement nouveau des Ecoles départementales pour les infirmiers et les infirmières, et renfermant les bases d'une réforme radicale de l'enseignement. J'en profite pour relever ce point : chacun des six asiles départementaux a une Ecole pour infirmiers et une autre pour infirmières. Les cours commencent au mois d'octobre et finissent dans la deuxième moitié du mois de mai. Ils comprennent l'administration, l'anatomie et la physiologie, l'hygiène, les soins à donner aux malades et aux aliénés, la petite pharmacie. Le nombre des heures de cours a un minimum pour chaque matière ; le nombre total est de quatre-vingt-huit heures. Afin que l'enseignement ne subisse aucune interruption, chaque professeur reçoit un suppléant désigné d'avance. A la fin des cours, on procède aux examens, qui se passent devant une Commission composée de dix membres. Cette Commission, à son tour, agit d'après des prescriptions

©BIUM

bien déterminées, de manière à pouvoir empêcher toute tricherie pendant les examens écrits. Des personnes non attachées à des asiles peuvent être autorisées à suivre les cours et à passer des examens.

Les examens se font par écrit et oralement ; une partie de ces examens est pratique. On distribue des diplômes, des prix (livres, médailles, livrets sur la Caisse d'épargne avec versement d'argent). Le projet de ce règlement ayant été approuvé par le département de la Seine en octobre 1906, les cours purent être donnés en 1906-1907. On en connaît en ce moment les résultats et ils paraissent très favorables. L'organisation de cette institution est excellente.

L'emploi d'infirmière chez les hommes aliénés tend à s'étendre progressivement. Ainsi le rapport du *State Hospital à Warren* mentionne que les 50 aliénés tuberculeux appartenant aux deux sexes sont soignés par des infirmières. Dans le rapport du *Eastern State Hospital, Williamsburg*, on relate qu'on a confié à des infirmières les infirmeries pour hommes aliénés, et qu'on est très satisfait des résultats obtenus. A l'asile du district de *Stirling* (Ecosse), il existe au quartier des hommes 11 infirmières et 25 infirmiers, sous la surveillance d'une infirmière en chef. A l'asile de l'Etat, à *Orel* (Russie), on a également introduit les femmes comme gardes-malades. Le Dr Hermann (1), directeur de cet asile, rapporte que dans certaines sections, les infirmières sont en même nombre qu'autrefois les infirmiers. Dans d'autres sections, on a accordé une infirmière en plus. D'après son expérience, le service des infirmières, même dans les sections des malades les plus agités, a fonctionné à son entière satisfaction ; les inconvénients qu'on aurait pu craindre ne se sont pas produits, et les sections pour hommes ont notablement gagné sur les sections pour femmes. En introduisant les femmes gardes-malades dans les sections pour hommes, les heurts entre malades sont devenus moins fréquents et moins intenses.

Le personnel féminin témoignant plus d'indulgence,

(1) *Zeitschrift für Krankenpflege*, 1908, Juli.

se dominant plus facilement et montrant plus de commisération que le personnel masculin, les caprices, les cris, l'agitation, les actes contraires des malades ont diminué de beaucoup. Les malades malpropres ne provoquent chez les femmes aucun sentiment de dégoût, y étant déjà habituées par les soins donnés autrefois aux enfants. La surveillance des malades par le personnel féminin se fait d'une manière bien plus consciencieuse que chez les hommes, de telle sorte que les cas d'évasion ont considérablement diminué. Le Dr Hermann ne veut pas consacrer le principe de l'économie en acceptant le service des infirmières ; il déclare que différentes mesures prises dans le but d'améliorer la qualité du service des infirmiers, notamment l'augmentation des salaires, les suppléments périodiques, la mise à la retraite avec pension, l'amélioration des habitations, l'érection d'écoles pour infirmiers, etc., doivent également s'étendre au personnel féminin.

Depuis longtemps et partout la question de l'*alimentation* des aliénés offre de grosses difficultés en ce sens que les administrations des asiles se trouvent liées à un règlement déterminé pour la nourriture. Ces règlements peuvent ne pas répondre aux désirs des malades pour ce qui concerne la variété et la valeur nutritive des aliments ; la quantité même peut laisser à désirer pour certains aliments ; la différence des prétentions et des besoins à certaines sections, par exemple à l'infirmerie, chez les convalescents, les travailleurs, les jeunes gens, la différence des goûts dans les deux sexes, etc., ne sont pas suffisamment pris en considération. Il en résulte que, pour une administration d'une très grande étendue, il y a parfois des asiles où les pensionnaires étaient habitués, dans leur propre famille, à une tout autre alimentation que les pensionnaires d'autres asiles appartenant à la même administration, que les prix moyens des denrées alimentaires, dans les asiles qui ne sont pas trop rapprochés les uns des autres, diffèrent parfois notablement, enfin que les asiles, en raison du respect pour le règlement, sont parfois obligés d'acheter *à temps* des denrées qui, dans certaines circonstances, peuvent être acquises à meilleur compte dans la localité.

©BIUM

Il m'est agréable de pouvoir mentionner l'heureux progrès accompli, par exemple, dans les asiles du royaume de Saxe, en l'année 1904, et après des essais préalables dans deux asiles, à Grosschweidnitz et à Untergöltzch.

Un arrêté royal, en date du 2 décembre, veut que l'alimentation pourra, à titre d'essai, être prescrite absolument suivant les indications des directeurs, toutefois en se conformant aux exigences du budget, c'est-à-dire au prix fixé par tête de malade.

Le *Rapport du Collège médical de l'Etat du Royaume de Saxe,* pour l'année 1905, s'exprime comme suit au sujet du fonctionnement de cette nouvelle disposition : « Les rapports sur le résultat de ces mesures sont généralement favorables. L'appel à l'attention et à la prudence chez tous les employés des asiles, et conséquemment les prétentions plus grandes sur le nouveau mode de régime alimentaire, a été généralement accepté sans opposition ; il a donné lieu, dans les différentes classes de pensionnaires, à un résultat très satisfaisant, spécialement pour la troisième classe de malades qui en a ressenti des avantages très notables ; il y eut moins de monotonie dans la nature et dans le mode préparatoire des aliments. On abandonna les mets les moins goûtés, on en introduisit une série d'autres qui, jusque-là, n'avaient pas été adoptés ; la viande fut donnée sous différentes formes ; la viande rôtie fut donnée plus souvent que de coutume. Quant au résultat financier du nouveau régime alimentaire, le rapport le déclare très favorable. Les prix fixés par l'Etat, par tête et par an, pour les différentes classes, n'ont pas été excédés ; au contraire, on réalisa quelques économies dans toutes les classes de malades, naturellement à l'avantage des consommateurs, parce qu'on a pu accorder à la troisième classe des aliments plus chers, tels que des oies et des rôtis de lièvre. »

Le rapport de la même autorité, en 1906, déclare : « Le mode d'alimentation, sans engagement avec le règlement primitif, inauguré dans tous les asiles, s'est parfaitement maintenu, de l'avis de tous les rapporteurs ; la nourriture est meilleure, plus variée, plus succulente..., et pourtant, malgré cette amélioration du

régime, on n'a pas dépensé au delà des prévisions budgétaires. » Seulement les administrateurs-économes des asiles se plaignent sérieusement que la quantité des restants d'aliments et des lavures a diminué de la moitié aux deux tiers! La preuve de la suffisance de la nourriture et des progrès culinaires, donc de la thérapeutique nutritive, dans tous les asiles, se retrouve dans la pesée périodique de tous les malades.

Quoique la *thérapeutique* n'appartienne pas au but que je me suis proposé, je tiens néanmoins à faire quelques observations générales relatives à cette question. L'emploi des méthodes curatives par les moyens physiques se maintient au début du traitement des aliénés. La pratique a prouvé que la *valeur curative* des *bains continus* (Turk, à Plombières, en 1843), est très douteuse, peut-être nulle; par contre, leur utilité dans les soins à donner à plusieurs cas de malades asociaux et malpropres est fortement appréciée et à juste titre. Pour les *bains prolongés* (Brierre de Boismont, 1845), c'est-à-dire les bains pendant plusieurs heures, on a observé non seulement des succès indéniables, mais avec le concours de l'expérience psychométrique on a constaté des effets qui font pronostiquer en faveur de la guérison. Je mentionnerai uniquement à cet effet les recherches psychologiques de *Busch* et *Plaut* à Munich.

Comme dernier progrès dans l'hydrothérapie des asiles, nous avons l'exposition au grand air des baignoires pour bains prolongés. A *Dösen*, l'asile urbain de Leipzig, et à l'asile provincial de *Göttingen*, on a commencé, l'été dernier, à placer les malades aux bains établis dans le jardin.

Dans les derniers temps, on a essayé d'introduire l'électrothérapie dans la thérapeutique des maladies mentales. A l'asile de Yorkshire (West-Riding-Wakefield), on aurait obtenu des améliorations avec les bains sinusoïdaux et les bains statiques dans les cas de manie aiguë, de psychoses aiguës, de mélancolie aiguë et surtout dans la stupeur (1).

Dans le rapport du « Manhattan State Hospital Ward's Island », on rencontre ce fait intéressant qu'un

(1) Rapport sur l'asile de Wakefield.

©BIUM

masseur expert y opère chaque jour. On y emploie le *massage* spécialement dans les cas de circulation et de nutrition insuffisantes, en même temps que des bains prolongés, l'emmaillotement humide et des douches diverses.

Dans le « Massillon State Hospital (Ohio) », on a engagé un dentiste qui applique les rayons Röntgen aux dents afin de rechercher l'influence des maladies dentaires sur les troubles mentaux et pour instituer éventuellement une thérapeutique dentaire.

Au « Bloomingdale Hospital (White Plains) », on s'adonne soigneusement, depuis deux ans, à la recherche des *causes morales* de certaines formes d'aliénation mentale, des états instables, des conflits psychiques avec leurs réactions caractéristiques et leurs essais manqués d'adaptation psychiques qui sont cachés sous les idées vésaniques. Il s'agit, en un mot, d'une analyse psychique dont les principes et le développement sont dus à un professeur de Vienne, le Dr Freud, et qui ont trouvé en Bleuler, Jung, etc., des protecteurs éminents.

D'une manière générale, les rapports des asiles de l'Amérique du Nord donnent l'impression qu'il n'y règne pas un pessimisme thérapeutique et qu'on ne néglige rien dans l'étude de tout ce qui pourrait contribuer à la guérison des maladies mentales. Même la vieille cure aux couleurs est entrée à l'Illinois. On conduit les mélancoliques dans une chambre peinte en rouge et à la lumière rouge. Les agités sont exposés à la lumière bleue ou dans des chambres aux parois noires, ou garnies de rideaux noirs et d'un lit noir. Cette nouvelle a paru, il y a peu de semaines, dans la « Human Review »; elle se trouve reproduite dans la « Kölnische-Zeitung » du 15 août 1908 et dans la « Post » à la même date. En tout cas, ce sont là des essais louables, s'ils sont inoffensifs. A mon avis, il me semble que même au point de vue économique, c'est-à-dire prenant en considération les sacrifices financiers énormes, il serait préférable, *de la part de l'État*, de subventionner davantage les *études thérapeutiques*, spécialement les recherches sur la nutrition, le sang, etc. Le professeur Pilcz ayant projeté de faire un rapport détaillé sur les nouvelles méthodes thérapeutiques, je me bornerai aux courtes réflexions que je viens de faire.

©BIUM

La *prophyluxie des maladies infectieuses dans les Asiles* constitue une question qui réclame toute notre attention, nos soins continus. Il est bien douloureux de constater que lorsqu'une personne atteinte d'aliénation mentale se présente à l'asile pour y chercher la guérison, elle se trouve frappée d'une autre maladie qui la conduit à la tombe. A ce sujet, je ferai ressortir que souvent les malades admis sortent de demeures ne répondant nullement aux lois de l'hygiène, où ont été traitées des maladies infectieuses, et qu'ainsi il est difficile d'empêcher l'importation de ce genre de maladies ; la propagation d'une maladie introduite dans les asiles qui, généralement, ont une population très élevée, se trouve singulièrement facilitée en raison de la nature de la maladie de beaucoup d'aliénés.

L'érection, depuis quelques années, de pavillons spéciaux pour les maladies épidémiques dans certains pays, constitue un progrès très sérieux. Quelques asiles des Etats-Unis se sont fait particulièrement remarquer à ce sujet. Nous nous trouvons ici en présence de questions nouvelles et difficiles depuis la découverte que la fièvre typhoïde, assez fréquente dans les asiles, se propage très souvent par des porteurs de bacilles. On a constaté, par exemple, dans l'asile de la province rhénane, à Andernach, en 1905, qu'une épidémie de fièvre typhoïde devait être attribuée à une vieille personne attachée, depuis quelques années, à la cuisine de l'établissement. Cette personne était porteuse de bacilles, et cependant, tant au point objectif que subjectif, elle paraissait parfaitement bien portante. Il est, en effet, établi que des personnes porteuses de bacilles dans l'intestin ne doivent pas nécessairement être atteintes de fièvre typhoïde; on a également observé que des malades, chez lesquels on a découvert des bacilles typhiques dans le sang, ne souffraient pas de la fièvre typhoïde, mais d'une autre maladie. La démonstration la plus certaine, la réaction de Widal avec le sérum du sang faisant parfois défaut dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde, le diagnostic précoce devient parfois impossible. Il en résulte que, la fièvre typhoïde étant souvent très bénigne et presque imperceptible, des aliénés hébétés ou engourdis, souffrant d'une fièvre

©BIUM

typhoïde bénigne, ne présentent généralement rien de suspect. Dans les asiles, en présence d'une épidémie de fièvre typhoïde, un travail diagnostique devient très laborieux. S'il s'agit de prophylaxie, le travail devient plus long encore, attendu qu'on doit procéder à l'examen des déjections de toute la population, bien entendu si le travail prophylactique doit être radical. Ainsi, par exemple, à l'asile de Bunzlau, où régnait depuis plusieurs années la fièvre typhoïde sous forme de cas isolés ou de groupes, on a agi comme ci-dessus, et l'examen des matières fécales a donné comme résultat la découverte de 16 porteurs de bacilles (2 hommes et 14 femmes).

Pour les femmes, porteuses de bacilles, on a construit un pavillon d'isolement, disposé de telle façon qu'on pouvait à la fois prendre en considération l'état psychique et l'état somatique des malades.

Il va de soi que, pour la distribution des locaux à donner, les mesures administratives dépendront du nombre de porteurs de bacilles dans chaque asile. Mais comme, dans ces dernières années, on a démontré que certaines personnes, ayant souffert de dysenterie, éliminent encore des bacilles dysentériques (1), et la dysenterie étant également fréquente dans les asiles, il en résulte pour ces établissements la perspective d'une ample activité prophylactique et de larges mesures hygiéniques.

La question du *salaire des aliénés travailleurs* se trouve de nouveau discutée depuis quelque temps. Elle n'est pas nouvelle; elle a été soulevée déjà au commencement de l'organisation du traitement des aliénés.

Déjà, en 1827, Esquirol (2), le fondateur de la réorganisation des asiles, recommanda le travail chez les aliénés, afin qu'ils pussent se faire un pécule au moment où la sortie leur serait accordée; dans le règlement élaboré par Guislain, en 1851, on lit que les malades travail-

(1) Küster. Ein Dysenteriebaccillenträger. *Münch. mediz. Wochenschr.*, 1908, n° 35.

(2) Hagar. Ueber Arbeits Entlohnung in unseren Irrenanstalten. *All. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1906, p. 825.

leurs devraient obtenir un petit salaire. A l'asile d'Illenau, on paie depuis longtemps ce genre d'aliénés, et dans ces derniers temps ce système fut inauguré à l'asile Dösen, près de Leipzig.

Le Dr Fischer, conseiller médical à Wiesloch (duché de Bade), vient de faire paraître dans le dernier rapport de l'Asile, sous sa direction, un calcul sur la valeur du travail des malades.

En 1907, ce nouvel asile avait, à la fin de l'année, une population de 450 malades. Le chiffre au 1er janvier 1907 était de 313.

Le pourcentage des hommes aliénés occupés au travail était en moyenne de 51 p. 100; 24 p. 100 purent être considérés comme travailleurs *capables, indépendants*; le pourcentage des femmes s'élevait également à une moyenne de 51 p. 100.

Fischer estime la valeur du travail pour cette année à environ 31.000 francs. Parmi les travaux accomplis, il mentionne l'agriculture, le jardinage, les travaux manuels et domestiques. Il faut défalquer de cette somme 15.612 francs, dont 12.231 francs pour l'amélioration de la nourriture et 3.381 fr. pour des salaires et des cadeaux; il reste ainsi encore un boni de 15.327 fr.

Fischer se montre grand partisan d'une augmentation des faveurs et des salaires pour les aliénés travailleurs, tout en déclarant qu'il est bien entendu que, dans la détermination du travail, l'opinion médicale doit toujours prévaloir.

En agissant ainsi, on stimule chez les aliénés leur désir de travailler, leurs dispositions morales, leur contentement.

Dans cette réunion de collègues, je ne crois pas devoir m'étendre davantage sur cet objet; je me bornerai à le recommander à la bienveillante attention du Congrès.

La nécessité d'un *contrôle continu de l'autorité publique sur le mode d'internement et d'assistance des aliénés indigents* vient de rencontrer un bel exemple témoignant de l'énergie et du vif désir de remédier aux inconvénients et aux abus.

Le ministre de l'Intérieur en France a adressé, au commencement de cette année, une circulaire aux

©BIUM

préfets, qui ne concerne, il est vrai, que les quartiers d'hospice affectés aux aliénés. Mais ces quartiers ayant pris, en ces dernières années, une importance croissante par l'augmentation considérable de leur population, il importait de les soumettre à un contrôle plus direct du Conseil général. Le ministre de l'Intérieur invite donc cette assemblée départementale à constituer une Commission spéciale chargée de surveiller et, au besoin, de défendre les intérêts des aliénés placés dans un hospice.

« Sans s'immiscer en quoi que ce soit dans toutes les parties de l'établissement où sont traités des malades ordinaires, cette Commission, ajoute le ministre, devra examiner de près, sur place, par des visites inopinées et nombreuses, par des entretiens avec les administrateurs et les médecins, tout ce qui concerne la situation matérielle et morale des aliénés dont le département a charge légale ; elle s'assurera si la nourriture est suffisante en quantité et en qualité, si le personnel médical correspond aux besoins du service, si le personnel infirmier et de gardiens offre toutes les garanties nécessaires ; elle présentera annuellement un rapport au Conseil général pour mettre cette assemblée au courant des constatations qu'elle aura faites et lui soumettre des conclusions... »

Ce point de la question me conduit à l'assistance des aliénés en Belgique, où il existe trois espèces d'asiles : 2 asiles de l'Etat, une colonie de l'Etat, une colonie provinciale, 6 asiles appartenant à des hospices civils et 48 asiles privés. Exclusion faite des asiles de l'Etat, des colonies, de l'hospice Guislain, des asiles de Selzaete, de Froidmont et de Melle, les médecins en chef demeurent en dehors de leurs établissements et s'adonnent pour la plupart à la clientèle privée. Il en résulte que le plus grand nombre des asiles se trouve dépourvu de médecins pendant la nuit. Il y a des asiles, avec une population de 500 à 600 malades, où les médecins en chef et leurs adjoints habitent une autre commune distante de plusieurs kilomètres. Beaucoup de médecins-adjoints sont payés par les médecins en chef et, en raison du petit traitement dont ils jouissent, on n'en réclame pas beaucoup de services. La plupart ne se rendent pas même tous les jours à l'asile et ne

traitent que les maladies somatiques. Il y en a qui ne vont voir leurs malades que trois fois par semaine, ne sacrifiant que trente à quarante minutes à chaque visite. La réglementation du paiement des médecins, prévue par la loi sur les aliénés (1873), se fait encore attendre dans les asiles privés (1).

Quant à la nomination des médecins en chef, il arrive souvent qu'elle a lieu sans que les médecins soient obligés de prouver qu'ils ont des connaissances en psychiatrie ou qu'ils ont même été attachés à un asile comme médecin-adjoint.

La vie scientifique dans la généralité des asiles est presque nulle. Comment d'ailleurs les médecins en chef s'adonneraient-ils à des travaux scientifiques, alors que parfois ils ont 300 à 600, même 800 aliénés à soigner et que souvent ils s'adonnent encore à la clientèle?

On ne peut également affirmer que les médecins, en raison de leur situation et d'un excès d'occupations, puissent exercer un contrôle sérieux sur la nourriture, les vêtements, le couchage, les soins de propreté. Ces parties du service appartiennent à l'économat par voie d'entreprise, à forfait.

C'est encore à l'entrepreneur, religieux ou laïque, qu'appartient le personnel inférieur. Dans la plupart des établissements religieux, les médecins n'ont rien à voir dans la nomination ou le départ des gardiens religieux ou laïques; on ne leur mentionne pas même leur arrivée, leur déplacement d'un quartier à un autre, ou leur départ. Ce n'est qu'indirectement qu'ils parviennent à connaître quelques noms de ces serviteurs. *A fortiori*, on se gardera bien de dresser une liste du personnel inférieur, indiquant les places et les heures auxquelles on devrait toujours pouvoir les trouver.

---

(1) M. Masoin, professeur à l'Université catholique de Louvain, fit la déclaration suivante à la Société de médecine mentale de Belgique, le 21 février 1896 : « Les traitements des médecins d'asiles devraient être fixés d'une manière uniforme et non pas *au prorata du nombre des malades*. Dans la situation actuelle, les médecins ont intérêt à retenir dans l'asile des malades qui sont en état d'être rendus à la liberté. Or, il est toujours mauvais de placer un homme entre ses intérêts et sa conscience. » N'y a-t-il pas lieu de craindre que dans les établissements privés les aliénés ne soient victimes de la cupidité de l'exploitation?

©BIUM

Il en résulte de graves inconvénients pour les médecins en chef, qui se trouvent ainsi empêchés d'avoir avec le personnel les rapports voulus pour contribuer à son perfectionnement ; ils en ignorent nécessairement les qualités et les défauts.

Cependant, en 1907, certains établissements ont paru accepter l'enseignement professionnel qu'ils avaient refusé autrefois, mais aucun détail précis n'existe à ce sujet. Il faudrait que le personnel se soumette à des examinateurs indépendants et spécialistes. Il paraît que cet enseignement a été inauguré après avoir constaté la présence, dans un asile nouveau, de gardes-malades diplômées qu'on avait fait venir de la Hollande.

Dans ces derniers temps, une circulaire ministérielle réclama une modification de la veille de nuit. Presque partout elle consistait en une veille de ronde et la veille stabile était nulle. Le ministre ne voulait plus que *les gardes-malades fissent la veille pendant qu'ils dormaient dans les dortoirs des malades*. Nous ignorons si cette circulaire a eu les suites voulues.

Les moyens de contrainte mécanique y sont encore très en usage. Le règlement exige qu'on en fasse mention dans un registre spécial, mais il paraît qu'il y a plus de malades à qui l'on met des contraintes que ne le mentionnent les registres. Le professeur Dr Crocq, de Bruxelles, a signalé le fait au IIe Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, tenu à Anvers au mois de septembre de l'année dernière. Il mentionne que le médecin n'a pas l'autorité voulue. Chaque jour il signe le registre spécial où doivent figurer les malades à qui des moyens de contrainte ont été ordonnés. Aussitôt qu'il quitte l'asile, on se dépêche de donner aux malades par trop agités, et qui réclameraient une surveillance active, soit la camisole de force, soit la cellule, soit les entraves au lit. Si le médecin veut prescrire des bains prolongés, le maillot humide, la gymnastique, etc., on lui répond que le personnel n'en a pas le temps. L'inspection médicale des asiles privés ne se fait généralement qu'une fois par an. Un des propriétaires réalise annuellement environ un million de francs, quoique le prix de la journée d'entretien n'excède pas 1 fr. 40. Plusieurs de ces établissements font 50 centimes de

bénéfices sur ce prix de 1 fr. 40. Il faudrait absolument que l'argent donné pour les malades fût exclusivement réservé à ces derniers.

Ce court aperçu de l'assistance des aliénés en Belgique a été l'objet, depuis de nombreuses années, de critiques non seulement de la part des psychiatres belges mais encore de celle des autorités administratives, notamment les ministres Lejeune (1) et Begerem, des députés, etc. Il ne s'agit pas ici d'un simple retard. Nous avons même à nous plaindre de la décadence d'une des plus belles institutions dont la Belgique a le droit de s'enorgueillir. L'existence de la belle colonie de Gheel semble en danger ; malgré l'augmentation considérable de la population des asiles, le nombre des aliénés confiés à Gheel diminue. Aussi j'exprime le vœu que le Congrès se fasse l'écho des plaintes des aliénistes belges, d'une manière continue et jusqu'au moment de l'obtention d'une réforme de l'assistance d'après les idées régnantes de ce jour.

Attendu qu'en psychiatrie nous ne tenons pas beaucoup à l'isolement, je ne laisserai pas la Belgique isolée dans son état d'arriération dans les soins à donner aux aliénés. Je ferai connaître qu'en *Irlande*, 13 p. 100 des aliénés se trouvent encore dans des *hospices* (Workshouses) ; il y a vingt ans, il y en avait encore 20 p. 100, il y a donc un progrès à noter. D'après le tableau des inspecteurs irlandais, la nature du logement dans la plupart de ces onze hospices est vraiment déplorable. A Sligo ce serait réellement affreux ; la surveillance et la propreté y laisseraient beaucoup à désirer.

Pour ce qui concerne l'*Espagne*, je ne répéterai pas ici les plaintes du Dr *Caroleu* (2), par exemple l'ignorance presque incroyable du personnel gardien ; mais je ne puis passer sous silence une communication faite dans le numéro de mai 1908 de la « Rivista frenopatica Española », que dans le cours de moins d'une année, à deux reprises, on a échoué dans la proposition

(1) M. Lejeune, ministre d'Etat, déclarait au Congrès international d'anthropologie tenu à Amsterdam, qu'en Belgique le régime était défectueux. Les maisons d'aliénés sont aux mains des particuliers. « Je voudrais refondre tout cela », ajoutait-il.

(2) *Journal of mental science*, 1908, p. 415.

©BIUM

d'attacher un médecin-directeur au nouvel asile provincial de Gerona, les deux (!) candidats ne paraissant pas posséder suffisamment les connaissances psychiatriques requises.

Je pourrais me résumer dans la question du développement de l'*Assistance familiale*, si bien approfondie au Congrès de Milan. Presque partout elle fait des progrès vraiment réjouissants. Ne citons à cet effet qu'un seul exemple pour prouver la rapidité avec laquelle l'assistance familiale a pu être introduite chez les habitants de *Discõs-Zentmärton*, en *Hongrie*, et qui ont compris tout l'intérêt que présentait la question. On y inaugura l'assistance familiale le 15 août 1905 avec 15 malades, et ce chiffre, à la date du 1er avril 1907, avait monté jusqu'à 170. L'examen des rapports annuels des asiles, pour l'année 1907, prouve l'intention de construire de nouveaux asiles, avec colonies pour l'assistance familiale.

Les efforts des médecins et des administrateurs penchent actuellement davantage vers les *mesures à prendre à l'égard des criminels aliénés*. Vous n'ignorez pas que la Société des Aliénistes italiens a proposé le placement de ces malades dans ce qu'on appelle les manicômes judiciaires (1) et que le projet de loi français sur les aliénés a pris en considération, dans son article 38, la création de pareils asiles par l'État. En Allemagne aussi on travaille la question de l'érection de maisons spéciales pour les aliénés dangereux, et dans ces derniers temps on a ouvert plusieurs de ces asiles en Prusse. Depuis plusieurs années, on donne une importance toute spéciale à ce genre de malades pour deux motifs : actuellement, on reconnaît beaucoup plus vite qu'autrefois les troubles mentaux chez les criminels; puis, au fur et à mesure que l'asile d'aliénés prend la forme de l'hôpital, ces éléments ont prouvé qu'ils ne sont pas adoptables dans un asile d'aliénés ordinaire et qu'un asile spécial doit leur être réservé. Mais, même dans ces asiles spéciaux se présentent les plus grandes

(1) XIIIe Congrès de la Société des aliénistes italiens, 4 octobre 1907.

©BIUM

difficultés, plus grandes encore que dans les prisons.

Ce fait ne peut étonner que celui qui refuse d'ajouter foi à ce point qu'à côté de la folie, on peut rencontrer dans le cerveau le raffinement le plus malicieux. Nous en avons la preuve à l'appui dans l'émeute qui eut lieu à l'asile pour criminels aliénés à Dannemora (Amérique du Nord), un événement encore peu connu dans le monde médical européen.

L'émeute eut lieu le 21 août 1907. Elle eut lieu avec autant de ruse que d'audace. Le calme complet régnait, parmi les 330 aliénés jusqu'au coup de 9 heures ; sans qu'on ait entendu un signal, presque tous les malades qui devaient se rendre au lit, se précipitèrent dans deux grands dortoirs et fermèrent la porte au nez des gardiens accourus. Après avoir barricadé les portes avec des lits et des meubles, ils commencèrent à détruire les barreaux. Des gardiens furent placés devant les fenêtres, prêts à se servir de leur arme aussitôt qu'un aliéné aurait fait sortir ses bras ou ses jambes. Au moment où l'on essaya de chasser les criminels à l'aide de la pompe à incendie, ils appliquèrent des matelas contre les fenêtres et poursuivirent leur œuvre avec les pieds des lits en fer pour enlever les barres en fer de la maçonnerie. Ce ne fut qu'au moment où un malade fut tué d'un coup de fusil et à l'arrivée au secours des habitants de la ville et des gardiens de la prison qu'on put maîtriser l'émeute. Le danger de l'accumulation de pareils éléments dans de grandes salles se trouve démontré par l'exemple qui précède.

A dessein, je ne me suis pas occupé de chiffres sur l'extension progressive de l'aliénation mentale, ni à désigner les noms des asiles créés dans le cours de ces dernières années. L'augmentation absolue du chiffre d'aliénés est très grande; l'augmentation relative est même inquiétante. On cherche à attribuer cet accroissement à des causes extérieures.

Cette statistique sur l'augmentation relative et progressive des aliénés présente maintenant, çà et là, un gai rayon d'espoir. Ainsi, l'autorité du Comté de Londres rapporte que le nombre d'aliénés en traitement dans les asiles de ce Comté au 1er avril 1907 était infé-

©BIUM

rieur de 37 à celui du 1er janvier 1907. Cette autorité croit, la densité de sa population et celle des districts environnants ayant atteint la limite, qu'il arrivera un temps où le niveau de la marée de la population sera atteint et qu'il exercera une influence sur l'extension du chiffre des aliénés. Les inspecteurs des asiles de l'Angleterre et du pays de Galles constatent que l'accroissement du chiffre des aliénés internés dans ce rayon, pendant l'année 1906, n'était que de 2.009, l'augmentation annuelle moyenne étant dans la dernière période quinquennale de 2.665, et dans la dernière période décennale de 2.463.

Les inspecteurs écossais sont heureusement en mesure de démontrer dans leur rapport que, malgré l'augmentation notable de la population en 1906, on n'a interné dans les asiles que 3.370 aliénés, alors qu'en 1905 ce chiffre était de 3.449, et en 1902 de 3.660. Même le chiffre des aliénés non internés, 62,8 p. 100.000 habitants, tomba à 54,3 en l'année 1906. Dans dix-huit Comtés, on constata une diminution dans la proportion des aliénés, et cela, non seulement dans ceux où la population resta stationnaire ou fut décroissante, mais encore dans les centres industriels, denses et croissants. Dans les quinze autres Comtés, cette diminution était plus que compensée, mais la compensation se retrouve surtout dans les districts d'Edimbourg, Lanark, Renfreiw et Stirling, où l'accroissement rapide de la population entraîna nécessairement une majoration de la proportion d'aliénés. Sur 100.000 habitants, il y avait au 1er janvier 1906 363 aliénés, pensionnaires et indigents ; au 1er janvier 1907, il y en avait 362. C'est la première fois, depuis 1858, que l'on constate une diminution des aliénés en Écosse. Enfin, les inspecteurs des asiles irlandais mentionnent, depuis 1903, une notable diminution, non proportionnée à la diminution de la population. Le nombre des premières admissions par 100.000 habitants était en 1902 de 71,5, en 1906 de 62,9. Le chiffre total descendit de 3.173 à 2.763. Cette statistique, la détermination exclusive des premières admissions par rapport à la population, mérite une certaine confiance, et quoique cet heureux résultat ne se rapporte qu'à un petit espace de temps, il permet d'espérer en

©BIUM

sa durabilité et qu'on l'atteindra bientôt dans d'autres pays.

Permettez-moi encore d'emprunter à ces statistiques anglaises, si bien faites, quelques chiffres, secs et théoriques au premier abord, mais qui, pour un homme de bon sens, permettent de voir qu'on pourra à l'avenir calculer le nombre de places nécessaires dans un asile, ainsi que l'étendue des nouveaux bâtiments dont on pourrait avoir besoin. Il paraît, en effet, que, pour les admissions dans le courant d'une année, 46,8 p. 100 restent plus d'une année à l'asile ; 35,6 p. 100 plus de deux ans ; 14 p. 100 plus de douze ans et 6 p. 100 plus de vingt ans. Parmi les malades guéris, 88.8 p. 100 sont restés plus de deux ans à l'asile ; on y a constaté 48,5 p. 100 de décès dans la première année après l'admission.

J'arrive à la fin de mon travail. Je fais un appel à votre bienveillant jugement pour déterminer si en raison de l'étendue si vaste de la question de l'aliénation mentale et du peu de temps que j'ai pu y consacrer, mes idées ont été correctes.

C'est avec la meilleure intention que j'aurais voulu mentionner les principaux progrès réalisés en Basse-Autriche. Je ne nommerai que le salutaire développement de l'assistance familiale à Mauer-Œhling, de l'excellente thérapie par le travail, et celui de l'organisation de l'enseignement professionnel des gardes-malades, suivi d'examen, dans les asiles de la Basse-Autriche, le paiement du salaire des aliénés travailleurs déjà officiellement en vigueur depuis 1869, l'immense asile nouveau « am Steinhof », le plus grand de l'Europe, possédant tous les éléments de traitement réclamés par la science actuelle pour la guérison et l'amélioration des malades, la charmante colonie Haschhof, etc. Je m'abstiens d'entrer dans des détails ; car ce serait trop présomptueux de ma part de vous en donner une description au moment où vous êtes officiellement invités à les visiter. En me rapportant à mes connaissances personnelles relatives aux asiles de la Basse-Autriche, je puis vous affirmer que vous y trouverez des asiles modèles qui vous laisseront les meilleures impressions.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Les médecins des asiles publics d'aliénés de la Seine, réunis le vendredi 8 mai 1908, à l'Hôtel des Sociétés savantes, ont décidé de fonder une Société clinique de médecine mentale, ayant pour objet la présentation de malades, l'examen de pièces anatomiques, la description d'appareils ou d'instruments nouveaux et l'exposé de méthodes techniques particulières relatives à l'étude de la pathologie mentale.

Séance du mardi 26 *mai* 1908.

La Société clinique de médecine mentale a tenu sa première séance à l'amphithéâtre de l'admission de l'asile clinique le mardi 26 mai 1908.

La Société procède d'abord à l'élection de son bureau. Sont élus :

Président : M. Magnan.
Vice-président : M. Ritti.
Secrétaire-général : M. Colin.
Trésorier : M. Dupain.
Secrétaires des séances : MM. Trénel, Leroy, Simon.

I. — *Traumatisme et folie* ; par le Dr A. Marie (de Villejuif). — Dans l'étiologie des troubles mentaux consécutifs aux traumatismes, il est difficile de faire la part de l'état antérieur (hérédité ou intoxication habituelle) de l'action pathogène du trauma et enfin des intoxications consécutives. M. A. Marie présente deux malades à propos desquels on peut poser cette question :

1° Le premier, porteur d'une asymétrie cranio-faciale attribuée à un traumatisme obstétrical (forceps), présente dans sa jeunesse de l'épilepsie jacksonienne dont il est guéri par une

©BIUM

première trépanation. Des excès alcooliques amènent plus tard un état de stupeur confuse avec catatonie et fugues. Une nouvelle trépanation reste sans résultat ;

2° Le second malade est victime d'un accident d'automobile ; il présente une plaie contuse et infectée de téguments sans lésion de la voûte cranienne. A la suite de cet accident apparaît un état neurasthénique qui ne fait que s'accentuer malgré la liquidation des indemnités d'assurance. Le malade se livre à des actes de violence répétés qui le conduisent trois fois en prison ; il se plaint de violentes céphalalgies, de pertes de mémoire, d'obsessions bizarres. Il est déclaré hystéro-épileptique et irresponsable, interné à trois reprises, considéré comme un dégénéré alcoolique. Il était déséquilibré avant le traumatisme, mais l'accident semble avoir ajouté un élément notable aux tares préexistantes.

II. — *Paramyoclonus et catatonie chez une démente épileptique* ; par le Dr Trenel. — Il s'agit d'une jeune malade sans antécédents héréditaires qui présenta des crises d'épilepsie à l'âge de quatorze ans. Quelque temps après, l'intelligence de la malade s'affaiblit, et le diagnostic de démence précoce est porté. En plus de ces troubles, à dix-neuf ans apparaissent des secousses musculaires anormales. Ce sont des mouvements localisés à la face et aux membres ; ils apparaissent brusquement, se répètent sans régularité, avec plus de brusquerie et une apparence plus spasmodique que les mouvements choréiques. Ils réalisent des grimaces, des secousses dans les membres, du tressautement de tout le corps. Ces mouvements, toujours à peu près semblables, se rapprochent des tics. La volonté peut, dans une certaine mesure, les produire ou les arrêter ; les émotions les exagèrent. La malade présente en même temps des attitudes catatoniques.

On doit rapprocher ce syndrome assez rare d'un cas analogue du professeur Raymond et de deux observations de chorée variable chez les déments précoces (Rémond, de Metz, et Lagriffe).

III. — *Sur la réflexométrie clinique. Le réflexe patellaire* ; par les Drs E. Toulouse et H. Piéron. — MM. Toulouse et Piéron présentent un appareil qui permet, dans l'examen clinique des réflexes, de substituer aux impressions variables des observateurs une mesure objective.

IV. — *Paralysie générale associée. Lésions de méningo-encéphalite diffuse et gliome du lobe frontal droit* ; par le Dr Vi-

©BIUM

gouroux. — M. Vigouroux montre des coupes histologiques d'un malade ayant réalisé le syndrome paralytique avec ictus épileptiformes et présentant, en plus des lésions typiques de méningo-encéphalite diffuse, un gliome du lobe frontal droit. Pour M. Vigouroux, il faut écarter nettement la sclérose inflammatoire en ce qui concerne la lésion du lobe frontal. Il faut admettre une tumeur gliomateuse primitive, développée dans une zone silencieuse du cerveau et consécutivement à laquelle s'est constituée une inflammation diffuse sous forme de méningo-encéphalite.

Séance du lundi 15 *juin* 1908.

I. — *Délire chronique à évolution systématique*; par le Dr Magnan. — M. Magnan présente un exemple type de délire chronique à évolution systématique.

La malade, sans hérédité, est arrivée à trente-neuf ans sans avoir le moindre trouble psychique. A ce moment commence une période d'interprétations délirantes, d'inquiétude, d'illusions. Trois ans plus tard surviennent des hallucinations auditives : les voisins, les passants, les enfants crient des injures à la malade. Douze ans après le début de la seconde période, l'attitude de la malade change : elle refuse de vaquer aux soins du ménage, de tutoyer son mari, prétend avoir remplacé M. Grévy par M. Carnot à la présidence de la République. Elle-même s'appelle la France, la République.

L'intérêt de cette observation réside dans la netteté des éléments cliniques, et la régularité de l'évolution. Pendant l'interrogatoire public, la malade a prétendu qu'on l'électrisait, mais il s'agissait d'interprétations délirantes.

II. — *Folie périodique à début tardif*; par le Dr Lwoff. — M. Lwoff présente une malade de soixante-dix ans, dont les troubles intellectuels ont apparu à soixante-neuf ans. Il s'agit d'une folie périodique à forme alterne.

La malade n'est pas démente : elle a une bonne mémoire d'évocation et de fixation.

Cette observation est intéressante à cause du début tardif de la folie périodique, du diagnostic à faire avec la démence sénile, et enfin au point de vue médico-légal. Un testament fait par la malade dans sa période lucide, peut exprimer réellement sa volonté.

III. — *Rémission chez une paralytique générale. Longue*

©BIUM

durée de l'affection qui semble arrêtée depuis douze ans; par le Dr Leroy. — Une malade entre à l'asile, atteinte de paralysie générale avec apathie, indifférence, conscience très incomplète de sa situation, embarras de la parole. Cet état, loin de progresser, est resté stationnaire pendant douze ans; la malade conserve même la mémoire de certains faits Physiquement, elle présente un embarras très marqué de la parole, du tremblement de la langue et des mains, l'abolition des réflexes et une légère incoordination motrice.

M. Lwoff, après examen, pense à une lésion circonscrite; elle expliquerait bien les troubles psychiques. L'intelligence est inégalement et partiellement conservée, ce qui n'est pas le cas de la paralysie générale.

M. Dagonet préfère le mot *arrêt* au mot rémission.

M. Trenel insiste sur l'abolition des réflexes et les troubles pupillaires; la malade serait atteinte de paralysie générale à forme tabétique, dont l'évolution est habituellement lente.

IV. — *Tumeur fibreuse du bulbe* (présentation de pièce); par le Dr Vigouroux. — M. Vigouroux présente un fibrome du bulbe, tumeur rare, d'origine pie-mérienne, ayant évolué après un traumatisme céphalique.

V. — *La névroglie dans la paralysie générale* (présentation de coupes); par le Dr Dagonet. — M. Dagonet projette des coupes où la névroglie est colorée par la méthode de Weigert; il montre que dans la paralysie générale la névroglie prolifère secondairement, comblant les lacunes produites par la destruction des fibres et des cellules nerveuses. Les granulations ventriculaires sont des touffes de névroglie recouvertes par l'épithélium épendymaire.

VI. — *Documents anciens sur le traitement des aliénés au* XVIIIe *siècle*; par le Dr A. Marie, de Villejuif. — M. A. Marie présente des dessins d'appareils de contention; à ce propos M. Colin rappelle la mémoire de Willis, médecin de Georges III, qui exerça une influence prépondérante sur la réforme du régime des aliénés en Angleterre.

Séance du lundi 20 *juillet* 1908.

I. — *Délire de persécution chez un dégénéré. Evolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytique et d'attaques d'épilepsie*; par le Dr Pactet. — Le malade de M. Pactet débute par un délire de persécution avec idées

©BIUM

d'empoisonnement et hallucinations probables de l'ouïe et du goût. Au bout de trois ans les facultés intellectuelles déclinent rapidement, ce malade tombe dans la démence, quelque temps après apparaissent des crises d'épilepsie qui ont persisté, et enfin, un an après, des troubles paralytiques : embarras de la parole, inégalité pupillaire, etc., de telle sorte que le malade ressemble actuellement à un paralytique général.

S'agit-il d'une paralysie générale ou d'une démence précoce présentant le syndrome paralytique?

M. Briand. — Syndrome paralytique et épilepsie sont souvent réunis. Quant au délire de persécution initial il doit être simplement coexistant.

M. Magnan. — Les épileptiques morts en état de mal présentent de la congestion bulbaire, parfois de petites hémorragies. Il n'est pas surprenant de rencontrer chez eux des troubles paralytiques, en particulier de l'articulation des mots.

M. Toulouse se demande si ce malade est vraiment un dément. Il le trouve actuellement dans un état de dépression avec confusion.

II. — *Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire chez une jeune femme idiote en apparence et non démente*; par le Dr Briand. — M. Briand présente une malade qui a eu une hémiplégie gauche transitoire et une hémiplégie droite persistante. La malade a conservé de la paralysie de la langue, des lèvres, du voile du palais; elle a perdu absolument le langage articulé et présente quelques symptômes d'aphasie sensorielle.

Il ne s'agit pas de paralysie glosso-labio-laryngée puisqu'il n'y a ni atrophie ni contraction fibrillaires de la langue. C'est une anarthrie d'origine cérébrale par paralysie pseudo-bulbaire résultant de deux ictus hémiplégiques. La malade conserve une intelligence suffisante.

III. — *Mal perforant buccal et paralysie générale. Tabes*; par le Dr A. Marie. — Il s'agit d'une atrophie du maxillaire supérieur avec perforation de la voûte osseuse du côté gauche dans un cas de tabes fruste ayant présenté le syndrome paralytique.

M. Picqué croit que la perforation est consécutive à une gomme plutôt qu'à un mal perforant.

M. Colin. — Un syphilitique peut présenter un syndrome paralytique passager sans être un paralytique général.

IV. — *Apparition du syndrome paralytique à la suite d'un*

©BIUM

traumatisme chez un garçon de seize ans; par le Dr H. Colin, — Un garçon de seize ans, intelligent, bon ouvrier, a un doigt écrasé par une machine. Six mois après l'accident, ses facultés intellectuelles baissent et peu à peu se développe le syndrome paralytique avec affaiblissement musculaire et tremblement. Le malade présente en plus des signes d'infantilisme très prononcés. S'agit-il d'une paralysie générale précoce? M. Colin croit plutôt à un arrêt de développement avec lésions cérébrales dues peut-être à l'hérédo-syphilis.

M. Roubinovitch remarque que le malade n'a pas présenté d'ictus, qui sont constants dans la paralysie générale juvénile. C'est pourquoi lui non plus n'admet pas le diagnostic de paralysie générale.

M. Briand. — Il ne semble pas que l'accident soit cause des troubles mentaux; on aurait déjà signalé des cas analogues.

V. — *Un cas litigieux d'amnésie post-traumatique*; par le Dr Legrain. — A la suite d'un traumatisme, le malade présente de la confusion dans les idées, un délire hallucinatoire, une amnésie entière et universelle avec aphasie amnésique, mais persistance de la vie automatique professionnelle, laquelle disparaît ensuite peu à peu. Trois experts avaient conclu à la simulation morbide. M. Legrain n'a pas été de cet avis; d'ailleurs, après règlement de l'indemnité d'assurance, le malade est resté dans le même état. Le malade sera représenté à la Société au mois de novembre.

IV. — *Signal à main. Chronographe portatif donnant des tracés à échelles* (présentation d'appareil); par Mlle Louise Robinovitch.

Dr Paul Guiraud.

JOURNAUX ITALIENS

Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle Alienazioni mentali.

Année 1905

I. — *Congrès de la Société phréniatrique italienne* (*Session de Gênes*, 1904). — Le fascicule de janvier de cette importante revue est entièrement consacré aux actes du XIIe congrès de la Société phréniatrique italienne tenu à Gênes en 1904, sous la présidence du Dr Tamburini. Dans son discours d'ouverture

©BIUM

l'éminent clinicien a traité le sujet suivant : « Les réformes urgentes dans l'assistance des aliénés en Italie ». La nouvelle loi sur les aliénés s'est occupée du placement des malades dans les établissements spéciaux, de la tutelle de leurs biens, de leur situation juridique pendant et après le traitement ; elle a établi aussi la suprématie du directeur-médecin sur tous les services des asiles et la surveillance de ces établissements par l'Administration. Mais la loi est malheureusement restée muette sur une foule de points, sur les rapports des médecins avec le directeur et de ce dernier avec l'Administration, sur l'abolition graduelle des moyens de contrainte, sur l'augmentation du nombre des médecins et des infirmiers, sur l'enseignement professionnel à donner aux infirmiers, enfin sur l'organisation de l'assistance familiale des aliénés. Le personnel hospitalier a besoin d'être modifié et instruit pour que l'on puisse établir le traitement individuel tel qu'il est pratiqué par les « sœurs laïques hollandaises », tel qu'on l'a essayé à Reggio Emilia; il faut séparer les infirmiers destinés à donner les soins personnels aux malades des gens de service chargés des gros ouvrages. Cette dernière réforme est dispendieuse, le traitement familial des chroniques inoffensifs, procurera des ressources qui permettront de ne point augmenter les frais de traitement des aliénés.

Le professeur Morselli a étudié les rapports qui deviennent de plus en plus intimes entre la psychiatrie et la neuro-pathologie. Le professeur Donaggio étudie dans un rapport remarquable l'anatomie et la physiologie des voies de conduction endocellulaires. Voici les conclusions de son travail. Des colorations spéciales électives montrent la présence de fibrilles dans l'intérieur des cellules nerveuses des vertébrés. Les colorations électives employées et proposées par le rapporteur montrent que l'électivité peut être poussée au point de rendre les fibrilles susceptibles d'être colorées par une seule substance. Les fibrilles occupent tout le corps cellulaire, non seulement les interstices de la substance chromatique, mais encore tous les prolongements protoplasmiques et cylindraxiles. L'existence d'un réseau fibrillaire endocellulaire est indiscutable ; il n'est point formé de simples entre-croisements, mais de véritables anastomoses des fibres entre elles, comme Donaggio l'avait déjà démontré en 1896 et comme cela vient d'être confirmé par Ramon y Cajal. Outre ce réseau fibrillaire, il existe des fibres longues qui traversent de part en part les cellules, surtout à la périphérie. On ne peut affirmer que ces dernières fibres

©BIUM

s'anastomosent entre elles, mais Donaggio tend à admettre que ces fibres franchissent l'élément cellulaire sans perdre leur individualité propre. La méthode de Cajal, qui laisse perplexe sur l'existence même du réseau endocellulaire, n'est certainement pas la meilleure pour rendre compte de l'existence des fibres longues. Ces fibres représentent un système caractéristique qui se rencontre dans des cellules de forme et de volume variés, mais qui peut manquer entièrement dans certains éléments cellulaires. D'après l'auteur, le réseau fibrillaire endocellulaire forme un épaississement particulier autour du noyau (cercle périnucléaire). Il existe des éléments fournis exclusivement par le système fibrillaire : soit par le réseau endocellulaire, soit par le réseau des fibres longues de Bethe. D'autres éléments résultent d'un réseau fibrillaire endocellulaire et par des fibres longues (type n° 2).

Le réseau fibrillaire endocellulaire est en rapport de continuité avec le prolongement cylindraxile. Ce rapport se vérifie de différentes manières : par l'origine du cylindraxe à la périphérie du réseau ou par un prolongement qui s'étend jusqu'au cercle périnucléaire. Le prolongement cylindraxile reçoit des éléments fibrillaires à la fois du réseau endocellulaire et de celui des fibres longues. Physiologiquement, on est amené à croire que les fibrilles mises en évidence par des colorations électives sont destinées à transmettre les excitations des voies de conduction nerveuse. Cette hypothèse rend compte des faits de rapport de continuité entre le réseau fibrillaire endocellulaire, les fibrilles longues et les fibrilles des prolongements nerveux. Le réseau fibrillaire endocellulaire qui sert d'origine à tous les prolongements représente probablement un appareil de réception et de synthèse des excitations (Donaggio, 1901, puis Cajal) et contredit les théories de Bethe sur l'absence d'un réseau fibrillaire à l'intérieur même de la cellule ; ce dernier élément histologique est donc de première importance, malgré l'avis contraire de l'auteur allemand. Les variétés morphologiques signalées plus haut viennent des modalités différentes par lesquelles les fibres des prolongements protoplasmiques se mettent en rapport avec le réseau lui-même et par les divers modes d'origine des fibrilles des prolongements cylindraxiles.

Le Dr Fragnito a fait une communication sur les voies de conduction nerveuses extra-cellulaires. Ces voies ne sauraient être considérées comme des appendices des cellules ganglionnaires. L'histologie et l'expérimentation s'accordent pour en

©BIUM

faire des formations autonomes. Il n'est pas démontré qu'il existe des fibres qui, à leur complet développement, se terminent suivant l'hypothèse de Nissl, librement à leurs deux extrémités. Si l'on peut considérer, chez les invertébrés, l'existence de névropyles comme démontrée surtout dans le réseau extra-cellulaire fourni par les anastomoses de neurofibrilles provenant de divers éléments nerveux, on n'en peut dire autant chez les vertébrés. La question des rapports entre les éléments nerveux complètement développés est, chez les vertébrés, encore très obscure; si l'on juge par analogie avec ce que l'on sait des invertébrés, on est porté à admettre également des rapports de continuité, mais la preuve absolue de la réalité de cette théorie n'est pas encore fournie.

Le Dr La Pegna a présenté une très courte étude sur la transformation des racines spinales, et sur la première apparition des fibrilles dans l'intérieur même des cellules de la moelle; Lugaro, une communication sur les méthodes de démonstration des neurofibrilles; Besta a étudié les rapports réciproques entre les éléments nerveux embryonnaires et la formation des cellules nerveuses; Pighini a recherché l'origine et la formation des cellules nerveuses chez les embryons de sélaciens; Modena a exposé des recherches expérimentales sur la dégénération et la régénération du nerf périphérique, après une lésion; Colucci a fait des expériences sur les ventricules latéraux; Senite a recherché les voies lymphatiques du système nerveux central et les altérations des éléments nerveux, à la suite de quelques injections pratiquées dans les ventricules cérébraux. Lugaro a, par des préparations, apporté une opinion décisive dans la question de la régénération des nerfs. Besta a fait connaître ses travaux sur la structure des gaines myéliniques des fibres nerveuses périphériques.

Obici et Angiolella, dans deux rapports très étudiés, ont fait une remarquable mise au point de la question suivante : Les psychoses dans leur rapport avec les phases physiologiques de l'organisme (puberté, ménopause, sénilité). Comme on le voit, c'est un sujet des plus vastes, des plus importants et des plus controversés de la médecine mentale. Les rapports entre les psychoses et l'âge des sujets sont de deux ordres principaux : *a*) rapports des diverses périodes de la vie avec la pathogenèse des psychoses; *b*) rapports des périodes de la vie avec le tableau symptomatologique de la psychose elle-même. Dans l'un comme dans l'autre groupe, l'âge du sujet est toujours un

©BIUM

indice qui acquiert une importance très réelle, en tant qu'elle indique les conditions organiques et psychiques propres à une certaine époque de l'existence, et qui se joignent aux autres données concernant l'âge, la profession et les habitudes alimentaires pour former un ensemble de phénomènes qui ont l'habitude d'agir d'une certaine façon sur la morbidité d'un sujet donné.

L'âge, en effet, a une très grande importance dans l'étude de la pathogenèse, lorsqu'il indique ou la période évolutive de la puberté ou la période involutive de la ménopause ou de la sénilité. Dans chaque période de la vie, mais surtout dans celle que nous venons de nommer, l'intelligence a une morbidité particulière ; le pour cent des diverses psychoses varie dans de grandes proportions suivant l'âge des sujets. Une même psychose évoluant aux diverses phases de la vie peut prendre une caractéristique particulière, un pronostic différent suivant le degré de développement physique et moral de l'individu atteint.

Les maladies mentales pour lesquelles il existe un rapport pathogénétique avec les phases critiques de la vie se divisent en deux grands groupes : l'un est formé des psychoses, dans lesquelles l'âge est un pur élément de causalité ; l'autre comprend les maladies dans lesquelles se trouvent des déviations possibles du type à l'époque des crises physiologiques qui sont la raison principale de leur apparition. Les causes externes des maladies mentales peuvent agir sur des individus de tout âge, mais elles sont particulièrement actives dans les périodes de crises physiologiques et revêtent souvent un caractère particulier dans leur symptomatologie et leur pronostic. De même dans les maladies mentales auxquelles nous devons attribuer une origine constitutionnelle, les conditions spéciales de l'organisme liées à l'âge agissent comme cause occasionnelle d'une façon très intense. La puberté est facilement l'époque d'apparition des phénomènes hystériques ou épileptiques de la folie maniaco-dépressive, de la paranoia. Il y a aussi des maladies mentales qui, on peut le dire avec certitude, sont liées comme l'effet l'est à sa cause aux diverses phases physiologiques de la vie : telles sont la démence précoce, la mélancolie d'involution et les diverses formes de démence sénile.

La lecture de ce rapport a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part Brugia, Bianchi, Cristiani, Morselli, Tambroni, Lugaro, Esposito, Angiollella, Obici. Le Congrès a

©BIUM

ensuite entendu des communications de Mannini sur les psychopathies qui débutent pour la première fois après l'âge de soixante ans, leur fréquence, leur symptomatologie générale, leurs causes, leur terminaison. Pighini et Paoli ont montré une forme spéciale du globule rouge dans le sang des déments précoces. D'Alberici a exposé ses travaux sur les psychoses juvéniles, Burzio ses études cliniques et anatomo-pathologiques sur la paralysie générale juvénile. Mondio a lu une contribution anatomique et clinique à l'étude de la démence précoce. Burzio a fait part de ses recherches sur l'anatomie pathologique de cette même maladie.

Dans la séance du 20 octobre, le Dr Negro a présenté un important travail sur le concept actuel des maladies systématisées de la moelle épinière. Dans quelques maladies de la moelle, dit le savant rapporteur, on rencontre des dégénérescences de la substance blanche singulièrement prédominantes sur un seul système de fibres auxquelles s'associent comme phénomènes morbides épisodiques des dégénérescences peu étendues relevant d'autres systèmes : tels sont le tabes dorsalis, la sclérose latérale primitive, les scléroses latérales amyotrophiques ; ces formes sont désignées par Negro sous le nom de dégénérescences fasciculaires combinées. D'autres affections de la moelle s'accompagnent de dégénérescences systématisées de quelques cordons et se manifestent d'une façon équipollente sur les divers faisceaux atteints : ce sont les maladies systématiques combinées de la moelle épinière ; dans le premier groupe, les lésions surajoutées ne font nullement partie du tableau anatomo-classique de la maladie : ce sont en somme des lésions secondaires. Les dégénérescences fasciculaires combinées ne forment pas des individualités cliniques distinctes, ce sont des complications tardives de la maladie principale ; aux maladies systématiques combinées appartient au contraire une place distincte dans la nosographie, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Dans ce groupe, il semble que ce sont les fibres médullaires des divers systèmes qui sont les premières atteintes, mais on ne peut affirmer que ces dégénérescences primaires entraînent des dégénérescences secondaires directes ou rétrogrades (du type wallérien) ; cependant ce concept est appuyé par quelques constatations histo-pathologiques qui montrent que la marche de la dégénérescence n'est pas toujours égale dans les différents segments atteints dans un même système. Les maladies systématiques combinées, les affections

©BIUM

systématiques individuelles ou isolées de la moelle présentent histologiquement les caractères d'altérations dégénératives et non d'altérations inflammatoires, ce n'est que rarement que l'on trouve des lésions de cette nature dans les maladies qui nous occupent. On n'a pu encore donner une explication plausible de cette particularité. Beaucoup de maladies systématisées, combinées paraissent avoir une origine toxique ou infectieuse; ces agents paraissent intervenir non comme provocateurs immédiats des dégénérescences, mais comme modificateurs de la nutrition des fibres nerveuses, ils en diminueraient la résistance et en prépareraient l'involution dégénérative; en effet, l'évolution de ces maladies est assez lente. Pour les autres formes, l'hérédité paraît constituer un élément étiologique de grande importance, il semble exister une vulnérabilité particulière congénitale en face de conditions extrinsèques; ce concept rend compte d'après les facteurs connus de la pathologie générale de certains types morbide à caractère familial, par exemple l'ataxie de Friedreich et la paralysie héréditaire de Strümpell.

Donaggio a lu un travail intitulé : Aspect des dégénérescences des fibres nerveuses colorées positivement dans la moelle épinière des aliénés et des animaux intoxiqués expérimentalement; Lugato a traité des dégénérescences secondaires expérimentales après l'arrachement du sciatique, étudiées par la méthode de Donaggio-dégénérescence; Stefani et Ugolotti : Au sujet de l'adaptation de quelques actions nerveuses élémentaires; Morselli : Contribution clinique à l'étude de la dystrophie musculaire infantile; Mariani : Hydrocéphalie chronique congénitale; Modena et Siccardi : Sur un cas de myoclonie, considérations sur le syndrome myotonique avec biopsie; Ceni : Sur la nature et la spécificité des principes toxiques dans le sang des épileptiques; Poli : Sur le syndrome de di Avillis; Modena : Sur un cas de paralysie spastique familiale avec photographies; Pighini : Lésions en foyer de la corne d'Ammon chez un épileptique mort en état de mal. Le Dr Medea a présenté plusieurs travaux importants : l'un, sur la polynévrite anilinique; un autre, sur un cas d'ophtalmoplégie dans l'empoisonnement phosphorique; un cas de syndrome de Erb-Goldflamm avec participation du facial supérieur; il étudie cette question : le syndrome désigné sous le nom de dysphagie amyostatique de Rossolino est-il suffisamment isolé pour y constituer une forme autonome? Esposito a cité un cas d'atrophie musculaire par traumatisme nerveux périphérique. Sanna Salaris a pra-

©BIUM

tiqué l'étude histologique de la fibre musculaire striée chez un sujet atteint de maladie de Parkinson ; cet auteur a rapporté un cas d'atrophie musculaire progressive avec étude clinique et histologique par la biopsie des fibres atteintes.

Le professeur E. Belmondo a étudié les problèmes urgents de technique manicomiale : le restreint et l'isolement. Tous les moyens mécaniques de contention des aliénés sont condamnables et doivent être exclus de la pratique manicomiale : on doit leur substituer la surveillance continue par un personnel bien dressé et suffisamment nombreux, par l'emploi judicieux des calmants, au premier rang desquels se trouve le bain tiède prolongé et répété. On ne peut admettre l'emploi de la camisole ou de procédés analogues que dans les cas ou une lésion somatique dont la guérison est indispensable nécessite l'immobilité absolue du corps. L'isolement ne doit être employé que d'une façon très limitée dans le traitement des maladies mentales ; jamais on ne doit l'employer vingt-quatre heures durant. On ne doit pas séparer pendant le jour les malades simplement criards. On doit éviter la contrainte tout particulièrement dans les cas de confusion mentale : il faut donc supprimer dans les asiles les pavillons d'agités formé d'un corridor médian sur lequel s'ouvrent de longues files de cellules. Les pavillons d'agités doivent comprendre des salles de réunion, des réfectoires, des dortoirs de petites dimensions pour pouvoir séparer les malades : on doit les surveiller constamment. Les sections d'observation pour l'admission provisoire des malades comme le veut la loi italienne du 14 février 1904, sont une erreur ; elles représentent une sorte de petit asile voisin du grand, qui souvent ne permet pas le classement des malades ; c'est aussi d'après Belmondo une séparation des aliénés et des autres malades nerveux et qui est une mauvaise chose.

Une discussion a laquelle ont pris part Tamburini, Tambroni, Cristiani, Bianchi, Angiolella, Scabia, Amaldi, Verga, Obici, Pellegrini, Antonini, Gonzalès, Ferrari, a suivi la lecture de ce rapport. A la suite, le Congrès a adopté l'ordre du jour suivant : Le Congrès applaudit au rapport du professeur Belmondo, désapprouve la contention mécanique des aliénés, déplore que dans beaucoup d'asiles italiens pour des nécessités d'ambiance ou de personnel de surveillance, on fasse encore usage des moyens mécaniques de contention dans le traitement des aliénés, décide que tous les sociétaires s'emploieront a provoquer des administrations des mesures destinées à faire modi-

©BIUM

fier cet état de chose regrettable, à lutter contre l'encombrement des asiles, et poursuivre l'augmentation du nombre des médecins et des infirmiers ; à relever le niveau moral et intellectuel de ces agents, à assurer une meilleure répartition des locaux et à créer des sections de surveillance continue dans les asiles italiens.

Cristiani communique les résultats comparatifs de la garde des aliénés dans les familles, placements homo et hétéro familiaux pratiqués aux environs de l'asile de Lucques.

Seppilli soulève ensuite la question si intéressante de la lutte contre l'alcoolisme ; le congrès vote l'ordre du jour suivant : Le Congrés considérant les dangers de l'alcoolisme pour l'individu, la famille, la société, — considérant que l'alcoolisme augmente en Italie comme le démontre l'augmentation du nombre des aliénés alcooliques en ces dernières années, — émet le vœu : que le mouvement antialcoolique qui a débuté dans quelques régions de l'Italie s'étende à tout le royaume; — que l'on emploie une méthode uniforme dans les données statistiques concernant l'alcoolisme; — que l'État, les communes et les personnes les plus influentes de chaque classe sociale emploient les moyens les plus efficaces pour prévenir et réprimer l'alcoolisme; — que l'on crée des asiles spéciaux de buveurs.

Amaldi étudie la lutte contre l'alcoolisme en Suisse, et Morselli expose la diffusion de l'alcoolisme dans la ville et dans la province de Gênes.

Peli, dans une autre séance, s'occupe de la cavité glénoïde de l'os temporal chez les normaux, les aliénés et les criminels; Perrero de l'anatomie pathologique et de la pathogenèse de la maladie de Dupuytren ; Morselli, d'un syndrome bulbaire dans un cas de syphilis cérébrale; Medea, d'un cas de cysticerque du cerveau accompagné de manifestations psychiques bizarres et graves; Rubino, de la neurasthénie et des névroses professionnelles; Marro de la psychiatrie dans l'éducation.

Olivo propose le vœu suivant concernant la direction des pénitentiaires en Italie : La direction des pénitentiaires doit être confiée à un médecin aliéniste ; qu'un des médecins des prisons soit un médecin aliéniste que les nominations relatives à ces postes soient faites au concours; que dans les études juridiques il y ait un enseignement obligatoire de psychiatrie juridique avec exercices pratiques; Tanernari, sur l'emploi de la journée des malades dans les asiles et sur l'utilisation du travail des malades ; Felici, sur l'utilité de confier les asiles à l'État.

©BIUM

Le Congrès n'adopte point cette manière de voir, mais émet le vœu que les médecins d'asile devinssent fonctionnaires de l'État. Ferrari aborde la question de l'organisation d'instituts pour débiles mentaux. Le congrès émet les vœux suivant : Nécessité de créer des instituts médico-pédagogiques qui servent au traitement et à l'étude de tous les enfants arriérés, à l'éducation du plus grand nombre dans le but d'un travail profitable à la société; à l'opportunité qu'il y a d'assister les faibles d'esprit et les débiles moraux, qui représentent un dommage et un péril constants pour la société.

Grego étudie la radiothérapie dans les formes oligohéniques de la neurasthénie; Cotella, les névrites périphériques; Ceni, les propriétés toxiques de quelques hyphomycètes en rapport avec les saisons et le cycle annuel de l'endémie pellagreuse. Levi Bianchini s'occupe du travail comme traitement de l'épilepsie; di Luzenberger, de la psychothérapie dynamogénétique; Morselli (A. et E.), d'un nouvel hypnotique pour le traitement des maladies nerveuses et mentales : l'isopral, également étudié par Mantagnini; Pelligrini, de recherches sur la valeur pronostique de la diazo-réaction d'Ehrlich dans quelques formes d'aliénation mentale; Tirellidi, la bactériologie et de la désinfection de la peau des aliénés au point de vue des responsabilités en cas d'accusation de négligence et d'impéritie.

Maccabruni s'occupe de l'organisation du service des aliénés indigents dans la province de Gênes. Guiffreda-Ruggeri a étudié les ramifications de l'artère méningée moyenne chez les dégénérés.

Zuccarelli : Le troisième trochanter chez l'homme, ses formes, ses dimensions, sa valeur onto-phylogénique; recherches sur les fémurs des brigands et les collections des fémurs anciens et moderne du Cabinet anthropologique « della Porta » à Naples. Du même auteur : Sur la suture métopique et sa valeur dans l'espèce humaine étudiée sur les crânes métopiques trouvés dans le premier millier des têtes du Cabinet anthropologique « della Porta » à Naples. Donaggio et Fragnito : Lésions du réseau fibrillaire endocellulaire dans les cellules de la moelle après arrachement du sciatique et de ses racines spinales. De Paoli énumère les inconvéments qui résultent de la présence des fous moraux dans les asiles. A la suite de cette communication le Congrès émet le vœu que parmi les inspecpecteurs des asiles il y ait au moins un médecin aliéniste.

Enfin les Drs Antonini et Tamburini étudient le rôle qui sera

©BIUM

dévolu au médecin dans les affaires civiles relatives à l'interdiction et aux testaments depuis la promulgation de la nouvelle loi sur les aliénés : la liberté de vouloir est actuellement le critère de la liberté morale : le médecin ne doit, en cas d'expertise en matière civile, que donner des renseignements au magistrat mais non se substituer à lui dans l'appréciation des faits. On devrait, d'après l'auteur, dans les affaires d'interdiction, prévoir le rôle du médecin traitant l'aliéné aussi bien que celui du ministère public dans les interrogatoires du malade exigés par la loi. Enfin ces examens et interrogatoires doivent être conduits d'après la méthode psychophysique si l'on veut s'éviter des mécomptes (méthode des tests). En matière de nullité de testament, ce devrait être la loi et non le juge qui fixe le rôle de l'aliéniste expert. La nomination d'un administrateur provisoire que la loi de 1904 laisse à la disposition du tribunal devrait être généralisée dans l'intérêt des aliénés. Dans la revision prochaine du Code civil, on devra établir sur des bases positives et scientifiques la position de l'expert aliéniste et changer les principes actuels du droit civil sur ces matières.

Guicciardi insiste sur l'application des « mentals tests » en clinique psychiatrique et dans la pratique médico-légale.

Après ce long résumé cependant bien incomplet des travaux du Congrès de Gênes, nous continuerons l'exposé des travaux publiés dans la *Revue* en 1905.

II. — *La démence précoce paranoïde. Diagnostic différentiel avec la paranoia* ; par le Dr Ferrarini (numéro de décembre 1904 et juillet 1905). — Le concept de Kraepelin sur la démence précoce simple et sur la démence précoce paranoïde ou pseudo-systématique se trouve appuyé par l'observation et est une des plus précieuses acquisitions cliniques de ces dernières années, mais on a tendance à en exagérer l'importance ; on ne doit pas confondre la paranoia avec la démence précoce. Kraepelin ne considère comme paranoïaques que les formes à évolution lente, à marche chronique et qui n'aboutissent pas à la démence ; le concept de Tanzi semble plus complet et plus exact : il exclut de la paranoïa beaucoup de délires systématisés, mais il admet l'existence de la paranoia même sans délire systématisé ; il interprète la paranoia comme un mode anormal du développement de la personnalité (paraphrénie de Morselli) et qui peut même se limiter à une simple constitution psychique paranoïde (paranoia sans délire). Il n'y a donc pas de rapports entre les deux

©BIUM

formes bien qu'il y ait de nombreux points de contact entre la paranoia et les démences paranoïco-fantastiques. Lorsque le délire se développe sur une constitution paranoïaque douée de peu d'énergie mentale, on constate facilement la faiblesse psychique originelle et l'erreur est possible avec une démence paranoïde due à une faiblesse acquise. Dans la paranoia, le délire se modèle et acquiert une stabilité qui va en augmentant ; dans la démence, le délire s'embrouille de plus en plus ; la personnalité s'altère, sauf lorsque la maladie s'arrête en cours d'évolution. La mémoire s'altère de plus en plus. Chez le paranoïaque, il existe un égocentrisme exagéré, tandis que chez le dément il y a un vague sentiment d'état maladif.

Le paranoïaque croit fermement à ses conceptions délirantes : il est défiant et a de l'obtusion de la conscience morale. Chez le dément paranoïde on trouve des périodes d'excitation et de dépression, du désordre des idées et des actes, des troubles organiques : vertiges, accès épileptiformes ou hystériformes, hyperhydrose, exagération des réflexes, sialorrhée, turgescence de la thyroïde, troubles vaso-moteurs, etc., et enfin la stéréotypie, le négativisme et les autres signes si bien indiqués par Kraepelin (troubles vaso-moteurs, etc.).

III. — *Sur la nature et les caractères des principes toxiques et antitoxiques naturels du sérum du sang des épileptiques* ; par le Dr Ceni (numéro de juillet). — Le sérum du sang des épileptiques pendant la marche régulière de la maladie, soit pendant les accès, soit dans l'intervalle des accès, injecté une fois seulement à la dose de 10 centimètres cubes à d'autres épileptiques est en général bien toléré et ne donne lieu à aucun phénomène toxique aigu immédiat. Dans les cas graves et plus particulièrement dans les périodes d'exacerbation, il n'est pas rare de trouver, sans cause déterminante particulière propre à troubler la marche régulière de la maladie, le sang d'un épileptique devenu notablement hypertoxique et acquérir des propriétés toxiques analogues à celles que possède l'antisérum humain, spécialement celui qu'on a préparé en immunisant un animal avec du sérum d'épileptique. Le sérum hypertoxique d'un épileptique, s'il vient à être injecté à un épileptique quelconque, même à petite dose, peut être capable de déterminer les phénomènes immédiats d'intoxication aiguë avec réaction locale et générale. La réaction locale est caractérisée par du gonflement, de la rougeur, de la douleur plus ou moins intense ; la réaction générale est caractérisée par de la pesanteur de tête, de la con-

©BIUM

fusion mentale et même par un état fébrile et de l'aggravation des manifestations épileptiques. Le degré de toxicité du sang d'un épileptique n'est pas en rapport avec la gravité des manifestations morbides.

Tous les épileptiques ne réagissent pas de même à l'action du sérum hypertoxique, mais présentent de notables différences individuelles. En général, les épileptiques qui supportent le mieux des doses de ce sérum hypertoxique sont aussi ceux qui ont la moindre sensibilité aux injections d'antisérum spécifique et vice versa. Si on injecte à un épileptique une dose déterminée de son propre sérum hypertoxique (10 centimètres cubes) durant un fastigium de la maladie, on n'a aucun phénomène d'intoxication aigu immédiat; sl au contraire on lui injectait son propre sérum quelques jours après l'apaisement des phénomènes paroxystiques, lorsque le malade est revenu à ses conditions habituelles, on a des phénomènes d'intoxication aiguë immédiats, égaux à ceux qui existent normalement chez les autres épileptiques. L'hypertoxicité du sérum d'un épileptique peut précéder de quelques jours la phase d'exacerbation et par conséquent peut être considérée comme ayant une relation de cause à effet avec cette recrudescence. Chez l'homme qui n'est pas atteint d'épilepsie l'injection de sérum hypertoxique peut donner lieu à une réaction toxique immédiate, des phénomènes locaux et généraux, mais moins intenses, sans aucun des phénomènes spécifiques de l'épilepsie. Chez des animaux d'espèces différentes, chien, chat, lapin, chèvre, taupe blanche, poule, etc., ce sérum hypertoxique, injecté dans le péritoine, même à doses très élevées, est supporté comme le sérum humain en général et ne donne lieu à aucun phénomène réactionnel toxique immédiat en particulier : par conséquent les principes toxiques épileptogènes contenus dans le sérum du sang des épileptiques doivent être considérés comme spécifiques chez l'homme. L'hypertoxicité du sérum des épileptiques est due à la présence en excès dans le sang spécialement de l'un des deux éléments qui composent le poison épileptique, c'est-à-dire la substance sensibilisatrice et thermostable. En effet, le sérum du sang des épileptiques au point de vue de son degré de toxicité spécifique par rapport à l'homme peut être hyper ou hypotoxique. Le sérum est hypotoxique quand injecté à un épileptique à la dose thérapeutique de 10 centimètres cubes, il ne donne lieu à aucun trouble ni local ni général. Dans ce cas, le sérum est pour la majeure partie des épileptiques bien sup-

©BIUM

porté, même si on en renouvelle l'épreuve. Dans quelques cas, les injections répétées peuvent pour des raisons individuelles à nous inconnues déterminer une aggravation. En règle générale, le sérum d'un épileptique dans les formes moyennes de la maladie est hypotoxique, même lorsqu'il y a des accès rares. Le sérum du sang d'un épileptique est hypertoxique quand, à la dose thérapeutique de 10 centimètres cubes ou moins encore, il est capable de déterminer chez un épileptique quelconque auquel on l'injecte des phénomènes presque immédiats d'intoxication aiguë spécifique qui atteignent leur maximum vingt-quatre heures après l'injection : réactions locale et générale, la réaction locale ayant l'aspect érysipélateux.

Les phénomènes de réaction toxique spécifique, tant de l'antisérum que du sérum hypertoxique naturel, peuvent varier d'intensité d'un malade à un autre sous l'influence de causes qui nous sont encore inconnues. Ordinairement, l'épileptique qui est très sensible à l'action de l'antisérum, fournit un sérum hypertoxique très intense. Cette propriété hypertoxique du sérum sanguin est très accusée et nettement spécifique pour l'homme; elle constitue un phénomène caractéristique de l'épilepsie et manque dans la plus grande partie des autres formes mentales, même dans les phases les plus toxiques et les plus graves de la maladie : états maniaques, dépressifs, catatonies, délires aigus : urémiques, typhiques, pellagreux, hystériques, etc.

Le pouvoir antitoxique du sérum du sang des épileptiques, c'est-à-dire la propriété qu'il a de neutraliser l'action toxique du sérum spécifique, représente, selon toute probabilité, une forme protectrice naturelle de l'organisme qui peut beaucoup varier d'individu à individu, et même chez un même sujet suivant les diverses phases de la maladie. Dans les cas graves, et en particulier, lors des paroxysmes (état de mal), il y a une augmentation très nette du pouvoir toxique du sérum sanguin, et en même temps une diminution du pouvoir antitoxique : cette dernière persiste peu de temps après la disparition des symptômes graves de la maladie et le retour à l'état hypotoxique du sang. Le maximum du pouvoir antitoxique du sérum du sang se serait rencontré au moment de la marche régulière de la maladie. Lorsqu'on soumet les épileptiques aux injections répétées d'antisérum humain, ou lorsque, expérimentalement, on immunise un animal avec du sérum épileptique, on a constamment une aggravation généralement transitoire de l'état

©BIUM

général du sujet. En soumettant les épileptiques à des injections répétées de sérum hypertoxique naturel d'autres épileptiques, on a des résultats identiques à ceux que l'on obtient avec l'antisérum. Le pouvoir antitoxique naturel, dans ce cas, semble diminuer, mais jamais d'une manière marquée, comme lorsque le malade est soumis à l'action de l'antisérum.

IV. — *Le suicide chez les alcooliques*; par le Dr Lorenzi (numéro de juillet).— Si l'on en croit Durckheim et Colaconni, il n'y aurait aucun rapport entre la répartition géographique du suicide, celle de l'ivresse considérée comme délit, et celle de la folie alcoolique, pas plus qu'avec celle de la consommation de l'alcool. Nombreux sont cependant les alcooliques internés dans les asiles, qui ont fait des tentatives de suicide (Belmondo), soit pendant soit en dehors des accès d'ivresse. Dans cet article, Lorenzi tient beaucoup plus compte des tentatives que des suicides consommés. Comme causes secondes, il insiste avec raison sur les ennuis de famille, les changements de situation sociale. D'après lui, les neuf dixièmes des alcooliques ont des idées de suicide. Dans les basses classes de la société où prédomine l'alcoolisme, il y a beaucoup plus de suicides chez les hommes que chez les femmes. En six ans, à l'asile de Padoue, deux femmes seulement ont cherché à se détruire : l'une était la sœur d'un suicidé, l'autre avait un frère aliéné; ses père et mère étaient des détraqués. Les tentatives de suicide sont d'ailleurs beaucoup plus fréquentes chez les aliénés alcooliques que chez les aliénés pris en bloc. 36 tentatives sur 253 alcooliques. Cette prédisposition est surtout remarquable chez les enfants d'alcooliques élevés à l'alcool, sous prétexte de les fortifier; ce fait a déjà été signalé par Cobboli; il est également remarquable chez les épileptiques, fils d'alcooliques; enfin il existe aussi dans l'hérédité alcoolique similaire (alcoolophilie originaire de Morselli).

Les vins du sud de l'Italie et les liqueurs ont un rôle particulièrement actif dans la genèse de ces troubles; mais l'influence primordiale appartient à la prédisposition; la quantité de liquide ingéré n'a qu'une importance secondaire; certains prédisposés délirent, se suicident au moindre excès. C'est ici le lieu de penser à la doctrine des impulsions morbides ou réflexes psychiques de Morselli; ces tentatives de suicide sont involontaires, souvent empreintes des caractères de la puérilité la plus grande : actes involontaires subconscients de Morselli; ce qui donne parfois à penser que leurs auteurs sont des simulateurs;

©BIUM

souvent elles sont fonctions de troubles de la volonté : impulsions intellectuelles de Ball. Dans le delirium tremens, le malade cherche par tous les moyens à fuir ses affreux cauchemars ; souvent ce sont des impulsions psychomotrices et réflexes retardés (Pitres et Régis) ; souvent à leur suite, il y a de l'amnésie partielle (Gilbert-Ballet).

Morselli considère quatre cas : 1° le malade n'a qu'une conscience obscure de l'acte qu'il accomplit, mais il ne peut agir pour l'inhiber ; 2° le malade a conscience de ses propres actes, mais il n'a pas conscience de la morbidité de ses propres impulsions ; 3° le malade a pleine conscience de la morbidité de ses propres impulsions et lutte pour les inhiber ; 4° le malade a conscience de ses propres actes, mais ne lutte pas pour les empêcher parce qu'il n'en sent pas l'immoralité. On peut encore envisager les impulsions suivant qu'elles se produisent dans l'alcoolisme aigu ou dans l'alcoolisme chronique. Régis a montré que le délire des alcooliques est le même que celui des intoxiqués d'autre origine. Pour Lombroso, le delirium tremens et le raptus alcoolique sont des variantes de l'épilepsie ; enfin Kraepelin insiste sur les doses réellement absorbées par les sujets ; les statistiques n'indiquent que les moyennes qui ne signifient rien.

V. — *Sur une forme spéciale du globule rouge dans le sang des déments précoces* ; par les Drs Pighini et Paolo (numéro de juillet). — Les globules rouges des déments précoces, lorsqu'on les traite par une méthode particulière, affectent une structure spéciale ; ils se présentent généralement avec une forme ombiliquée et avec un volume dépassant la normale. Cette structure ne se rencontre que dans un petit nombre d'autres maladies mentales ou générales ; cependant l'auteur l'a trouvée chez deux chlorotiques et un épileptique. Ce n'est donc point un signe pathognomonique de la démence précoce, mais la révélation d'une grave altération des échanges qui existe dans cette maladie.

VI. — *Sclérose en plaques expérimentale due à la toxine aspergillaire* ; par les Drs Ceni et Besta (numéro de juillet). — Cette observation fournit la preuve anatomique que, dans des conditions déterminées, un foyer de myélite peut présenter des lésions considérées comme classiques de la sclérose en plaques. Le processus pathogénétique de cette maladie apparaît donc clairement comme un processus inflammatoire à marche spéciale, d'origine vasculaire ; en effet, une myélite en foyer peut

©BIUM

donner lieu à une lésion de sclérose dans laquelle la lésion des fibres est limitée à la seule gaine myélinique. La névroglie est simplement hyperplasiée.

VII. — *Altérations particulières du langage dans un cas de démence primitive*; par le Dr Linguerri (numéro de juillet). — Un homme de quarante-sept ans, atteint de démence primitive dont le diagnostic n'est pas douteux, présentait un trouble de la parole, très bizarre, dès le début même de l'affection : il ne prononçait pas la première syllabe de chaque mot polysyllabique et traçait des caractères indéchiffrables lorsqu'il voulait écrire.

VIII. — *Sur un cas de myotonie*; par les Drs Modena et Siccardi (numéro de juillet). — Depuis l'époque (1876) où Thomsen a prononcé pour la première fois ce mot, bien des affections ont été confondues sous ce nom. Le cas de Modena et Siccardi concerne un jeune homme de dix-sept ans qui ne présente pas d'hér dité similaire et dont l'affection resta localisée à une petite zone du membre supérieur. Ce cas se rapproche de la myotonie incomplète de Mingazzini et Perasini; le sujet cependant présente, en outre, quelques phénomènes morbides du côté de la face que les auteurs interprètent comme de l'atrophie musculaire localisée; la luette est déviée à gauche; la voûte palatine est plus saillante de ce côté, probablement par atrophie du muscle azygos de la luette, du péristaphylin externe et du crico-aryténoïdien postérieur. Cette association pathologique a déjà été signalée par divers auteurs : tantôt c'est l'atrophie, tantôt c'est la myotonie qui ouvrent la série. Une biopsie pratiquée montra une striation longitudinale, de la dichotomie des fibres, et de l'irrégularité des faisceaux musculaires avec des vacuoles et augmentation des éléments nucléaires. Pour Thomsen, la myotonie est une inhibition, une psychose; pour Jacquet, c'est une hyperexcitation des muscles antagonistes; en tout cas, il semble que ce soit un trouble purement fonctionnel des centres nerveux qui ne paraissent pas lésés, une exagération du tonus musculaire; d'autres y voient une myopathie primitive, une lésion du système circulatoire des muscles. Ce n'est en tout cas pas une simple lésion locale du muscle strié.

IX. — *Homicide commis dans l'état second d'Azam*; par les Drs Biancone et Majano (numéros de juillet et décembre). — Un garçon de vingt ans ne présente qu'une hérédité relativement peu chargée de quelques crises convulsives, notamment

©BIUM

à la prison de Regina Cœli ; ces crises laissent après elles un souvenir net au sujet. Il avait déjà été condamné pour vols et abus de confiance; il tua d'un coup de revolver, le 20 août, un nommé M... dans un hôtel. Les carabiniers qui l'arrêtèrent le trouvèrent bizarre, de même que les témoins qui déposèrent à l'instruction. On soupçonna qu'il voulait simuler la folie et on le dirigea immédiatement sur un asile. Il y entra le 22 août; on constata des signes de dégénérescence et de névrose; on l'hypnotisa. Pendant l'état second, il revit la scène du crime, dit qu'il devait mourir pour l'expier, et il explique qu'il a agi ainsi par vengeance. L'état second, spontané au moment du crime, avait été provoqué par l'émotion que lui avait causé la nouvelle du déshonneur de sa sœur. C'était donc une émotion d'origine extérieure qui avait provoqué cet état hystérique; pour les auteurs, c'est un élément de diagnostic avec l'épilepsie qui est provoquée par des émotions internes. L'inculpé était donc un malade et non un simulateur.

X. — *Un cas de chorée de Huntington avec lésions anatomiques*; par le Dr Besta (numéro de juillet). — La chorée de Huntington est une maladie *sui generis*, nettement héréditaire et qui n'a aucun rapport avec les autres formes de chorée, et en particulier celle de Sydenham. La lésion en est généralement limitée aux vaisseaux du système nerveux central. Si elle diffuse à la pie-mère, on a une lepto-méningite qui altère secondairement les éléments nerveux eux-mêmes. Ces lésions expliquent la démence progressive propre à cette maladie, mais elles ne paraissent pas suffisamment expliquer les désordres moteurs.

XI. — *Pouvoir pathogène de l'Aspergillus ochraceus : ses rapports avec l'étiologie et la pathogénie de la pellagre*; par Ceni (numéro de juillet). — L'Aspergillus ochraceus a été isolé en culture presque pure et en grande abondance dans une localité de l'Apennin habitée par une famille atteinte de pellagre chronique. Ce champignon est pathogène et capable d'élaborer des toxines dont les caractères sont analogues à celles fournies par l'Asp. niger et par plusieurs variétés de Penicillium glaucum. Le degré de toxicité de l'Asp. ochraceus est notablement supérieur à celui d'Asp. niger et de beaucoup de variétés de Pen. glaucum. Ces propriétés pathogènes se traduisent par des symptômes identiques d'intoxication à forme dépressive, soit qu'on introduise directement le parasite dans l'organisme d'un animal par injection pleuro-péritonéale, soit qu'on le lui fasse absorber par la voie gastro-intestinale avec ses aliments,

©BIUM

soit enfin que l'on injecte les toxines elles-mêmes. Ces toxines peuvent s'extraire des cultures soit par l'eau à chaud, soit par l'alcool; elles se diffusent mais faiblement dans les milieux de culture. On peut donc admettre que ces germes sont en rapport de cause à effet avec les pellagres du type chronique. L'activité toxique de ce parasite varie suivant les saisons. Elle a son maximum au printemps, puis diminue pendant l'été et l'automne, présente son minimum en hiver; en cultures, il y a une température optima pour le développement.

XII. — *Lésions du réseau neurofibrillaire de la cellule nerveuse dans l'inanition expérimentale, étudiées par les méthodes de Donaggio*; par le Dr Riva (numéro de juillet). — Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer en quoi consistent les principes sur lesquels sont fondées les méthodes de Donaggio. Chez le chien, le réseau endocellulaire, qui est normalement d'une grande régularité, devient très irrégulier; dans l'inanition il y a un épaississement très marqué des fibrilles, probablement dû à une action mécanique s'exerçant dans la substance grise qui forme des vacuoles et des formations en rosaire; en résumé, ce réseau neurofibrillaire présente une très grande résistance aux altérations même organiques de l'animal.

XIII. — *Sur la présence de corpuscules à l'intérieur des cellules nerveuses spinales dans l'inanition expérimentale*; par le Dr Riva (numéro de juillet). — Sur un chien mort après quarante-huit jours de jeûne, l'auteur a constaté une décoloration de la substance chromatique; au milieu des fibrilles apparaissaient nettes, jusqu'à un certain point, des formations violet-rouge foncé, souvent réunies en bloc, ou d'autres fois éparses dans le cytoplasma. On les rencontrait souvent aussi dans les troncs primitifs des prolongements protoplasmiques. On ne sait s'il y a identité entre les corpuscules et les granulations fuchsinophiles de Levis, mais elles n'ont, certes, aucun rapport avec les cellules oxyneutrophiles de Marinesco, qui n'existent pas dans la moelle épinière. L'auteur ne sait encore comment les interpréter.

XIV. — *Un cas de glossoplégie unilatérale isolée due à une intoxication probable par l'oxyde de carbone*; par le Dr Riva (numéro de juillet). — Pour certaines maladies en foyer, il peut exister une lésion d'un seul des hypoglosses, par exemple dans les ramollissements et les hémiplégies bulbaires, la syphilis du bulbe, la démence paralytique, plus rarement dans la syringomyélie. Cette lésion peut siéger soit dans le noyau d'origine,

©BIUM

soit dans le trajet intra-cérébral, soit dans le trajet extra-cérébral du nerf. Dans le cas de l'auteur il n'y a eu ni traumatisme, ni compression ; ce cas est donc analogue à ceux de Erb, Marina, Montesano, etc. Il s'agit d'une femme de quarante ans qui se sentit souffrante après avoir séjourné trop longtemps devant un feu de coke. Quelques jours après, elle ressentit une douleur du côté gauche qui s'irradiait aux régions voisines, empêchait le sujet de mâcher du côté gauche de la bouche, gênait l'articulation de la parole et la déglutition. Absence de troubles de la sensibilité ; la langue était rejetée du côté gauche et atrophie de ce côté, elle était rugueuse. Il y a lieu d'incriminer l'oxyde de carbone comme cause de cette affection.

XV. — *Sur l'admission d'urgence à l'asile* ; par le Dr P. Ormea (numéro de juillet). — Une ancienne malade pénètre dans les jardins de l'asile en état de complète ébriété, elle insiste pour être admise et la ville est à trois kilomètres. Que faire ? L'auteur délivre un certificat constatant la maladie mentale. Le directeur demande à la police l'autorisation de conserver la malade ; la police refuse, nie l'urgence et envoie la malade au préteur. Celui-ci déclare que la notoriété n'est pas suffisamment établie et qu'on ne peut l'accepter à l'asile. Et l'on accepte des certificats où il n'y a que le nom du malade et la formule « doit être interné ! » Cependant la loi déclare que « quiconque », en cas de danger, peut provoquer un internement dans l'intérêt de la société. Le certificat d'un médecin d'asile est-il donc moins bon que celui de tout autre praticien ? Cependant le contraire a été dit dans les Chambres, lors de la discussion de la loi et... il ne s'agissait que d'une admission provisoire.

XVI.— *Conception clinique, anatomique et pathologique sur l'idiotie méningitique* ; par le Dr Pillizi (numéro de décembre). — Il y a deux classes d'idioties : les unes sont dues à des tares héréditaires, les autres à des lésions acquises ; parfois les signes cliniques paraissent identiques, alors que les lésions diffèrent du tout au tout. Un premier groupe est formé par les idioties d'origine inflammatoire qui comprennent ; 1° les formes avec pseudo-hypertrophie ; 2° les formes avec atrophie simple et uniforme ; 3° les formes avec phénomènes destructifs irréguliers et macroscopiquement évidents. Telles sont les idioties cérébrales. Les idioties méningitiques comprennent les formes méningitiques proprement dites, l'idiotie microcéphalique et

©BIUM

l'idiotie hydrencéphalique; les premières se confondent facilement avec les idioties méningo-encéphaliques; cependant, dans les formes purement méningitiques, on observe rarement des foyers hémorragiques du cortex et des adhérences méningées. L'auteur cite deux exemples typiques de cette variété qui comprend aussi un certain nombre de faits étiquetés imbécillité par Schüle, dans lesquels il y avait aspect opalescent des méninges, induration des circonvolutions. Toutes les formes de passage existent entre la méningo-encéphalite et la microcéphalie; épaississement des méninges, aspect lactescent, microgyrie; d'ailleurs la séparation entre la méningite simple et la méningo-encéphalite est loin d'être facile. Le diagnostic en est devenu possible, depuis la découverte de la ponction de Quincke et les travaux de Weichselbaum, de Fränkel, d'Eberth sur les différents microbes qui peuvent engendrer ces syndromes. Généralement, au début des méningites, il y a de la fièvre, des convulsions, de l'inconscience, mais ces états présentent des rémissions avec rechutes; parfois dans les cas légers il n'y a que des troubles psychopathiques. A la puberté une méningite simple en impose volontiers pour une démence précoce à forme hébéphrénique ou catatonique. La microcéphalie serait pour Vogt une formation atavistique remontant au delà du singe, ce qui paraît impossible à admettre; pour Giacomini et Mingazzini, ce sont bien des retours ataviques dans certains cas, mais souvent aussi des arrêts de développement; les premiers cas seraient les microencéphalies vraies, les seconds les pseudo-microencéphalies. Souvent l'arrêt de développement ne porte que sur un lobe occipital ou frontal. Pour Wagner, il débuterait du troisième au quatrième mois de la vie intra-utérine, ce qui veut probablement dire que c'est à cette époque que le cerveau commence à révéler ses anomalies. La microcéphalie peut s'accompagner d'autres lésions (porencéphalie, etc.); plus généralement, il s'agit alors de pseudo-micro-encéphalie. Le microcéphale marche tard, tant par faiblesse que par la difficulté qu'il éprouve à coordonner ses mouvements; souvent il est atteint de paralysies ou encore d'épilepsie, ce qui est cependant moins fréquent ici que dans d'autres formes (Bourneville), de spasmes, de parésies, d'athétose (surtout dans les pseudo-micro-encéphalies), enfin les altérations de la sphère morale sont plus fréquentes encore que celles de la sphère intellectuelle. L'hydrocéphalie est ou externe (supra-arachnoïdienne ou interne (méningite externe), exsudation généralement associée

©BIUM

à des scléroses de la substance grise : il n'est pas toujours facile de distinguer l'une de l'autre les deux formes ; on constate de l'épaississement épendymaire diffus ou en plaques, la surface des méninges est lisse ou chagrinée avec de petites nodosités adhérentes aux plexus choroïdiens.

Dans l'hydrocéphalie aiguë, on observe du trismus, du spasme de la glotte, du strabisme, du nystagmus, de l'inégalité pupillaire, de l'agitation ou de la stupeur, la tête augmente de volume, la grande fontanelle se laisse distendre ; il y a arrêt de développement de l'intelligence, la mort se produit généralement au milieu des convulsions et avec le coma. La guérison est rare, surtout lorsqu'elle n'est pas accompagnée de séquelles intellectuelles. Il y a des formes d'hydrocéphalie chronique. Pour Baginski, l'hydrocéphalie aiguë serait une inflammation aiguë non tuberculeuse des plexus choroïdes avec exsudation de liquide dans les ventricules. Il y aurait des rapports entre cette maladie et la gastro-entérite par allaitement artificiel.

Une question importante mais difficile est celle du rôle de la syphilis dans les idioties et les formes cérébroplégiques en général.

Pour Fournier, il existe une hydrocéphalie de nature syphilitique due à des lésions spécifiques de l'épendyme ou de la région optostriée. Il existe aussi, selon toute vraisemblance, une autre variété d'hydrocéphalie syphilitique par arrêt de développement du cerveau. Enfin l'auteur revient sur la question si controversée des rapports de la syphilis et du rachitisme : dans cette dernière maladie il y aurait de l'hydrocéphalie *a vacuo*. Quelle relation entre cet état et l'hydrocéphalie vulgaire? Enfin l'hydrocéphalie interne peut s'associer à l'externe et à la méningo-encéphalite ; les symptômes en sont des spasmes surtout de la musculature du tronc, aboutissant souvent à une diplégie spastique. Dans les cas chroniques il y a des mouvements convulsifs légers et passagers.

Dans cette variété d'idiotie la tête est très lourde, ce qui rend la marche difficile. Il y a donc des analogies nombreuses entre l'hydrocéphalie et l'idiotie méningitique.

XVII. — *Influence de l'âge, de l'intensité et de la répétition sur les caractères de quelques réactions nerveuses élémentaires. Contribution à l'étude de l'adaptation* ; par les Drs Stefani et Ugolotti (numéro de décembre). — Les auteurs ont étudié l'influence de la dose ou intensité du stimulus, de la répétition du stimulus et de l'âge. L'augmentation de l'excitation abrège

©BIUM

la période de latence, augmente la rapidité de l'ascension, augmente la hauteur, allonge la durée de la descente; mais l'augmentation de l'effet n'est pas proportionnée à l'augmentation de la dose, la hauteur maxima correspond à une excitation qui est loin encore d'être maxima pour la rapidité de la latence ou de l'ascension, la longueur de la descente; la ligne d'ascension d'abord très rapide a tendance à former plateau avant de descendre. Chez l'adulte, la période latente est plus grande que chez l'enfant, la hauteur pendant l'action est presque la même chez l'enfant et chez l'adulte. Les variations d'excitation dues aux répétitions de l'acte sont de nature cellulaire, la capacité à l'adaptation est subordonnée à des conditions spéciales, l'adaptation est un obstacle à l'apparition de la fatigue, il y a une période préparatoire à l'adaptation pendant laquelle les réactions se modifient; la réaction d'adaptation a des caractères spécifiques. L'œil qui est habitué à l'atropine donne une hauteur moindre à l'excitation, une rapidité plus grande à la descente, une latence plus courte; en somme le commencement de l'action est plus rapide et la deuxième phase plus longue. Chez le nouveau-né, la réaction d'adaptation s'obtient difficilement et conserve le type de la réaction primitive dont elle se distingue seulement par certains caractères spéciaux. La longueur de la période latente est en rapport avec le temps nécessaire pour le transport du poison à travers la cornée et l'humeur aqueuse, c'est-à-dire à l'absorption par certaines cellules, après quoi il manifeste son action.

XVIII. — *Les infantilismes, étude nosographique et clinique*; par le Dr Sante de Sanctis (numéro de décembre). — Cette étude qui doit être complétée dans le numéro suivant de la *Rivista* sera analysée lorsqu'elle sera complète.

XIX. — *Sur quelques rapports entre les cellules à bâtonnets (Stalescherzellen) et les éléments nerveux dans la paralysie progressive*; par Ugo Cerletti (numéro de décembre). — Il ne s'agit pas ici des éléments de ce nom situés dans la rétine, mais de cellules que, dès 1889, Nissl a décrites comme pathologiques, qui, d'après lui, appartiendraient à la névroglie : il les a d'abord appelées cellules en saucisson; plus récemment Nissl et Alzheimer leur ont imposé le nom de Stalescherzellen ou cellules à bâtonnets; elles sont plus particulièrement fréquentes dans la paralysie générale bien qu'elles n'y soient pas pathognomoniques. On y trouve toutes les formes de passage entre les cellules à noyaux pâles, à pôles arrondis et à mem-

©BIUM

branes minces et faiblement colorées, et les cellules à noyau, facilement colorables, à membranes colorées, à noyau homogène et brillant. Souvent ces éléments ont trois ou quatre petits noyaux en série linéaire. Quelquefois ils affectent une forme en clef, en fuseau, en serpent, en S, avec des gonflements latéraux; on les trouve au milieu des éléments cellulaires du cortex, perpendiculairement à la surface du pallium; ils se trouvent surtout dans les zones les plus atteintes. Plus récemment encore, Nissl les considère comme des éléments d'origine mésodermique, opinion que Alzheimer partage. Cerletti maintient la première opinion de Nissl. Parmi les divers types affectés par ces cellules à bâtonnets, il en est de très grands qui présentent le stade des modifications progressives et d'autres qui présentent le stade régressif.

XX. — *Sur la persistance du pouvoir vital et pathogène de la spore aspergillaire dans l'organisme animal*; par Ceni et Besta (numéro de décembre). — L'Aspergillus fumigatus est pathogène : 1° parce qu'il est capable de proliférer dans les tissus et d'y déterminer des foyers de nécrose; 2° parce que sa spore est douée d'un pouvoir irritatif considérable qui se manifeste par de l'inflammation avec accumulation de leucocytes; 3° parce que la spore dans certaines conditions biologiques contient une substance tétanisante spécifique qui, si on l'introduit dans l'organisme animal lors même que l'Asp. reste à l'état de spore, s'élabore quand même et se met en liberté.

XXI. — *Contribution à l'étude de la démence précoce*; par le Dr Pighini (numéro de décembre). — La température dans cette maladie reste inférieure à la normale, le pouls est irrégulier et bondissant; il y a même des périodes d'irrégularité : le pouls est à 100, puis à 80, à 70, puis revient à 100. Au sphygmographe le sommet de la systole est plus bas que normalement, le contre-coup peu évident; l'élévation due à l'élasticité artérielle est en somme due à une augmentation de la tension des parois; il y a une diminution notable de la contractilité du muscle cardiaque qui est marquée par la faiblesse du sommet systolique de la courbe, due peut-être à une irritation des nerfs moteurs ou vaso-moteurs, ce qui est d'ailleurs révélé par d'autres symptômes. Un extrait spécial des glandes parathyroïdiennes; en agissant sur la circulation et sur les échanges, semble avoir une action thérapeutique en améliorant les conditions du cœur, de la température, du trophisme, et les échanges organiques chez les déments précoces.

©BIUM

XXII. — *Sur la structure de la gaine myélinique dans les fibres nerveuses périphériques.* Recherches histologiques et embryologiques, par le Dr Besta (numéro de décembre). — L'auteur, après avoir fixé dans un liquide contenant de l'étain chloruro-ammoniacal de Merck 4 grammes, de la formaline 25 centimètres cubes, et de l'eau 100 grammes, pendant un temps variant avec l'épaisseur du nerf et l'âge du sujet, lave puis passe dans l'alcool à 70 degrés, dans l'alcool absolu et l'inclut dans la paraffine à 56 degrés, puis les colore par les diverses méthodes électives. Les résultats obtenus par l'auteur sur le stroma de la fibre nerveuse adulte sont comparables à ceux des divers autres auteurs. Dans l'épaisseur de la gaine myélinique, les moelles du stroma, par cette méthode, sont disposées en double ou triple série, alors que les autres méthodes n'en indiquent qu'une seule. Les boules de myéline ainsi mises en lumière sont bien plus délicates que celles que révèle l'acide osmique : les incisures de Schmidt et Lautermann apparaissent comme des produits artificiels dus à la rupture du stroma de soutien et au gonflement des mailles qui se trouvent en rapport avec les étranglements de Ranvier. Ce réseau existerait réellement et ne serait pas un effet d'optique comme on l'a soutenu. Du treizième au quatorzième jour chez le poulet, les cylindraxes apparaissent entourés d'un anneau clair enkysté en apparence et sans membrane limitante différenciée; il est vraisemblable pour Besta que le cylindraxe s'est entouré d'une substance homogène non colorable par les procédés ordinaires : en tout cas la disposition qu'il décrit existe bien avant qu'on ne puisse apercevoir la gaine de Schwann et elle persiste même au niveau des étranglements de Ranvier. Besta n'a pas retrouvé les formes cellulaires de Vignal. L'anneau clair périaxile serait l'origine de la myéline, la gaine de Schwann proviendrait de fusions et transformations cellulaires. Les divers étages décrits par l'auteur dans la gaine myélinique seraient bien pour lui des réalités et non des apparences, mais il n'a pu saisir le mécanisme de leur formation qui semble résulter de complications du processus initial.

XXIII. — *Sur quelques altérations primitives du réseau fibrillaire endocellulaire et des fibres longues dans les cellules de la moelle épinière. Recherches expérimentales sur l'intoxication par le chlorure d'éthyle et sur la compression de l'aorte abdominale faites par la méthode de Donaggio;* par le Dr V. Scarpini (numéro de décembre). — Une cellule nerveuse bien que

©BIUM

surprise par un grave désordre fonctionnel peut se présenter presque normale par la méthode de Donaggio, mais il s'agit de désordre transitoire. L'altération de la substance chromatique précède et est toujours plus grave que celle des neurofibrilles. Un arrêt de la circulation prolongé pendant trois heures environ conduit à une désintégration granuleuse du réseau endocellulaire. Cette désintégration survient d'une façon uniforme dans le réseau, mais elle est plus tardive dans les prolongements protoplasmiques et cylindraxiles et dans les fibres longues. Dans ces conditions l'élément nerveux est gravement compromis et peut être irrémédiablement perdu. C'est seulement à un stade de désintégration assez avancé que vient à manquer la coloration par la thionine : même alors le nucléole reste coloré.

XXIV. — *Sur une nouvelle espèce d'Aspergillus varians, sur ses propriétés pathogènes en rapport avec l'étiologie de la pellagre* ; par le Dr C. Ceni (numéro de décembre). — Cette nouvelle espèce d'Aspergillus varians décrite ici par l'auteur n'a été, jusqu'à présent, trouvée que sur le sommet de l'Apennin de Reggio. Le parasite fut extrait de l'atmosphère d'une cabane malsaine habitée depuis plusieurs années par une famille atteinte de pellagre chronique. Ce parasite ne se développe pas pendant l'hiver à la température ambiante, et pendant cette saison il se développe mal, si on cherche à le cultiver à l'étuve et à une température qui correspond à l'optimum de son développement. Il se développe au contraire bien et rapidement à la température ambiante au printemps, en été, moins bien à l'automne ; cependant les caractères typiques et morphologiques de ce parasite se maintiennent à toute époque de l'année ; au contraire, l'aspect macroscopique des cultures et plus encore la coloration de son feutrage changent notablement, même en peu de temps, suivant les phases du cycle annuel. L'hiver, il est rose ou jaune d'ocre ; au printemps, il a une coloration verdâtre de divers tons ; à l'automne, il atteint le vert pâle puis passe au rouge carmin. Cet hyphomycète est pathogène. Il est capable d'élaborer des toxines spécifiques qui varient de virulence suivant les différentes saisons. Les périodes de toxicité maxima correspondent au printemps et à l'automne, saisons pendant lesquelles le degré de toxicité est très élevé et peut même dépasser celle de l'Aspergillus fumigatus. Les périodes de moindre toxicité correspondent d'habitude à l'hiver et à l'été : durant ces saisons le degré de toxicité peut diminuer au point que le germe puisse être considéré comme inoffensif. Les toxines

©BIUM

élaborées par ce germe peuvent être de natures diverses et même opposées suivant les saisons ; en effet, elles sont tantôt déprimantes et paralysantes, tantôt excitantes et convulsivantes, Les premières prévalent pendant l'été et l'automne sur les secondes, qui d'ailleurs existent aussi à toute époque de l'année. Le degré et la nature des toxines n'ont aucun rapport avec les procédés de culture des germes, ils ne sont en rapport qu'avec les conditions de l'ambiance. Tous ces composés toxiques peuvent être isolés par les moyens ordinaires d'extraction et n'ont aucun rapport avec les composés phénoliques. De ce qui précède il semble résulter que ces principes toxiques peuvent être considérés comme la cause de certaines formes de pellagre aiguës ou chroniques ; mais dans les conditions climatériques de l'Italie ils sont plutôt en rapport avec les formes chroniques qu'avec les formes aiguës.

XXV. — *Nouveaux instruments de recherches psycho-physiologiques* ; par le Dr Guicciardi (numéro de décembre). — L'auteur décrit le campimètre acoustique, la règle psycho-esthésiomètre et le double pendule acoustique, instruments ingénieux qu'il a inventés et qui peuvent rendre d'importants services en psycho-physique expérimentale. Nous renvoyons pour leur description au mémoire original.

XXVI. — *Contribution expérimentale et statistique à l'étude de la mémoire* ; note préliminaire, par le Dr Guicciardi (numéro de décembre). — La mémoire des mots est plus grande que celle des images ou des objets ; la localisation exacte est plus marquée pour les images que pour les objets ; pour garder le souvenir d'une phrase, il vaut mieux l'entendre dire que la lire ; c'est l'inverse pour la localisation. On garde mieux le souvenir des objets que celui de leurs images. La femme paraît mieux douée pour la mémoire auditive que pour la mémoire visuelle ; l'homme semble avoir une disposition contraire. La mémoire diminue avec l'âge. Les gens ignorants retiennent mieux les mots ; les gens instruits conservent un souvenir plus exact des objets.

XXVII. — *Accommodation de l'oreille pour des bruits produits à différentes distances* ; note préliminaire du Dr Guicciardi (numéro de décembre). — Les bruits produits à diverses distances, mais dans un faible rayon, sont, lorsque la tête est maintenue fixée, très mal localisés (une fois seulement la localisation est exacte sur trois) ; le sujet se rend compte de l'indétermination de ses constatations et de l'erreur de ses juge-

©BIUM

ments. La position latérale uniauriculaire est la meilleure pour l'évaluation des distances, la position frontale bi-auriculaire occasionne le double d'erreurs ; la position occipitale le quadruple. Connaissant la nature d'un bruit et le criterium perceptif de l'intensité qui indique sa localisation dans l'espace, si l'on vient à appliquer au-dessous de l'oreille une force quelconque, l'accommodation dans l'espace devient plus nuisible qu'utile pour apprécier la véritable situation de la cause du bruit. L'accommodation de l'oreille pour un bruit qui a lieu lorsque la tête est fixée est plus facile pour l'audition monoauriculaire que pour l'audition biauriculaire ; ce ne sont que les impressions quantitatives secondaires du bruit perçu qui permettent d'en localiser l'origine.

XXVIII. — *Les altérations cadavériques des cellules nerveuses étudiées par la méthode de Donaggio* ; par le Dr Scarpini (numéro de décembre). — Ce n'est que trente heures après la mort que, chez le lapin, les neurofibrilles deviennent de moins en moins distinctes, que les fibrilles longues prennent un aspect plus tortueux, ce qui indique un commencement de putréfaction. Plus tard, il y a une véritable fragmentation du réseau endocellulaire qui se réduit en très fines granulations sur divers points de la cellule. Le noyau est envahi par des granulations identiques à celles qui envahissent le corps cellulaire ; la coloration élective à la thionine ne se prend plus ; tous ces phénomènes relèvent de la putréfaction ; un autre signe du début de cette décomposition est la perte de netteté du contour cellulaire. Il y a parallélisme absolu entre les modifications du réseau endo-cellulaire et celles des fibrilles longues des prolongements protoplasmiques et cylindraxiles. Quand la cellule a revêtu un aspect granuleux, le noyau n'est représenté que par un espace incolore. Lorsqu'on comprime l'aorte abdominale, les altérations sont un peu différentes. Ces résultats sont analogues à ceux qui ont été observés par Marinesco avec la méthode de Ramon y Cajal.

XXIX. — *Sur la dégénérescence et la régénérescence des fibres nerveuses périphériques* ; note préliminaire par le Dr Besta (numéro de décembre). — L'auteur sectionne un nerf, et, pour éviter la rencontre possible des deux bouts, il retourne vers le haut l'extrémité du bout central ; il fixe les nerfs et se propose de contrôler la théorie de Bethe sur la régénération autogène des nerfs. Il opère à la fois sur de jeunes chiens et sur des chiens adultes. La portion séparée du centre trophique dégénère

©BIUM

bien rapidement par une désintégration du cylindraxe, puis de la portion centrale du stroma réticulaire, et, enfin, la distribution de la partie périphérique de ce stroma. Cette dernière n'est même pas complète au bout de trois mois. La gaine de Schwann prolifère aussi bien chez l'adulte que chez le nouveau-né. La régénération débute dans le bout central par de nombreuses fibres de nouvelle formation entrecroisées bizarrement, qui pénètrent au bout d'une trentaine de jours dans le bout périphérique ; la réunion complète des deux bouts devient complète au bout de trois ou quatre mois. En somme, les expériences de Besta confirment, en grande partie, la vieille théorie classique de Waller et sont contraires aux vues de Bethe. L. Wahl.

Annali di freniatria e scienze affini.

Année 1904.

I. — *Deux cas d'inversion sexueile*; par le Dr Luigi Oliva (fasc. 3 et 4, 1903, — 1, 2, 3, 1904). — Deux observations personnelles au sujet desquelles l'auteur reprend la description des différentes formes cliniques reconnues jusqu'à ce jour et s'attache particulièrement à l'étude des rapports de l'inversion sexuelle avec la dégénérescence. Au point de vue médical, l'inverti, étant un individu originairement dégénéré psychiquement et sexuellement, ne devrait pas être puni, mais seulement placé dans des conditions qui l'empêchent de nuire pendant toute sa vie. Seul l'examen anthropologico-clinique de chaque cas particulier peut faire la lumière sur le point de savoir si la perversion du sentiment est morbide ou non. Une justice qui ne prend en considération que l'acte et non l'auteur de l'acte court toujours le danger de léser les intérêts importants de la société (moralité publique et sécurité), et aussi les intérêts de l'individu (honneur). De tous les moyens proposés pour le traitement de l'inversion sexuelle congénitale précoce ou retardée, il ne faut retenir que la cure morale et l'hypnotisme. Mais ce n'est pas seulement du traitement qu'il faudrait se préoccuper, mais bien surtout de la prophylaxie. Que de malades, que de délits — conclut le Dr Oliva — on éviterait en entourant filles et garçons pubères d'une éducation morale sexuelle.

©BIUM

II. — *Sur la fonction centrifuge des racines postérieures de la moelle épinière*; par le Dr Cesare Poli (fasc. 4,1903, et 1,1904). — L'application des méthodes anatomique, physiologique et dégénérative n'a pas encore nettement démontré la présence de fibres centrifuges dans les racines postérieures de la moelle. Le Dr Poli expose les recherches expérimentales qu'il a faites sur le chien, dans le but de contribuer à éclairer cette question. Ces recherches, limitées à l'observation des contractions musculaires de la vessie produites par l'excitation mécanique et électrique des racines médullaires, se résument dans les conclusions suivantes :

1° Certaines racines postérieures de la région lombaire du chien, excitées soit par le courant induit de forte intensité, soit mécaniquement, produisent une contraction de la vessie;

2° Les contractions vésicales obtenues ont une durée plus longue que le stimulus employé, et sont plus ou moins accentuées selon les conditions de l'animal et les conditions des racines stimulées;

3° Pour chaque contraction vésicale, on peut reconnaître une *période latente*, dont la durée varie avec les conditions sus-indiquées.

III. — *Recherches sur l'anatomie pathologique de la maladie de Parkinson*; par le Dr F. Burzio (fasc. 4,1903, et 1,1904). — Au cours d'une étude histologique très complète portant sur tous les éléments du système nerveux et sur le tissu musculaire, le Dr Burzio a pu relever — au moyen des méthodes les plus récentes de la technique microscopique — des altérations répandues dans tous les territoires centraux et périphériques, et intéressant à la fois les cellules nerveuses (chromatolyse, chromolyse, tigrolyse, homogénisation, vacuolisation, neuronophagie), les fibres nerveuses (dégénération), le tissu interstitiel (hypertrophie névroglique), les vaisseaux (dégénérescence hyaline), les muscles (myosite interstitielle, dégénérescence des plaques nerveuses terminales). La diffusion de ces altérations, aussi bien que leur caractère histologique, indique qu'il faut leur reconnaître une cause chimique, hématogène, toxique, agissant simultanément sur les vaisseaux et sur les divers éléments du parenchyme. Ce processus pathogénique d'auto-intoxication, dont le point de départ et la marche sont souvent difficiles à déterminer, paraît bien démontré par la nature des lésions reconnues à l'examen anatomo-pathologique.

IV. — *Les bases d'une classification des maladies mentales*;

A. — MALADIES MENTALES ACQUISES

a). Paraphrénies.

b) Phrénopathies.

α. SANS LÉSIONS AUTOMATIQUES DU MOUVEMENT, PRIMITIVES

Paraphrénies proprement dites.

		Psychonévroses.	
A prédominance émotive . . .	Folie périodique.	Excitation partielle sensorielle.	Phrénose sensorielle.
	Folie alternante.	Excitation totale idéo-émotive.	Manie.
	Folie circulaire.	Ralentissement idéo-émotif . .	Mélancolie.
	Folie affective.	Arrêt général fonctionnel idéo-émotif	Amentia.
	Folie morale.	Arrêt général permanent idéo-émotif	Démences.
A prédominance idéative . . .	Paranoia rudimentaire.		
	Paranoia et variétés.		

β. AVEC LÉSIONS AUTOMATIQUES DU MOUVEMENT, PRIMITIVES

Névroses.

(Phénomènes moteurs à accès prédominants de l'excitation.)

Phénomènes moins systématisés — Hystérisme.
Phénomènes plus systématisés — Epilepsie.

Cérébropathies.

(Phénomènes moteurs prédominants de déficience.)

Aiguës	Delirium tremens.
	Délire aigu.
Périodiques ou à accès. .	Cérébropathies périodiques.
Subaiguës et chroniques.	Démence cérébroplégique.
	Paralysie progressive.
	Pseudo-paralysie.
	Syphilis cérébrale.
	Cérébropathies avec lésions macroscopiques.

B. — PHRÉNASTHÉNIES (*Arrêts de développement congénitaux ou des premiers temps de la vie*).

Imbécillité. — Idiotie. — Crétinisme. — Microcéphalie.

C. — *a*). FORMES DE PASSAGE ENTRE LES DIFFÉRENTES MALADIES MENTALES.

b). FORMES MIXTES AVEC LES MALADIES NERVEUSES OU DES AUTRES ORGANES.

©BIUM

par le professeur Roncoroni (fasc. 1, 1904).— Les critères étiologique, symptomatologique, anatomo-pathologique qui servent de bases à toutes les classifications psychiatriques sont insuffisants. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est permis de concevoir qu'il existe une unité fondamentale dans la pathogénie des maladies mentales, la distinction des formes spéciales étant en rapport avec le degré de gravité d'un mécanisme d'action identique et cette gravité étant étendue dans son sens complexe (précocité, profondeur, réintégrabilité et nature).

Sur la base de ce concept et en partant du critère complexe de *gravité*, qui entraîne lui-même à sa suite les critères déjà mis en avant (étiologie, symptomatologie, anatomie-pathologique, pronostic, clinique et biologie), le professeur Roncoroni propose la classification suivante. (*V. tableau ci-dessus.*)

V. — *Sur les altérations des fibres nerveuses spinales et des ganglions intervertébraux dans quelques formes de psychoses chroniques* ; par le Dr F. Burzio (fasc. 2 et 3, 1904). — L'examen histologique pratiqué sur des tissus nerveux provenant de 17 malades chroniques (imbéciles, épileptiques, maniaques, mélancoliques, délirants et déments) relève la lésion de dégénérescence des faisceaux médullaires dans 12 cas, portant principalement sur les cordons postérieurs et en première ligne sur les cordons de Goll. Dans 3 cas, les lésions étaient associées à celles des faisceaux pyramidaux croisés. Dans 6 cas — dont 4 avec lésions spinales — il existait des lésions des ganglions intervertébraux à caractère dégénératif intéressant les fibres des cellules.

Le Dr Burzio a complété ces recherches par l'examen histologique des tissus nerveux chez des chiens intoxiqués par l'alcool. Les observations recueillies montrent qu'il existe des dégénérations atrophiques des cordons postérieurs de la moelle — indépendantes des lésions des centres trophiques correspondants — lesquelles se différencient des altérations consécutives aux lésions des ganglions intervertébraux, non seulement par des caractères anatomo-pathologiques spéciaux, mais encore par leur exclusive localisation aux cordons postérieurs.

« L'analogie des caractères anatomo-pathologiques des dégénérations spinales et des altérations des ganglions intervertébraux avec les caractères observés dans les altérations de la moelle et des ganglions, provoquées par diverses intoxications et auto-intoxications, — aussi bien que la fréquente association de ces processus pathologiques avec l'artério-sclérose diffuse et les

©BIUM

lésions parenchymateuses ou interstitielles des différents viscères consécutives aux troubles de la nutrition générale, — indique qu'il faut voir dans ces deux groupes d'altérations si fréquentes dans les psychoses chroniques, comme des expressions anatomiques de localisations spéciales d'un processus pathologique, étendu à l'organisme tout entier, et en rapport avec l'altération des échanges nutritifs d'origine probablement autotoxique. »

De ces résultats ressort l'importance de l'étude anatomo-pathologique dans les maladies mentales et l'utilité de la méthode neuropathologique dans la clinique psychiatrique.

VI. — *Une proposition relative aux pénitentiaires*; par le Dr L. Oliva (fasc. 2). — Dans cette notice critique, l'auteur, à la suite d'un grand nombre d'aliénistes italiens, combat l'exercice de la justice et l'application du code pénal, tels qu'ils sont pratiqués à l'heure actuelle. En écartant toute idée de vengeance et de répression, et en s'en tenant à la seule doctrine acceptable de la défense sociale, — sans se laisser aller ni à la faiblesse sentimentale, ni à la dégradante cruauté, — il ne faut voir dans le pénitencier et dans la prison que des lieux de retranchement nécessaires, des centres d'amélioration morale, où les délinquants, qui, tous ou presque tous, peuvent être considérés comme des malades moraux, doivent être classés par espèces et traités individuellement. Un pénitencier devrait être organisé comme un manicome et dirigé par un médecin aliéniste.

VII. — *Etude clinique sur un cas de pouls lent permanent avec accès vertigineux, syncopaux, épileptiformes (maladie de Stokes-Adams)*; par le Dr Giovanni Marro (fasc. 2). — L'auteur a observé, dans un cas de maladie de Stokes-Adams l'altération respiratoire du type Cheyne-Stokes, qui fournit un élément clinique en faveur de la théorie pathogénique nerveuse de Charcot, faisant du bulbe le siège de la maladie et qui justifie en même temps la théorie cardiaque de Huchard, pour qui la maladie relève de la claudication contemporaine du bulbe et du cœur, en rapport avec l'artério-sclérose.

VIII. — *Quelques études sur la salive des épileptiques*; par le Dr G. Bellini (fasc. 4). — L'examen de la salive, pratiqué concurremment sur les malades épileptiques et sur le personnel surveillant du manicome de Turin, a permis au Dr Bellini d'enregistrer les résultats suivants :

1° La salive des épileptiques, examinée à des moments éloignés des repas et des accès convulsifs, n'est pas en général différente de celle des individus sains, tant par son aspect que

©BIUM

par sa densité, sa réaction et ses caractères physiques et chimiques;

2° Son pouvoir amylolytique est notablement supérieur à celui de la salive des individus normaux, comme on le constate d'autre part chez les aliénés sialorrhéiques et les malades atteints de lésions irritatives de l'estomac;

3° Ce fait, qui ne comporte aucune indication pour le diagnostic et la thérapeutique, tend au moins à expliquer la plus grande facilité qu'ont les épileptiques à digérer le pain, les farineux, les légumes verts et tous les aliments riches en substances amylacées.

R. CHARON.

Annali di Neurologia.

ANNÉE 1904.

I. — *Sur la doctrine de Flechsig à propos des zones de perception et d'association*; par le professeur Bianchi. Communication au Congrès international de Madrid, 1903, avec 3 planches et 9 figures (Fasc. 1 et 2). — Les recherches de Flechsig avec sa méthode ont donné une forte impulsion à l'étude du développement du cerveau. Il semble acquis que certaines zones du manteau possèdent un plus grand nombre de fibres de projection que d'autres. Mais s'il est vrai que les fibres nerveuses du manteau ne se myélinisent pas en même temps, il reste à démontrer que la myélinisation des fibres appartenant aux zones dites intermédiaires et terminales est soumise à une loi de développement. Flechsig s'est contredit plusieurs fois sur ce point.

Si le fait anatomique doit avoir certainement un sens physiologique, il reste à démontrer la justesse des conclusions psychologiques de Flechsig. A ce point de vue, on n'arrive pas à comprendre l'existence des zones d'association, telles que les a conçues Flechsig, étant donné que toutes les zones de perception sont des zones d'association. Le rapport entre le fait anatomique et les phénomènes psychiques n'est pas celui qu'a imaginé Flechsig. Les zones intermédiaires et terminales sont des terres vierges qui attendent l'œuvre du colon.

Les zones de perception qui comprennent toutes les zones d'association postérieures sont des centres de formation et de

conservation des images. On ne peut démontrer le passage des images du centre de perception à celui d'association postérieure qui serait, suivant Flechsig, aussi centre de conservation et d'association pour les images provenant des autres centres de perception. Les lésions de la zone du langage démontrent que les images verbales auditives, visuelles et tactiles-motrices se forment et se conservent dans leurs aires respectives, et que la destruction de l'une d'elles produit la perte irréparable des images qu'elle a fournies et conservées et aussi la perte du langage suivant l'importance du centre lésé.

Il est très dangereux d'utiliser pour cette question les données de la paralysie générale, parce que dans cette maladie les lésions sont très diffuses, commencent le plus souvent dans les éléments cellulaires et doivent être recherchées par les méthodes les plus délicates. Il faut demander la solution du problème aux lésions en foyer; et on peut démontrer que celles qui lèsent le plus l'intelligence sont les lésions des zones de perception du langage, et particulièrement celles de la zone auditive, n° 5, de Flechsig. Les lésions de la zone visuelle donnent aussi les mêmes résultats, mais seulement chez les personnes cultivées. Les lésions très étendnes du lobe temporal ne produisent pas de grands désordres intellectuels, si ce n'est quand la lésion s'étend à la zone auditive du langage. La perte de l'intelligence à la suite des lésions de la grande zone pariéto-occipito-temporale est due principalement à ce qu'elle comprend, à gauche, la zone du langage. Tout le monde sait que l'intelligence de l'homme bien développé et instruit est intimement liée au langage, et que la perte de ce dernier amène des désordres graves dans l'intelligence.

Dans la microcéphalie, on peut trouver la zone occipito-pariéto-temporale très développée par rapport aux autres parties du cerveau chez des sujets qui, pendant la vie, avaient présenté une absence complète d'association des images et le degré d'idiotie le plus grave.

Il n'y a qu'une zone dont les lésions ne produisent jamais de troubles sensoriels ou moteurs et entraînent au contraire la perte des facultés mentales supérieures : c'est celles des lobes frontaux. Cette zone est en rapport avec toutes celles du manteau cérébral; elle réunit les produits des zones sensorielles et excite leurs fonctions. Elle n'a pas de fibres de projection. Les expériences, les maladies de cette zone et l'anatomie embryologique concourent à démontrer que la zone frontale est le siège

©BIUM

des synthèses intellectuelles et émotives de la personnalité. C'est la seule conclusion légitime.

Telles sont, en résumé, les idées du professeur Bianchi sur cette très intéressante question.

II. — *Les fonctions sensitives et psychiques chez les hémiplégiques*; par le Dr Fr. Marimo (Fasc. 1 et 2). — D'après l'étude de 20 cas, accompagnés de graphiques, l'auteur admet que l'intelligence est toujours plus ou moins lésée chez les hémiplégiques. C'est la diminution de la mémoire qui en est la note caractéristique. La diminution du champ mental tient à cette amnésie et aussi à une atrophie *ex non usu*, d'où possibilité de rééducation. L'égoïsme s'exagère, l'émotivité augmente (tendance aux pleurs). Chez quelques-uns il y a des idées de suicide ; la volonté est abolie. La rééducation motrice et psychique précoce et progressive est l'unique ressource rationnelle capable d'enrayer la marche à l'abîme de la démence.

III. — *Un psycho-esthésiomètre*; par le Dr C. Colucci, avec 1 planche (Fasc. 1 et 2). — Cet appareil, que l'auteur a fait construire pour ses propres recherches ressemble à l'excitateur de Wintschgau et Buccola, mais ce n'est pas un excitateur tactile simple, c'est un poly-esthésiomètre. On peut enregistrer la fermeture et l'ouverture du courant et étudier les sensibilités auditive, visuelle, gustative, tactile, thermique, à la douleur et stéréognostique ; simplicité, précision, utilisation pour la clinique et dispense d'aides, tels paraissent être les avantages de cet ingénieux instrument.

IV. — *Sur quelques altérations de l'appareil neuro-fibrillaire des cellules corticales dans la démence sénile*; par le Dr O. Fragnito. Premières observations (Fasc. 1 et 2). — Dans un certain nombre de cellules, le réseau neuro-fibrillaire a disparu, mais il semble à l'auteur, et il exprime cette opinion sous toutes réserves, que ce n'est pas une véritable disparition : le réseau existe, mais le réactif ne l'attaque plus. On ne peut affirmer la spécificité de ce genre de lésions, ni leur valeur caractéristique. Quant à la neuronophagie, on ne la voit pas dans les cellules qui ont complètement perdu leur appareil fibrillaire. Quand des fibrilles sont conservées, on note la présence d'éléments nucléés qui, dans quelques cellules, remplacent tout l'ancien cytoplasma. Il semble s'agir là d'une transformation régressive du protoplasma cellulaire.

V. — *Contribution à l'anatomie pathologique de l'urémie dans un cas ayant simulé d'abord une tumeur du cervelet, puis*

©BIUM

une myasthénie grave (*maladie de Erb-Murri*), avec recherches microscopiques; par le Dr A. de Luzenberger, professeur à l'Université de Naples (Fasc. 1 et 2). — Le malade avait présenté des troubles de la marche, de l'atrophie des papilles optiques et des phénomènes de compression bulbaire; d'autre part, il y avait eu des troubles parétiques de la face, des muscles masticateurs et de la langue, variant journellement et faisant penser à une pseudo-paralysie bulbaire. A l'autopsie on ne trouva aucune lésion macroscopique ni dans le cerveau, ni dans le cervelet, ni dans le bulbe; mais l'examen microscopique montra des lésions cellulaires très avancées dans toutes les parties du système nerveux. Dans le cervelet, une cellule sur dix ou douze était lésée. Pour l'auteur, la pseudo-paralysie bulbaire n'est donc pas sans lésion; au contraire, c'est une affection toxique de tout le système moteur avec lésions anatomiques des cellules ganglionnaires, du cortex prosencéphalique et cérébelleux et des noyaux d'innervation du myélencéphale. Elle peut se présenter comme un symptôme clinique de l'intoxication par défaut d'élimination des résidus à la suite de la néphrite chronique.

VI. — *Action de la pyridine sur le tissu nerveux et méthodes pour la coloration du réseau fibrillaire endocellulaire et du réseau périphérique de la cellule nerveuse des vertébrés.* Recherches du Dr A. Donaggio (Fasc. 1 et 2). — Après quelques considérations générales sur l'action de la pyridine sur le système nerveux, l'auteur expose minutieusement ses méthodes, qu'il divise en deux groupes : 1° méthodes accessoires, coloration *in toto*; 2° méthode principale, coloration des coupes.

Les méthodes accessoires s'appliquent à la moelle, au bulbe, à la protubérance, aux ganglions spinaux et au sympathique.

Première méthode : 1° Fixer les morceaux, de 2 à 3 millimètres, dans une solution aqueuse de sublimé saturée (Heidenhain), vingt-quatre heures;

Enlever l'excès de sublimé par l'eau iodée (solution saturée d'iode dans l'eau, ou mélange de quinze gouttes de teinture d'iode à 100 grammes d'eau distillée). Immersion des morceaux, qui doivent reposer par un bord sur le fond du récipient pendant vingt-quatre heures. Renouveler l'eau à mesure qu'elle se décolore;

2° Lavage à l'eau distillée (deux à trois heures), passage dans la pyridine pendant quarante-huit heures; on change la pyridine au bout d'un jour;

©BIUM

3° Colorer les morceaux fixés par un bord sur un liège avec de la paraffine et suspendus dans la couleur : solution aqueuse de thionine à 1 p. 10.000 ou 15.000, pendant quarante-huit heures ; renouveler la couleur après un jour ;

4° Plonger les morceaux, encore fixés au liège, dans une solution aqueuse de molybdate d'ammoniaque à 4 p. 100, additionnée d'une goutte d'acide chlorhydrique par gramme de molybdate ; laver à l'eau renouvelée pendant douze heures, puis passer à la série des alcools et inclure à la paraffine.

Deuxième méthode : Variante de la précédente. Les deux premiers temps comme dans la première. Lavage à l'eau renouvelée pendant vingt-quatre heures. Avoir soin de faire le dernier lavage dans un récipient ne contenant pas trace de pyridine ; puis passage au molybdate et revenir aux temps 3 et 4 de la première méthode. Avec les deux méthodes, faire les coupes de 4 à 7 μ, passage au xylol et monter avec un couvre-objet dans le baume neutre de Gübler.

La méthode principale se subdivise en plusieurs modes, s'appliquant aux diverses parties du système nerveux ; la coloration se fait sur les coupes.

Mode pour les parties du système nerveux signalées plus haut (moelle, bulbe, protubérance et ganglions) :

Fixation et durcissement des morceaux, de 5 millimètres environ, dans la pyridine (pyridine pure de Merck) pendant cinq à six jours. Changer la pyridine une fois au moins.

Passage par l'eau distillée, vingt-quatre heures. Lavage soigneux, de façon à ne plus laisser trace de pyridine.

Passage par la solution de molybdate d'ammoniaque additionnée d'acide chlorhydrique, vingt-quatre heures. Faire porter les fragments par les bords. Changer leur position au bout de douze heures. Lavage à l'eau pendant vingt-quatre heures. Inclure à la paraffine après les passages usuels. Ne pas dépasser 52 degrés pour l'inclusion.

Couper. Les premières coupes sont à rejeter, les suivantes sont bonnes. Couper à 3-7 μ. Colorer les coupes fixées au verre dans une solution aqueuse de thionine à 1 p. 10.000, à froid. Monter au baume de Gübler ou passer au molybdate d'ammoniaque, préalablement.

Mode pour le cerveau et le cervelet : Fixation et durcissement plus court (deux jours et demi), un jour dans le nitrate de pyridine, un jour et demi dans la pyridine pure, puis suivre la méthode précédente.

©BIUM

Donaggio donne dans le texte des détails minutieux, avec lesquels on ne peut avoir aucun accroc dans l'application de sa technique.

VII. — *Les recherches sur l'agent spécifique de la rage, revue critico-synthétique*; par le Dr E. La Pegna (Fasc. 1 et 2). — Très intéressante étude de tous les travaux sur la question, depuis Hallier et Pasteur jusqu'à Negri, dont le parasite n'a pas encore pu être isolé en culture pure, avec une bibliographie de la question.

VIII. — *Sur les psychoses par la syphilis*. Recherches des Drs G. Angiogella et R. Galdi (Fasc. 3). — Revue historique de la question, avec une bibliographie étendue, dans laquelle nous n'avons pas trouvé mention d'une thèse importante de Lyon (Jacquin. *Les syphilo-psychoses*, 1899). Les auteurs donnent quatorze observations et admettent que l'infection syphilitique, indépendamment de ses effets producteurs de lésions organiques du système nerveux, agit aussi simplement comme source de substances toxiques et pour créer des syndromes psychopathiques ayant tous les caractères de psychoses toxiques causées par les dites substances. Il n'y a pas de forme unique. Il s'agit d'états d'excitation, de dépression ou de confusion, se rapprochant de la paralysie générale, en la simulant. Les lésions histologiques qui se rencontrent dans certains de ces cas peuvent éclairer la question de la paralysie générale.

IX. — *Contribution à l'étude des voix épigastriques et des hallucinations psychiques de Baillarger*; par les Drs G. Ansalone et E. Patini (Fasc. 3). — L'hallucination psychique de Baillarger, la pseudo-hallucination de Hayem, n'est pas une entité symptomatologique autonome. Elle consiste en des pensées qui concernent ordinairement la conduite des malades et qui surprennent la conscience en surgissant rapidement et inopinément. Il y a naturellement réveil d'images, représentations verbales qui forment le processus endophasique et peuvent s'accompagner du réveil d'images représentatives de voix étrangères. On ne peut employer ici le mot d'hallucination ou de pseudo-hallucination, parce que ces phénomènes se passent dans la sphère idéative au représentative seulement. On peut désigner ces troubles sous le nom de délires de transmission ou de possession de la pensée.

X. — *Contribution à l'étude des neurofibrilles dans la moelle spinale des vertébrés supérieurs*; par le Dr G. Ansalone

©BIUM

(Fasc. 3). — Par un procédé non décrit, mais qui est une modification de celui de Bethe, l'auteur a étudié les cellules de la moelle et donne une planche avec quatre figures très démonstratives du réseau endocellulaire chez le lapin adulte. Ce réseau se comporte différemment suivant le plan de section de la cellule : à la périphérie, ce sont des cordons allant d'un pôle à l'autre de la cellule. Dans la couche profonde, on voit le réseau, et, autour du noyau, il va en devenant de plus en plus délicat jusqu'au contour nucléaire, où il se termine.

XI. — *Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie progressive*; par le Dr R. Stanziale (Fasc. 4.) — Travail contenant 17 observations prises dans le service du professeur Bianchi, dont 9 avec autopsie, et basé sur l'examen de 100 cas de paralysie progressive où la syphilis a été constatée 87 fois (70 fois avec certitude et 17 fois avec doute).

Sur les 70 observations positives, la syphilis a agi seule 32 fois, et 38 fois associée. L'auteur pense qu'elle peut être l'unique cause de la maladie, mais que très souvent d'autres facteurs étiologiques héréditaires ou acquis entrent en jeu. Le traitement mercuriel est impuissant.

Dans les cas de paralysie générale progressive chez les syphilitiques, le système artériel cérébral présente des lésions histologiques nettement syphilitiques. A la phase initiale, c'est une lésion de l'adventice (infiltration d'éléments ronds, puis transformation en tissu fibreux). La tunique moyenne résiste au début et est envahie à la fin par le processus d'atrophie fibreux. La tunique élastique s'épaissit et prolifère. Enfin la tunique interne présente des foyers d'inflammation hyperplastique (amas de cellules rondes au début, puis transformation en tissu fibreux). Deux planches avec six belles figures en couleur illustrent ce travail.

XII. — *Sur la genèse des prolongements protoplasmiques de la cellule nerveuse*; par le Dr O. Fragnito (Fasc. 4.) — Cette genèse est un phénomène complexe avec participation de beaucoup d'éléments embryonnaires. Les prolongements résultent de l'évolution de chaînes cellulaires, comme les cylindraxes des fibres périphériques et centrales. La théorie de l'excroissance formulée par His et admise par Cajal et Lenhossek ne résiste pas aux faits. Bethe, d'ailleurs, la repousse aussi. Fragnito a dessiné une planche en noir avec cinq figures montrant les phases de développement des prolongements.

©EHM

XIII. — *Sur les voies de conduction nerveuse extra-cellulaires*; par le Dr O. Fragnito (Fasc. 5). — Ces voies ont une genèse autonome; ce ne sont pas des appendices de cellules ganglionnaires, mais l'existence de fibres à deux extrémités se terminant librement, sans connexion avec une cellule ganglionnaire, n'est pas démontrée. Le *neuropil*, espèce de réseau extra-cellulaire constitué par l'anastomose de neurofibrilles venues de divers éléments nerveux n'est pas non plus démontré chez les vertébrés. La question des rapports d'élément à élément nerveux chez les vertébrés parvenus au terme de leur développement est encore très obscure. On peut admettre qu'il s'agit de rapports de continuité par analogie avec ce qui se passe chez les invertébrés, mais la preuve définitive n'est pas encore fournie.

XIV. — *La fonction normale auxiliaire de l'imagination dans le processus mnémonique*; par le Dr E. Patini (Fasc. 5). — L'imagination est cette faculté de l'esprit grâce à laquelle nous arrivons à décomposer les groupes de perceptions, à les dégager de l'ordre dans lequel elles nous ont été fournies par le monde réel et à les recomposer en groupes nouveaux. Dans les phénomènes mnémoniques, l'imagination, faisant des suppositions, aide les recherches d'évocation difficile et se charge de créer des produits qui, mêlés aux véritables éléments mnémoniques, pourraient être appelés produits mnético-imaginatifs. D'où une application intéressante à la psychologie du témoignage. Peu de témoignagnes sont absolument exempts de produits de ce genre. Un témoin ajoute toujours à sa déposition des éléments de son invention.

XV. — *Le manteau cérébral du dauphin*; par le Dr V. Bianchi (Fasc. 6). — Etude d'anatomie macro- et microscopique du système nerveux central du *Delphinus delphis* avec une planche de neuf figures montrant le cerveau de profil, la face inférieure et la face supérieure.

Il y a chez le dauphin des circonvolutions très riches et cependant cet animal est relativement stupide. On trouve l'explication de cette contradiction dans l'étude de la structure intime des circonvolutions. Les lobes frontaux, siège principal des pouvoirs d'association, d'après Bianchi, sont très peu développés, et les éléments nerveux constituant le cortex ne sont pas variés. Les grandes cellules pyramidales y sont rares. Celles qu'on y trouve ont très peu de prolongements.

XVI. — *Sur la genèse et les rapports réciproques des élé-*

©BIUM

ments nerveux dans la moelle du poulet; par le Dr E. Lapegna (Fasc. 6). — La fibre nerveuse dérive-t-elle de la cellule ou se forme-t-elle indépendamment? Ce problème, qui partage encore les auteurs en deux camps, a attiré l'attention du Dr Lapegna, qui a essayé de le résoudre par l'étude de la moelle de l'embryon de poulet, à l'aide de la méthode de Ramon y Cajal. Il est arrivé à préciser les points suivants : 1° la cellule ganglionnaire ne prend aucune part à la formation de la fibre nerveuse ; 2° la fibre nerveuse n'a, au début du développement, aucunes connexions avec la cellule ganglionnaire ; 3° la fibre nerveuse périphérique et centrale se forme par une chaîne de cellules ; 4° les chaînes cellulaires forment seulement le cylindraxe de la fibre ; 5° les prolongements protoplasmiques dérivent également de chaînes cellulaires, ainsi que le prolongement axile ; 6° les neurofibrilles de la cellule nerveuse sont un produit tardif de différenciation et n'apparaissent chez le poulet que vers le dixième jour de l'incubation.

TH. TATY.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The American Journal of Insanity.

ANNÉE 1906.

I. — *La mélancolie, manifestation psychique de crainte organique*; par le Dr J. W. Wherry (numéro de janvier). — Etude doctrinale, basée sur des considérations physiologiques ou pathologiques d'après lesquelles l'auteur formule les données suivantes : Il y a des émotions d'origine organique aussi bien que des émotions d'origine mentale ; et encore, celles-ci, à tout prendre, ne sont-elles que des émotions organiques modifiées par les facultés de raison. Ainsi l'amour psychique est une impression organique modifiée par le jugement. L'émotion organique de crainte a son point de départ dans la manière d'être des différents viscères. Et comme, enfin, la mélancolie a pour base une crainte anormale organique, il en résulte que la mélancolie est simplement l'impression d'un état anormal des viscères. Pour établir que la crainte est la base de toute mélancolie, l'auteur s'appuie sur ce que toutes les idées des mélanco-

©BIUM

liques sont des idées de crainte, dont les variétés sont nombreuses.

II. — *Rapport sommaire sur la chirurgie gynécologique à l'asile de l'État de Manhattan*; par le Dr Leroy Broun (numéro de janvier). — Le traitement chirurgical des maladies de la femme a été installé à l'asile d'aliénés de Manhattan d'une façon aussi complète que possible. Le Dr Leroy, chargé du service, a eu à y faire deux cent quarante-deux opérations, les unes graves (tumeurs de l'utérus ou des ovaires, maladies du col utérin ou du périnée, déplacements utérins), les autres de moindre importance (principalement dans l'endométrite). Sur l'ensemble, dans cent douze cas il y eut amélioration notable de l'état physique; dans cent sept cas il y eut amélioration moindre. Sur le reste il y eut cinq décès, dont deux seulement causés par l'opération. Au point de vue mental, il y eut quarante-trois cas de guérison et l'incurabilité fut définitive chez cent trente-huit malades.

III. — *De la chirurgie chez les aliénés*; par le Dr Max E. Witte (numéro de janvier). — Relation de trois faits où la trépanation fut pratiquée chez des individus qui, un temps plus ou moins long avant l'évolution de leur maladie mentale, avaient reçu des coups à la tête. Chez l'un de ces individus l'état mental sembla s'améliorer beaucoup après l'opération; mais la rechute fut prompte, et, pas plus chez celui-là que chez les deux autres, il n'y eut profit au point de vue mental. Aussi le Dr Witte pose-t-il en règle que si l'on veut que l'intervention chirurgicale serve au traitement de la folie, elle doit être aussi prompte que possible; sinon, c'est l'incurabilité.

Parlant incidemment de la chirurgie gynécologique, le Dr Witte dit qu'à son avis elle ne doit intervenir guère que pour améliorer l'état physique des malades, et que d'ailleurs les maladies utérines peuvent être modifiées sans qu'il soit besoin de recourir à des mesures de chirurgie graves.

IV. — *Quelques faits de chirurgie observés à l'asile de Manhattan*; par le Dr John Rudolph Knapp (numéro de janvier). — Traitement d'une chute du rectum ancienne, cure radicale de hernies, ablation de tumeurs malignes du testicule, enfin trépanation, tels sont les éléments de l'article du Dr Knapp, qui, de même que les auteurs des articles précédents, conclut à ce que l'intervention chirurgicale chez les aliénés contribue souvent à améliorer l'état physique, mais que plus rarement elle est utile à l'état mental.

©BIUM

V. — *Le groupe héboïdo-paranoïde*; par le Dr F. X. Dercum (numéro d'avril). — Cet article est consacré à la démence précoce de Kraepelin, à laquelle le Dr Dercum applique le nom ci-dessus. Par héboïde, il entend une abréviation des mots hébéphrénie et catatonie. Il admet que le mot démence précoce est défectueux : cependant, d'une manière générale, il accepte les idées de Kraepelin. Toutefois, conformément aux vues de Régis, il est disposé à admettre qu'originellement on a affaire à de la confusion mentale, qui, suivant les cas, guérit ou passe à la démence dite précoce. Après la confusion mentale, viennent l'hébéphrénie et la catatonie, et ensuite trois formes paranoïdes : la première correspond aux délires systématisés aigus ou délires d'emblée; la seconde se rapporte aux délires systématisés chroniques, où les hallucinations jouent un grand rôle, et la troisième, enfin, aux délires systématisés des dégénérés, dans lesquels les hallucinations manquent habituellement. Le Dr Dercum donne à ces trois formes les noms de paranoia héboïde (en raison de ses affinités avec l'hébéphrénie et la catatonie), paranoia hallucinatoire et paranoia simplex. Les idées de l'auteur sont ainsi une combinaison des doctrines des écoles française et allemande.

VI. — *Les troubles mentaux dans la névrite alcoolique*; par le Dr Isador H. Coriat (numéro d'avril). — Ce n'est pas seulement le syndrome appelé psychose de Korsakow qui révèle la névrite alcoolique. Celle-ci peut avoir d'autres manifestations. Se basant sur 17 observations qu'il rapporte en détail et sur les travaux de divers auteurs, le Dr Coriat signale les suivantes : un syndrome de Korsakow prenant une forme aiguë et même suraiguë qui aboutit rapidement à une terminaison fatale; un delirium tremens aboutissant à un délire diffus dont la guérison n'est jamais complète; un état de dépression, avec tendance au suicide, inquiétude et anxiété avec hallucinations; un délire hallucinatoire aigu; un délire diffus sans amnésie; enfin un état de détérioration alcoolique où la mémoire est en défaut et qui peut guérir assez rapidement à mesure que l'état physique s'améliore.

VII. — *Le médecin dans le roman*; par le Dr C. B. Burr (numéro de juillet). — Ceci est un discours fort intéressant que l'auteur a prononcé au LXIIe Congrès de l'Association médico-psychologique américaine, qu'il présidait. Il y a passé en revue toutes les principales œuvres où la profession médicale joue un rôle important, et a fait une large place aux romanciers

français : Balzac, Paul Bourget, Flaubert, Ohnet, Jules Verne, Zola, avant lesquels il n'a eu garde d'omettre Le Sage et son immortel Dr Sangrado.

VIII. — *La déchéance mentale causée par l'alcool* ; par le Dr Robert Jones (numéro de juillet). — Tableau rapide des effets physiologiques ou pathologiques produits par l'alcool, et considérations sur la nécessité d'en combattre l'abus par tous les moyens possibles, moraux ou autres. Parlant des lois de son pays, le Dr Jones dit que les législateurs, qui d'ordinaire n'accordent qu'un médiocre intérêt aux questions qui ne sont pas purement politiques, ont voté, en 1898 et en 1903, des lois dont on peut attendre de bons résultats. Ces lois visent particulièrement à faire séquestrer et traiter les buveurs d'habitude et les alcooliques.

IX. — *Revue des symptômes mentaux qui accompagnent l'apoplexie* ; par le Dr Charles Ricksher (numéro de juillet). — Les prodromes passent souvent inaperçus : on y peut constater des fourmillements dans les mains, des névralgies, des céphalalgies diffuses, des bourdonnements d'oreilles; quelquefois, mais rarement, des troubles du goût et de l'odorat. — Souvent alors la mémoire s'altère ; il y a de l'amnésie ; l'attention s'affaiblit. — Quelquefois on voit naître des idées de persécution. Dans quelques cas il y a un peu d'agitation maniaque, de l'irritabilité, de la tendance à la violence.

Après l'attaque on observe souvent de l'excitation, dans plus de la moitié des cas; moins souvent, dans un huitième des cas, de la dépression, et certains malades refusent les aliments. Dans un quart des cas il y a de la confusion mentale. Mais ce qui est alors fondamental, c'est l'affaiblissement et la perte des facultés intellectuelles. Quand il y a du délire, souvent il est diffus, ou bien se caractérise par des idées de persécution, des idées de grandeur, des idées érotiques, quelquefois de la propension au suicide. — Les hallucinations sont fréquentes et peuvent être unilatérales.

X. — *Des infirmières pour les hommes dans les asiles d'aliénés* ; par le Dr Charles R. Bancroft (numéro d'octobre). — Le Dr Bancroft voudrait que l'on fît remplir par des femmes dans les asiles d'aliénés des offices qui, actuellement, sont dévolus à des hommes, notamment les emplois de surveillantes en chef dans divers quartiers. Il ne va pas strictement jusqu'à ne vouloir que des femmes comme infirmières dans ces quartiers, et continuerait à faire donner par des hommes certains soins,

©BIUM

tels que ceux qui concernent les bains, la toilette, le service des chambres. Mais les infirmiers seraient sous la direction et l'autorité des femmes, qui veilleraient à la bonne tenue des malades et à leur installation.

Les femmes, dit-il, ont des aptitudes plus grandes que les hommes à veiller au bien-être des malades, à les entourer de confortable et de petits soins et à leur montrer de la bienveillance. Placer des femmes comme infirmières sous l'autorité d'un homme surveillant en chef pourrait n'avoir que des inconvénients.

Mais il y a des quartiers d'aliénés où les femmes seraient tout à fait hors de place, ceux des agités, des violents, des délirants excitables, des systématisés et des impulsifs. Là il ne faut que des hommes.

Au contraire, dans l'infirmerie, avec des convalescents, avec des gâteux, elles peuvent être très supérieures aux hommes.

On peut hésiter sur l'opportunité de leur confier les quartiers de déments tranquilles ou des chroniques tranquilles. La conduite à suivre pour ceux-là est affaire tout à fait relative et variable.

XI. — *Des infirmiers* ; par le Dr Georges T. Tuttle (numéro d'octobre). — Sous un autre titre, cet article a en réalité le même objet que le précédent et vise à substituer les infirmières aux infirmiers dans les asiles d'aliénés. Le Dr Tuttle en donne plusieurs raisons.

Les femmes sont plus persévérantes dans leurs fonctions que les hommes. Le recrutement de ceux-ci devient de plus en plus difficile, faute de sujets convenables. Un grand nombre de ceux qu'on trouve ont des défauts multiples ; le Dr Tuttle en énumère dix-huit sortes, dont les principales sont : la tendance à l'ivrognerie, la grossièreté à l'égard des malades, la négligence, l'immoralité, l'insoumission. La création des écoles d'infirmiers dans tous les asiles et l'amélioration de la situation de ces infirmiers permettrait peut-être d'avoir un personnel meilleur et mieux approprié à sa destination.

L'auteur est d'avis que là où c'est possible il pourrait y avoir à la fois des infirmiers et des infirmières, chaque sexe ayant sa destination spéciale, ses fonctions appropriées et étant responsable directement de ce qui le concerne. Dans certains asiles des Etats-Unis, on a ainsi de l'un et de l'autre, et l'on s'en trouve bien. A l'asile de Mc Lean, où pratique le Dr Tuttle, il y a des femmes depuis vingt-neuf ans.

©BIUM

En ce qui concerne le genre d'instruction à donner aux infirmiers ou infirmières, le Dr Tuttle demande que l'on fasse faire plus de pratique que de théorie, et, à côté de notions sur l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la petite chirurgie, il indique l'importance qu'il y a à montrer comment tenir les salles des malades, faire les lits, présider à la toilette des gens, leur faire prendre la nourriture; comment aussi pratiquer l'hydrothérapie, le massage, l'entraînement physique; faire quelques analyses d'urines et administrer les médicaments.

L'article se termine par quelques indications intéressantes sur l'organisation de l'instruction des infirmiers dans les asiles des Etats-Unis.

XII. — *Infirmiers de nuit pour les aliénés*; par le Dr C. R. Woodson (numéro d'octobre). — Courtes indications sur l'avantage qu'il y a à remplacer les veilleurs de nuit, faisant leurs rondes à travers les asiles, par des infirmiers à demeure dans les quartiers. Les veilleurs contribuent beaucoup, par leurs allées et venues, à inquiéter les malades et à troubler leur repos, et, quand ils ne sont plus là, ils ne peuvent empêcher aucun désordre, aucun accident. Les infirmiers à demeure, au contraire, peuvent rendre des services de toute sorte.

XIII. — *Les écoles d'infirmiers pour les asiles d'aliénés*; par le Dr Edward B. Lane (numéro d'octobre). — L'idée maîtresse de cet article est que l'instruction à donner aux infirmiers et infirmières des asiles doit être tout autre que celle qui est utile dans les hôpitaux ordinaires.

A l'asile d'aliénés, le travail de l'hôpital ordinaire est de mince affaire, sauf pour une infirmerie où généralement il y a peu de malades. Ce qu'il faut à l'asile, c'est avant tout de bons surveillants, sachant bien tenir la maison et donner à chaque malade en particulier les soins matériels et moraux dont il a besoin. Qu'importe à l'infirmière d'un asile d'avoir des notions d'obstétrique! Le Dr Lane indique les mêmes connaissances que nous avons trouvées ci-dessus énumérées par le Dr Tuttle pour la formation des employés. Mais il reconnaît que l'école n'est pas tout et que, pour ceux qui n'ont pas d'aptitudes et de dispositions originelles, l'école ne donnera pas les résultats qu'on peut en attendre. Il en est, dit-il, des infirmiers ou infirmières comme des poètes : on naît tel, on ne le devient pas. Mais cela ne doit pas empêcher de chercher à former ceux qui ont de la bonne volonté.

VICTOR PARANT.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Considérations sur la maladie de Parkinson et sur quelques fonctions nerveuses (*tonus, équilibration, expression*) ; par le Dr G. Maillard. *Thèse de Paris.* 155 pages in-8°, avec planches. Paris, Jules Rousset, 1907.

Dans ce travail, le Dr Maillard, à propos de la pathogénie de la maladie de Parkinson, est amené à d'intéressantes considérations sur quelques fonctions nerveuses : tonus, équilibration, expression.

L'auteur fait d'abord l'étude anatomo-physiologique des appareils d'équilibration statique et d'expression. Les muscles au repos sont en état de tonus, c'est-à-dire de contraction permanente involontaire et inconsciente ; le centre producteur de ce tonus comprend l'ensemble des cellules motrices de l'axe gris bulbo-médullaire. Comme ces cellules reçoivent sans cesse des excitations périphériques par l'intermédiaire des collatérales sensitivo-motrices, elles maintiennent constamment les muscles en état tonique par suite d'un véritable réflexe permanent.

Le centre tonique bulbo-spinal, qui pourrait fonctionner isolément, est en connexion avec des centres régulateurs supérieurs mésocéphaliques et corticaux. Le centre mésocéphalique le plus intéressant est celui de l'équilibration statique chargé de régler automatiquement et par l'intermédiaire du centre bulbo-spinal le tonus musculaire suivant les diverses positions de notre corps. Pour exercer cette régulation, il doit être renseigné sur ces positions et ne peut l'être, d'après M. Maillard, que par une sensation (inconsciente), spécifique, d'orientation, comparable aux sensations de couleur, de son, etc. Or, les les impressions qui résultent d'une position quelconque sont nombreuses et variées : elles viennent du labyrinthe, des nerfs kinesthésiques renseignant sur les attitudes segmentaires, des nerfs de sensibilité générale et spéciale indiquant la situation des objets environnants. Le cervelet, véritable organe d'un sens spécial, reçoit, synthétise ces impressions diverses, les

©BIUM

transforme en une sensation d'orientation nouvelle et spécifique. Cette sensation est transmise au centre mésocéphalique d'équilibration statique qui, d'après ses variations, règle et coordonne l'action des centres médullaires du tonus. Un certain nombre de raisons portent à croire que le centre mésocéphalique siège dans le noyau rouge de la calotte pédonculaire.

A l'exemple du précédent, l'appareil de l'expression rudimentaire (gestes, mimique) comprend un organe encore inconnu de synthèse et de transformation qui envoie une sensation spécifique de cénesthésie à un centre régulateur (noyau lenticulaire) chargé de coordonner l'action des centres nerveux commandant les muscles de l'expression et de la mimique.

Une lésion de nature quelconque (tumeur, tubercule), mais « entravante ou destructive », localisée au centre mésocéphalique de l'équilibration ou à ses conducteurs, réalisera par déficit de régulation un ensemble particulier de symptômes : le syndrome parkinsonien caractérisé par de la lenteur dans les mouvements, de la raideur, de la rigidité, un tremblement spécial. Dans ce cas, en effet, le centre bulbo-spinal livré à lui-même, déréglé, réagit par de l'hypertonie, cause de tous ces troubles. La raideur et la rigidité sont les manifestations directes de l'hypertonie, la lenteur des mouvements volontaires est le résultat de la difficulté de relâchement des muscles antagonistes, le tremblement est une conséquence de l'irrégularité de la régulation, le centre mésocéphalique agissant par à-coups comme un mauvais frein. Le tremblement cesse dans les mouvements volontaires, parce que ce n'est plus le régulateur mésocéphalique mais la corticalité qui agit.

A côté de quelques syndromes parkinsoniens de causes diverses, l'immense majorité apparaît dans les mêmes conditions, présente comme pathogénie commune l'artério-clérose des centres régulateurs. On doit faire de ces syndromes une entité morbide : la maladie de Parkinson. M. Maillard a trouvé des lésions artério-cléreuses dans les quatre cas de maladie de Parkinson où il a pu pratiquer l'examen histologique ; des lésions analogues sont d'ailleurs signalées par presque tous les auteurs. Cette hypothèse pathogénique explique bien les symptômes accessoires si fréquents au cours de la maladie. Suivant que l'artério-clérose concomitante atteindra le faisceau pyramidal, l'appareil d'expression rudimentaire plus haut décrit, on observera des syndromes associés parétospasmodiques, pseudo-bulbaires, etc.

©BIUM

La thèse très originale de M. Maillard touche à des problèmes pleins d'intérêt et d'actualité. La distinction entre le syndrome parkinsonien et la maladie de Parkinson est justifiée ; l'hypothèse pathogénique de cette dernière, très satisfaisante. Bien des points obscurs de physiologie nerveuse sont éclairés par la conception de centres, comme le cervelet, chargés de synthétiser des impressions diverses et de les transformer en une sensation spécifique.

Pour M. Maillard, la « différence capitale » entre les précédents schémas anatomo-physiologiques et le sien, c'est que ce dernier comprend un centre du tonus unique et spinal, les autres centres étant simplement régulateurs.

La vraie différence, c'est que M. Maillard, sans élucider très clairement ce point important, semble croire que le centre mésocéphalique règle le tonus exclusivement par inhibitions (page 22 en note, 42, etc.). Une preuve : pour lui la suppression du régulateur mésocéphalique a pour conséquence non pas l'*irrégularité du tonus*, mais l'*hypertonie*. Il faut alors admettre que ce centre bulbo-spinal produit constamment un tonus maximum sous l'influence d'excitations sensitives sans doute continues, mais parfois insignifiantes, et que le centre régulateur diminue sans cesse ce tonus excessif pour l'adapter aux circonstances. Ce mécanisme n'est guère simple et ne va pas sans objections. D'abord, est-il bien certain que la moelle livrée à elle-même produise de l'hypertonie ? Les phénomènes d'hypotonie consécutifs aux sections brusques ne nous paraissent pas suffisamment expliqués par les hypothèses d'inhibition fonctionnelle, de choc, d'hémorragie. Enfin, il est difficille de nier l'action fortement dynamogène du régulateur mésocéphalique dans les cas où, pour rétablir automatiquement notre équilibre compromis, nous contractons le quadriceps assez violemment pour fracturer la rotule. Ni la moelle livrée à elle-même, ni le cerveau par excitation volontaire ne pourraient arriver à un pareil résultat.

En réalité, le problème des variations du tonus ne semble pas encore complètement résolu ; la thèse de M. Maillard est une contribution importante à cette question si complexe.

Dr Paul Guiraud.

©BIUM

Folia neuro-biologica. Internationales Zentralorgan für die gesammte Biologie des Nervensystems (publié et rédigé par E. Hekma, médecin neurologiste, assistant de l'Institut universitaire de physiologie et d'histologie de Gröningue). Leipzig, librairie du Dr Werner Klinkhardt, 1908. Vol. Ier.

Voilà enfin un « organe central », vraiment international, dont tous les articles de fond, aussi bien que les revues critiques et les comptes rendus paraissent dans la langue des auteurs, française, anglaise, allemande, et quelquefois dans les trois langues. Toutes les sciences particulières afférentes à la biologie du système nerveux central et périphérique sont ici représentées, et, de leurs résultats incessamment mobiles et changeants, tels des organismes en croissance, se dégage la vaste synthèse, toujours plus variée, mais toujours variable, de la science de la vie.

La division du travail, nécessaire en ce domaine de la connaisance comme en tout autre, ne laisse pas de montrer, à chaque tournant des chemins, que la cité future qui s'élève est un centre où tous aboutissent. Centraliser la littérature internationale neuro-biologique, fondement de la psychiatrie et de la neurologie contemporaines, de façon à rassembler sous le regard, d'abord dans des articles de fond, je le répète, puis dans des revues et des recensions, tout ce que publient les organes d'anatomie, d'histologie, de zoologie, de physiologie, de biochimie, de pathologie mentale et nerveuse, sans oublier les thèses et les comptes rendus des Sociétés savantes, telle est la fin des *Folia neuro-biologica*.

Les deux premiers fascicules de l'œuvre nous paraissent fidèles à ce programme. Il n'appartient naturellement qu'à chaque spécialiste de se former une opinion et de juger. Puisqu'il s'agit de tout, nous ne *devons* parler de rien.

Notre attention a été surtout attirée par plusieurs travaux considérables, de vrais livres, qui nous intéressaient plus particulièrement ; celui-ci par exemple, en langue allemande, d'Ariëns Kappers, de Francfort-sur-le-Mein, et de Theunissen, d'Amsterdam : *La Phylogenèse du rhinencéphale, du corps strié et des commissures antérieures*, dédié à Ludwig Edinger, « le fondateur de l'anatomie comparée du cerveau ».

Il s'agissait de pousser plus loin qu'on ne l'avait encore fait, l'étude des origines de notre cerveau dans la série des verté-

©BIUM

brés. Les précurseurs ont dû souvent se limiter à une classe de vertébrés. Mais, s'il n'y a de science que du général, c'est surtout en biologie, dans un domaine où les classes, ordres, familles, genres et espèces dérivent généalogiquement les uns des autres, que toute science et toute intelligence même des phénomènes particuliers doit reposer sur la comparaison, dans le temps et dans l'espace, des phénomènes généraux d'un processus, après tout fort restreint, au regard des systèmes astronomiques et des disciplines de la mécanique, de la physique et de la chimie, — celui de la vie sur cette planète.

Or c'est précisément l'étude des différences de détails entre les classes, et entre les ordres d'une même classe, qui, bien plus que celle des homologies, peut frayer des voies nouvelles. « Je ne doute pas, écrit l'un de ces hardis pionniers, que le temps viendra où nous pourrons connaître non seulement les homologies et les différences, mais aussi le comment et le pourquoi de ces différences et de ces homologies. » La vraie voie est celle qu'Edinger a montrée à ses disciples : c'est la voie de l'étude comparative. Chaque pas en avant découvre de nouveaux points de vue, suscite de nouveaux et laborieux efforts.

Voilà la raison d'être du présent essai sur la phylogenèse des principaux organes, toujours vivants, du cerveau antérieur des vertébrés. Il fut commencé à Amsterdam, où les cerveaux des Sélaciens, des Holocéphales, les Téléostéens et des Amphibiens furent l'objet des investigations des auteurs. Mais, à Francfort-sur-le-Mein, dans ce grand Institut neurologique de Senckenberg, où nous nous souvenons d'avoir un moment travaillé sous Weigert, les auteurs se trouvèrent devant des matériaux d'une richesse incomparable : ils purent étudier les cerveaux antérieurs des Cyclostomes, des Ganoïdes, des Chéloniens, des Ophidiens, des Sauriens, des Aplacentaliens et des Placentaliens inférieurs — Monotrèmes et Marsupiaux, Chiroptères.

L'infinie complexité des organes et des fonctions, connues ou supposées, du pallium antique ou primitif des vertébrés, du *paléopallium*, qu'il faut opposer au *néopallium*, sort un peu chaque jour des insondables ténèbres où elle est demeurée si longtemps cachée, quoique pressentie de tout temps par les créateurs de l'anatomie comparée et de l'histoire de l'enchaînement ou de l'évolution des êtres vivants. Les figures et les planches, à défaut des pièces originales, sont aussi nécessaires à ces études de paléographie, j'entends de description archéolo-

©BIUM

gique des structures encéphaliques, qu'à celles de la paléontologie ou de l'embryologie. Le mémoire, que nous ne pouvons que signaler, est ici accompagné de figures et de planches dessinées par M^lle P. Meyer, attachée à l'Institut de Senckenberg.

Un autre mémoire d'Ariëns Kappers, précède celui que nous annonçons, et traite d'un sujet sur lequel nous espérons revenir, car sa matière le rattache plus étroitement encore à l'étude des centres nerveux. Mais une première partie, publiée dans le *Neurologisches Centralblatt*, revue analysée dans les *Annales médico-psychologiques*, devrait d'abord être connue du lecteur; ce travail, également rédigé en langue allemande, est intitulé : *Nouvelles communications sur le déplacement phylogénique des noyaux moteurs des nerfs craniens.*

JULES SOURY.

Sulla psicosi confusionale allucinatoria acuta per auto-intossicazione (Sur la psychose confusionnelle hallucinatoire aiguë par auto-intoxication) ; par le D^r Guido Garbini. Broch. in-8°. Extrait des *Annali del manicomio provinziale di Perugia*. Fasc. 1 et 2, 1907.

De jour en jour disparaissent les psychoses et les névroses fonctionnelles et, de plus en plus, les désordres mentaux se manifestent comme la représentation des symptômes d'une réaction du névraxe vis-à-vis de stimulants déterminés.

Cette orientation plus positive de la science psychiatrique est due en grande partie à la théorie des intoxications, théorie qui, devinée par la clinique, a trouvé une confirmation expérimentale dans le laboratoire.

En fait, la doctrine humorale, grâce à laquelle Beniamino Rusch pouvait affirmer au XVIII^e siècle que la folie et les troubles nerveux des goutteux, des gastralgiques, des femmes enceintes étaient causés par l'action des humeurs altérées sur le cerveau et l'organisme en général, revit aujourd'hui dans la doctrine des auto-intoxications.

En laissant de côté les intoxications consécutives à des altérations fonctionnelles de certaines glandes (thyroïde, hypophyse, etc.), on sait qu'il suffit d'un trouble de la digestion pour que la décomposition des albuminoïdes soit modifiée et que prennent naissance des corps de la série aromatique dont l'action sur les centres nerveux et la fibre musculaire est para-

©BIUM

lysante. Les diverses intoxications peuvent cliniquement se traduire par la confusion hallucinatoire aiguë. Malgré la variabilité extrême des conditions étiologiques et des poisons en cause, la physiologie pathologique reste toujours la même : les poisons agissent directement sur les cellules cérébrales en altérant leur dynamisme, ou bien ils agissent sur la circulation et la nutrition et secondairement sur les cellules cérébrales. Il en résulte donc que nous devons presque toujours rattacher la confusion mentale aiguë à une cause organique, même lorsque le délire absorbe toute l'attention et semble évoluer en dehors de tout autre symptôme.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur rapporte l'observation d'un malade, gros mangeur et menant une vie sédentaire, qui fut pris d'inappétence, de constipation, d'insomnie avec céphalée, asthénie musculaire, dépérissement et dépression. Suralimenté par les siens, sa constipation devint de plus en plus opiniâtre, il se montra méfiant, présenta de vagues idées d'auto-accusation, de la frayeur, de la panophobie, des hallucinations et des accès impulsifs contre les siens et contre lui-même. Au moment de l'entrée à l'asile, le malade était désorienté, incohérent, stupide. De temps à autre émergeaient sur le fond de la conscience des idées de négation, d'auto-accusation et de persécution. Le malade répandait une forte odeur d'acétone, son haleine était fétide, ses voies digestives saburrales, son abdomen gonflé, douloureux et météorisé. Pendant la nuit on observa des hallucinations terrifiantes, etc. En dix jours, grâce à des purgatifs répétés et à des dérivatifs intestinaux, le malade reprenait complètement son état normal.

En somme, cet état de confusion mentale disparut entièrement avec le retour à l'état normal des fonctions digestives. L'affection gastro-intestinale allant en s'aggravant, le foie était devenu insuffisant et désormais incapable de neutraliser les poisons, puis le rein à son tour était devenu incapable de les éliminer; alors les toxines circulant dans le sang finirent par déterminer une insuffisance cérébrale qui s'est manifestée par le cadre clinique d'une psychose.

En somme, l'intermédiaire obligé entre le trouble gastro-intestinal et la psychose a été l'insuffisance fonctionnelle du foie. L'influence du foie sur les maladies du système nerveux central a d'ailleurs été mise en évidence, et depuis longtemps, par Brown-Séquard en 1866 et, plus près de nous, par Pierret, Ballet et surtout par Klippel.

©BIUM

Et l'auteur ajoute que le cas qu'il vient de rapporter, ainsi que les cas semblables, montrent avec évidence que jamais il ne faut négliger de se livrer à un examen objectif complet des malades, car d'un tel examen, et plus souvent encore qu'on ne le croit, peut dériver, sinon toujours la guérison, du moins souvent l'amélioration de l'état mental du malade.

LUCIEN LAGRIFFE.

Sulla diagnosi precoce di pellagra. A proposito del giudicata di un recente concorso. (Sur le diagnostic de la pellagre. A propos du jugement d'un récent concours); par le Dr G. Antonini. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista pellagrologica italiana*, 1907.

A propos d'un concours dont les péripéties et la critique ne sauraient en aucune façon intéresser nos lecteurs, l'auteur passe en revue les travaux du professeur Gosio, qui fut le candidat unique et non couronné de ce concours. Le professeur Gosio a en effet découvert des *maïs-précipitines* qui permettent de diagnostiquer la pellagre à son début. Les toxines du champignon parasite déterminent des lésions de l'intestin qui facilitent la diffusion des albumines non digérées du maïs ; grâce à ces phénomènes il se produit une accélération et une accentuation d'un fait qui, dans le maïdisme simple, est relativement tardif : la formation dans l'organisme d'anticorps dont la propriété principale est de précipiter l'albumine des infusions de maïs. Si donc on prélève quelques gouttes de sérum sanguin chez un individu suspect de pellagre et que ces quelques gouttes précipitent une solution limpide de maïs, on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'un mangeur de maïs avarié porteur de lésions intestinales. Des considérations théoriques autorisent l'auteur de cet article à considérer que la réaction donnée par les maïs-précipitines est d'autant plus intense que l'organisme est moins touché. Le procédé du professeur Gosio lui paraît donc constituer véritablement un moyen efficace de diagnostiquer d'une manière précoce la pellagre. Le reste de l'article du Dr Antonini est une critique du rapport de la Commission du prix Pezzini-Cavalletto, qui n'a pas cru devoir considérer ce mode de diagnostic comme permettant d'acquérir une certitude avant l'apparition de tout stigmate clinique de la pellagre.

LUCIEN LAGRIFFE.

©BIUM

Tumore cerebrale del lobo prefrontale sinistro (Tumeur cérébrale du lobe préfrontal gauche) ; par le Dr Tancredi Cortesi. Broch. in-8°. Extrait de *Il Morgagni*, n° 2, 1908.

Il s'agit d'un malade de cinquante-six ans qui présenta pendant un an les phénomènes morbides suivants : d'abord quelques vertiges avec un certain degré d'affaiblissement intellectuel ; puis quelques accès apoplectiformes et de nombreux accès épileptiformes généralisés, mais surtout marqués à la moitié droite du corps où finit par s'installer une hémiparésie plus marquée au membre inférieur. Peu à peu l'affaiblissement intellectuel est allé en s'accentuant et s'est accompagné d'un certain trouble de la parole avec bradyphasie et émotivité exagérée.

Ce malade, interné avec le diagnostic de psychose pellagreuse, paraissait en somme être atteint d'athérome cérébral avec foyers de ramollissement. Une telle hypothèse semblait être justifiée par les résultats de l'examen objectif qui révélait l'existence de profondes lésions artérielles et cardiaques et par certains symptômes tels que les vertiges, l'affaiblissement intellectuel qui se présentait avec les caractères de la démence encéphalo-malacique : ictus légers et fugaces. Aussi l'épilepsie pouvait très bien être interprétée dans le sens d'une épilepsie sénile liée à l'athéromasie cérébrale avec lésions plus marquées et ramollissement plus étendu au niveau de la zone motrice gauche.

Néanmoins l'hypothèse d'une tumeur cérébrale pouvait valablement être envisagée ; mais deux symptômes importants faisaient défaut : la céphalée et les vomissements ; de plus, il n'y avait pas de troubles de la vue (l'examen du fond de l'œil fut négligé).

Le malade étant mort un an après son entrée à l'asile, l'autopsie révéla les particularités suivantes : Gros endothélium de la dure-mère ayant refoulé les deux tiers postérieurs de la première frontale et déplacé et comprimé les deuxième et troisième frontales, la frontale ascendante, le centre ovale et les noyaux de la base.

Les caractères de la tumeur font penser à l'auteur que le développement de cette tumeur était très antérieur au début de l'histoire clinique du malade ; ce qui tendrait à expliquer pourquoi le cerveau est resté si longtemps muet et pourquoi, grâce à l'accoutumance progressive, certains symptômes des tumeurs

©BIUM

endocraniennes ont fait défaut. L'examen histologique révéla d'ailleurs qu'au niveau des circonvolutions comprimées, les cellules nerveuses persistaient nombreuses quoique en désordre et atrophiées; les prolongements étaient brisés, variqueux, mais encore partiellement colorables.

A l'occasion de ce cas intéressant, l'auteur fait une revue générale des symptômes nerveux et psychiques des tumeurs cérébrales; et pour ce qui a trait aux symptômes psychiques, il conclut ainsi : il n'existe aucun signe de localisation permettant de prévoir le siège de la tumeur; la précocité et la plus grande gravité des désordres mentaux dans les tumeurs de la zone d'association sont plus apparentes que réelles, parce qu'elles sont dues à l'apparition tardive des symptômes somatiques de localisation et au grand développement que le néoplasme peut atteindre avant de causer la mort; en tous cas, l'intensité des symptômes psychiques doit être en rapport avec le volume de la tumeur, avec la rapidité de son développement, avec sa situation et enfin avec l'âge du malade à cause de l'existence possible de lésions vasculaires encéphaliques. Dans le cas actuel il n'est pas impossible que la sclérose profonde des artères cérébrales ait contribué notablement à l'aggravation des symptômes psychiques.

LUCIEN LAGRIFFE.

La dimenticanza a scadenza determinata o fenomeno del « Verdon » (L'oubli à échéance déterminée, ou phénomène de Verdon); par le Dr Ettore Patini. Broch. in-8°. Typographie des sourds-muets. Naples, 1907.

« Certains individus, dit Verdon, peuvent se rappeler une chose exactement au moment où ils doivent s'en servir, alors que plus tard, lorsqu'ils savent qu'elle ne peut plus leur être utile, tout souvenir de cette chose disparaît rapidement. C'est ainsi que beaucoup d'écoliers oublient leur leçon dès qu'il l'ont récitée et que beaucoup d'avocats oublient, après le débat, une infinité de faits particuliers dont ils se servirent. »

Deux particularités caractérisent l'oubli à échéance fixe : 1° la rapidité de la disparition des souvenirs, disparition qui n'est pas instantanée mais qui cependant est de nature à éveiller l'impression grossière que ces souvenirs n'ont conservé le pouvoir d'être évoqués que jusqu'à la circonstance spéciale à laquelle

©BIUM

ils étaient destinés à servir; 2° l'étendue de l'oubli, qui paraît être total et ne l'est pas au fond, car des résidus mnémoniques peuvent encore être évoqués. La perte de mémoire n'est pas absolue, mais il existe une notable extension de ce que l'auteur dans une autre étude a dénommé, le déchet mnémonique.

L'auteur considère que ce curieux phénomène de mémoire répond à deux espèces de causes : les premières ont trait au mode de fixation des souvenirs ; les deuxièmes à l'état émotionnel des individus. La mémoire en effet est basée sur un système d'associations et un souvenir a d'autant plus de chances de pouvoir être évoqué que plus grand est le nombre des assotions qu'il a pu contracter.

En deuxième lieu l'état émotif est capable d'exciter et de renforcer le pouvoir de fixation, car aux associations ordinaires, vulgaires, s'ajoutent les associations émotionnelles. Mais ces associations émotionnelles sont moins fortes que les autres associations et se défont très vite dès que les circonstances changent. Or ce sont ces associations qui jouent le plus grand rôle dans l'oubli à échéance déterminée, car la tendance invincible est d'éviter le retour d'une émotion et par suite le souvenir des faits qui sont liés à cette émotion.

Il semble donc que le phénomène de Verdon soit lié à un mode défectueux et presque pathologique de la fixation des souvenirs.

LUCIEN LAGRIFFE.

Sulla mesure preferibile per la valutazione della capacita del cranio (Sur les meilleures mesures pour l'évaluation de la capacité cranienne) ; par le P^r^ Paolo Funaioli, directeur de la clinique psychiatrique de l'Université de Sienne ; 20 pages in-8° avec tableaux. *Nocera inferiore Tipografia del manicomio*, 1906.

Divers procédés ont été indiqués par les auteurs pour évaluer le volume de l'encéphale en fonction des mesures craniologiques : tous ces procédés sont basés sur le postulatum sur lequel reposait la méthode phrénologique de Gall, et déjà Broca, en 1861, se refusait à évaluer l'intelligence d'après les données de la craniométrie. Funaioli a mesuré avec le plus grand soin les coordonnées craniologiques d'un grand nombre de sujets, a évalué par les méthodes classiques leur capacité cranienne,

©BIUM

l'une comprenant la somme des courbes antéro-postérieures et biauriculaire augmentée de la circonférence horizontale maxima, l'autre celle de Parchappe, courbe antéro-postérieure, courbe biauriculaire, circonférence horizontale maxima, diamètre antéro-postérieur et transverse maximum ; enfin il mesurait la capacité cranienne par la méthode de Broca (grains de plomb). De ce travail il conclut : Il n'est pas possible de déterminer la capacité du crâne en tenant exclusivement compte des mensurations de ses courbes ou de la somme de ses courbes et de ses diamètres. De ces deux méthodes, la seconde est celle dont les résultats se rapprochent le plus de ceux fournis par les mensurations directes. Acceptable pour des calculs de moyenne, cette méthode ne saurait être recommandée pour l'étude des cas particuliers. Lorsqu'on opère sur un cadavre frais, les résultats s'éloignent beaucoup de ceux que donnent la pesée directe de l'encéphale, y compris les méninges et les liquides. Cependant, dans la pratique, il semble que la méthode ne soit pas sans valeur et puisse rendre des services malgré ses imperfections : on doit retrancher des nombres qu'elle donne sur le vivant celui de l'épaisseur des parties molles (30 millimètres en moyenne).

L. Wahl.

Sopra un caso di notevole ipertrofia della porzione nervosa della ipofisi in un demente pellagroso (Sur un cas de notable hypertrophie de la portion nerveuse de l'hypophyse chez un dément pellagreux) ; par le Dr Guido Garbini. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino ed Archivio dell' Istituto Umbro di scienze e lettere*. Pérouse, 1907.

Le malade, âgé de quatre-vingts ans, sans antécédents neuro-psychiques, meurt de pneumonie trois mois après son internement. Il ne présentait que des manifestations cutanées de la pellagre sur le dos des mains et des pieds. L'affaiblissement de ses facultés intellectuelles était peu marqué et l'on n'avait noté chez lui, en dehors d'une artério-sclérose diffuse, que du tremblement sénile.

A l'autopsie, on remarqua simplement que la glande pituitaire était notablement hypertrophiée et de forme singulière ; cependant l'aspect de cette glande était normal à la coupe, et la fossette turcique était plus profonde que normalement.

L'examen histologique de l'hypophyse pratiqué suivant les

©BIUM

méthodes de Benda, Flemming et Galeotti a donné les résultats suivants : petitesse de la portion épithéliale et développement extraordinaire de la portion nerveuse, qui présente la forme et la dimension d'un gros pois allongé.

Le lobe épithélial, qui forme une très mince lame, présente les conditions extérieures d'un bon fonctionnement. Le lobe nerveux présente une structure normale.

L'appareil circulatoire ne présentait que des lésions vulgaires de sclérose.

L'auteur fait remarquer que l'hypertrophie de la portion nerveuse ne pouvait être qu'ancienne, que ce cas est de nature à ébranler la théorie de Marie, Marinesco, Massalongo, Tamburini, puisque la portion épithéliale était même diminuée de volume.

D'autre part l'intégrité fonctionnelle de cette portion épithéliale explique l'absence des symptômes de la cachexie hypophysiprive. Contrairement aux idées de Silvestrini, il n'y avait pas de lésions de l'appareil circulatoire, malgré l'hypertrophie de la région nerveuse, mais cela est sans doute dû à ce fait que le lobe épithélial fonctionnait bien. Ce cas ne serait donc pas en contradiction avec la théorie de Silvestrini et donnerait en outre raison aux vues émises en 1904 par U. Rossi, qui attirait l'attention sur cette glande et admettait la production au niveau de l'hypophyse de deux sécrétions différentes, qui, au dire de Olivier, Schäfer et Vincent seraient l'une excitante et l'autre déprimante.

LUCIEN LAGRIFFE.

Considerazioni sulla patogenesi della malattia di Parkinson (Considérations sur la pathogénie de la maladie de Parkinson); par les Drs U. Rossi et G. Garbini 3 p. in-8° (Communication à la séance du 27 juin 1907).

Des trois théories pathogéniques de la maladie de Parkinson, la théorie musculaire est aujourd'hui la moins discutée; en effet, la théorie médullaire a depuis quelques années perdu beaucoup de terrain, et la théorie névritique est aujourd'hui presque complètement abandonnée, parce que dans la plupart des cas les nerfs des parkinsoniens n'ont pas été trouvés altérés.

En présence de la seule théorie musculaire, la question se pose de savoir si les lésions observées sont le résultat d'une myopa-

©BIUM

thie primitive, ou si elles ne représentent qu'un fait de localisation élective d'un processus plus général et de nature probablement toxique.

Cette dernière opinion ne peut guère être soutenue pour les cas où la maladie dure de longues années, plus de quinze ans par exemple, car on ne peut concevoir que pendant une période très longue une substance toxique puisse circuler dans le sang sans provoquer de lésions du névraxe si prompt ordinairement à réagir aux diverses excitations. Cela pourrait à la rigueur se concevoir au début de la maladie, mais non à la fin. On devrait rencontrer dans quelques segments de la moelle des lésions cellulaires secondaires à celles du système musculaire.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer jusqu'à sa mort un parkinsonien dont la maladie a duré environ vingt-cinq ans. L'étude microscopique de la moelle de ce malade, faite d'après les méthodes de Weigert, Nissl et Ramon y Cajal, leur ont permis de mettre en évidence des lésions des deux substances ; ces constatations leur ont suggéré les remarques précédentes. Ils ne peuvent donc, au moins jusqu'à plus ample information, accepter toutes les idées de ceux qui soutiennent la théorie musculaire.

LUCIEN LAGRIFFE.

Il bagno tepido prolungato come sedativo. Osservazioni e ricerche sperimentali (Le bain tiède prolongé comme sédatif. Observations et recherches expérimentales) ; par le Dr Carlo Pontiggia. Broch. in-8°. Extrait de la *Gazzetta medica lombarda*, 1908.

Depuis quelques années, la tendance s'affirme de plus en plus en Italie de substituer d'autres moyens sédatifs à la contention mécanique pour le traitement ou la garde des aliénés agités. Mais là, comme dans les autres pays, la lutte s'est surtout circonscrite entre les partisans du no-restraint absolu et les partisans du no-restraint relatif. Des deux côtés, des exagérations ont été commises ; le débat est resté somme toute stérile parce que le terrain sur lequel il s'est livré était rien moins que pratique, en l'absence de toute enquête sérieuse sur les adjuvants chimiques et physiques du no-restraint (balnéation, alitement, sédatifs chimiques, etc.). L'auteur s'est proposé de combler l'une de ces lacunes en étudiant au manicome provincial de

©BIUM

Milan, à Mombello, la valeur thérapeutique du bain tiède prolongé comme sédatif ; la température du bain employé variait entre 35° et 36° C., et les malades y étaient plongées simplement recouvertes d'un drap de lit. Les observations ont porté sur un ensemble d'environ 110 femmes agitées au cours de l'année 1906 ; le nombre de bains administrés est monté à 716. La durée du bain a toujours été réduite au minimum possible, c'est-à-dire que les malades étaient retirées du bain au moment où l'on estimait que l'état d'agitation était fini pour un certain temps ; cette durée était donc établie par expérience individuelle.

Le nombre des bains administrés a atteint deux fois un maximum en juillet et en février, deux fois un minimum en mai et avril. Le plus souvent le bain a dû être prolongé pendant deux heures (234), un peu moins fréquent a été le bain de 8 heures (78) ; enfin ce n'est qu'exceptionnellement que le bain a dû être prolongé pendant plus de 10 heures et jusqu'à 72 heures (1 fois) ; dans ces cas de bains très prolongés, le résultat désiré n'a généralement pas été atteint.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas d'excitation hypomaniaque et maniaque. Dans les cas d'agitation anxieuse, les résultats furent presque toujours satisfaisants ; ensuite viennent : la folie maniaco-dépressive, la démence paralytique et la démence sénile avec angoisse. Les résultats ont été incertains dans la folie épileptique et dans la démence primitive juvénile ; enfin, ils ont été nuls dans l'imbécillité, dans l'idiotie et dans la folie morale.

Pendant l'année où dans cette section d'asile les bains furent systématiquement employés, le no-restraint a pu être appliqué d'une manière absolue, sauf au cours du mois de juillet, où la contention mécanique a dû être employée pendant peu de temps et presque exclusivement chez des malades atteintes de folie morale. Les sédatifs chimiques (bromures) n'ont été administrés qu'aux épileptiques, et les hypnotiques n'ont été que parcimonieusement distribués. Sans la présence de malades atteintes de folie morale, le no-restraint aurait pu être appliqué dans la section durant toute l'année.

La sédation de l'agitation voilà ce qu'en définitive la thérapeutique psychiatrique demande au bain tiède. Mais il est cependant intéressant de se demander ce qu'il advient de l'organisme humain plongé ainsi pendant des heures dans un bain, et c'est là l'objet du présent travail. Il a paru à l'auteur que le

©BIUM

meilleur moyen de mener à bien cette étude était d'étudier séparément les diverses fonctions qui commandent la nutrition générale et, parmi celles-là, il a choisi la première : la fonction gastrique. Il a remarqué que le bain prolongé au delà de vingt-cinq heures détermine une notoire hypochlorhydrie de cause probablement nerveuse et une diminution réelle du pouvoir digestif, alors que le bain de peu de durée (trois ou quatre heures) ne détermine aucune modification appréciable de la sécrétion gastrique. Il semble donc qu'il y ait lieu de s'enquérir du mode de fonctionnement de l'estomac des aliénés avant de les soumettre à la balnéation prolongée ; la création d'un état d'hypochlorhydrie étant susceptible de par son retentissement sur la nutrition générale de mettre obstacle à la récupération de l'intégrité physique et mentale. Lorsque le bain prolongé au delà de quelques heures devient cependant nécessaire, il semble à l'auteur qu'il y a intérêt à user de bains fractionnés de trois à quatre heures chacun, en évitant de nourrir le malade pendant le bain.

LUCIEN LAGRIFFE.

Contributo allo studio sperimentale della formula endofasica (Contribution à l'étude expérimentale de la formule endophasique) ; par le Dr Ettore Patini. Broch. in-8°. Typographie des sourd-muets. Naples, 1907.

Après l'envoi d'un questionnaire très détaillé inspiré de la technique de Toulouse, Vaschide et Piéron et de la méthode de Stricker, l'auteur a obtenu trente-deux réponses dont vingt et une seulement ont pu être utilisées par lui. Il est arrivé ainsi à peu de choses près aux mêmes résultats que ceux auxquels est arrivé Lemaître ; cependant il a pu noter un ensemble de particularités non encore signalées et dont les plus importantes sont les suivantes : dans le langage intérieur, le symbolisme, quel que soit son degré, doit représenter la règle; à côté du type indifférent de Charcot et du type mixte, il faut réserver une place au type à formule diverse que l'auteur a rencontré sept fois sur ses vingt et une observations : le type est caractérisé par ce fait que, aux manières d'être spéciales de l'activité psychique, correspondent obligatoirement et d'une manière

©BIUM

constante des manières d'être spéciales dans le mécanisme du langage intérieur.

L'auteur a noté fréquemment (sept fois) la coïncidence de vision de couleurs avec les images verbales ; il propose de donner à ce phénomène anciennement connu le nom d'*endophasie colorée*. Enfin, il a observé dans un cas l'intervention dans le mécanisme endophasique de la représentation cénesthético-graphique.

Il ne semble pas que nos connaissances sur le langage intérieur puissent à l'heure actuelle être utilisable en pédagogie expérimentale. Pour que la pédagogie puisse tirer parti de ces notions, il faudrait savoir quels sont les rapports qui relient les divers types endophasiques et les degrés de capacité mentale. Les recherches de Lemaitre à ce point de vue, n'ont encore donné que peu d'indications. D'ailleurs le problème est compliqué par les variations de la formule endophasique avec l'âge, le genre de travail, etc... Il faut souhaiter que désormais ces études qui jusqu'ici sont restées dans le domaine de la psychologie individuelle, soient continuées et orientées dans le sens pratique qui leur permettront d'être utilisées pour la pédagogie et par conséquent pour le progrès humain.

LUCIEN LAGRIFFE.

Le malformazioni ed eterotopie artificiali del midolla spinale. Ricerca sperimentale. (Les malformations et hétérotopies artificielles de la moelle épinière) ; par les Drs Guido Garbini et Renato Rebizzi. Broch. in-8°. Extrait des *Annal del Manicomio Prov. di Perugia*, 1907.

Dans une première note déjà analysée par les *Annales* (*Annales médico-psychologiques*, 1908. Vol. I, p. 330), les auteurs avaient conclu que la moelle épinière, très résistante, ne peut être abimée que dans des conditions exceptionnellement réalisables et que le diagnostic différentiel entre les malformations et hétérotopies artificielles et les malformations et hétérotopies naturelles est facile. Ils relatent ici longuement leurs recherches au cours desquelles ils ont répété en les exagérant plutôt, les expériences de Van Gieson. Leurs expériences très bien suivies et longuement analysées leur permettent d'adopter les mêmes conclusions que précédemment :

©BIUM

toute confusion leur paraît impossible, et quatre tableaux de reproductions micro-photographiques annexés à cet intéressant travail, permettent à tous de se rendre compte que leur opinion est justifiée par les faits.

LUCIEN LAGRIFFE.

Importanza della reazione indossilica e diazoica nelle psicopatie (Importance des réactions indoxylique et diazoïque dans les psychopathies); par le Dr P. de Angelis. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della casa di salute Fleurent*. Naples, 1908.

Au cours du processus digestif, les albuminoïdes donnent naissance par l'intermédiaire des fermentations bactériennes de l'intestin à divers produits et particulièrement à de l'indol; celui-ci, grâce à des oxydations ultérieures, se transforme en indoxyle, lequel est à son tour éliminé sous forme d'indoxysulfate de potasse pour une part et, pour l'autre, sous forme de sulfo-conjugaison avec l'acide glycuronique; la recherche des indoxyles permet donc de constater le degré du processus digestif dans l'intestin. En raison de l'importance acquise en médecine mentale par l'étude des auto-intoxications, l'auteur a cherché à en évaluer le degré, et à en interpréter la signification dans les psychopathies et cela en employant la méthode d'Ehrlich.

Les recherches ont porté sur 97 malades; elles ont donné lieu aux constatations suivantes : la diazo-réaction d'Ehrlich se produit rarement au cours des psychopathies; lorsqu'elle se produit, elle est symptomatique d'une altération des échanges, due à un métabolisme anormal des substances albuminoïdes surtout; l'indoxylurie, lorsqu'elle se rencontre dans les diverses formes de psychoses, est l'indice d'une intoxication, mais n'a aucune valeur diagnostique particulière. L'une et l'autre réaction peuvent se rencontrer dans les psychoses toxi-infectieuses, sans aggraver le pronostic ni au point de vue somatique, ni au point de vue mental; au contraire, elles peuvent faire défaut dans les états où tout espoir de guérison est définitivement perdu.

LUCIEN LAGRIFFE.

©BIUM

Application de la diazo-réaction urinaire au pronostic de l'état de mal épileptique; par le Dr Paul Masoin, médecin en chef de l'asile des aliénés de Dave (Namur). Extrait du *Journal de Neurologie*. Bruxelles, 1907.

Dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine de Belgique, et dont nous avons rendu compte ici même en 1905, le Dr P. Masoin a établi que, dans l'épilepsie, la diazo-réaction d'Ehrlich, quand elle existe, ce qui est loin d'être toujours le cas, n'est reliée par aucun lien direct de causalité à la crise convulsive. C'est un symptôme collatéral, surajouté, indice du trouble profond que subissent les échanges cellulaires primordiaux. Peut-il servir à éclairer le pronostic de l'état de mal épileptique? Telle est la question nouvelle que se pose l'auteur dans ce nouveau mémoire.

De l'étude de seize observations, il résulte que « l'existence, à un moment donné, d'une diazo-réaction urinaire est d'un fâcheux pronostic dans l'état de mal épileptique, son absence impliquant, au contraire, des prévisions favorables ».

Toutefois, si l'absence du phénomène répond avec une grande probabilité à un pronostic favorable, son existence n'implique un pronostic fatal que dans les deux tiers des cas.

A. Cullerre.

A case of Narcolepsy, from a specific infection transmitted through five generations (Un cas de narcolepsie dû à une infection spécifique transmise à travers cinq générations); par le Dr Albert.-N. Blodgett, de Boston (Mass.). In-8°, 12 pages.

La narcolepsie est un syndrome que l'on rencontre ordinairement dans les états constitutionnels, goutte, rhumatisme, obésité, et dans les auto-intoxications d'origine hépatique, rénale et gastro-intestinale. L'auteur en a observé un cas qu'il croit pouvoir rattacher à une infection spécifique remontant à la troisième génération.

L'étude détaillée, non seulement de trois, mais de cinq générations dont tous les membres sont des tarés nerveux, est intéressante au point de vue clinique; mais elle ne prouve pas qu'il faille imputer tous ces cas de chorée, de cécité, de démence, d'hystérie, de narcolepsie, d'imbécillité, de folie morale, à la

©BIUM

vérole de l'aïeul. A part la paralysie générale et le tabes, maladies dans la production desquelles l'infection spécifique joue incontestablement un rôle — et encore faut-il, à de très rares exceptions, qu'elle ait été contractée par la victime elle-même de ces affections — il ne semble pas conforme à l'observation de lui attribuer une puissance étiologique aussi universelle.

A. CULLERRE.

Degeneratie. Eene copulativogene correlatiestoornis (Dégénérescence. Un trouble de la corrélation des germes); par W. H. Cox (d'Utrecht). Broch. in-8°. Extrait des *Psychiatrische en neurologische Bladen*, 1907, n° 1.

Ceci est un travail de biologie générale bien plus que de pathologie. M. Cox pense qu'il faut aller plus loin que la constatation clinique des phénomènes psychiques anormaux et rechercher leur genèse.

La dégénérescence si souvent invoquée n'est pas envisagée par M. Cox comme une dissolution de l'hérédité, mais comme une perte de la corrélation qui entraîne un défaut d'harmonie dans le développement de l'individu. Ainsi, parmi les idiots et les aliénés, qui sont bien des dégénérés, il y a plus d'hybrides des deux races blonde et brune que parmi les gens sains. Il s'ensuit que cette dégénérescence n'est pas fatalement progressive, qu'elle peut l'être, comme aussi être régressive ou simplement permanente pendant un certain temps.

PH. CHASLIN.

Sind Neurotoxine bei der Auslösung des epileptischen Krampfanfalls anzunehmen? (Doit-on admettre que des neurotoxines provoquent l'attaque d'épilepsie?); par le Dr Julius Donath, privat-docent à Budapest. Broch. in-8°. Extrait de la *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd. XXXIII.

Pour répondre à cette question, M. Donath injecte à des cochons d'Inde et à des chiens un cerveau entier de même espèce d'animal dans le péritoine. Comme il ne se produit aucun signe de convulsion, il en conclut qu'il n'y a pas lieu d'admettre l'hypothèse des neurotoxines agissant dans l'épilepsie.

PH. CHASLIN.

©BIUM

La mente di Girolamo Cardano (L'état mental de Jérôme Cardan) ; par Enrico Rivari. 1 vol. in-8°. Bologna, Zanichelli, 1906.

On sait que Cardan, célèbre mathématicien et médecin, a toujours passé pour un aliéné, et plusieurs auteurs, dont Lombroso, lui ont consacré des études. En voici une nouvelle, mais où l'auteur s'efface derrière son malade, en le laissant parler pour ainsi dire lui-même au lecteur. Ce qui est facile, car Cardan a publié ses œuvres où il se raconte lui-même avec une franchise qui va jusqu'au cynisme. Cet homme, hystérique, obsédé, superstitieux, fils de détraqués, père de criminel et de dégénéré, était aussi un homme de génie qui a découvert les rapports de la folie et du crâne avec les malformations congénitales, et avait signalé, par exemple, les fameuses oreilles en anse, et tant d'autres stigmates comme le mancinisme, les anomalies craniennes et de la face, etc. C'est un livre documentaire vraiment fort bien fait et précieux. Mais, en conclurons-nous que les hommes de génie sont tous des dégénérés?

PH. CHASLIN.

Rassegna et contributo clinico alla dottrina della frenosi sensoria (Revue et contribution clinique à la doctrine de la folie sensorielle) ; par le Dr Giovanni Motti. Broch. in-8°. Aversa, fratelli Noviello, 1906.

Le professeur Bianchi, comme l'on sait, soutient que dans la confusion mentale primitive, ce sont les hallucinations qui sont le fond et l'origine du trouble mental ; c'est donc un délire hallucinatoire (frenosi sensoria). M. Motti se range à cette opinion, et il veut faire rentrer dans ce cadre beaucoup de cas décrits sous le nom de confusion et de démence précoce.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Protestant hopital for the insane. Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year 1907. 63 pages in-8°, avec planches. Montreal, 1908.

Matteawan State hopital. Forty-eighth annual report of the

©BIUM

medical superintendent for the year ending september 1907. 52 pages in-8°. Fiskill-on-Hudson, New-York. S. d.

G. Oddo. Maladies de la moelle et du bulbe (non systématisées). Poliomyélites, sclérose en plaques, syringomyélie. 1 vol. in-12 (376 pages, avec figures) de l'*Encyclopédie scientifique*. Paris, Octave Doin, 1908.

André Riche. Les états neurasthéniques. Diagnostic et traitement. 1 vol. de 95 pages des *Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1908.

René Cullerre. Des rétractions tendineuses et de l'amyotrophie consécutives aux attitudes stéréotypées dans les psychoses. 129 pages in-8°, avec figures. Paris, Bonvalot-Jouve, 1908.

Dannemora state hospital for insane convicts. Eighth annual report of the medical superintendent, for the year ending september 30, 1907. 200 pages in-8°. S. l. n. d.

José Ingegnieros. Nuova classificazione dei delinquenti. 1 vol. in-12 (80 pages) de la *Biblioteca di Scienze sociali e politiche*. Milan, Remo Sandes, 1907.

Seventeenth annual report of the managers of the Rochester state hospital to the state Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1907. 43 pages in-8°. Albany, 1900.

Gaetano Martini. Alcune osservazioni sul lavoro degli alienati. 15 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria e Tecnica manicomale*, 1907.

— La curva del lavoro meccanico esterno nei dementi lavoratori. 7 pages in-8°. Extrait du *Ramazzini. Giornale italiano di medicina sociale*. Firenze, 1908.

Victor Delfino. El alcoholismo y sus efectos en el individu, la familia y la sociedad. 191 pages in-12, avec une préface du Dr José Scoseria. Madrid, F. Granada y Ca, 1907.

Bernheim (de Nancy). Neurasthénies et psychonévroses. 75 pages in-8°. Paris, O. Doin, 1908.

— Conception du tabes. 9 pages in-8°. Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, 1907.

— Définition et traitement curatif de l'hystérie. Psychothérapie de la diathèse hystérique. 32 pages in-12. Extrait de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique. Journal des Praticiens*. Paris, 1907.

Fifty-ninth annual report of the Board of trustees and superintendent of the central Indiana hospital fort insane, at Indianopolis, Ind., for the year ending september 30, 1907. 56 pages in-8°. Indianopolis, 1908.

L. Marchand. Voies acoustiques. 9 pages in-8°, avec planches. Extrait du *Bulletin de laryngologie, otologie et rhinologie*, 1908.

©BIUM

Report of Committee on training schools for nurses. 24 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, juillet 1907.

Paul Kronthal. Nerven und Seele. 1 vol in-8° de 431 pages, avec 139 figures dans le texte. Iena, Gustav Fischer, 1908.

Otto Ranke. Beiträge zur Lehre von der Meningitis tuberculosa. 96 pages in-8°, avec planches. Extrait des *Histologischen und histopathologischen Arbeiten* du prof. F. Nissl. Tome II, 1908.

Fifty-fourth annual report of the trustees of the Taunton insane hospital, for the year ending november 30, 1907. 52 pages in-8°. Boston, 1908.

Laquerrière. La faradisation localisée dans l'étude des troubles sensitifs ; son importance médico-légale. 7 pages in-8°. Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Paris*, janvier 1908.

E. Benon. L'alcoolisme à Paris. Travail statistique du service spécial des alcooliques du département de la Seine (Ville-Evrard). 16 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1907.

A. D'Ormea. Ricerche sul ritmo respiratorio nei dementi precoci. 33 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, janvier 1908.

Alphonse Maeder. Contributions à la psycho-pathologie de la vie quotidienne. 5 pages in-8°. Extrait des *Archives de psychologie*, juillet-août 1906.

— Nouvelles contributions à la psychopathologie de la vie quotidienne. 17 pages in-8°. Extrait des *Archives de psychologie*, février 1908.

Gaetano Boschi. Sulla indossiluria nei malati di mente. Ricerche. 7 pages in-8°. Extrait de *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*. 1907.

Primo elenco degli scritti del Prof. Enrico Morselli (1870-1906). 28 pages in-8°. Extrait des *Ricerche e studi di psichiatria, nevrologia, antropologia e filosofia*. 1907.

Gilbert Ballet. Leçon d'inauguration de la chaire d'Histoire de la Médecine de la Faculté de Paris. 45 pages in-8°. avec figures. Extrait de la *Presse médicale* du 18 mars 1908,

Max Kauffmann. Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. Erster Teil : Die progressive Paralyse, 188 pages in-8°, avec tracés. Iena, Gustav Fischer, 1908.

G. Boschi et G. Franchini. Intorno alla reazione di alcuni malati di mente alla prova congiuntivale di Calmette. 22 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, 1908.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'août 1908 : M. le Dr Charpentier (Joseph), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), est promu à la 1re classe de son grade (4.000 fr.);

MM. les Drs Kéraval et Sérieux, médecins en chef de l'asile de Ville-Evrard, sont nommés médecins en chef de l'asile de Maison-Blanche (postes créés);

MM. les Drs Bonnet, directeur-médecin de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), et Rogues de Fursac, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, sont nommés médecins en chefs de l'asile de Ville-Evrard;

M. le Dr Capgras, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard;

M. le Dr Rodiet, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yves, à Rouen (Seine-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher);

M. le Dr Simon, médecin-assistant à l'asile Sainte-Anne, à Paris, est nommé médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon, et placé dans la 2e classe de son grade (3.000 fr.);

— *Arrêté de septembre* 1908 : M. Thourel, avocat à Marseille, ancien procureur général, conseiller général des Bouches-du-Rhône, est nommé directeur administrateur de l'asile public d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), en remplacement de M. Pichon, décédé.

— *Arrêté d'octobre* 1908 : M. le Dr J. Dagonet, médecin en chef des asiles de la Seine, est nommé médecin en chef du service des femmes de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le Dr Paul Dubuisson, décédé.

NÉCROLOGIE

Dr Paul Dubuisson. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le Dr Paul Dubuisson, décédé le 12 septembre 1908, aux Andelys (Eure), dans sa soixante et unième année.

©BIUM

Paul-Emile Dubuisson était né à Rouen, le 27 octobre 1847. Après de bonnes études classiques au lycée de sa ville natale, il vint à Paris et se fit inscrire à l'Ecole de droit. Reçu licencié, il aborda la médecine et s'y donna tout entier, se réservant toutefois quelques heures, chaque jour, pour s'assimiler la philosophie positive à laquelle il s'était rallié et dont les principes devaient avoir une influence capitale autant sur la direction de sa vie morale que sur le développement de ses idées générales. Comme bien d'autres, il trouva dans la doctrine de Comte une certitude intellectuelle ainsi qu'un sentiment très élevé du devoir.

Dubuisson soutint sa thèse de doctorat en médecine, en 1874; elle a pour titre : *Des quatre sens du toucher et en particulier du sens de la musculation*. Ce travail fut très goûté; la Faculté lui décerna une médaille d'argent.

Une fois docteur, notre ami fit, en quelque sorte deux parts de sa vie : l'une consacrée à la propagation de ses idées philosophiques, l'autre à l'étude des maladies mentales et nerveuses. Ce n'est pas le lieu de nous arrêter longuement à la première, qui fut très active; rappelons cependant les leçons de Pierre Laffitte sur les grands types de l'humanité qu'il rédigea avec tant de soin et qui sont d'une lecture si agréable, et sa collaboration à la *Revue occidentale*, où, dans de nombreux articles sur les sujets les plus variés, il fait preuve de connaissances étendues, d'une vaste érudition et d'un sens critique des plus aiguisés.

Son savoir en pathologie mentale et nerveuse était des plus solides; il avait été à bonne école : élève assidu des cliniques de la Salpêtrière, il apportait dans l'examen des malades ce jugement sûr, cet esprit d'observation, ce bon sens, qui font les cliniciens de race. Aussi ses amis, qui appréciaient ses qualités, furent-ils heureux de le voir nommé en 1885 médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, dont il devait devenir quelques années après, un des médecins en chef.

Dubuisson, qui n'avait pas fait en vain ses études de droit, voulut les utiliser dans ses recherches médico-psychologiques. Il obtint de la Faculté de droit de Paris l'autorisation de faire un cours libre de médecine légale; il le fit pendant plusieurs années, à partir de 1891 : traitant d'abord *de la criminalité chez les aliénés* puis *des limites respectives de la criminalité et de l'aliénation*, etc.

Ces cours, très appréciés et très suivis, attirèrent sur lui l'attention des magistrats; une place de médecin-expert du tribunal de la Seine étant devenue vacante, il fut désigné pour l'occuper. Le nombre des affaires sur lesquelles il fut appelé à donner son avis est incalculable; il apportait dans la rédaction

©BIUM

de ses rapports médico-légaux un soin minutieux et un tact rare, toujours soucieux de la vérité clinique, ne se laissant jamais influencer par des raisons extra-scientifiques.

Ses travaux sur la médecine légale sont nombreux ; ils sont dignes du penseur qu'était notre ami. Ils furent insérés dans les *Archives d'anthropologie criminelle* de notre distingué confrère, le professeur Lacassagne ; il nous est impossible de les citer tous ; rappelons cependant ses deux importants mémoires, publiés en 1887, intitulés l'un : *Théorie de la responsabilité*, l'autre : *De l'évolution des opinions en matière de responsabilité* ; puis son travail sur les *voleuses de grands magasins*, et un *Essai sur la folie au point de vue médico-légal*. Dans sa notice nécrologique sur Dubuisson, le professeur Lacassagne nous apprend que notre ami regretté publia, dans les *Archives d'anthropologie criminelle* de 1906, sous le pseudonyme de Désiré Mereaux : *Histoire d'un duel entre deux mentalités*, « article fin et juste sur l'abîme qui sépare les médecins et les hommes de loi ». « Ce fut comme son testament de médecin-légiste », ajoute notre confrère.

Dubuisson, qui était d'une constitution robuste, se plaignait dans ces derniers temps de malaises vagues qu'il attribuait à un commencement d'intoxication par l'oxyde de carbone, échappé d'un calorifère placé au-dessous de son cabinet. Il se trouva dans la pénible nécessité d'abandonner d'abord ses travaux de médecin-légiste ; mais, ce repos partiel ne suffisant pas, il dut demander un congé prolongé en juillet dernier. Il quitta l'asile Sainte-Anne pour sa maison de campagne de Fay-le-Bac (Seine-et-Marne). L'amélioration ne se produisant que lentement, il crut qu'un séjour au bord de la mer contribuerait davantage à sa guérison. Il se rendit à Dieppe ; mais, le 12 septembre, son état s'étant aggravé, son fils, receveur des finances, vint le chercher pour le ramener chez lui, aux Andelys. Vers le soir, notre ami, pris d'un mal subit, se leva, se plaignant de douleurs atroces au cœur, puis retomba dans les bras de son fils. Il était mort d'une rupture du cœur.

Dubuisson était une belle intelligence et un grand cœur. Sa modestie était en quelque sorte proverbiale ; jamais il ne rechercha les honneurs. Il ne trouvait de satisfaction que dans les joies de la famille, dans le commerce de l'amitié, et surtout dans l'accomplissement de son devoir. Il fut, dans la plus haute et la plus complète acception du terme, un honnête homme.

Selon son désir formel, notre ami regretté fut incinéré. L'incinération eut lieu au four crématoire du cimetière du Père-Lachaise, le mardi 15 septembre, à 11 heures. Six discours ont été prononcés au milieu d'une nombreuse assistance : M. de la Moutte, chef de bureau des Asiles de la Seine, a pris la parole

©BIUM

au nom du Préfet de la Seine; M. le Dr Vallon, au nom des médecins des asiles de la Seine; M. le Dr Ant. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; M. le Dr Marcel Briand, au nom de la Société médicale des asiles de la Seine; M. Emile Corra, au nom de la Société positiviste; M. Keufer, au nom des prolétaires positivistes. Nous reproduisons ci-après les discours de MM. Ritti et Briand. — A. R.

Discours de M. le Dr ANT. RITTI, *au nom de la Société médico-psychologique.*

MESSIEURS,

La Société médico-psychologique est, depuis un an, bien douloureusement éprouvée : l'impitoyable faucheuse frappe dans nos rangs avec un cruel aveuglement. Après Christian, dont le nom est synonyme d'honneur professionnel et de probité scientifique, Marandon de Montyel, qu'un mal inexorable enlevait prématurément à la médecine mentale qu'il cultivait avec une ardeur méritoire. Hier, c'était Mitivié, qui représentait parmi nous une tradition illustre, celle d'Esquirol; aujourd'hui, c'est notre excellent collègue et ami, Paul Dubuisson, dont nous pleurons la mort subite, alors que tout nous permettait d'espérer le rétablissement de sa santé, momentanément ébranlée par des excès de travail.

Dubuisson n'était venu à la médecine mentale qu'après de fortes études philosophiques. Il appartenait à l'Ecole positiviste. Disciple d'Auguste Comte et de Pierre Laffitte, il avait puisé dans l'enseignement de ces penseurs éminents, cet esprit de méthode, ce goût des idées générales qui caractérisent toutes ses productions; il y acquit surtout cette conviction que l'étude de la nature humaine, celle des fonctions intellectuelles et morales, devait, pour progresser, passer du domaine de la métaphysique dans celui de la science, où lui seraient appliqués tous les procédés usités en biologie, et, en particulier, le procédé pathologique. « L'homme, a dit, en effet, Broussais, n'est « connu qu'à moitié, s'il n'est observé que dans l'état sain; « l'état de maladie fait aussi bien partie de son existence « morale que de son existence physique. » La force même de ses idées doctrinales amena donc notre ami à l'étude de la médecine mentale.

Ce fut l'hospice de la Salpêtrière, où se trouvent à la fois des maladies mentales et des maladies nerveuses, qu'il choisit comme champ d'observation. Pendant de nombreuses années, on le vit suivre avec une rare assiduité les services du professeur Charcot et d'Auguste Voisin, recueillant des matériaux

©BIUM

avec le soin le plus minutieux, s'exerçant au diagnostic si délicat des diverses névroses et psychoses, ne perdant en un mot aucune occasion de s'instruire. Aussi, lorsqu'en 1885, l'Administration le nomma médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, on peut dire qu'il était prêt, qu'il serait à la hauteur de la mission qui lui était confiée.

Ce n'est ni le lieu, ni le moment de rendre compte des importantes publications de notre collègue ; il en est deux cependant qui méritent d'être signalées en raison de leur importance en philosophie biologique. Et d'abord sa très remarquable thèse de doctorat, qui traite des quatre sens du toucher et en particulier du sens de la musculation. Cette dissertation inaugurale, qui valut à son auteur la note *extrêmement satisfait*, développe, avec toutes les preuves à l'appui, une opinion chère à Blainville et à Auguste Comte, c'est que, contrairement aux assertions des physiologistes, le sens du toucher n'est pas un sens simple, mais un composé de quatre sens distincts : le tact, la musculation, la calorition et l'électrition. Ce travail, écrit en une langue claire, est un exposé, à la fois méthodique et critique, d'une question biologique encore controversée ; il est cependant de bons juges qui prétendent que les théories soutenues, il y a plus de trente ans, par notre collègue, ont toute chance d'être bien près de la vérité.

La seconde publication que je crois devoir rappeler ici, est une brochure sur Gall et la fondation de la théorie cérébrale ; elle vint à son heure. Charcot et son école venaient de remettre au jour le principe des localisations cérébrales ; une nuée de travailleurs, armés de la méthode anatomo-clinique, s'appliquaient, sous la direction du maître, à découvrir les fonctions des divers départements de l'écorce cérébrale. C'était, après un assez long intervalle, renouer une tradition. Ce qu'entreprenaient Charcot et ses élèves avec des méthodes nouvelles et plus précises, Gall et ses disciples l'avaient tenté dans les premières années du XIX^e^ siècle. Cette tentative, curieuse et intéressante, Dubuisson l'exposa en historien impartial. Il s'appliqua à démontrer que si, dans l'œuvre de l'illustre savant, il y avait une part aisée à critiquer, il y en avait une aussi qui était demeurée au-dessus de toute critique. Certains principes établis par lui font partie de notre capital scientifique. Il faut savoir gré à notre collègue d'avoir remis ces principes en lumière ; car s'ils sont aujourd'hui généralement acceptés, on n'en connaît guère l'origine. Cette courte brochure, d'une lecture si attachante, révèle un érudit sagace, et aussi un philosophe pour qui le progrès scientifique est un fait d'évolution et non de générations spontanées successives.

Dubuisson fut élu membre titulaire de notre compagnie,

©BIUM

dans la séance du 18 mai 1885, à la suite d'un savant rapport de notre tant regretté Bouchereau. Il suivit avec assiduité nos travaux pendant les premières années; mais les occupations absorbantes d'expert près les tribunaux allaient prendre tout son temps disponible; nous ne devions plus le revoir à nos séances que de loin en loin.

On comprend les succès de notre collègue dans la médecine légale des aliénés. Il avait, pour y réussir, toutes les qualités requises : connaissance du droit, érudition étendue en pathologie mentale, expérience clinique profonde, jugement droit et sûr. Il est peu de causes délicates de ces dernières années, où il n'ait été appelé à donner son avis, et cet avis était toujours marqué au coin du bon sens et de la vérité scientifique. La réputation justifiée qu'il avait acquise, lui avait attiré la confiance des magistrats; aussi, les affaires s'accumulaient sur son bureau. L'ardeur qu'il mettait à les étudier et à les résoudre, contribua pour une large part à altérer sa santé, cependant si robuste.

De ces nombreux rapports qu'il avait amassés, depuis près de vingt ans, il se proposait de s'inspirer pour une série de travaux de médecine légale des aliénés. Déjà, il avait publié un très intéressant mémoire sur les vols dans les grands magasins : d'autres devaient suivre, lorsqu'une mort impitoyable est venue mettre à néant tous ces plans et projets de publications.

Mon cher Dubuisson, permettez à un ami de plus de trente ans et qui a su apprécier vos belles qualités, de vous dire, en cet adieu suprême, que vous avez été un de ces hommes dont l'honnêteté, la droiture, la bienveillance attiraient l'estime universelle; vos mérites, et j'ajouterai, vos vertus vous ont acquis les sympathies les plus vives; à tous ceux qui vous ont connu, ils laissent un impérissable souvenir.

Puisse l'expression sincère des regrets de la Société médico-psychologique, dont je suis ici l'interprète attristé, apporter quelque adoucissement à l'immense douleur de la famille qui vous pleure; à ses larmes amères, nous mêlons les nôtres; comme elle, nous conserverons pieusement votre mémoire, qui est celle d'un esprit d'élite et d'un cœur excellent.

Adieu, cher ami, adieu.

Discours du Dr Marcel Briand, *Président, au nom de la Société médicale des asiles de la Seine.*

Mesdames, Messieurs,

La Société médicale des Asiles de la Seine, qui s'honorait de compter le Dr Paul Dubuisson parmi ses membres, ne pou-

©BIUM

vait assister à la fermeture de l'urne funéraire destinée aux cendres de notre regretté collègue, sans lui adresser un cordial et dernier adieu.

Nous le savions souffrant depuis quelque temps, mais nous espérions que sa robuste constitution pourrait triompher du mal qui le tenait éloigné de nous. Nos espérances furent déçues, lorsque, brusquement, se répandit dans les Asiles la triste nouvelle de sa mort subite.

Sans avoir la prétention de faire ici de lui l'éloge qu'il mériterait, on peut rappeler que le Dr Dubuisson se montra en toutes les circonstances de sa vie, un homme de devoir, dans l'acception la plus élevée du mot.

Il considérait, en effet, que le devoir trouvait toujours une récompense suffisante dans la satisfaction de l'avoir accompli. Cette formule, à la fois si simple et si noble, qui présidait à ses actes, fit de son existence celle d'un sage n'ayant d'autre ambition que de bien faire.

Tous ceux qui l'ont connu savent, qu'en adoptant cette règle de conduite, il mettait simplement en pratique la morale découlant des conceptions philosophiques d'une doctrine dont il fut l'un des plus fervents adeptes.

Le Dr Paul Dubuisson recherchait dans le travail l'oubli des mille soucis de l'existence; nous l'avons entendu répéter maintes fois que l'examen d'un cas délicat de médecine légale était, pour lui, une panacée à toutes les petites misères de la vie. Ceci n'est pas fait pour surprendre ceux qui n'ignorent pas que Paul Dubuisson, après être passé par l'Ecole de droit, avait été amené à l'étude de notre spécialité par le désir d'étendre le champ de ses investigations philosophiques, pour les appliquer ensuite à la médecine légale.

On peut dire qu'il a pleinement réussi dans l'accomplissement de la tâche qu'il s'était tracée.

Son aménité toujours sans bornes, l'accueil bienveillant qu'il faisait aux plus humbles, laisseront du Dr Paul Dubuisson un impérissable souvenir dans la mémoire de tous ceux qui l'ont approché.

La Société médicale des Asiles perd en lui un de ses membres des plus distingués, tant par son érudition que par l'élévation de son caractère.

Puisse ce trop court hommage rendu à l'homme de bien que fut le Dr Dubuisson, apporter quelque adoucissement à la douleur des siens.

Mon cher collègue et ami, au nom de la Société médicale des Asiles, dont vous avez été le vice-président, je m'incline respectueusement devant le brasier qui vous consume et je vous adresse un suprême et bien confraternel adieu.

©BIUM

Les aliénés en liberté (*suite*).

83. *Agression violente.* — Un ancien soldat de l'infanterie coloniale, qui séjourna longtemps aux colonies, M. Gabriel Laumont, âgé de trente ans, domicilié avec sa mère rue Burnouf, devint subitement fou, hier soir, vers 7 heures. Il crut voir d'énormes serpents dans l'appartement. Décrochant un revolver d'ordonnance, il l'arma rapidement, et, malgré les protestations d'un locataire qui se trouvait chez lui à ce moment, il tira sept coups de feu dans le couloir d'entrée.

Un employé de la Compagnie des Omnibus, M. Léon Eckmann, quarante ans, qui passait sur le palier, reçut l'un des projectiles dans la jambe gauche et dut être conduit à l'hôpital Saint-Louis.

Le dément a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du dimanche 9 août 1908.)

84. *Tentative de suicide.* — On lit dans *le Journal* (numéro du dimanche 9 août 1908) : Le château de M^me^ veuve Fleury, rentière à Châtenay-en-France, canton d'Ecouen, en Seine-et-Oise, vient d'être le théâtre d'un drame imprévu.

La châtelaine avait accordé l'hospitalité à un ancien employé supérieur de la Banque de France, M. Jean-Baptiste-Aimé Ollivier, demeuré veuf, à l'âge de quarante-cinq ans, avec deux ravissantes fillettes, de onze et neuf ans.

Des troubles cérébraux, se produisant à des intervalles très rapprochés, avaient obligé M. Ollivier à une retraite prématurée.

Hanté par cette idée que, fatalement, il allait devenir la proie de la folie, il entrait à 7 heures du matin, dans un petit bureau-salon, au rez-de-chaussée du château de M^me^ Fleury, approchait un revolver de sa tempe droite, et pressait la détente.

Le projectile, après avoir labouré le cerveau, ressortit par l'os occipital et alla se perdre dans les boiseries de la pièce.

La gendarmerie de Louvres et M. le docteur Bruel ont procédé aux constatations d'usage.

85. *Agressions violentes.* — Pris d'une crise de fureur alcoolique, un ouvrier tailleur, Antoine Bouillot, âgé de trente-cinq ans, demeurant rue des Boulangers, se précipita sur des passants, boulevard de l'Hôpital, et les mordit cruellement. Des agents accourus voulurent maîtriser le forcené, qui sortit alors un couteau de sa poche et frappa de tous côtés.

Dans la lutte, M. Auguste Annet, corroyeur, domicilié rue Poliveau, eut l'annulaire de la main droite tranché d'un

©BIUM

coup de dent. Un ouvrier plombier, Félix Noret, demeurant rue du Château-des-Rentiers, fut atteint d'un coup de couteau au sein gauche, et un journalier, Jules Mutay, demeurant rue des Gobelins, fut blessé à la cuisse droite. L'ivrogne a été conduit au Dépôt. (*Le Journal*, numéro du jeudi 13 août 1908.)

86. *Homicide.* — On télégraphie de Béziers au *Journal* (numéro du samedi 15 août 1908) :

Un drame sanglant, dont le héros est un fou, vient de consterner la paisible population de Lespignan et d'éprouver doublement une honorable famille d'entrepreneurs de ce village.

Hier soir, vers 7 heures, la famille Durand, composée du père, de la mère, du fils cadet, de la fille et de l'oncle, M. Fernand Cugnenc, un vieillard de soixante-cinq ans, s'était réunie dans la cour attenant à la maison qu'elle occupe et commençait le repas du soir. Comme le fils aîné de M. Durand n'était pas encore à table, ses parents l'appelèrent. Pour toute réponse, un coup de feu retentit, atteignant M. Cugnenc. Celui-ci, le visage ensanglanté, s'affaissa sur la table. Auguste Durand, son neveu, venait de tirer sur lui, d'une fenêtre de l'habitation, située à 3 mètres de hauteur, un coup de fusil qui l'avait mortellement frappé à la joue, au crâne et à l'épaule.

Le meurtrier, descendant aussitôt après dans la cour, se dirigeait vers ses parents affolés et, tranquillement, leur livrait son arme en leur disant : « Maintenant, tuez-moi ! » On l'incarcéra à la geôle municipale, en attendant l'arrivée du Parquet.

Ce malheureux, qui avait déjà fait, à deux reprises différentes, un séjour à l'hôpital de Béziers, où l'on avait traité sa folie naissante, avait porté, il y a quelques jours, un coup de couteau à sa mère, qu'il avait atteinte au bras

Il a été conduit à la prison de Béziers, en attendant son transfert dans une maison d'aliénés.

87. *Homicide.* — On télégraphie de Montpellier au *Journal* (numéro du dimanche 16 août 1908) :

Le nommé Cyprien Bourdouze, âgé de vingt-neuf ans, a tué la dame Alphonsine Dupy, vingt-cinq ans, épouse Flottes, du hameau de Taillevent, qui lavait du linge dans la rivière, en compagnie de sa mère. Le meurtrier s'est acharné sur sa victime à coups de couteau et l'a jetée à l'eau.

Il s'est dirigé ensuite sur le Bousquet-d'Orb, où il a été arrêté sans opposer de résistance.

La victime était mariée depuis quelques mois seulement et était à la veille d'accoucher.

Bourdouze était sorti depuis deux ans de l'asile des aliénés de Montpellier. Il avait eu des malheurs conjugaux, qui lui avaient fait prendre en grippe le sexe auquel il doit son épouse.

©BIUM

C'est évidemment au cours d'un accès de folie qu'il a commis son crime.

88. *Tentatives de meurtre et de suicide.*— On télégraphie d'Oran au *Journal* (numéro du samedi 22 août 1908) :

A Colomb-Bechard, dans la nuit de dimanche à lundi, vers minuit, le camp des tirailleurs, installés derrière la redoute, fut mis en émoi par trois détonations. Les sentinelles crièrent : « Aux armes ! » et le poste accourut vers l'endroit d'où étaient partis les coups de feu.

On trouva un tirailleur français étendu à terre, le crâne fracassé. Le malheureux s'était suicidé. Il avait le gros orteil du pied gauche crispé sur la gâchette de son fusil.

L'enquête a permis d'établir que ce tirailleur, nommé B..., donnait, depuis quelque temps, des signes d'aliénation mentale, et avait la monomanie de la persécution. Il avait tiré les deux premiers coups de son arme sur la tente de son adjudant et de son sergent, puis s'était fait sauter la cervelle.

89. *Excentricités.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du lundi 24 août 1908) :

Le commissaire de police Grabfunder, de Francfort-sur-le-Mein, est devenu subitement fou. Il a arrêté un agent de police, l'a condamné à vingt-cinq ans de travaux forcés, puis a adressé à l'empereur un télégramme dans lequel il lui annonce qu'il condamne tous les sergents de ville d'Allemagne aux travaux forcés, et prie Sa Majesté de ne pas les gracier.

90. *Suicide.* — La comtesse de Sabatier, qui donnait depuis quelque temps déjà des signes de mélancolie profonde, s'est tiré un coup de revolver. Quand, au bruit de la détonation, on accourut, elle respirait encore, et un médecin fut mandé; mais, malgré les soins qui lui furent donnés, elle succomba sans avoir repris connaissance. La balle, de fort calibre, avait perforé le poumon gauche. La comtesse de Sabatier, qui demeurait rue Lesueur, 18, avait, il y a quelques années déjà, éprouvé de grands chagrins et sa santé s'en était ressentie (*Le Temps*, numéro du mardi 8 septembre 1908.)

91. *Tentative de suicide.* — On lit dans *le Journal* (numéro du vendredi 11 septembre 1908) :

Un artiste peintre, M. X..., qui habite Auteuil, se présentait hier soir à la Salpêtrière et réclamait l'admission de sa femme, qui donnait depuis longtemps déjà des signes d'aliénation mentale et qu'il accompagnait.

L'heure étant tardive, les formalités d'admission ne purent être remplies.

M. X... fut contraint de rentrer chez lui avec la malade.

En cours de route, celle-ci s'échappa et s'enfuit en courant.

Son mari se précipita derrière elle et la rattrapa au moment

©BIUM

où, après avoir traversé le pont d'Austerlitz, elle descendait sur le quai de la Râpée et se disposait à se jeter dans le fleuve.

L'artiste peintre ne put maîtriser la démente, qui se débattait énergiquement. Voyant alors que seul il ne pourrait contrarier ses funestes projets, il sortit son revolver et tira en l'air, afin d'attirer des passants ou des agents.

Des gardiens de la paix accoururent effectivement.

La pauvre folle, ayant réussi à se délivrer, venait, à ce moment, de s'élancer dans la Seine.

Elle put être bientôt heureusement, en dépit de sa résistance, retirée saine et sauve.

M. Boutineau, commissaire de police du quartier des Quinze-Vingts, l'a fait diriger sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

92. *Homicide.* — On lit dans *le Temps* (numéro du vendredi 11 septembre 1908) :

Hier à midi, pendant le repas, le capitaine Roux, du 13e Chasseurs, à Valence, eut une discussion avec son fils Ernest Roux, étudiant, âgé de seize ans, pour un motif futile. Celui-ci ayant répondu sèchement à une question de son père, ce dernier le saisit par le cou, le jeune homme tenta de fuir, mais son père saisit un revolver d'ordonnance et il tira une balle sur son enfant, qui s'affaissa.

Le jeune homme succomba quelques instants plus tard; le projectile, qui était entré dans le front, au-dessus de l'œil droit était ressorti derrière la tête. Aux cris poussés par Mme Roux, des voisins accoururent et s'emparèrent du meurtrier, qui gesticulait avec son revolver.

Depuis quelque temps, le capitaine Roux, qui remplissait les fonctions de capitaine d'habillement au 13e Chasseurs, donnait des signes certains de dérangement cérébral. C'était un éthéromane qui n'absorbait pas moins d'un demi-litre d'éther chaque jour. Cet officier, qui est âgé de cinquante-quatre ans, est père de cinq enfants. Il devait prendre prochainement sa retraite à Commercy.

Le capitaine Roux a été interrogé par le juge d'instruction, à qui il a répondu d'une façon incohérente. Il a été conduit aussitôt à l'hospice.

93. *Suicide.* — Mme Reverchon, femme d'un commandant en retraite, officier de la Légion d'honneur, s'est suicidée dans la villa qu'elle habitait avec son mari et leur petite fille, rue de l'Hôpital, à Labergement-les-Seurre (arrondiss. de Beaune).

Dans la chambre à coucher du commandant se trouvait un fusil de chasse chargé. Mme Reverchon, s'étant levée pendant le sommeil de son mari et de son enfant, saisit l'arme qu'elle sortit de son fourreau en cuir, l'arma et appuya l'extrémité des canons entre ses deux yeux. Puis elle fit jouer la gâchette à l'aide d'une tringle à rideau en fer. La mort fut instantanée.

©BIUM

Mme Reverchon était neurasthénique. (*Le Temps*, numéro du jeudi 17 septembre 1908.)

94. *Tentative de suicide.* — On lit dans *le Journal* (numéro du lundi 21 seprembre) :

Mme veuve Marie B..., trente-sept ans, employée à Clichy, était atteinte depuis quelques mois de la folie de la persécution. Au cours d'une promenade qu'elle faisait, hier après-midi, sur les berges de la Seine, en amont du Pont-Royal, elle fut soudain prise d'une de ses crises habituelles, et, se croyant poursuivie par des ennemis imaginaires, elle se précipita dans l'eau.

Un marinier se porta à son secours et fut assez heureux pour ramener vivante sur la berge la pauvre déséquilibrée, que M. Bureau, commissaire de police des Halles, a fait diriger sur l'Infirmerie spéciale de la Préfecture.

95. *Suicide.* — L'avant-dernière nuit, M. Bulon, sous-chef d'équipe à Reims, parcourait la voie entre Reims et Witry, lorsqu'il découvrit le cadavre d'une femme coupée en deux et décapitée par un train. C'était le cadavre de sa femme, âgée de cinquante-cinq ans, atteinte de troubles cérébraux, qui, trompant la surveillance dont elle était l'objet, était allée se jeter sous un train. (*Le Temps*, numéro du mardi 22 sept. 1908.)

96. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans *le Temps* (numéro du mercredi 30 septembre 1908) :

Le nommé Désiré Couet, âgé de vingt-sept ans, jardinier à Gueux, près de Reims, qui avait été deux fois déjà interné à l'asile d'aliénés de Châlons, a tiré cinq coups de revolver sur M. Billot, propriétaire, conseiller municipal à Gueux, et l'a blessé grièvement. Couet avait été saisi à la requête de M. Billot, et il a voulu se venger; il a été arrêté et écroué.

Résumé. — Nous avons recueilli, dans les *Annales* de l'année 1908, 96 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités, le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies; enfin, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicides, fournissent un contingent des plus sérieux, ainsi que le montre le tableau statistique suivant :

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort.	29
Homicides et suicides.	23
Suicides et tentatives de suicide. . . .	19
Homicides	12
Excentricités	10
Incendies.	3
Total.	96

©BIUM

Ainsi, sur 96 cas relevés, il y a eu 35 homicides — plus du tiers — dont 23 ont été suivis du suicide de l'aliéné, après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, etc. (au nombre de 29), ainsi que des trois incendies. Ce qui intéresse surtout, c'est le compte des victimes faites par ces 96 cas d'aliénés en liberté. D'après le relevé, fait avec soin, il y a eu :

Blessés grièvement	44
Tués.	32
Morts par suicide	29
Total.	105

Ainsi, notre statistique donne 32 personnes tuées par des aliénés en liberté, 44 blessées grièvement, dont un grand nombre ont succombé ultérieurement ; enfin, 29 aliénés se sont suicidés, dont un bon nombre après avoir tué, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons enregistré plusieurs cas où les malades ont fait plusieurs victimes ; ainsi, un aliéné a tué quatre personnes, un autre trois, cinq en ont tué deux.

La plupart de ces crimes ont été commis par des aliénés qui depuis longtemps présentaient des troubles mentaux, et que la plus simple prudence aurait dû faire séquestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans des asiles ; quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou même s'en étaient évadés. — A. R.

LA SECTE DES AGAPÉMONITES

Le Temps publie, dans son numéro du jeudi 1er octobre 1908, l'intéressante lettre suivante de son correspondant de Londres, qui fournit un nouvel exemple — et des plus curieux — de délire religieux collectif :

« Le greffier de Spaxton, un village du comté de Somerset, recevait, ces jours derniers, l'avis d'avoir à se rendre à la résidence d'un certain M. Smyth-Pigott, pour y enregistrer la naissance d'un garçon. Le greffier déféra à cette invite ; on l'introduisit dans une opulente demeure, environnée d'un grand parc ; là, après avoir attendu quelques instants, il vit venir à lui M. Smyth-Pigott, le père, soutenant par le bras une jolie femme aux cheveux bruns, vêtue de blanches mousselines, la sœur Ruth, *son épouse spirituelle*. Un peu en arrière, et restant

©BIUM

à une respectueuse distance, apparut une autre femme, Mme Pigott, la *femme légale* du maître du logis. Le fonctionnaire municipal reçut alors les déclarations : l'enfant, fils de Pigott et de la sœur Ruth, né à Agapémone (Caxton), porterait le prénom de *Pouvoir*.

« C'est là, certes, un prénom fort étrange et tel que les Anglais n'ont pas coutume d'en donner à leurs nouveau-nés. Cependant, le greffier de Spaxton ne songea pas un instant à s'étonner; il trouva tout naturel que le fils portât un nom extraordinaire, puisque le père, à ce qu'il prétend, n'est autre qu'une incarnation nouvelle de Jésus-Christ, le Messie.

« La secte des Agapémonites, comme ils s'intitulent, dont la plupart vivent à Spaxton dans la belle résidence appelée *the Abode of Love* (la Retraite de l'Amour), dérive d'un frère Prince qui mourut en 1902, et qui, durant son existence, parvint à faire croire à ses disciples qu'il était le Saint-Esprit se manifestant parmi les hommes, pour leur bonheur. Quelques-uns des Agapémonites étaient riches; ils donnèrent tous leurs biens à la communauté, qui dispose maintenant de beaucoup d'argent. A la mort du frère Prince, c'est Smyth-Pigott qui prit la direction. Mais tandis que Prince se contentait d'être l'Esprit-Saint, le nouveau chef persuada ses disciples qu'il était Jésus-Christ en personne et qu'il avait le pouvoir de sauver tous ceux qui l'approcheraient.

« Il rencontra, il y a de cela quelques années, miss Ruth, une Wesleyenne, qui s'était dévouée à l'œuvre des Missions.

« L'impression qu'il produisit sur elle fut si vive qu'elle décida de venir vivre désormais dans le sanctuaire de l'Amour. Smyth-Pigott, encore qu'il fût déjà pourvu d'une épouse légitime, ne tarda pas à faire de sœur Ruth son épouse spirituelle, comme il dit. De cette union naquit, l'année passée, un enfant qui reçut le nom de *Gloire*, suivi d'un autre enfant, *Pouvoir*, ces temps derniers. La femme légitime, ni aucun des disciples ne prirent le moindre ombrage de cette union. Tout au contraire, la nouvelle qu'un autre rejeton était né à celui qu'ils révèrent comme un dieu, a amené à Spaxton un certain nombre de pèlerins agapémonites, désireux de prendre leur part de cet heureux événement.

« Il est assez difficile de savoir exactement en quoi consistent les croyances et les rites des Agapémonites; les membres de la secte gardent un parfait silence à cet égard. Ce qu'il y a de sûr, c'est que Smyth-Pigott exerce une véritable fascination sur tout son entourage. C'est un homme d'un âge moyen, aux regards prenants, à la voix mélodieuse. Il a été dans sa jeunesse enrôlé dans l'Armée du Salut. Quand il se proclama chef de l'Agapémonie, voici quelle fut sa profession de foi :

©BIUM

« Frère Prince, dit-il, a été appelé en présence du Seigneur, afin de préparer la voie pour la seconde venue de *Celui* qui a souffert à cause des péchés du monde, de préparer la voie pour la restauration de toutes choses. Moi qui vous parle, cette nuit, je suis le Seigneur Jésus-Christ, qui mourut, qui ressuscita et monta au ciel; je suis le Seigneur Jésus, venu de nouveau dans mon propre corps pour sauver de la mort et du jugement tous ceux qui m'approchent. Oui, je suis Celui qui vit; et regardez-moi, je suis vivant pour toujours... »

« Cependant, les personnes respectables du comté de Somerset se montrent au plus haut point choquées qu'un homme qui a l'audace de se proclamer le Seigneur vive ainsi publiquement en état de concubinage, au vu et au su de sa femme légitime, et qu'il prenne à témoin le monde de la naissance d'un nouveau bâtard. Les clergymen de la région s'agitent et s'indignent; ils en appellent aux pouvoirs publics pour qu'on mette au plus tôt un terme à cet abominable scandale, pour qu'on ferme le sanctuaire de l'Amour et qu'on enferme Pigott et ses suppôts dans une maison d'aliénés.

« Seulement, la loi ni les pouvoirs publics ne peuvent rien contre Pigott qui, s'il a déjà violé les lois divines, n'a pas jusqu'à présent transgressé les lois humaines. — *R. R.* »

FAITS DIVERS

Les impressions d'un pendu. — On lit dans *le Temps* (numéro du mardi 25 août 1908) :

Pendant la guerre de Sécession, il arriva au révérend J. T. Mann d'être pendu. C'est un de ces incidents qui marquent dans une existence; le révérend, qui vit encore, publie ses impressions dans une revue américaine :

« Je fus, dit-il, pris pour un espion au service des confédérés, et, comme tel, pendu au fort Barancas. J'étais depuis quatre minutes entre le ciel et la terre, au physique aussi bien qu'au moral, quand un officier me détacha, persuadé avec raison que j'étais victime d'une méprise. Ma première impression, lorsque le sol se déroba sous mes pieds fut que j'avais en moi une chaudière à vapeur sur le point d'éclater. Mes artères et mes veines paraissaient si tendues qu'il semblait que le sang dût se frayer violemment un passage au dehors. J'avais dans tout le système nerveux des piqûres atrocement douloureuses, telles que ni auparavant, ni depuis, je n'ai jamais rien éprouvé de pareil. J'eus ensuite l'impression d'une sorte d'explosion, quelque chose comme une éruption soudaine de volcan.

« Je ressentis alors un soulagement immédiat; bientôt

©BIUM

même la douleur fit place à une sensation si merveilleusement agréable que je voudrais encore l'éprouver, si je le pouvais, sans danger de mort. Une lumière opaline et laiteuse caressait mes regards ; un goût de sucre et de miel, d'une douceur inconnue, parfumait ma bouche ; je croyais m'envoler dans l'espace, laissant l'univers derrière moi ; j'entendais des milliers de harpes accompagner le concert de myriades de voix... Mon impression, quand on me détacha de la potence, fut aussi douloureuse que l'avait été le premier stade de ma pendaison ; ce fut littéralement un martyre. On eût dit que chacun de mes nerfs était le siège d'une souffrance particulière ; je ressentais dans le nez et dans les doigts des douleurs inouïes. Après une demi-heure, ces tortures s'apaisèrent mais, pour tous les trésors de l'Inde, je ne voudrais pas recommencer cette résurrection. »

Un drame de la folie à la Pitié. — Un drame s'est déroulé cette nuit à l'hôpital de la Pitié.

Le 26 août dernier, un homme de trente ans, nommé Charles Barloy, demeurant à Paris, 10, rue Dunois, était admis à l'hôpital de la Pitié, salle Piorry. Il s'y faisait aussitôt remarquer par son exaltation nerveuse. En outre, il se plaignait aux autres malades, ses voisins, de ressentir de vives douleurs dans la tête : « C'est, disait-il, comme si l'on m'enfonçait une vis dans le crâne et comme si l'on me comprimait en même temps dans un étau. »

Le 30 août dernier, à cinq heures du matin, il s'évada de l'hôpital à demi vêtu. Il se rendit au domicile de sa famille. Là, à force de prières et de conseils, ses parents parvinrent à le décider à réintégrer l'hôpital. Depuis lors, son exaltation paraissait s'accroître.

Cette nuit, vers deux heures, il se leva, et s'étant assis à une table placée au centre de la salle, il se mit à écrire au crayon sur des feuilles de papier et sur des cartes postales.

L'infirmier de garde, M. Julien Mercier, âgé de quarante ans, s'approcha alors de lui et l'exhorta à se recoucher. Barloy obéit. M. Mercier regagna le fauteuil où les infirmiers passent les nuits de garde. Tout à coup — il était environ deux heures et demie — Barloy se releva, et complètement nu se glissa, en passant derrière les lits de ses voisins, jusqu'à l'endroit de la salle ou veillait l'infirmier. Avant que celui-ci eût pu se mettre sur la défensive, Barloy le frappait de violents coups de poing, tâchait de l'étrangler, le jetait sur le sol, le piétinait avec rage et enfin lui enfonçait par deux fois un couteau dans la tête, au-dessus de l'œil droit.

Aux cris de l'infirmier et au bruit de la lutte, les malades étaient intervenus. Barloy s'enfuit alors, toujours armé de son couteau. Malgré ses blessures, M. Mercier se mit à sa pour-

©BIUM

suite ; mais il perdait son sang en abondance, et parvenu sur le palier de la salle Reyer, il tomba évanoui.

Barloy, lui, continuant de courir toujours complètement nu, gagnait les cours de l'hôpital, et en se servant de bancs de bois dont il fit une sorte d'échafaudage, il escaladait le mur de clôture et tombait sur le trottoir de la rue Daubenton. Dans sa chute, il s'était fait aux jambes et aux genoux de profondes blessures. Alors il se frappa au-dessus du sein gauche avec le couteau qu'il avait conservé, se traîna un peu plus loin et tomba devant le n° 2 de la même rue.

Quelques instants plus tard, un garçon laitier l'aperçut et prévint des gardiens de la paix. On le transporta à l'hôpital d'où il venait de s'échapper, et M. Defert, commissaire de police du quartier Saint-Victor, vint l'interroger.

Il saisit ensuite dans la salle Piorry les feuilles de papier et les cartes postales sur lesquelles Barloy était en train d'écrire quand l'infirmier l'engagea à se recoucher. Il n'y avait là que des phrases incohérentes, où l'on pouvait déchiffrer cependant les mots suivants : « Adieu à ma femme chérie qui m'a admirablement soigné. Je meurs dans d'horribles douleurs. »

Charles Barloy, malgré les soins qui lui furent donnés succomba quelques heures plus tard. La blessure qu'il s'était faite au sein gauche était mortelle.

M. Mercier, l'infirmier, a été examiné ce matin par plusieurs médecins. Ils n'ont pu se prononcer sur son état, mais estiment qu'il est grave. (*Le Temps*, numéro du mardi 8 septembre 1908.)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

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.*

©BIUM

Année 1910.

Prix Aubanel. — 1.200 francs. — Question : *Etude clinique de l'insomnie dans les maladies mentales.*

Prix Belhomme. — 900 francs. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

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.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés 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 national 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 VIIIe VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Le XVIIIe Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. — Session de Dijon; août 1908; par le Dr A. Giraud 177

V. — Psychologie morbide.

Etude psychologique sur l'Islam; par le Dr Boigey 5
Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique; par le Dr Lucien Lagriffe . . . . . 203 et 353

II. — Pathologie.

L'état du fond de l'œil chez les épileptiques; par les Drs A. Rodiet, P. Pansier et F. Cans 239
Note sur le traitement des corps étrangers du tube digestif; par le Dr Ameline 373

IV. — Médecine légale.

Revue de médecine légale : La question de la responsabilité d'après les dernières publications de M. Grasset et de M. Mairet, professeurs à la Faculté de Montpellier; par le Dr A. Giraud 15
Auto-dénonciation chez un alcoolique dégénéré et mythomane; par le Dr Schwartz 383

V. — Législation.

Note sur le régime des aliénés en Angleterre; par le Dr G.-G. de Clérambault . . . . . 35, 257 et 390

VI. — Revue critique.

Les nouvelles données relatives à la séro-réaction de la syphilis dans la paralysie générale par la méthode de Wassermann; par le Dr Soutzo fils 52
Sur la situation actuelle des aliénés. Rapport présenté au IIIe Congrès international de l'assistance des aliénés; par le Dr J. Bresler 405

©BIUM

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES

Séance du 27 avril 1908.— Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.— A propos du procès-verbal. Traumatisme cranien et troubles mentaux : M. Picqué. — Correspondance et présentation d'ouvrages ; MM. Séglas, Sérieux, Brunet. — Nomination de M. Brunet comme membre honoraire. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Mariani ; élection. — Rapport de la Commission du prix Aubanel : M. Semelaigne. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. Trenel. — Les délires à éclipse chez les alcooliques, par MM. R. Benon et E. Gelma. — Un cas de délire à éclipse chez un dégénéré alcoolique, par M. V. Bourdin. Discussion : MM. Toulouse, Legrain, Lwoff, Briand, Dupré. 69

Séance du 25 mai 1908. — Lecture et adoption du procès-verbal. Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Picqué, Séglas, Sérieux, Brunet, Mariani, Lopès Martin, Schmiergeld, Levet, Morselli.— Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Kalman Pandy ; élection. — Déséquilibré orgueilleux à réactions antisociales, par MM. J. Courjon et M. Mignard. — Quelques cas de perversion instinctive chez les enfants. Satyriasis et nymphomanie infantiles, par M. Levassort 101

Séance du 29 juin 1908. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Kalman-Pandy, Pilcz, Froument, Del Greco, Esposito.— Mort de MM. Conolly, Norman et Mitivié. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. Antonio d'Ormea ; élection. — Rapport de M. Colin sur la candidature de M. Levet ; élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Lopès Martin ; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Schmiergeld ; élection.— Un cas de mysophobie de Kraepelin, par MM. Halberstadt et Nouet. Discussion : MM. Arnaud, Briand, Halberstadt. — De l'origine périphérique de certains délires (cénesthésie et somatisme), par M. Lucien Picqué. 270

Séance du 27 juillet 1908. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Deny, Legras, Vigouroux, Samuel Garnier, Levet, d'Ormea, Lopès Martin, Schmiergeld, Fornaca, Marchand. — Observation d'un cas de cysticercose cérébrale, par M. Mignot. — Fugue et vagabondage. Définition et étude cliniques, par MM. R. Benon et P. Froissart. Discussion : MM. Colin, Lwoff, Vallon, Benon. 299

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1908).

(Anal. par le Dr PAUL GUIRAUD.)

Traumatisme et folie. 428
Paramyoclonus et catatonie chez une démente épileptique 429
Sur la réflexométrie clinique. Le réflexe patellaire. 429
Paralysie générale associée. Lésions de méningo-encéphalite diffuse et gliome du lobe frontal droit. 429
Délire chronique à évolution systématique. 430

©BIUM

PAGES
Folie périodique à début tardif. 430
Rémission chez une paralytique générale. Longue durée de l'affection, qui semble arrêtée depuis douze ans 430
Tumeur fibreuse du bulbe. 431
La névroglie dans la paralysie générale. 431
Documents anciens sur le traitement des aliénés au XVIIIe siècle . 431
Délire de persécution chez un dégénéré. Evolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytique et d'attaques d'épilepsie 431
Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire chez une jeune femme idiote en apparence et non démente. . . 432
Mal perforant buccal et paralysie générale. Tabes. 432
Apparition du syndrome paralytique à la suite d'un traumatisme chez un garçon de seize ans. 432
Un cas litigieux d'amnésie post-traumatique. 433
Signal à main. Chronographe portatif donnant des tracés à l'échelle. 433

JOURNAUX FRANÇAIS (1905).

(Anal. par le Dr GEORGES VERNET).

Notes thérapeutiques sur l'emploi du véronal chez quelques aliénés. 117
Sclérose atrophique hémisphérique. Imbécillité; hémiplégie droite; épilepsie; accès et vertiges; démence. 117
De l'excitation sexuelle dans les psychoses anxieuses. 118
Réflexions sur un cas nouveau de paralysie générale conjugale d'origine syphilitique 119
Epilepsie, délire alcoolique, mélancolie, tentative de suicide et paralysie générale chez le fils d'une mère alcoolisée, d'un père suicidé; lui-même étant syphilitique et alcoolique. 119
Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces. 119
Note sur l'influence de l'incontinence sexuelle pendant la gestation sur la descendance 121
Hystérie et hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Appoint alcoolique. Hallucinations multiples rapportées uniquement à ce même côté par la malade. 122
Auto-identification romanesque. 122
Le réflexe lumineux de la paralysie générale. 122
Morphinisme familial par contagion 124
La phobie du regard. 124
Cholémie et mélancolie. 125
Sur un cas de délire métabolique de la personnalité lié à des troubles de la cénesthésie 126
Contribution à l'étude de la démence épileptique. 127
La démence vésanique est-elle une démence? 127
Prédisposition et causes directes en étiologie mentale. 128
Le régime de la vie normale à l'hôpital des maladies mentales du Var. 129
Obsessions zoophobiques et idées de persécution chez deux sœurs. 131
Revue de psychiatrie (Revues critiques publiées par la). . . 131, 132
Paralysie générale tuberculeuse (syndrome paralytique par encéphalite tuberculeuse 132
La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique 133
Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas 134
Sur une forme d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps 134

©BIUM

PAGES.
Amnésie localisée rétro-antérograde ayant débuté brusquement par un ictus chez un paralytique général 136
L'aschémie. 137
Pseudo-paralysie générale diabétique. 137
Sur la forme stationnaire de la démence paralytique. 138
Classification clinique des syndromes paralytiques généraux . . . 138
Varicocèle et obsession. 139
Ectopie rénale et psychopathie; indications opératoires. 140
Des améliorations dans la paralysie générale 140
Les idées actuelles sur la psychothérapie. 141
Traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew. 143
Hypocondrie et lésions viscérales 143
Deux cas de paralysie générale progressive chez un homme de trente-deux ans et chez un adolescent de seize ans. 144
Rapport médico-légal concernant Son Altesse Royale Mme la princesse Louise de Saxe-Cobourg et Gotha, née princesse royale de Belgique 144
Les fumeurs et mangeurs d'opium et les morphinomanes. 144

JOURNAUX ANGLAIS (1904).

(Anal. par le Dr V. PARANT fils).

Le problème de l'hérédité, spécialement dans ses rapports avec la vie préembryonique. 313
La dépression mentale et la mélancolie en rapport avec l'auto-intoxication; présence d'indoxyle dans l'urine; sa signification clinique 314
Psychologie d'une forme particulière d'intoxication pathologique. 314
Formes de folie 314
Science et vie future. 315
Mauvais état mental et maladie mentale dans une prison locale. 316
Pour une étude plus attentive du poids du corps et de ses relations avec les maladies mentales. 317
Sorcellerie moderne; étude d'une phase de la paranoïa. 317
Variations concernant l'origine des maladies mentales et nerveuses voisines 317
De la continuité des cellules nerveuses et de quelques questions connexes. 318
Amentia et démence. Etude anatomique. 318
Psychose des adolescents, protestation contre l'usage du terme de démence précoce. 320
Les statistiques de la folie. Un schéma universel 320
Classification de la bibliographie de la folie, avec index de relation selon le système décimal de Dewey. 320
Répartition de la folie 321
Les causes et le traitement de la folie. 321
Contribution à l'étude des désordres de l'association visuelle dans la folie 322
Les caractéristiques naturelles et les tempéraments de nos malades; comment ils aident ou contrarient notre traitement . . . 322
Quelques points connexes à la tuberculose des asiles. 322
Sur l'usage des hypnotiques dans le traitement de l'insomnie. . . 323
Les folies de la décadence. 323
Observations statistiques sur la paralysie générale 324
Discours présidentiel prononcé à l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, le 20 juillet 1905. . . . 324
Quelques points du traitement précoce des troubles mentaux et nerveux (spécialement chez les indigents). 325

©BIUM

PAGES

La prévision d'aménagements appropriés aux diverses formes d'aliénation. 325
Démence précoce. 326

JOURNAUX ITALIENS (1904-1905).

(Anal. par les Drs CHARON, TATY et WAHL).

Congrès de la Société phréniatrique italienne (1904). 433
La démence précoce paranoïde. Diagnostic différentiel avec la paranoia. 443
Sur la nature et les caractères des principes toxiques et antitoxiques naturels du sérum du sang des épileptiques. 444
Le suicide chez les alcooliques 447
Sur une forme spéciale du globule rouge dans le sang des déments précoces. 448
Sclérose en plaques expérimentale due à la toxine aspergillaire. . 448
Sur un cas de myotonie. 449
Homicide commis dans l'état second d'Ajam. 449
Un cas de chorée de Huntington avec lésions catatoniques. . . . 450
Pouvoir pathogène de l'Aspergillus ochraceus; ses rapports avec l'étiologie et la pathogénie de la pellagre. 450
Lésions du réseau neuro-fibrillaire de la cellule nerveuse dans l'inanition expérimentale, étudiées par les méthodes de Donaggio. 451
Sur la présence de corpuscules à l'intérieur des cellules nerveuses spinales dans l'inanition expérimentale. 451
Un cas de glossoplégie unilatérale isolée due à une intoxication probable par l'oxyde de carbone. 451
Sur l'admission d'urgence à l'asile. 452
Conception clinique, anatomique et pathologique de l'idiotie méningitique. 452
Influence de l'âge, de l'intensité et de la répétition sur les caractères de quelques réactions nerveuses élémentaires. Contribution à l'étude de l'adaptation. 454
Sur quelques rapports entre les cellules à bâtonnets et les éléments nerveux dans la paralysie progressive. 455
Sur la persistance du pouvoir vital et pathogène de la spore aspergillaire dans l'organisme animal 456
Contribution à l'étude de la démence précoce. 456
Sur la structure de la gaine myélinique dans les fibres nerveuses périphériques. 457
Sur quelques altérations primitives du réseau fibrillaire endocellulaire et des fibres longues dans les cellules de la moelle épinière. Recherches expérimentales sur l'intoxication par le chlorure d'éthyle et sur la compression de l'aorte abdominale faites par la méthode de Donaggio. 457
Sur une nouvelle espèce d'Aspergillus varians, sur ses propriétés pathogènes en rapport avec l'étiologie de la pellagre. 458
Nouveaux instruments de recherches psycho-physiologiques. . . 459
Contribution expérimentale et statistique à l'étude de la mémoire. 459
Accommodation de l'oreille pour des bruits produits à différentes distances 459
Les altérations cadavériques des cellules nerveuses, étudiées par la méthode de Donaggio 460
Sur la dégénérescence et la régénérescence des fibres nerveuses périphériques 460
Deux cas d'inversion sexuelle. 461
Sur la fonction centrifuge des racines postérieures de la moelle épinière 462

©BIUM

PAGES
Recherches sur l'anatomie pathologique de la maladie de Parkinson. 462
Les bases d'une classification des maladies mentales. 462
Sur les altérations des fibres nerveuses spinales et des ganglions intervertébraux dans quelques formes de psychoses chroniques. 464
Une proposition relative aux pénitenciaires. 465
Etude clinique sur un cas de pouls lent permanent avec accès vertigineux, syncopaux, épileptiformes (maladie de Stokes-Adams). 465
Quelques études sur la salive des épileptiques. 465
Sur la doctrine de Flechsig à propos des zones de perception et d'association. 466
Les fonctions sensitives et psychiques chez les hémiplégiques. . 468
Un psycho-esthésiomètre 468
Sur quelques altérations de l'appareil neuro-fibrillaire des cellules corticales dans la démence sénile. 468
Contribution à l'anatomie pathologique de l'urémie dans un cas ayant simulé d'abord une tumeur du cervelet, puis une myasthénie grave (maladie de Erb-Murri). 468
Action de la pyridine sur le tissu nerveux et méthodes pour la coloration du réseau fibrillaire endocellulaire et du réseau périphérique de la cellule nerveuse des vertébrés. 469
Les recherches sur l'agent spécifique de la rage. Revue critico-synthétique 471
Sur les psychoses par la syphilis. 471
Contribution à l'étude des voix épigastriques et des hallucinations psychiques de Baillarger. 471
Contribution à l'étude des neurofibrilles dans la moelle spinale des vertébrés supérieurs 471
Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale 472
Sur la genèse des prolongements protoplasmiques de la cellule nerveuse 472
Sur les voies de conduction nerveuse extra-cellulaire. 473
La fonction normale auxiliaire de l'imagination dans le processus mnémonique. 473
Le manteau cérébral de Dauphin. 473
Sur la genèse et les rapports réciproques des éléments nerveux dans la moelle du poulet 473

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Anal. par le Dr Victor Parant).

La mélancolie, manifestation psychique de crainte organique. . . 474
Rapport sommaire sur la chirurgie gynécologique à l'asile de l'Etat de Manhattan 475
De la chirurgie chez les aliénés. 475
Quelques faits de chirurgie observés à l'asile de Manhattan. . . 475
Le groupe héboïdo-paranoïde. 476
Les troubles mentaux dans la névrite alcoolique. 476
Le médecin dans le roman 476
La déchéance mentale causée par l'alcool. 477
Revue des symptômes mentaux qui accompagnent l'apoplexie. . . 477
Des infirmières pour les hommes dans les asiles d'aliénés. 477
Des infirmiers 478
Infirmiers de nuit pour les aliénés. 479
Les écoles d'infirmiers pour les asiles d'aliénés 479

©BIUM

III. — Bibliographie.

PAGES

Les pédoncules cérébelleux supérieurs, par A. Van Gehuchten (Anal. par Jules Soury). 145
Les centres nerveux cérébro-spinaux. Anatomie normale et éléments de neuropathologie générale à l'usage des médecins; par A. van Gehuchten (Anal. par Jules Soury). 149
Séméiologie du système nerveux (neurologie-psychiatrie); par le Dr Henri Dufour (Anal. par le Dr A. Cullerre). 150
Etude physiologique d'un cas de migraine; par Shepherd Ivory Franz (Anal. par le Dr A. Cullerre). 151
Revue des thèses de la Faculté de Toulouse (année scolaire 1907-1908); par le Dr Lagriffe 326
Association médico-psychologique américaine. Rapport de la Commission pour les écoles d'infirmières (Anal. par le Dr A. Cullerre). 332
Etude expérimentale sur un mode inusité de réaction chez un chien; par G. Van T. Hamilton (Anal. par le Dr A. Cullerre). 333
Considérations sur la maladie de Parkinson et sur quelques fonctions nerveuses (tonus, équilibration, expression); par le Dr G. Maillard (Anal. par le Dr Paul Guiraud). 480
Folie neuro-biologica. Organe central international de la biologie du système nerveux, publié par le Dr E. Hekma (Anal. par Jules Soury). 483
Sur la psychose confusionnelle hallucinatoire aiguë par auto-intoxication; par le Dr Guido Garbini (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe) 485
Sur le diagnostic de la pellagre. A propos du jugement d'un récent concours; par le Dr G. Antonini (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe) 487
Tumeur cérébrale du lobe préfrontal gauche; par le Dr Tancredi Cortesi (Anal. par le Dr L. Lagriffe). 488
L'oubli à échéance déterminée, ou phénomène de Verdon; par le Dr Ettore Patini (Anal. par le Dr L. Lagriffe) 489
Sur les meilleures mesures pour l'évaluation de la capacité crânienne; par le Prof. Paolo Funaioli (Anal. par le Dr L. Wahl). 490
Sur un cas de notable hypertrophie de la portion nerveuse de l'hypophyse chez un dément pellagreux; par le Dr Guido Garbini (Anal. par le Dr L. Lagriffe) 491
Considérations sur la pathogénie de la maladie de Parkinson; par les Drs U. Rossi et G. Garbini (Anal. par le Dr L. Lagriffe). . 492
Le bain tiède prolongé comme sédatif. Observations et recherches expérimentales; par le Dr Carlo Pontiggia (Anal. par le Dr L. Lagriffe) 493
Contribution à l'étude expérimentale de la formule endophasique; par le Dr Ettore Patini (Anal. par le Dr L. Lagriffe). 495
Les malformations et hétérotopies artificielles de la moelle épinière; par les Drs Guido Garbini et Renoto Rebizzi (Anal. par le Dr L. Lucien Lagriffe). 496
Importance des réactions indoxylique et diazoïque dans les psychopathies; par le Dr P. de Angelis (Anal. par le Dr L. Lagriffe). 497
Application de la diazo-réaction urinaire au pronostic de l'état de mal épileptique; par le Dr Paul Masoin (Anal. par le Dr Cullerre). 498
Un cas de narcolepsie dû à une infection spécifique transmise à travers cinq générations; par le Dr Blodgett (Anal. par le Dr Cullerre). 498

©BIUM

PAGES

Dégénérescence. Un trouble de la corrélation des germes ; par le Dr Cox (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 499
Doit-on admettre que les neurotoxines provoquent l'attaque d'épilepsie ? par le Dr Julius Donath (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). 499
L'état mental de Jérôme Cardan ; par Enrico Rivari (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 500
Revue et contribution clinique de la doctrine de la folie sensorielle : par le Dr Giovanni Motti (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). 500

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 152, 333 et 500

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Assemblée générale du 27 avril 1908 153

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Bouleau, Plantié, Danjeau, Damaye, Cuvelier, Houeix de la Brousse, Ducos, Terrade, Briche, Gimbal. — Nécrologie : Albert Mitivié, Ch. Bonne. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — XVIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Dijon, 3-8 août 1908. Programme des travaux et excursions. — Rectification 162
Nominations et promotions : MM. Simonet, Maupaté, Halberstadt, Nouet. — Décret modifiant les dispositions du décret du 1er août 1906 relatif au recrutement des médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. — Emplois réservés par application de la loi du 21 mars 1905. Circulaire ministérielle. — J.-P. Mierzejewsky et son rôle dans l'évolution de la psychiatrie en Russie. — Les aliénés en liberté (*suite*).— Faits divers. — IIIe Congrès international de l'assistance des aliénés (Vienne, 7 au 11 octobre 1908). —Prix de la Société médico-psychologique(1909 et 1910). . . . 334
Nominations et promotions : MM. Joseph Charpentier, Kéraval, Sérieux, Bonnet, Rogues de Fursac, Capgras, Rodiet, Simon, Thourel, Dagonet. — Nécrologie : Dr Paul Dubuisson. — Les aliénés en liberté (*suite*). — La secte des Agapémonites. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1909 et 1910) 503

Table des matières du tome VIII de la 9e série. 521

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.