Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 09. - Paris: Masson, 1909.
Cote : 90152, 1909, n° 09

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1909x09

Annales médico-psychol

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

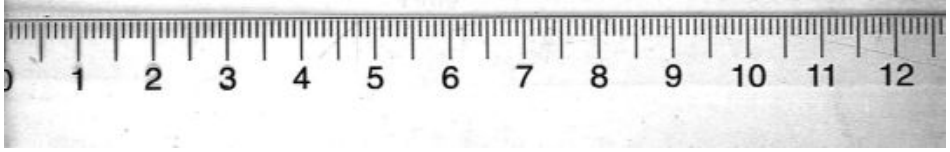
JOURNAL

DE

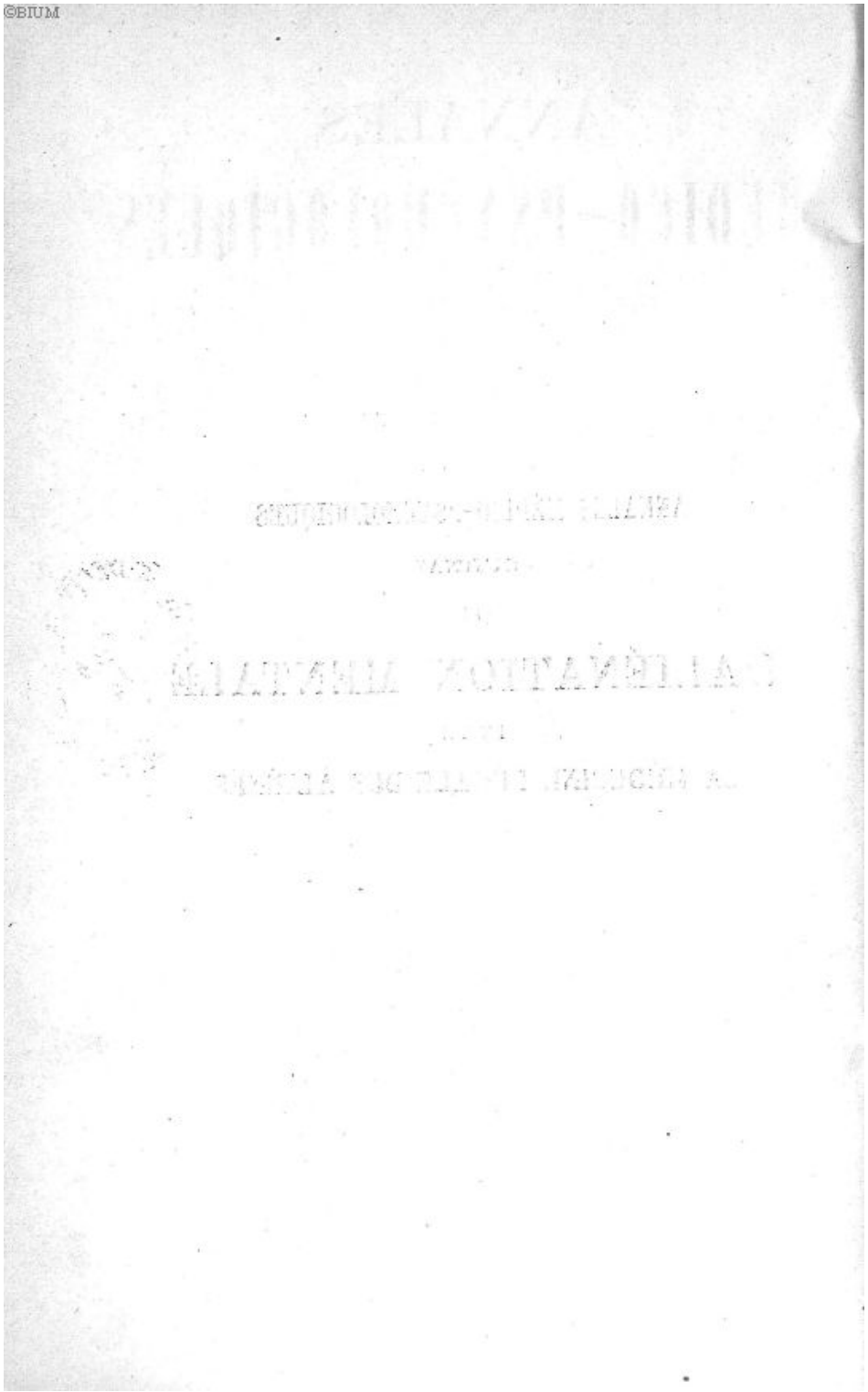
L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton

—

NEUVIÈME SÉRIE — TOME NEUVIÈME

SOIXANTE-SEPTIÈME ANNÉE

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1909

©BIUM

©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).

III. — Analyse de quelques contes.

Sur l'Eau (1881). *Lui?* (1884). *Le Horla* (1887). *Qui sait?* (1890) (2).

Au milieu de l'œuvre si considérable de Maupassant, de Maupassant conteur, nous avons signalé précédemment l'existence de parties discordantes qui n'apparurent d'abord que comme des jeux d'esprit et dont les

(1) V. *Annales* de septembre-octobre et novembre-décembre 1908.
(2) Les dates indiquées à la suite du titre de chacun de ces

©BIUM

critiques n'apprécièrent pas justement la valeur intrinsèque ; elles n'eurent à leurs yeux d'autre mérite que de faire ressortir d'une manière plus intense la santé et la vigueur qui paraissaient se dégager des morceaux voisins. Nous savons aujourd'hui que c'étaient au contraire là de véritables lézardes traduisant les préoccupations intimes de l'écrivain. Cependant, il faut bien remarquer que si ces contes, que nous appellerons si l'on veut bien les contes fantastiques de Maupassant, ne frappèrent pas plus particulièrement les critiques et les amis de l'écrivain, c'est qu'ils avaient ou semblaient avoir des précédents. Ces contes semblaient donc n'apparaître de temps à autre que pour affirmer la maîtrise du *novelliere* dans un genre où il aimait à s'exercer parfois et qui avait été comme sa première manière. A vrai dire, c'était de plus en plus fort et, en 1890, il fallait être Maupassant pour faire passer *Qui sait?*

Nous avons parlé déjà de *La main d'écorché* que, dès 1875, Maupassant signait du pseudonyme de Joseph Prunier ; si l'on compare cette première nouvelle à *Qui sait?* qui est la dernière ou une des dernières, on voit facilement que si toutes les deux appartiennent au genre fantastique, chacune d'elle révèle cependant une tendance toute différente de l'esprit de l'écrivain. Dans le premier cas, Maupassant est absolument maître de lui ; il conte pour conter, il est parfaitement capable de diriger le mouvement de ses idées pour nous dire une nouvelle ; dans le deuxième cas, il en est désormais incapable, il devient le jouet de sa propre pensée. On voit, et cela est évident dès 1884 avec *Lui*, que, selon

contes sont celles de l'apparition en librairie de chacun des volumes qui les contiennent. *Sur l'Eau* n'a paru qu'en volume (juillet 1881), mais il est possible que les trois autres contes aient été publiés chacun seul bien avant la date indiquée ici.

©BIUM

l'expression de Barbey d'Aurevilly, il obéissait désormais à « une voix qui l'appelait au delà de l'être ».

On verra aussi quelle distance énorme sépare Maupassant, conteur fantastique, de certains littérateurs comme Edgard Allan Poë et surtout comme Hoffmann.

Poë et Hoffmann ont joué avec leurs hallucinations ; sans qu'il soit permis de dire qu'ils les dirigeaient, on sait, et ceci est surtout vrai pour Hoffmann, car Poë fut surtout un dipsomane, qu'ils les recherchaient ; à chacun d'eux, elles parurent comme nécessaires à la manifestation de leur intellectualité (ce qui était d'ailleurs une erreur). Le cas de Maupassant est très différent, car c'est l'hallucination qui joue avec lui ; un seul de ses contes peut être comparé à ceux des écrivains dont nous parlons, c'est celui qui est intitulé *Sur l'Eau*. Celui-ci est aussi un conte vécu comme les suivants, mais combien différent : ici, en effet, le fond seul est fantastique, l'allure du conte est simple, sans complications et sans ambages ; nous verrons que dans les autres contes fantastiques le récit n'est plus aussi purement descriptif, un élément nouveau, l'élément « maladie », y est notoirement surajouté, et ce nouvel élément se manifeste non seulement dans le fond mais aussi dans la forme qui nous offre les principales caractéristiques que nous rencontrons dans les écrits des aliénés.

C'est ce que la suite va nous montrer.

Sur l'Eau.

La nouvelle *Sur l'Eau* a été publiée pour la première fois dans le recueil *La maison Tellier*, édité au milieu de l'année 1881 ; mais elle appartient à une époque plus ancienne encore, l'époque des parties de canotage sur la Seine entre 1876 et 1880.

©BIUM

Le thème de cette nouvelle est le suivant : un soir, après dîner, « un canotier enragé » jette l'ancre au milieu de la Seine pour jouir de la tranquillité du fleuve. Les roseaux prenaient des figures surprenantes ; soudain une grenouille coasse ; il tressaille ; fumant alors pour se distraire, le cœur lui tourne ; il se met à chanter, sa voix lui paraît pénible ; il s'étend au fond de son bateau, qui lui semble faire des embardées gigantesques, se soulever, retomber. Voulant alors rentrer, il ne peut arracher son ancre. Sa mésaventure le calme, il peut enfin fumer et se met à boire deux ou trois verres de rhum. Soudain, un petit coup sonne contre son bordage : peur et sueur froide ; à ce moment, un brouillard assez dense et bas se lève sur la rivière, une véritable crise panophobique se produit : le canotier croit que l'on essaye de monter dans sa barque, que, peut-être, des êtres étranges nagent autour de lui ; son angoisse devient telle qu'il pense à s'enfuir à la nage, mais la crainte le retient ; il y a lutte : « son moi brave raille son moi poltron ». L'effroi devient de la terreur et la terreur l'immobilise ; mais, dans un effort, il saisit sa bouteille et boit le rhum à longs traits ; il se met à crier de toutes ses forces, boit à nouveau et finit par s'étendre au fond du bateau. Les cauchemars persistent, la volonté est paralysée. Enfin, après un long temps, il parvient à se dresser, le brouillard s'est dissipé, la rivière brille sous la lune ; il n'a plus peur, il s'assoupit. Réveillé ensuite à l'aube, il boit ce qui lui reste de rhum ; des pêcheurs qui passent l'aident à lever son ancre : elle était accrochée au cadavre d'une vieille femme qui avait une grosse pierre au cou.

En somme, le conteur cherche à faire naître chez son lecteur une association d'idées entre les illusions, les hallucinations, la panophobie et le cadavre d'une vieille

©BIUM

femme ; tous ces phénomènes étant destinés à donner au canotier le pressentiment que la raison qui empêche l'ancre d'être facilement levée est peu ordinaire. Mais en réalité cet épisode du cadavre de la vieille femme est une superfétation, le médecin averti est tout étonné lorsqu'il arrive à cette conclusion du conte ; elle ne laisse pas de le surprendre, car elle est inutile et n'explique en rien le cauchemar du canotier. En effet, au point de vue médical, le récit se justifie par lui-même, car ce cauchemar est constitué par toute la série des phénomènes morbides par quoi se manifestent les délires élémentaires d'intoxication. Ici le poison en jeu est l'alcool. La scène se déroule après un dîner où l'on a sans doute bien bu, à l'heure où la lumière disparaissant, les ombres se dégradent, présentent des arêtes moins vives, de sorte que les objets environnants prennent des formes et des teintes imprécises ; un monde nouveau semble naître, peuplé d'êtres aux formes bizarres, effrayantes, décor merveilleux pour l'évolution d'un délire panophobique, car l'imagination du malade traduit tous les éléments de ce décor dans un sens péjoratif.

Nous voyons se produire dans ce conte tous les effets gradués de l'intoxication : d'abord, les illusions raisonnées, mais n'excluant pas cette peur instinctive causée par le simple coassement d'une grenouille ou par la voix du canotier lui-même ; ensuite, les troubles si caractéristiques de l'équilibration. Ces phénomènes vont cesser, mais le canotier se remet à boire ; la peur, qui avait un moment cessé, devient alors angoissante ; elle s'accompagne de sueur, s'accroît, devient de la panophobie ; la volonté est paralysée, le canotier peut cependant boire à nouveau et à longs traits ; les hallucinations font leur apparition et l'assoupissement survient enfin, très tard.

©BIUM

Ce conte est la description typique d'une nuit d'alcoolique que l'on croirait copiée dans un traité spécial ; elle a, parmi plusieurs raisons pour être bonne, celle d'avoir été vécue par un maître écrivain.

Lui ?

La nouvelle *Lui?* a été publiée, en 1884, dans le recueil intitulé *Les sœurs Rondoli*.

Un jeune homme annonce à un de ses amis son prochain mariage avec une jeune fille qu'il connaît à peine ; il se marie parce qu'il a peur d'être tout seul ; il a peur de lui, peur de la mort, peur des spasmes de son esprit qui s'affole, peur des objets familiers qui s'animent pour lui d'une sorte de vie animale ; il a peur de l'inconnu de derrière les portes, les rideaux, les meubles. Il a peur ainsi depuis l'aventure suivante : Un soir de spleen et de désœuvrement, il quitte sa chambre et sort sans parvenir à rencontrer un ami. En rentrant il constate que sa porte, toujours fermée par lui à double tour, est simplement tirée et, au moment où il va allumer sa bougie au feu qui brûle encore, il aperçoit quelqu'un assis dans son fauteuil et qui se chauffait les pieds ; croyant à la présence d'un ami qui s'est endormi en l'attendant, il avance la main pour lui toucher l'épaule et rencontre le bois du siège : le fauteuil était vide. Il croit alors sentir quelqu'un derrière son dos, puis se rassure et se couche. Regardant à nouveau, il croit voir à la lueur de son feu mourant que le fauteuil est encore occupé. Trois fois dans la demi-conscience qui précède le sommeil il est victime de la même hallucination, malgré que la chambre soit éclairée. Le lendemain soir, il a peur de rentrer chez lui, il ne s'y décide qu'en surmontant brusquement son angoisse, mais il ne voit rien.

©BIUM

Et cependant depuis lors il a peur tout seul la nuit ; il sent la vision près de lui, autour de lui. Il n'y croit pas, mais pourtant elle le gêne : « Il me hante, c'est fou, « mais c'est ainsi. Qui, Il ? Je sais bien qu'il n'existe « pas, que ce n'est rien ! Il n'existe que dans mon « appréhension, que dans ma crainte, que dans mon « angoisse ! » Il a beau se raisonner, chercher à se persuader par des affirmations qu'il ne le verra plus, *Il* existe quand même dans sa pensée. « Il demeure « invisible, cela n'empêche qu'il y soit. Il est derrière « les portes..... dans les coins obscurs..... derrière « moi..... Si nous étions deux chez moi, je sens, oui, je « sens assurément qu'il n'y serait plus ! » Voilà ce pourquoi il se marie.

Il est probable que, comme l'ont fait remarquer M. Lumbroso et M. Edouard Maynial, cette nouvelle est la relation d'un cas d'autoscopie externe positive ; cependant Maupassant ne paraît pas avoir traduit cette hallucination dans ce sens-là, ainsi qu'il le fit plus tard en 1899 ; il raconta nettement à cette époque qu'il vit un jour entrer, s'asseoir en face de lui et dicter sa propre personne. Mais il n'est pas impossible que Maupassant ne se soit pas exactement rendu compte de la nature exacte du phénomène et son hallucination présente évidemment tous les caractères de l'autoscopie.

Les hallucinations autoscopiques sur lesquelles M. Sollier a tout récemment appelé de nouveau l'attention (1) et qu'avec juste raison il considère comme étant d'origine cénesthétique, ne doivent pas nous étonner

(1) Paul Sollier. *Les phénomènes d'autoscopie*. Paris, Alcan, 1903.

©BIUM

chez Guy de Maupassant : d'abord, parce que, comme nous l'avons vu plus haut, il était paralytique général dès 1883 ; ensuite parce qu'il abusait des boissons spiritueuses. En effet, les phénomènes d'autoscopie ont été surtout observés chez des hystériques ; mais la lecture attentive des relations publiées montre qu'il s'agit là beaucoup moins d'un trouble hystérique proprement dit que d'un trouble de nature toxique. Toutes les circonstances qui favorisent ou accompagnent la production de ces phénomènes les rapprochent d'une façon notoire des manifestations oniriques ; et, tout en admettant que leur apparition nécessite une préparation du sujet, une sorte de prédisposition, nous croyons que le facteur intoxication est indispensable à leur production. Ces hallucinations surviennent toujours le soir ou le matin au réveil ; elle nécessitent, comme le fait remarquer M. Sollier lui-même, un état crépusculaire de la conscience ; elles s'observent chez des individus présentant des troubles viscéraux de nature dynamique ou fonctionnelle ; notre sentiment est enfin qu'il y a là matière à plus qu'un rapprochement avec les manifestations oniriques, à une identité complète.

Il est plus particulièrement intéressant de retrouver ce phénomène autoscopique chez un paralytique général au début, qui présenta surtout une forme somatique de la maladie et chez qui l'appoint alcoolique n'est pas douteux. La marque démentielle que la maladie générale imprima au phénomène se retrouve dans l'émotion intense, dans la peur qu'il détermina et dans l'absence de toute rectification. Car, à la fin de son conte, Maupassant cherche trop à se persuader par des paroles, *flatus vocis*, que l'hallucination ne se montrera plus et qu'il n'en est pas la dupe ; le seul fait qu'il la discute montre qu'il n'est pas convaincu ; l'appréhension, l'angoisse, la peur persisteront chez lui.

©BIUM

Combien est loin le conte que nous analysions précédemment ! Le conteur est désormais et définitivement un malade. Il est touché par le doute ; bientôt même il ne doutera plus.

C'est ce que va nous démontrer l'étude du *Horla*.

(*A suivre.*)

©BIUM

Pathologie.

LES
TRAITEMENTS MODERNES DES ÉPILEPTIQUES

Par le Dr WAHL
Médecin de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

Féré (1) et Ardin-Delteil (2) nous ont amené à penser que la vieille notion de l'épilepsie-maladie avait vécu. Nous modifierons donc de la façon suivante la définition des épilepsies que donne Littré (3) : les épilepsies sont des syndromes nerveux, apyrétiques, chroniques dont les accès intermittents sont caractérisés tantôt par une perte subite de connaissance, des convulsions et une gêne notable de la respiration — grand mal intellectuel — tantôt par des vertiges de plus ou moins longue durée — petit mal intellectuel. — Nous éliminons donc du cadre de la maladie que nous étudions les décharges motrices intermittentes n'ayant pas le caractère comitial tel que nous venons de le définir. Pour nous, comme pour la majorité des auteurs français, le crime et l'orgasme vénérien peuvent avoir avec l'épilepsie des traits communs, mais ils n'appartiennent pas au groupe des syndromes épileptiques.

(1) Féré. *Epilepsie et épileptiques.* 1 vol., Paris, 1899.
(2) Ardin-Delteil. Epilepsie psychique. *Th.*, Montpellier, 1892.
(3) Littré. *Dictionnaire de médecine*, art. « Epilepsie », 13e éd.

©BIUM

Nous étudierons tout d'abord ici le groupe des épilepsies dites essentielles (névrose comitiale de Grasset et Rauzier), puis les crises épileptiformes dues à l'épilepsie bravais-jacksonienne : les autres épilepsies symptomatiques dues à l'urémie, au diabète et aux autres dyscrasies doivent être traitées suivant l'état général dont elles relèvent. C'est donc, non une affaire de traitement, mais une question du diagnostic différentiel. Les crises épileptiformes dues à la paralysie générale et aux tumeurs de l'encéphale doivent être, dans l'état actuel de nos connaissances, traitées comme si elles ressortissaient à l'épilepsie franche, dans l'impossibilité où nous sommes d'agir sur leurs causes à de très rares exceptions près. Quelquefois, cependant, la chirurgie ou le traitement spécifique peuvent être indiqués dans certains cas particuliers.

Le nombre des remèdes préconisés (1) contre le mal comitial est énorme, mais là, comme ailleurs, la richesse des formules et des panacées indique non la richesse mais la pauvreté : les nervins, les antispasmodiques en ont fait bien souvent les frais, mais toujours sans aucun succès. Les diètes systématiques ont échoué presque aussi souvent : rappelons cependant le régime alcalin préconisé par Van Helmont. Pour cet auteur, l'épilepsie était due à une hyperacidité du sang : nous pouvons voir là une première ébauche de doctrine humorale : c'est aussi à une doctrine humorale que nous amèneront les travaux les plus récents. Au contraire, un certain nombre de crânes préhistoriques ont été trouvés porteurs de pertes de substance très régulières à bords tranchants et s'étendant aux deux tables osseuses et au diploë. On a donc été autorisé à penser que c'était là la trace d'une opération chirurgicale volontaire, de l'appli-

(1) Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses*..

©BIUM

tion d'une couronne de trépan généralement située au voisinage de la suture sagittale et toujours sur des crânes asymétriques. Lasègue (1), avant même les travaux de Morel, de Prosper Lucas et de Magnan, avait montré que l'asymétrie était un caractère primordial du crâne des épileptiques : on en a conclu que cette opération chirurgicale avait été pratiquée chez nos ancêtres les plus lointains pour guérir le mal comitial. Nous pouvons voir là comme une ébauche de théorie solidiste ; dans nos théories modernes le solidisme est représenté par les théories de Bravais et de Jackson. Les recherches microscopiques récentes d'Anglade, Marchand, Chaslin, Marinesco, Roncorini, Chipault (2), Jaboulay, etc., appartiennent à la même école théorique, et les auteurs ont cherché dans les différentes portions de l'axe cérébro-spinal des lésions caractéristiques de la névrose comitiale, tandis que nous verrons un peu plus loin que Bra, Ceni, etc., en ont cherché la cause dans une altération du sang : pour l'instant, le débat reste donc circonscrit comme dans l'ancienne médecine entre les solidistes et les humoristes (3).

A. Voisin, Martin-Damourette et Pelvet ont introduit dans la thérapeutique l'emploi des bromures alcalins à haute dose ; certains auteurs anglais ont préconisé des doses de 20 et 25 grammes, ce qui n'est pas exempt d'inconvénients ; on a même parfois observé des cas où le bromisme s'est terminé par la mort (4). Classiquement, le bromure se donne à la dose de 4 à 5 grammes de KBr continués pendant des années avec de courtes interruptions : cependant si ce sel est mal supporté on inter-

(1) Lasègue. *Archiv. génér. de médecine*, 1877.
(2) Chipault. *Traité de chirurgie opératoire du système nerveux.*
(3) Guardia. *Histoire de la médecine.*
(4) Grasset et Rauzier, art. « L'épilepsie », in *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert.

©BIUM

rompt le traitement pendant quelques jours, on administre un purgatif salin, on prescrit le régime lacté.

Ainsi compris, le traitement bromuré réussit assez souvent ou, pour être plus exact, on arrive grâce à lui à espacer les crises. Malheureusement, lorsqu'on est obligé de le continuer pendant des années, il produit certainement un affaiblissement marqué de l'intelligence, surtout lorsque aux crises se sont substitués les vertiges. Chez les épileptiques les plus dangereusement atteints, ceux que l'on est obligé d'interner dans les asiles d'aliénés, le traitement classique par le bromure échoue d'une façon complète.

Rappelons qu'au bromure de potassium, on peut avec Huchard substituer le bromure de sodium ou d'ammonium, avec Laborde (1) le bromure de strontium, avec Bourneville le bromure de camphre; d'autres auteurs ont préconisé les bromures de lithium, de zinc, et même de calcium; aucun d'eux n'a fait oublier le KBr et n'est passé dans la thérapeutique journalière.

On a donc été amené à rechercher s'il n'existait pas de médicaments ou d'associations médicamenteuses qui renforcent d'une façon ou d'une autre l'activité des bromures. L'une des plus employées est la formule dite des polybromures que l'on formule ainsi :

Bromure de potassium. . .	)
— sodium. . . .	} ââ 2 gr. par jour.
— ammonium. .	)

Depuis quelques années, j'emploie la formule suivante qui m'a donné de bons résultats :

Bromure de potassium.	)
— sodium.	} ââ 1 gr.
— ammonium.	)
Hydrate de chloral	3 gr.
Teinture d'opium	0 gr. 10
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 gr.
Eau	90 gr.

(1) Bromure de strontium. *Acad. méd.*, décembre 1899.

©BIUM

et que j'administre souvent dans des infusions de camomille ou de tilleul pendant quinze jours par mois.

Von Flechsig a préconisé la méthode suivante : il fait prendre chaque jour à son malade pendant six semaines de quinze à vingt-cinq centigrammes d'extrait d'opium. Pendant deux mois, il fait prendre ensuite 7 gr. 50 de KBr ; il diminue alors la dose de KBr jusqu'à 2 grammes et continue à cette dose très longtemps. Cette méthode est dangereuse, elle amène fréquemment de l'affaiblissement physique et intellectuel et même la mort : elle n'est acceptable que dans un service hospitalier. Von Bechterew (1) préconise la formule suivante trois semaines par mois : KBr 6 à 8 grammes dans une infusion de digitale (0 gr. 25 à 0 gr. 50) ou d'adonis vernalis (2 gr.). Cette méthode donne souvent de bons résultats : mais il faut, lorsqu'on emploie la digitale, surveiller le cœur comme le recommandent tous les traités de thérapeutique.

Toulouse et Ch. Richet (2), partant des notions d'analogie chimique qui unissent le chlore et le brome, ont été conduits à penser que, si dans les cellules cérébrales on arrivait à substituer molécule à molécule le brome au chlore, on amènerait ainsi une saturation bromique de l'organisme et la disparition de l'épilepsie ; cette méthode est susceptible d'amener d'excellents résultats, mais elle est dangereuse, car elle peut facilement, si l'on pousse trop loin son application, amener des accidents très graves. Il ne faut pas, lorsqu'on l'applique, dépasser la dose de 4 à 5 grammes de KBr, au maximum : on supprime de l'alimentation tout le sel marin dans la mesure du possible et on sale les aliments avec le KBr prescrit. Cette méthode est d'une application

(1) *Revue neurologique*, 1895, p. 47.
(2) Académie des sciences, 20 novembre 1899.

©BIUM

très difficile, les malades l'acceptent difficilement, il est d'ailleurs difficile d'éliminer le sel marin de la cuisine : on ne sait que trop combien nos contemporains ont tendance à abuser de ce condiment. Le calcul suivant montre la limite de tolérance extrême de l'organisme au KBr appliqué suivant la méthode de Toulouse et Richet.

D'après Armand Gautier (1), l'organisme élimine par jour en chlore 4 gr. 9 à 7 gr. 2 par les urines, 1 gr. 12 par la sueur, 0 gr. 015 à 0 gr. 035 par les fèces, soit une moyenne de 6 gr. 05 par les urines et de 0 gr. 025 par les fèces, au total 7 gr. 195 par jour en moyenne comme chiffre global. Le poids atomique est de 35,46 pour le chlore et de 79,95 pour le brome ; la saturation de l'organisme serait donc de 16 gr. 222 en brome. Si tout ce métalloïde était à l'état de NaBr, il faudrait pour le saturer 4 gr. 65 de Na soit 20 gr. 896 de NaBr, ce qui correspond à 23 gr. 155 en KBr. Cette dose n'atteint même pas celle que bien des auteurs ont préconisée pour l'emploi de KBr par la méthode ordinaire. On doit toujours l'avoir à l'esprit lorsque l'on utilise la méthode de Toulouse et Richet ; c'est pourquoi nous insistons pour que, sous aucun prétexte, on ne dépasse la dose journalière de 4 à 5 grammes indiquée par les auteurs.

Dans les cas d'état de mal, j'ai eu souvent l'occasion d'administrer pendant quelques jours le traitement bromuré par une méthode qui n'est qu'une variante de celle de Toulouse et Richet et dont j'ai obtenu de bons résultats assez fréquemment ; dans les cas très graves cette méthode a échoué comme toutes les autres. Je fais administrer au malade un lavement composé de un jaune d'œuf (quelquefois deux) et d'une solution de

(I) *L'Alimentation et les régimes*, 1 vol. Paris, Masson, 1907.

©BIUM

6 grammes de KBr dans le minimum d'eau possible, soit 12 grammes. Si l'état du malade le permet, je lui fais donner du lait le plus possible (1).

Je rappelle brièvement qu'à toute médication bromurée on doit ajouter des reconstituants (fer, arsenic) et des antiseptiques internes (naphtol B, salicylate de bismuth, etc.)

De tous les médicaments autres que les bromures, il n'y a lieu de tirer de l'oubli que la belladone et la codéine. L'antipyrine, l'antifébrine, la chloralose, la trinitrine, le sulfonal calment parfois l'éréthisme nerveux, mais n'ont aucune action sur les crises. Le bleu de méthylène, que j'ai jadis essayé dans différentes formes mentales sous la direction de mon maître, M. Vallon (2), ne m'a donné que des déboires. Il en est de même de l'électricité sous toutes ses formes.

L'hydrothérapie (3) n'est plus guère considérée que comme un adjuvant utile des autres indications. On emploie assez souvent la douche en pluie ou mieux encore le jet le long de la colonne vertébrale. La douche en jet sur la tête est formellement contre-indiquée en raison de la congestion qu'elle peut produire sur les centres intra-craniens. Il m'arrive parfois d'ordonner un bain tiède prolongé (deux à trois heures) pour calmer les troubles psychiques consécutifs aux attaques. Ces bains nécessitent une surveillance tout à fait particulière qu'on ne peut confier qu'à un personnel exercé et une connaissance très approfondie du cas particulier; c'est dire qu'ils ne peuvent être employés que dans des services spéciaux et sur des malades bien étudiés.

---

(1) Hoppe. Rapports du brome et des échanges organiques chez les épileptiques. *Neurol. Centralbl.*, 1906.

(2) Vallon et Wahl. Le bleu de méthylène comme calmant. *Progrès médical*, 1899.

(3) Fleury. *Traité de l'hydrothérapie*, 1856.

©BIUM

Dans ces limites, cette thérapeutique donne d'excellents résultats; en pareil cas, je donne toujours des instructions écrites à mon personnel.

Les échecs fréquents de la thérapeutique médicale ont amené les chirurgiens à essayer d'intervenir dans le traitement de l'épilepsie. Après les découvertes de Bouillaud, de Broca, de Ferrier et Yeo, de Duret, etc., on essaya tout d'abord la trépanation dans les cas d'épilepsie bravais-jacksonienne et plus tard dans l'épilepsie dite essentielle. Dès 1901, dans la thèse de mon ami Paul Robert (de Flogny), en m'appuyant sur deux observations personnelles et sur le cas d'Antheaume, je faisais les plus expresses réserves sur les avantages problématiques de la trépanation. Je rappelai le cas historique de don Carlos, fils de Philippe II, qui, à la suite d'un traumatisme cranien, fut trépané par l'illustre Vésale, n'en resta pas moins épileptique avec troubles mentaux et semble être mort en état de mal, étouffé par son oreiller. L'opération du trépan est aujourd'hui rejetée par un très grand nombre de chirurgiens et de neurologistes : Bourneville, Féré, Forgue et Reclus (1) Paon (2), Chipault, Lucas-Championnière (3), etc. On a quelquefois, comme dans une de mes observations, eu des améliorations passagères. Quelques auteurs semblent néanmoins avoir obtenu des guérisons définitives.

Preston, Hamilton (4) ont conseillé la ligature des carotides internes ou primitives. Cette opération dangereuse n'a pas acquis droit de cité : il en est de même de la ligature des vertébrales ; ces deux opérations relèvent surtout de considérations théoriques qui ne

(1) Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale.*
(2) *Thèse*, Paris, 1900.
(3) Championnière et Chipault. Congrès de Chirurgie, 1901.
(4) L'épilepsie ne peut être causée par des états toxémiques. *Journ. of ment. sc.*, 1903.

©BIUM

sont peut-être même pas corroborées par les faits.

Alexander (1883), considérant l'anémie bulbo-cérébrale comme la lésion primordiale de l'épilepsie, conseilla la section et même la résection du sympathique cervical et de ses ganglions. Ni les études expérimentales de François-Franck et Laborde, ni les observations cliniques de Jonnesco (1), de Chipault, ni la statistique de Jaboulay n'ont confirmé cette manière de voir. L'opération de la sympathitectomie est à présent tombée dans un légitime oubli : c'était d'ailleurs une intervention fort grave.

Jusqu'à nouvel ordre, il faut donc rester dans le domaine de la thérapeutique médicale. Après les études de Brown-Séquard sur la sécrétion interne des glandes et la découverte de l'opothérapie, on songea à cette méthode pour le traitement de l'épilepsie. Bourneville et Féré ont essayé le suc testiculaire sans résultat. Toulouse et Marchand (2) paraissent avoir été plus heureux avec le suc ovarique et le Dr Cerf (3) a employé avec succès la thyroïdine. « Babès, dit le Dr Rebuschini (4), chez douze épileptiques à accès violents et journaliers, amena la cessation presque immédiate des attaques à la suite d'injections de substance nerveuse émulsionnée. L'amélioration ou la disparition des accès se maintint pendant une ou deux semaines, après lesquelles les attaques reparurent moins fréquentes et moins violentes. Il nota en outre chez les individus soumis à ce traitement une amélioration notable de l'intelligence et de l'état général. » Ces résultats ne paraissent pas avoir été constants, cependant Levi-Bianchini (5) s'est bien

(1) Jonnesco. *Gazette des hôpitaux*, 1898.
(2) *Revue de psychiatrie*, 1899.
(3) Cerf. Traitement de l'épilepsie essentielle par la thyroïdine. *Anjou méd.*, 1902.
(4) *Organothérapie*, 1 vol. Hœpli, Milan.
(5) *Opothérapie cérébrale dans l'épilepsie*. Broch. Turin.

©BIUM

trouvé de cette méthode. Nous en rapprocherons celle de Constantin Paul (1) qui a souvent réussi. Voici comment procédait le savant médecin de la Charité : il faisait macérer 15 grammes de substance grise prélevée sur une cervelle de mouton bien fraîche dans 75 grammes de glycérine pure pendant vingt-quatre heures ; il ajoutait 75 grammes d'eau distillée et versait le mélange sur un filtre en papier qu'il plaçait dans l'appareil de d'Arsonval à une pression de 50 à 60 atmosphères ; il injectait à ses malades 1-2 centimètres cubes du filtratum ainsi obtenu.

Hippocrate a formulé l'aphorisme bien connu : « Febris accedens spasmos solvit. » A de très rares exceptions près (Paris) (2), cette formule est exacte. Pierre Marie a donc été logiquement amené à penser qu'en injectant des microbes pathogènes susceptibles de développer une affection fébrile, mais à dose atténuée, on améliorerait l'état des épileptiques. Cette considération n'a jusqu'à ce jour fait l'objet que de très peu d'expériences ; seules, celles de Pasteur et Giovanni (3) avec la vaccination antirabique et celles de Lannois avec les streptocoques ont été publiées. Jusqu'à présent cette séduisante méthode n'a donné lieu à aucune application sur le malade.

Depuis 1902, le professeur Carlo Ceni (4) (de Reggio Emilia) poursuit des recherches hématologiques qui paraissent destinées à jeter un jour tout nouveau sur la pathogenèse et le traitement de diverses épilepsies.

---

(1) Cité par Bra.

(2) Epilepsie, pathogénie et indications thérapeutique. *Arch. de neurol.*, 1904.

(3) *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1873.

(4) Ceni. Sur la nature et les caractères des principes toxiques et antitoxiques naturels du sérum du sang des épileptiques. *Rev. sperm. di fren.*, 1905.

©BIUM

Avant lui, Bra (1902) (1) avait cru isoler un microbe qu'il avait trouvé dans le sang des épileptiques et qu'il considérait comme étant l'agent causal de la maladie. Les travaux ultérieurs n'ont pas confirmé cette manière de voir. Beaucoup d'auteurs ont, dans ces dernières années, considéré la crise d'épilepsie comme causée par une auto-intoxication : les analogies des crises épileptiques de causes encore inconnues avec les crises épileptiformes de l'urémie et de l'acétonémie sont trop évidentes pour que l'on n'ait pas été amené à croire que leurs causes sont de même nature dans l'un et dans l'autre cas. Les travaux du professeur Bouchard et de son école nous ont appris que l'urémie et l'acétonémie étaient de véritables intoxications de l'organisme. Ceni injecta du sérum du sang d'un épileptique à des animaux et constata que ce sang était toxique ; mais, chose intéressante, le sérum était plus ou moins toxique suivant les cas. Telle fut l'origine de tous les travaux ultérieurs que ce maître a poursuivis depuis cinq ans, soit seul, soit avec la collaboration de Besta (2), de Tiengo (3) et d'autres. Au congrès de Gênes (1904) (4), Ceni rapporta les résultats de ses expériences de la façon suivante : en injectant à doses répétées et progressives du sérum d'épileptique au sujet lui-même, il constata que tantôt ce sérum aggravait la maladie et tantôt agissait comme un médicament spécifique. Ces différentes modalités

(1) Bra. Parasite trouvé dans le sang des épileptiques. *Rev. neurol.*, 1903, et *Arch. de neurol.*, 1902.

(2) Besta. Recherches bactériologiques sur le sang des aliénés. *Rev. sperm. di fren*, 1902. — Ceni et Besta. Propriétés thérapeutiques du sang des animaux styro-parathyroïdés. *Rev. sperm. di fren.*, 1904.

(3) Tiengo. Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par la méthode de Ceni. *Rev. sperm. di fren.*, 1904.

(4) Ceni. Sur la nature et la spécificité des principes toxiques dans le sang des épileptiques. Note préliminaire. Congrès de Gênes, 1904, discussion Catola.

©BIUM

paraissent être en relation avec les exacerbations et les phases de calme de la maladie. Le professeur Catola se refusa à croire à l'action thérapeutique du sérum d'épileptique. L'année suivante, le problème est serré de beaucoup plus près par le professeur italien. Dans l'intervalle des accès, le sérum injecté, soit au porteur lui-même, soit à un autre épileptique, à la dose de 10 centimètres cubes est en général bien supporté. Au contraire, au moment des paroxysmes, le sang des épileptiques devient hypertoxique. Si on l'injecte alors à un autre épileptique, il détermine des accidents d'intoxication aiguë et des réactions locales (1). Ces réactions locales sont du gonflement et de la douleur. L'intoxication générale est caractérisée par de la lourdeur de tête, de la confusion mentale, de l'élévation de la température et de l'aggravation des manifestations épileptiques. Il existe évidemment d'un sujet à l'autre des variations individuelles; mais en thèse générale ceux qui supportent le mieux l'antisérum sont ceux qui réagissent le moins au sérum hypertoxique (2). L'antisérum humain est le sérum d'un sujet auquel on a injecté, sans qu'il se produise de réactions, du sérum d'un autre épileptique plus gravement atteint que lui-même à la dose de 10 centimètres cubes et chez lequel il s'est produit, à la suite d'une ou de plusieurs de ces injections, une amélioration de l'état général et une diminution des crises. Si l'on injecte à un épileptique son propre sérum quelques jours après l'apaisement des symptômes bruyants de la maladie, c'est-à-dire lorsque le malade est revenu à son état habituel, on a des

(1) Ceni. Nouvelles recherches sur la nature des principes toxiques contenus dans le sang des épileptiques. *Rev. sperm. di fren.*, 1905.

(2) Ceni. Autotoxines et anti-autotoxines spécifiques dans le sang des épileptiques. *Neurol. Centralbl.*, avril 1903.

©BIUM

phénomènes d'intoxication identiques à ceux que ce sérum produirait sur un autre sujet. Il arrive parfois que le sérum d'un sujet est hypertoxique quelques jours avant l'apparition de l'état de mal. Injecté à un homme normal, ce sérum hypertoxique détermine des phénomènes locaux et généraux, mais jamais d'accidents épileptiques vrais. Chez l'animal, le sérum hypertoxique n'agit que comme le sérum épileptique humain.

Cette réaction d'hypertoxicité est donc spécifique pour notre espèce (1). Le sérum hypotoxique est celui qui, injecté à la dose de 10 centimètres cubes, ne produit aucun accident, ni local, ni général. Il est hypertoxique dans le cas contraire, jamais il n'y a d'action du sérum épileptique dans les formes mentales qui ne relèvent point de la nature comitiale (hystérie, manie, urémie, pellagre). La toxicité semble donc augmenter à l'approche des états de crise et diminuer dans leur intervalle.

Pour Ceni et pour Tiengo, il existe dans le sérum des épileptiques deux principes actifs de propriété et d'origine différentes (2) : l'un qui circule librement dans le sang des épileptiques et est doué de propriétés purement toxiques; l'autre qui n'y existe qu'à l'état latent et est doué de propriétés stimulantes sur quelques éléments cellulaires dans lesquels s'accomplissent des échanges et qui sont probablement le siège anatomique de l'épilepsie (3). Ces propriétés stimulantes se manifestent seulement comme conséquences médiates de

(1) Ceni. Sur la nature et la spécificité des substances toxiques contenues dans le sang des épileptiques. *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1905.

(2) Ceni. De quelques caractères de l'antitoxine spécifique contenue dans le sérum sanguin des épileptiques. *Centralbl. f. Nervenh.*, 1905.

(3) Ceni. Propriétés toxiques et thérapeutiques du sérum sanguin des épileptiques. *Centralb. f. Nerv.*, 1902.

©BIUM

modifications encore inconnues de l'état général du sujet.

Tout récemment (1907), De Bück (1) a constaté que la cause primordiale de l'épilepsie dite essentielle était une neuroautocytotoxine formée d'une alexine thermomolabile et d'une sensibilisatrice spécifique. La crise serait due à des décharges nerveuses des cellules corticales attaquées et mises en état de désassimilation par des ferments neurolytiques. Sur les autres points, les travaux de De Bück confirment ceux de Ceni et de son école. Ces travaux tout récents permettent d'espérer que bientôt nous serons en possession d'un remède véritablement spécifique de l'épilepsie, l'un des maux les plus redoutables dont soit atteinte l'humanité.

Lorsque l'épilepsie débute d'une façon anormale, passé vingt-cinq ans par exemple, il faut rechercher si l'on n'est pas en présence d'une épilepsie symptomatique. Il faut analyser les urines, rechercher les signes de l'helminthiase, de l'urémie, du diabète, du mal de Bright, de la syphilis et ceux si obscurs des tumeurs cérébrales : on utilisera dans ces derniers cas la ponction lombaire.

Contre la crise elle-même, on peut recommander un procédé déjà indiqué par Galien et recommandé à nouveau par Pierre Marie et Kovalevski (2) : il faut exercer une pression énergique sur la région qui est le siège de l'aura. Pour M. Sizaret (3), les inhalations d'oxygène arrêteraient quelquefois les crises, pour d'autres le décubitus latéral gauche.

Tout récemment, Houzel (4) a préconisé la saignée, vieux remède surtout efficace dans l'urémie. La trépa-

(1) De Bück. Pathogenèse et diagnostic de l'épilepsie. *Bull. Soc. méd. ment. Belgique*, 1907.
(2) Kovalevski. *Épilepsie*, 1 vol. Vigot.
(3) Congrès de Rennes, 1900.
(4) Houzel. *Presse médicale*, 1906.

©BIUM

nation peut être indiquée dans les cas très rares où l'on se croit en droit de diagnostiquer (1) une lésion ou une tumeur bien circonscrite de la zone rolandique ; le traitement mixte dans ceux où la syphilis paraît pouvoir être mise en cause.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que bien des recherches de laboratoire doivent encore être faites avant que nous ayons entre les mains un traitement rationnel de la névrose comitiale, mais que l'on commence à apercevoir la solution du problème.

(1) Spathing. Résultats de la chirurgie cérébrale dans l'épilepsie et dans l'imbécillité. *Am. Journ. of insanity*, 1905.

©BIUM

Médecine légale

DE

L'INTERVERSION DES HABILLEMENTS SEXUELS

Par le Dr P. HOSPITAL
Ancien médecin en chef de l'asile de Clermont-Ferrand.

La mythologie nous apprend que le célèbre devin Tirésias, qui habitait le mont Cyllène, était six mois homme et six mois femme. Or, comme, vu l'importance du personnage, il ne fallait pas songer à soumettre cet androgyne intermittent à un examen semestriel médico-légal, le seul moyen pour reconnaître son sexe était..... le vêtement, variant sans doute selon « les phases » (1). Et les hermaphrodites, comment étaient-ils costumés? Celui que j'ai vu au Louvre, dans la galerie des antiques, est nu, si mes lointains souvenirs sont exacts, mais néanmoins, si amateurs du « gymnos » qu'aient été les Grecs du temps de Périclès et de Phidias, l'esthétisme ne pouvait aller jusqu'à tolérer le « nu » dans les rues;

(1) L'idée de « bisexualité » remonte à une antiquité bien plus reculée; on en trouve, par exemple, des traces dans la théogonie de l'Inde : « Ayant divisé son corps en deux parties le « Souverain-Maître devint moitié mâle, moitié femelle, et en « s'unissant à cette partie femelle, il engendra Vizâdy, le divin « mâle Pouroucha, qui à son tour a produit, en se livrant à une « dévotion austère, Manou le créateur. » (Le manavâ-dharma-sastra, code de la loi de Manou. *Hist. de la femme dans l'antiquité*, par Louis-Auguste Martin.)

©BIUM

un aussi profond mépris de la morale publique se serait mal accordé avec le développement intellectuel de ce peuple policé ; donc les hermaphrodites devaient être vêtus. Et les eunuques d'Orient, qui ne sont ni hommes ni femmes, quel est leur costume?

Une chasseresse, arrêtée ces temps derniers et que d'aucuns prétendent être un homme, m'a suggéré cette petite plaquette que j'offre pour ce qu'elle vaut.

Pour bien des motifs, dans beaucoup de contrées, les deux sexes sont habillés à peu près de la même façon, d'autant mieux que chez les peuples boréaux l'entassement nécessaire de pelleteries sur le corps est le même pour les deux sexes, tandis que chez les tribus équatoriales, ce costume se résume à peu de chose près à une plume dans les cheveux!

Il en est tout autrement dans les nations civilisées, aussi bien dans l'antiquité que de nos jours ; quant à l'interversion vestiaire, elle doit être bien ancienne, les hommes ayant de tout temps obéi aux mêmes idées. Mais des désordres pouvant résulter de ces travestissements, la police a dû s'en mêler ; en effet, nul ne peut s'habiller « habituellement » de vêtements appartenant à un sexe autre que le sien, sous peine de poursuites, sans en avoir obtenu l'autorisation écrite de la police, autorisation qui ne se délivre qu'à des personnes honorables et pour des motifs sérieux, non attentatoires aux lois et aux convenances. Ces autorisations s'accordent rarement (1) ; mais trêve à la sévérité est accordée, à l'occasion des jours carnavalesques, de fêtes, de cortèges, etc.

Je disais plus haut que cette idée de changer de costume sexuel, remontait à la plus haute antiquité ; en

(1) Exemple : Une très honorable dame, ayant « servi » pendant la guerre de 1870, a obtenu l'autorisation de porter le costume masculin. (*Matin*, mars 1908.)

©BIUM

voici des exemples : Hercule filant aux pieds d'Omphale, reine de Lydie ; Achille déguisé en fille à la cour de Lycomède, roi de Scyros, pour éviter d'aller au siège de Troie, ruse que découvrit Ulysse. Chez les Romains de la décadence, ces interversions somptuaires étaient en honneur. En Chine, les femmes ne pouvant paraître sur la scène théâtrale, ce sont des jeunes gens qui se travestissent pour les rôles féminins. Sur notre scène, les « travestis » sont très fréquents ; qui ne se souvient de M^lle^ Déjazet dans *Les premières armes de Richelieu* et dans *Le marquis de Létorière?*

Des dames ont pu, dans certaines circonstances, revêtir transitoirement des habits d'hommes, sous la Révolution et sous l'Empire, soit pour échapper au péril, soit pour servir dans les armées ; l'Histoire en cite de nombreux et honorables exemples. On ne fut jamais fixé sur le sexe du célèbre chevalier d'Eon qui, toute sa vie, porta alternativement les deux costumes. M. de la Vallette parvint à se sauver de prison, grâce aux vêtements de sa femme qui, héroïquement, prit sa place. De notre époque, George Sand et Rosa Bonheur se revêtaient de costumes masculins pour travailler plus commodément ; et l'exploratrice, M^me^ Dieulafoy, ne pouvait étudier les fouilles qu'en vêtements d'homme, avec son mari, d'où ses belles découvertes en Asie. Le port du costume masculin est encore nécessaire, et par conséquent légitimé, pour l'exercice d'un certain nombre de sports.

Mais les hommes? Hum ! tout cela sent, sous mille formes et plusieurs prétextes, l'invocation à « Eros », ou à « Cotytto » (1) ! Les nécessités avouables de changer de

(1) ... « En France, Henri III était sans aucun doute « uranien » ; il préférait s'habiller en femme, et s'entourait d'une « cour de favoris, les « mignons », qui affectaient des manières « féminines... » (*Livre d'or de la santé*, par le D^r^ Léon Deschamps.)

©BIUM

costume sexuel, sont infiniment plus rares pour l'homme que pour la femme, *ergo*!..... Dans ma longue carrière médico-juridique, j'ai eu plusieurs fois à examiner des homo-sexuels, j'ai reconnu la plupart des stigmates indiqués par M. Tardieu ; l'un d'eux s'habillait le soir en femme. On m'a parlé aussi d'adolescents féminisés qui, de temps à autre, s'habillaient en demoiselles. Quelles idées saugrenues pouvaient bien leur passer par la tête? On sait que certains proxénètes se décernent entre eux des surnoms féminins.

Voici d'autres cas, étranges mais moins répréhensibles : un homme, désespéré d'avoir perdu une épouse chère, revêtait parfois les habits de la défunte pour aller dans la solitude. Un autre, dans les mêmes conditions, plaçait les habits dans son lit. Je suis convaincu que ces cas ne doivent pas être très rares ; en somme, nous portons bien des objets d'une personne regrettée, médaillon avec cheveux, bague, épingle, etc. ; j'ai connu des veuves qui, après avoir empaqueté les effets de leur cher défunt, les considéraient de temps à autre à titre de souvenir consolant ; les habits, c'est presque l'individu lui-même! Le port de l'habit féminin peut être l'effet d'une coutume (1).

Certains cérébraux originaux, ai-je lu dans la presse médicale, se complairaient dans la solitude de leur chambre à se couvrir de costumes resplendissants, à

Erlenberg a observé un homme qui volait du linge de femme dans les magasins, pour s'en revêtir la nuit, en vue de sensations érotiques. (Em. Laurent, *L'amour morbide.*)

D'après le Dr Albert Sboll, et le professeur Von Krafft-Ebing, les uraniens recherchent les rôles, les vêtements, les occupations des femmes ; « il n'est pas rare de voir des uraniens s'habiller en femme, et paraître comme telle en public. » (Deschamps, *Ibid.*)

(4) Dans un curieux travail, inséré il y a déjà longtemps dans nos *Annales*, intitulé : « De la maladie des Scythes », l'auteur nous apprend que ceux-ci, devenus vieux, ne pouvant plus guerroyer ni chasser, ne s'occupaient plus désormais que des travaux du ménage et adoptaient définitivement le vêtement féminin.

©BIUM

seule fin de s'admirer sous les aspects les plus favorables ; ces mégalomanes en chambre ont bien dû essayer les robes à falbalas et les coiffures à la grecque.

Le cambriolage et l'escroquerie n'ont pas manqué d'utiliser ce précieux moyen de transformation : ainsi une jeune bonne s'est trouvée être un jeune homme ; des religieuses quêteuses à domicile, être des gaillards déterminés. Il y a quelques années un pauvre diable commit un larcin insignifiant dans une maison isolée ; quand on l'arrêta, il était affublé d'une robe, *minus habens*.

Les aliénistes ont tous observé dans leur service des femmes se croyant des hommes, même titrés, et des hommes se croyant femmes, même enceintes ; pour mon compte j'en ai observés plusieurs ; croyez-vous que si on leur avait présenté des vêtements *ad hoc*, ils les eussent acceptés et qu'ils s'en fussent revêtus ? C'est au moins douteux pour la plupart, car la conception délirante souvent n'a pas de sens, et elle s'adapte mal à la normalité de l'acte lui-même, comme résultat d'un défaut de concordance, inséparable du rapprochement d'un acte qui n'est extravagant que lorsqu'il est le produit matériel d'une idée délirante. J'ai observé deux femmes malades qui s'étaient déguisées en ecclésiastiques, mais vu leur mentalité, le mot « déguisement » est celui qui convient, leur geste m'ayant paru être une simple gaminerie.

Rien n'est plus facile à reconnaître qu'une interversion vestiaire sexuelle.

Femmes en habits d'homme : chez la femme, le visage ne peut guère se confondre avec celui d'un éphèbe ; évidemment ce sont des yeux, un nez, une bouche, un front, un menton, des joues, aussi bien chez l'un que chez l'autre, mais au point de vue du dessin les nuances sont appréciables ; l'absence de barbe naturelle ne saurait se confondre avec le visage le plus

©BIUM

sévèrement rasé, de même qu'une perruque jure avec les modifications du derme frontal ; pour ce qui est de la physionomie, ce ne sont plus les mêmes yeux ; mêmes remarques pour les mouvements de la tête et du cou, ainsi que les regards et les intonations de la voix, plus aiguë et plus grêle chez la femme même contralto. Les épaules sont « tombantes » (voyez les statues grecques et celles Renaissance). La « gorge », si elle est développée, se dissimule difficilement sous les habits ajustés ; grâce au corset, la « taille » a une forme spéciale qui ne se prête nullement aux vêtements masculins ; le bassin plus large, grâce à sa conformation spéciale et aussi à l'inclinaison plus accentuée des cols fémoraux, nécessite des masses musculaires sacro et ilio-fémorales plus étendues et plus rembourrées, d'où plus d'ampleur de cette région facilement décelée par d'étroits vêtements. Les grands trochanters étant plus éloignés, les cuisses sont forcément plus charnues et plus penchées en dedans pour le rapprochement des genoux ; d'où alors condyle fémoral interne plus accentué en bas que l'autre pour ramener le tibia à la verticale, d'où genou plus large et plus empâté ; de cette disposition résulte pour la femme une marche balancée, que les Espagnols appellent « ménéo » à cause de son élégance. Les mains et les pieds sont plus petits, plus fuselés, moins noueux ; les mouvements, gestes et attitudes absolument différents. Quand la femme est de petite taille et grassouillette, costumée en homme elle paraît saucissonnée et fagotée ; quand elle est mince et grande, elle se rapproche d'un adolescent de taille ordinaire.

Hommes habillés en femme, rien n'est plus grotesque ; il n'y a guère que de très jeunes gens, qui le plus souvent sont à l'âge où on est étriqué, qui peuvent, à la rigueur, passer pour de jeunes femmes ; mais ils sont vite trahis par leur voix muante de jeune coq

©BIUM

énroué, par leurs gestes qui manquent de réserve, leur marche, non balancée, droite, à plus grands pas ; par les traits du visage plus sculptés, plus maigres, moins graciles; par leur taille qui transforme des hommes ordinaires en grandes femmes, par leurs extrémités plus grandes, plus sèches, plus dures.

L'homme s'accoutume moins facilement aux allures et vêtements féminins et s'y assimile moins bien que la femme dans les mêmes conditions ; elle semble, en effet, plus prédisposée aux travestis que son compagnon.

Ne pourrions-nous, pendant que nous y sommes, étendre ces remarques à d'autres situations (1) ? Trois seulement : le militaire en retraite ; sa marche, ses gestes et tout son habitus extérieur dans ses habits civils décèlent son ancienne carrière. Le prêtre, et particulièrement le « conventuel », se décèlent en vêtements laïques : il marche en soulevant la pointe du pied, tenant à l'habitude et à la nécessité de relever le bas de la robe pour marcher ; maintien toujours réservé, physionomie grave, gestes sobres. Le marin a une marche avec balancement latéral du corps, dont le point de départ est pédieux, par suite du bourlingage des navires, et qu'il ne perd jamais plus sur terre.

Je ne me suis jamais habillé en femme ; je n'ai même jamais revêtu la robe universitaire, pas plus que celle d'homme de loi, *nunquam togatus fui* ; si cependant, une fois, le jour de la soutenance de ma thèse! Ce jour-là l'appariteur me jeta sur les épaules une sorte de simarre qui ne me parut pas de la première fraîcheur, si longue que je m'entravai dans ses plis quand je parus devant le grave aréopage, ce qui fit que je ratai « mon entrée », comme on dit en style de théâtre ; quant à la

(1) Sur l'habitus et les attitudes imprimés par une longue carrière.

©BIUM

toque, je dus la porter à la main, ses vastes proportions eussent fait fonction de heaume. Le seul costume que j'aie porté est celui de simple soldat dans la garde nationale. Depuis que j'exerce la médecine, je me suis toujours vêtu de noir, avec une coupe tenant le milieu entre un vieillissement rococo et un rajeunissement ridicule; de même pour la barbe.

Revenons à nos « androgynes » de vêtements. En somme, à quelques exceptions près, qui trouvent leur excuse ou leur explication dans des situations particulières, ces fantaisies ne me disent rien de bon, et ceux qui se les offrent me paraissent étourdis et superficiels; dans d'autres cas, des névrosés ; dans une dernière catégorie, de vulgaires malfaiteurs.

©BIUM

AUTO-ACCUSATION D'ATTENTATS TERRORISTES

CHEZ UN DÉBILE INTELLECTUEL

NOTE SUR UNE EXPERTISE DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

Par le Dr BRAVO Y MORENO[1]
Médecin légiste du district de Barcelone.

A notre premier contact avec J. A..., il nous a paru appartenir à cette catégorie de sujets atteints de débilité mentale congénitale, à considérer son attitude, la forme de sa tête, l'aplatissement de la région occipitale, la puérilité de sa conversation ; cette débilité mentale se révèle par l'incohérence du langage, la marche de l'association des idées, l'incapacité de juger d'une manière raisonnable, l'instabilité de l'esprit dans les décisions à prendre. Sans nous en tenir à cette opinion, nous avons approfondi notre examen au cours de plusieurs visites (9 en un mois) faites à l'accusé dans la prison de Barcelone, où il était renfermé ; notre but était de préciser le diagnostic, et d'apprécier le degré de la capacité mentale de J. A... et de sa puissance à diriger sa volonté dans un sens déterminé, comme *base de la capacité d'imputation*, afin de résoudre le problème médico-légal proposé par M. le juge d'instruction chargé de l'affaire terroriste. D'après les données recueillies, nous pouvons

(1) Traduit de l'espagnol par le Dr Arsimoles, médecin-adjoint de l'asile de La Charité-sur-Loire.

©BIUM

formuler d'une manière synthétique l'opinion suivante :

Antécédents. — J. A... appartient à une famille issue de Barcelone, dont les membres du côté paternel (suivant les rares renseignements que nous avons pu obtenir), y compris la grand'mère et plusieurs oncles, sont appelés *les dégénérés* par les habitants du faubourg de la Sagrera. Les deux frères, adultes, du prévenu sont idiots et ont beaucoup de difficulté à s'exprimer (l'un d'eux est à l'hospice) ; on dit que le père est un peu buveur ; le grand-père était connu sous le nom de *roi de l'alcool.*

Antécédents personnels. — Les manifestations de la sensibilité chez J. A... furent tardives et rudimentaires, puisqu'on ne le vit jamais pleurer, même après le sevrage ; il ne parlait pas encore à un âge avancé, puisqu'à deux ans il ne prononçait pas un seul mot ; à deux ans, il fut atteint de rougeole, suivie d'œdème pendant la convalescence, et contracta une affection tenace de la vue et de l'ouïe ; il fut soigné dans ces maladies par les Drs Vidal Solares et Barraquet, tous deux de Barcelone. Il paraît qu'il eut aussi des convulsions. Pendant un an qu'il fréquenta l'école, il fut la risée des autres enfants, qui l'appelaient *l'idiot* ; plus tard, on le mit à travailler dans une fabrique de moulages, et, pendant les deux ans qu'il y resta, il n'apprit rien par suite de son imbécillité manifeste, qui ne permettait de l'employer qu'à faire tourner une machine ; à cette époque, il fut atteint à la tête d'une plaie contuse, dont la cicatrice est visible dans la région pariétale droite. Puis, on essaya de lui faire apprendre le métier de lampiste, mais sans plus de résultats. S'échappant alors de sa maison, il ne fait rien pendant trois ans si ce n'est de se livrer au vagabondage, entretenant des relations avec des gens de mauvaise vie et recherchant l'amitié de débauchés ; sans ressources, il s'adonnait aux occupations qui avaient

©BIUM

le moins de rapport avec son origine, tantôt s'embauchant comme marinier, tantôt mendiant. Incapable de persévérer dans un métier honorable, par suite de son instabilité mentale, il se livrait même au vol et à la contrebande, qui exigent de ceux qui s'y adonnent la mobilité et une vie errante.

Tout le récit de cette vie d'aventures et de désordres le démontre de la manière la plus naturelle, et de façon à mettre en relief sa personnalité orgueilleuse : il n'invoque de circonstances atténuantes d'aucune espèce, parce que, toujours vaniteux, il se juge incapable de se tromper; pressé de donner une raison qui justifie ou explique cette conduite, il découvre la médiocrité de son esprit et le déficit de son intelligence, et répond : « Expliquez-le vous-même », au digne juge de cette affaire, — réponse qui, dans d'autres circonstances, pourrait être interprétée comme une impolitesse envers un homme aussi honorable et distingué.

Etat actuel. — J. A... possède une intelligence très médiocre. L'attention est des plus instables; la mémoire, paresseuse, infidèle, conserve seulement quelques fragments du *Credo*, ou des prières que lui enseignait sa mère quand il était enfant. Il jouit cependant d'une mémoire partielle, et se rappelle des noms de pays, surtout de ceux qu'il a parcourus récemment. Le raisonnement est aussi faux que la logique est débile; l'instruction est très restreinte (il sait lire); il écrit difficilement, en commettant beaucoup d'erreurs de jugement, de fautes d'orthographe et de grammaire, même dans les mots les plus usuels. J. A... n'a aucune aptitude pour le calcul et est incapable d'effectuer des opérations simples d'arithmétique et des combinaisons de nombres, quelque simples qu'elles soient; par exemple, il additionne bien les chiffres abstraits 3 et 4; mais si ces chiffres deviennent des unités concrètes de 3 oranges et

©BIUM

4 pesetas, il ne sait ni les additionner, ni comprendre où réside l'impossibilité de cette addition ; il ignore les relations entre un tout et ses parties, et ne peut indiquer la relation qui existe entre deux choses égales et une troisième, bien que le problème soit posé d'une façon objective à l'aide de pièces de monnaie. Tout son savoir se borne à des notions concrètes, parce qu'il ne peut s'élever à la généralisation. Il devient loquace quand on a capté sa confiance ; mais cette verbosité démasque promptement le néant du fond de sa conversation, les lacunes de son intelligence, le manque de jugement et de réflexion dans ses pensées, et l'absence de discernement qui préside à ses actes.

L'instinct et le sens moral vont de pair avec les facultés intellectuelles. Egoïste par excellence et insensible à la douleur morale, il ressent au contraire vivement la douleur physique ; c'est pour ce motif que sa conduite à la prison est exemplaire, parce que, dit-il lui-même, sentant qu'on pourrait le punir, il redoute les châtiments d'une façon exagérée. Il est rempli d'orgueil, menteur, glouton et adonné aux boissons alcooliques, en particulier à l'eau-de-vie de canne.

Les tendances qui ont présidé à la formation de son caractère sont très défectueuses depuis sa naissance et n'ont pas été corrigées par les conseils et les exemples salutaires du milieu familial. J. A... possède de *l'anesthésie du sens moral*, puisqu'il dénigre sa mère, et surtout son père, qu'il accuse d'être « ivrog ne, pares seux », et de chercher à « vivre aux dépens de sa-mère » ; c'est pour ces motifs qu'il aurait fui la maison paternelle. C'est dire que la conscience morale existe chez cet individu, mais est impuissante à influer sur ses déterminations, parce qu'elle n'est pas secondée par les tendances émotionnelles qui portent l'homme au bien. En outre, il possède un caractère ondoyant, capricieux,

©BIUM

égoïste, et ne fait preuve d'aucun sentiment affectif; cruel, il dénonce à la police portugaise un de ses compagnons qui lui a dérobé un peu de poudre, bien qu'à l'occasion il vive lui-même de vol. Dissimulé, défiant, il invente une histoire fantastique, un roman vraisemblable, et dans cette trame se réserve un rôle pour se rendre intéressant. Son orgueil ne souffre ni contradiction, ni réprimande : rappelons à ce propos le regard chargé de colère qu'il lança en notre présence, le 9 juillet, à M. le directeur de la prison, parce que ce fonctionnaire lui avait dit « qu'il fallait se lever du siège où il était assis toutes les fois qu'entrait un employé de l'établissement ». Incapable de se soumettre à une discipline, il nous dit, dans notre visite du 12 juillet : « qu'il en a assez d'être en prison, qu'il désire la liberté, l'air, la campagne, et que d'ailleurs ces établissements provoquent la perte des hommes ».

Il n'a pas la force de dominer ses instincts égoïstes et de les subordonner à des considérations supérieures, telles que celle de l'ordre social ; la preuve évidente en est dans le fait qui a motivé son arrestation, et dans les raisons qu'il donne de son attitude : il s'est déclaré l'auteur d'attentats terroristes pour échapper aux pénalités des lois portugaises.

Au point de vue somatique, J. A... est de taille élevée (1^{m}705), développé comme un garçon de dix-sept à dix-huit ans environ ; son crâne est petit, microcéphale, et en forme de pain de sucre (acrocéphale), avec aplatissement notable de l'occipital. Blésité très prononcée ; tics de la face, qui déterminent des grimaces fréquentes et donnent à sa physionomie et à sa mimique un air sarcastique, que sa répétition monotone pourrait faire prendre, à un examen superficiel, pour l'expression d'un cynisme insolent et effronté. Tubercule de Darwin rudimentaire aux deux oreilles, cicatrices diverses sur

©BIUM

la tête et le cou. On observe, comme signe d'identité, au tiers supérieur de la face antérieure de l'avant-bras gauche, un tatouage représentant les initiales F. C.

Les fonctions végétatives (sommeil, nutrition, etc.) n'offrent aucune altération à signaler. Le plaisir de boire de l'eau-de-vie de canne et la satisfaction de l'instinct de la nutrition sont les mobiles de tous les actes de ce sujet.

Le fait. — Au cours de sa vie de vagabondage et d'aventures, J. A... fut arrêté en Portugal comme se livrant à la contrebande du tabac ; craignant d'être puni par les tribunaux portugais, il déclara, suivant les conseils de ses codétenus, avoir commis des attentats terroristes dans la ville de Barcelone ; il pensait qu'en Espagne les lois sont plus douces, et aussi que, pour de tels faits, il serait mis en liberté dès son arrivée à Barcelone. Ce raisonnement dépeint entièrement sa psychologie : 1° il attend des lois espagnoles un châtiment corporel moins sévère que des lois portugaises ; on a noté ce fait chez tous les sujets atteints de débilité mentale au même degré, c'est-à-dire la crainte du châtiment ; 2° la fausseté et la fragilité de son mode de simulation, qui met en évidence les lacunes de son esprit et la médiocrité de son intelligence, à tel point qu'il pense qu'en s'accusant d'actes terroristes, on va le relâcher dès son arrivée à Barcelone ; 3° enfin, sa suggestibilité qui lui fait suivre point par point les conseils moqueurs de ses codétenus.

En résumé, crainte des châtiments physiques, naïveté du raisonnement et de la pensée, défaut de résistance aux hétéro-suggestions, tels sont les éléments psychologiques dans ce fait d'auto-accusation de quelques actes terroristes (est-il un cerveau d'organisation moyenne qui pense qu'en s'accusant de terrorisme, il va être remis en liberté dès son arrivée en Espagne?). Cela

©BIUM

seul démontre une aberration dans la pensée, et dans l'acte que, dans son orgueil, s'attribue J. A..., et met ostensiblement en relief la débilité mentale dont il est atteint.

Nous faisons abstraction, dans cette analyse, de ses déclarations faites à Lisbonne, dans lesquelles est consigné son projet de conquérir depuis Madrid, au moyen de batteries électriques, la place portugaise de Setubal, dans laquelle il se trouvait. Le sujet J. A... nous paraît rentrer dans la catégorie des *phrénasthéniques ;* nous n'avons découvert chez lui aucune idée délirante pendant la durée de notre observation.

Nous pensons que ces déductions peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

1° J. A... est atteint d'un développement incomplet ou défectueux du cerveau consécutivement à un état congénital ;

2° Cette insuffisance de développement se révèle d'emblée, beaucoup moins par des caractères anatomiques que par la viciation des fonctions cérébrales ;

3° Elle se manifeste par la diminution des facultés intellectuelles d'ordre supérieur (jugement, volonté), l'altération de la faculté de raisonner qui n'aboutit jamais à une conclusion (ces lacunes devenant évidentes dans le calcul) ; l'attention active est très médiocre, et la persévérance très faible ; on observe de même une notable diminution dans l'élaboration des idées, et dans le processus de leur association. Anesthésie du sens moral, très grande facilité à se laisser influencer dans l'omission ou l'exécution d'un acte, orgueil démesuré. Dans le domaine somatique, crâne petit, de forme irrégulière, acrocéphale ; tics de la face très prononcés, persistants, constants ; blésité ;

4° D'après de tels symptômes, nous jugeons que la responsabilité de J. A... est *nulle*, puisqu'on peut le

©BIUM

considérer comme un enfant par son intelligence, et par son impuissance à diriger sa volonté dans un sens déterminé. Cette opinion est confirmée par le fait dont il s'accuse lui-même et se glorifie (sous l'empire d'une vanité excessive) sans en avoir calculé les conséquences et sans avoir réfléchi à l'invraisemblance de ses récits, de ses projets et de ses déterminations (dont nous avons lu les détails dans les pièces du dossier). Tout cela prouve, une fois de plus, l'absence de logique et la médiocrité intellectuelle de J. A... ; par conséquent, on ne peut et on ne doit prêter aucune créance à ses déclarations et à ses jugements.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

—

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS ALGÉRIENS

DANS UN ASILE MÉTROPOLITAIN

Par le Dr LEVET

Médecin-directeur de l'asile de la Charité,
Ancien médecin de l'asile d'Aix.

En 1896, les *Annales médico-psychologiques* publiaient un remarquable travail de M. le Dr Meilhon : l'aliénation mentale chez les Arabes.

En matière de conclusion, le Dr Meilhon disait :

« Il serait temps de rechercher quels efforts ont été tentés pour donner à l'Arabe aliéné les soins médicaux auxquels il a droit : ici, nous ne trouvons, il faut bien le dire, qu'erreurs et inconséquences. Partant de ce principe que l'aliénation mentale n'a pas de patrie, on a assimilé la folie des Arabes à la folie des Européens et on a pu croire qu'elle était justiciable des mêmes méthodes de traitement ; aussi dès l'année 1860, n'a-t-on pas hésité à diriger sur l'asile d'Aix les malades des trois provinces, aussi bien les indigènes que les Européens.

« On ne saurait méconnaître qu'il y avait dans cette mesure une marque de bienveillante sollicitude à l'égard de ces malheureux malades : les frais de transfèrement, le prix de journée relativement élevé, les frais de rapatriement ont même rendu très onéreuse l'assistance

©BIUM

des aliénés de notre colonie. Si l'on fait le décompte de ce que coûte au département d'Alger un malade curable transféré sur l'asile d'Aix et rapatrié après guérison, nul doute que les frais de séjour ne dépassent de beaucoup le prix de journée des malades de la Seine.

« Et cependant tous ces sacrifices sont allés à l'encontre du but que l'on se proposait ; loin d'être utile aux malades on n'a fait trop souvent qu'aggraver leur situation : les rapports des Inspecteurs généraux, la statistique de mortalité sont là pour le prouver. Et comment pourrait-il en être autrement ! L'aliéné arabe, après quelques jours passés dans les plus mauvaises cellules de l'hôpital de Mustapha, est soumis à une traversée que les moyens de contention employés rendent particulièrement pénible et douloureuse ; après quelques heures de repos à l'asile de Marseille (1), il arrive par un service de voiture à l'asile d'Aix ; ainsi ballotté par monts et par vaux, par terre et par mer, il va, semble-t-il, trouver à l'asile d'Aix un repos bien gagné; il n'en est rien cependant. Dès l'arrivée, une première vexation lui est réservée, la plus pénible de toutes, celle contre laquelle il ne manque jamais de se révolter : il sera contraint de se dépouiller de son costume national pour endosser la livrée réglementaire à l'européenne. S'il n'est encore que dément, il en deviendra gâteux; s'il s'agit d'un agité, il aura vite réduit en loques ce costume qui le gêne dans ses mouvements ; et si notre malade a conservé quelques lueurs d'intelligence, ce seront pendant plusieurs jours des récriminations incessantes et des supplications réitérées pour revenir au burnous national ; trop heureux encore lorsqu'il pourra se faire comprendre de l'interprète improvisé dont le

(1) Actuellement ces « quelques heures de repos » n'existent même plus.

©BIUM

délire laisse une porte ouverte à des traductions fantaisistes et contradictoires.

« Tel est l'état d'esprit de notre indigène à son entrée à l'asile ; cela peut s'appeler de la révulsion intellectuelle, une manière de traitement moral de Leuret, mais ce système thérapeutique est désormais banni de nos asiles.

« Mais ce n'est pas tout et d'autres mécomptes attendent notre malade au seuil de l'établissement : c'est ainsi qu'il attendra plusieurs jours avant de s'habituer à la nourriture qu'on lui présente ; ici plus de couscous, plus de café, mais immédiatement et sans transition la soupe et l'invariable ragoût. Pas un vestige de sa religion, pas une apparence de mosquée; autour de lui des figures, un langage qu'il ne connaît pas ; pas un gardien arabe pour interprète; s'il a quelques idées à exprimer, à qui les confier? à qui s'adresser s'il a quelques réclamation à faire? De visites de parents, d'amis, de coreligionnaires, il ne saurait en être question à des milliers de lieues de sa tribu ; et pour ce qui est des correspondances, c'est à peine si quelques Kabyles sédentaires pourront entrer en relations avec leur femme et leurs enfants. Si encore le médecin de l'asile pouvait gagner sa confiance et lui apporter quelques paroles de consolation ; mais là encore il se heurte à la différence des langues et incompris, isolé, il s'abandonne sans mesure à ses divagations délirantes et entre de plain-pied dans la chronicité.

« Dès lors, agissent sur lui toutes les influences débilitantes contre lesquelles son organisme, affaibli déjà par la maladie mentale, sera bientôt incapable de réagir ; et pour ne parler que du climat, il est certain qu'il fait parmi nos Arabes de nombreuses victimes. Il suffit de considérer le tableau que nous avons donné des causes de mortalité pour juger des ravages que la

©BIUM

phtisie fait parmi ces malades ; encore bien des cas de tuberculose ont-ils dû passer inaperçus : cette constatation, quelque pénible qu'elle soit, vaut bien qu'on s'y arrête : elle est la condamnation la plus sévère du régime d'hospitalisation des aliénés d'Algérie. »

Ainsi qu'on va essayer de le démontrer, et c'est là le but de ce travail, les choses ont peu changé depuis 1896, malgré la voix éloquente et documentée de M. Meilhon, ancien médecin-adjoint de l'asile d'Aix ; malgré le geste du dernier médecin directeur de l'asile d'Aix, le Dr Rey, qui provoqua et obtint la rupture du traité passé entre l'asile et la colonie pour l'hospitalisation des aliénés algériens ; malgré les avis de bien d'autres médecins de l'asile ; malgré l'opinion émise dès 1893 par M. le Dr Gérente (1) (*L'assistance des aliénés en Algérie.* Alger, 1893).

En effet, l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence reçoit à nouveau, depuis 1905 et en vertu d'un traité passé avec le département d'Alger, un certain nombre d'aliénés coloniaux. En 1905, la proportion des entrées de ces aliénés coloniaux, relativement au chiffre total des admissions, a été de 32,79 p. 100, et, en 1906, de 26,92 p. 100. En somme, 30 p. 100 des admissions, pendant ces deux dernières années, ont été des admissions de coloniaux. Le prix de revient d'entretien d'un malade indigent à l'asile d'Aix ayant été en 1906 de 0 fr. 97 par jour et le prix versé par le département d'Alger en vertu du traité étant de 1 fr. 30, il en résulte pour l'établissement un bénéfice annuel qui, sans être considérable, n'est cependant pas négligeable. Au point de vue économique, l'asile d'Aix ne peut que

(1) Actuellement sénateur de l'Algérie et membre de la Commission sénatoriale chargée de l'étude du nouveau projet de loi sur les aliénés.

©BIUM

s'applaudir du traité passé. En est-il de même au point de vue médical et humanitaire? Certainement non. Les faits d'ailleurs parlent d'eux-mêmes et les voilà :

Les admissions d'aliénés coloniaux ont lieu les mercredis de très grand matin à l'asile d'Aix. C'est une chose triste à voir que cette arrivée ; il est vrai que, comme elle a lieu de très bonne heure, peu de personnes la voient.

Hommes et femmes, colons et indigènes mêlés, arrivent par le même transfert sous la conduite d'infirmiers et d'infirmières de l'hôpital d'Alger. C'est une lamentable théorie où sont confusionnés, déprimés et agités, au hasard de la circonstance, et qui ressemble plus à l'antique chaîne des forçats au temps des bagnes métropolitains qu'à un transfert collectif d'aliénés.

L'organisation très défectueuse de ces transferts de coloniaux est loin de la correcte organisation des transferts collectifs que pratique le département de la Seine, par exemple, pour les aliénés que ses asiles évacuent sur certains asiles départementaux.

Voici ce que, dans sa thèse de doctorat (Contribution à l'étude du régime et du traitement des aliénés indigènes d'Algérie au point de vue médical et administratif, Lyon 1907), le Dr Gervais raconte de ces transferts :

« Appelé, en effet, par nos fonctions d'interne à l'asile, à assister à l'arrivée de ces aliénés (les coloniaux) à Aix, nous avons été souvent frappé de l'état de dénuement extrême dans lequel ces indigènes entrent dans nos services. Ils sont tous, ou presque tous, couverts de vêtements sordides, liés et parfois garrottés comme des bêtes malfaisantes, pleins de poux, surtout de *pediculi pubis;* les femmes sont souvent pieds nus, en hiver comme en été ; on les pousse devant soi, quelquefois sous la conduite de gardiens et toujours dans un état de pro-

©BIUM

miscuité douteuse (hommes et femmes voyagent de concert) (1). Des infirmiers cupides de l'hôpital d'Alger, nous dit-on, et nous le constations parfois avec peine, n'hésitent pas à soustraire à ces malheureux leur chevelure qu'ils coupent sans pitié quand elle est belle et touffue. Enfin, des indiscrétions nous ont permis de savoir, sans pouvoir l'affirmer cependant, que lorsque les cellules de l'hôpital sont remplies, on loge, en attendant le départ du convoi, ces malheureux dans des maisons dites de santé, et là ils ne reçoivent qu'une alimentation des plus sobres : un bol de lait avec une poignée de dattes distribuées matin et soir d'une main parcimonieuse. Mais notre but ici n'est pas de critiquer ; laissons la parole à M. le Dr Paul Gérente, médecin honoraire des asiles publics d'aliénés, pour ce qui est du trajet d'Alger à Marseille, puis à Aix : « C'est un bien triste voyage que le transport d'un aliéné de l'hôpital d'Alger à l'asile d'Aix... Agité ou abattu, maniaque ou mélancolique, tout aliéné est enfermé dans une cage étroite, une espèce de soute près de la machine ; à la plus légère tendance à l'excitation, on le camisole ; les infirmiers prétendent qu'ils sont indisposés, malades souvent, quittent ces malheureux pour aller à l'avant, causer et boire avec les matelots et avec d'autres passagers ; ils racontent volontiers les accidents de la vie si triste qui conduisent ces pauvres déments à l'hôpital, puis dans un asile d'aliénés. »

« Enfin, le commandant du bord, reprend Gervais, ne pouvant avoir aucune autorité sur ces gardiens, est réduit, la plupart du temps, à faire venir quelques soldats, quand il y en a de passage à bord, ou quelques-

(1) Il existe pourtant une circulaire ministérielle en date du 22 mars 1895 qui règle les transferts d'aliénés. Lettre morte en la circonstance.

©BIUM

uns de ses matelots de bonne volonté, infirmiers improvisés ! pour assurer leur garde. Ce voyage a souvent une durée de trente-six heures, et même plus par mauvaise mer ; on devine alors sans peine le traitement infligé à ces pauvres déments quand, par trouble mental ou aussi quand ils ont une vague conscience de leur état actuel, ils tentent de briser les liens et de déchirer la camisole. »

Plus loin, Gervais, revenant sur la tristesse de ces transferts et surtout les conditions déplorables dans lesquelles ils sont organisés, reprend :

« Voici Chalbia-ben-Kara, qui est en expectative de départ (à Alger) depuis le 27 décembre 1905, avec le diagnostic d'alcoolisme, périodes d'excitation et hallucinations ; elle ne quittera l'hôpital de Mustapha que le 29 janvier, et la mer étant démontée au cours du voyage, elle n'arrivera à l'asile que le 5 février au matin !

« Pourquoi tant de délais : la cage n'était pas pleine, peut-être ? Il fallait attendre pour subir les formalités ! Enfin, ces gardiens et gardiennes sont-ils toujours sans reproches : une indiscrétion m'a permis de savoir qu'il n'y a pas longtemps, la préfecture, sur une plainte de la famille, dut faire incarcérer, puis relaxer sans bruit, une gardienne, une mégère qui, en cours de route, avait subtilisé à des malades confiés à sa garde des bijoux de prix !!! Et puis, il faut voir, à l'arrivée des paquebots de la Compagnie transatlantique à Marseille, et aussi à Aix, ce qui se passe...

« Ah ! tout finit par transpirer, on n'en parle pas, mais tout finit par se savoir... Ces gardiens n'ignorent pas qu'en France le tabac d'Algérie est beaucoup goûté, et puis il coûte moins cher ; on peut, grâce à son colportage, s'attirer bien des petits profits, surtout quand on a réussi à le soustraire à ses droits fiscaux... Ce n'est pas, en vérité, une accusation que je veux porter

©BIUM

là, mais il est venu à mes oreilles que, lors du débarquement, par une convention tacite et aussi par la promesse d'un traitement plus doux sur terre, en cours de route, quand le paquebot approche des côtes, on camisole d'une main sûre et ferme l'aliéné, après avoir au préalable bourré sa camisole de paquets de l'herbe chère à Nicot ; le bateau accoste bientôt, et alors on pousse devant soi rapidement l'aliéné à terre. « Prenez garde, il est dangereux, laissez passer vite ! Ah ! qu'il nous tarde bien d'être à Aix ! » Il est vrai que, même sur ce chemin du calvaire, la sollicitude médicale accompagne ces malheureux déments : en effet, le chef du convoi doit remettre à l'arrivée, au directeur et aux médecins de l'asile, une feuille de route, afin qu'on signale à l'Administration comment sont arrivés les aliénés et s'ils sont en bon état ! Mais comment sont-ils partis ? Voici ce qu'il nous importerait de connaître. » (Gervais, *loco citato.*)

Il est de fait que les feuilles administratives et médicales qui suivent ces transferts sont plutôt sobres de renseignements. A titre documentaire, voici un exemplaire d'une de ces feuilles :

HÔPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

FEUILLE D'ÉVACUATION

de l'hôpital civil de Mustapha sur l'asile d'Aliénés d'Aix.

ÉTAT NOMINATIF des malades évacués le 29 janvier 1906 de l'hôpital civil de Mustapha sur l'asile d'aliénés d'Aix, conformément aux ordres de M. le Préfet en date du 27 janvier 1906 et sous la conduite de MM. (*ici les noms de quatre infirmiers*) ; M^mes^ (*ici les noms de quatre infirmières*).

Le Directeur de l'hôpital civil de Mustapha certifie que la présente feuille, comprenant huit aliénés ont évacués dudit établissement aujourd'hui 29 du mois de janvier 1906, avant la distribution des aliments du matin, d'après la désignation faite par M. le médecin traitant.

Fait double à Mustapha, le 29 janvier 1906.

LE DIRECTEUR.

N° d'ordre.	NOM ET PRÉNOMS	AGE	DOMICILE	DATE de l'entrée à l'hôpital d'où ils sont évacués.	GENRE DE MALADIE	OBSERVATIONS
294	F... (Augustine) .	40	Mauzaïaville. . .	18 janvier 1906. .	Manie alcoolique avec idées de persécution.	
739	G... (Albert). . .	35	Alger	11 janvier 1906. .	Manie, délire de persécution avec période défensive dangereuse.	
662	A... (Mardochée) .	49	Alger	6 janvier 1906. .	Dépression lypémaniaque.	
689	A... (Saïd). . . .	39	Alger	8 janvier 1906. .	Alcoolique avec impulsions violentes.	
812	L... (Saïd) . . .	20	Tizi-Ouzou . . .	16 janvier 1906. .	Epilepsie, impulsion homicide.	
242	P... (Marie) . . .	50	Agha-Alger. . .	9 janvier 1906. .	Persécution, idées de grandeur.	
231	T... (bent Kabah).	26	Mustapha-Alger.	7 janvier 1906. .	Idées de grandeur, démence avec délire.	
2170	C... (bent Kara) .	35	Alger	27 décembre 1905.	Alcoolique, périodes d'excitation et hallucinations.	

page 53 sur 528

©BIUM

Asile de...

Reçu au nombre de..... les malades dénommés sur le présent état aujourd'hui..... du mois d..... 190 , avant la distribution des aliments du....., évacués de Mustapha.

Fait double à..... 190 .

LE DIRECTEUR.

L'étude de cette pièce est suggestive en ce sens qu'elle montre le mélange des races, des sexes et des formes mentales : 8 aliénés, 4 hommes et 4 femmes. Sur les 4 hommes, 2 indigènes musulmans, 1 colon européen, 1 israélite algérien.

Sur les 4 femmes, 2 Européennes, 2 indigènes.

Des malades violents, dangereux (L..., Saïd; A..., Saïd, et G..., Albert), voyagent pendant plusieurs jours avec des agités (F..., Augustine, et C..., bent Kara), des délirants sans réaction (P..., Marie, et E..., bent Rabah) et un déprimé (A..., Mardochée).

Cette incohérence ne s'explique pas par le besoin d'économiser le personnel, puisqu'il y avait 8 infirmiers ou infirmières pour 8 aliénés.

Faut-il admettre l'hypothèse de Gervais, que c'est la contenance de « la cage » qui décide du transfert, et qu'on fait partir le transfert sitôt qu'on a de quoi remplir « la cage », n'importe avec quels éléments?

A cette pièce est jointe une pièce médicale individuelle pour chaque aliéné, le certificat d'admission.

A titre documentaire, nous en donnons un, bien fait... en apparence.

G... Mattéo, né à Torre del Greco (Italie), soixante ans, domicilié à Alger, est atteint de manie avec crises impulsives parfois violentes, idées de persécution, hallucinations. En conséquence, estimons que cet état mental d'origine alcoolique et

©BIUM

sénile, ne devant pas s'améliorer à bref délai, il y a lieu d'évacuer G..., Mattéo, sur un asile spécial d'aliénés.

Mustapha, le 20 décembre 1906.

Signé :Dr B...

La réalité se trouve dans le certificat du médecin de l'asile :

Certificat de vingt-quatre heures :

G..., Mattéo, est atteint d'affaiblissement intellectuel, démence avec incohérence. Le malade est très affaibli, il a de la fièvre, fuliginosités sur les lèvres, il ne peut rien prendre, très amaigri et présentant des escarres aux deux cuisses dans la région fessière.

Il est surprenant que ce malade ait pu supporter la traversée d'Alger à Marseille et on s'explique difficilement qu'il ait été embarqué dans cet état.

Aix, le 27 décembre 1906.

Le médecin en chef,

Signé : Dr Maunier.

Mais toutes ces pièces médicales n'ont même pas toujours l'apparence du certificat de Mustapha : certaines paraissent provenir d'aliénistes tout à fait occasionnels, paraissent même rédigées par des internes. Quel médecin d'asile emploierait par exemple la formule : « Manie, délire de persécution avec *période défensive dangereuse* », qu'on trouve dans la feuille d'évacuation reproduite précédemment à propos de l'aliéné G..., Albert? Cette formule indique à l'évidence un médecin étranger à la pathologie mentale.

J'ai vu, d'autre part, pendant que j'étais à Aix, une abasie-astasie sans délire transférée de l'hôpital de Mustapha à l'asile d'aliénés, parce que le diagnostic fait était celui... de paralysie générale.

Je ne veux point d'ailleurs jeter la pierre à des confrères très recommandables, certainement très distin-

©BIUM

gués et qui n'ont qu'un seul tort, c'est d'accepter de remplir un service très délicat que seul un aliéniste avisé pourrait remplir et pour lequel ils sont insuffisamment préparés. N'oublions pas qu'en France ce sont les plus qualifiés scientifiquement d'entre nous qu'on charge de ce délicat service des admissions.

Je crois, d'autre part, d'après mes observations personnelles, que le manque de moralité que Gervais reproche aux agents de transfert ne vise qu'une très minime exception.

Mais je mets en fait que la façon dont sont organisés ces transferts est tout à fait défectueuse.

Ces transferts sont viciés dès l'origine par le fait que les médecins traitants qui désignent les malades sont peu au courant des aliénés par manque de spécialisation professionnelle ; par suite, arrivent des erreurs : tels malades sont évacués sur l'asile qui auraient pu être traités à l'hôpital, soit parce que leur maladie mentale était susceptible d'entraîner à bref délai une issue fatale (comme G..., Mattéo), soit parce que leur maladie était une maladie traitable à l'hôpital et non dans un asile (comme le cas de l'astasie-abasie étiquetée à tort paralysie générale), soit peut-être (ceci est une hypothèse) parce qu'au contraire on garde trop à l'hôpital des malades qui gagneraient à être traités dans un asile. Or, étant donné la distance et les difficultés du transfert, ces erreurs sont difficilement réparables.

Quant aux transferts eux-mêmes, ils devraient (et cela serait facile) être organisés d'une façon plus conforme aux convenances et à la forme mentale des aliénés.

Les feuilles de renseignements, tant médicaux qu'administratifs, devraient être d'autant plus complètes et détaillées que l'éloignement permet peu de compléter ce qui dans la suite se trouve incomplet ; c'est le contraire

©BIUM

qui a lieu et il serait pourtant très simple de demander à l'administration de la colonie de remplir ou de faire remplir des feuilles types de renseignements analogues à celles qui sont en usage dans beaucoup d'asiles de la métropole.

Enfin, un dernier fait indique de quelle façon négligente il est procédé à ces transferts : l'asile n'est jamais prévenu du nombre, du sexe des malades qui arrivent, ou du moins si l'administration de l'asile d'Aix en est prévenue (ce que je ne crois pas), elle n'en a jamais, à ma connaissance, et tant que j'étais médecin en chef à Aix, informé le médecin : tout ce que ce dernier savait, c'est que c'était le mercredi qu'arrivaient les coloniaux.

Autant qu'on peut en juger par le choix des malades « évacués de Mustapha » et les formules des certificats, les aliénés coloniaux, s'ils ont reçus dans la colonie des soins dévoués (ce dont, malgré la maison dite « de santé » dont parle Gervais, je ne doute pas), n'ont peut-être pas reçu ces soins avec toute la compétence désirable.

De Mustapha, ils sont « évacués » dans de très mauvaises conditions médicales.

Ils arrivent à l'improviste, loqueteux, pouilleux souvent, éreintés du voyage quand la mer est mauvaise, dans un asile où administrateurs et médecins sont obligés de les accepter comme ils arrivent, avec des renseignements vagues, quelquefois erronés.

Après ces épreuves, ces malheureux vont-ils enfin trouver à l'asile le havre où ils pourront se reposer de leurs fatigues et soigner, sinon guérir, leurs psychoses ?

Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de se rendre compte de ce qu'est l'asile d'Aix en tant que constructions. Contrairement à beaucoup d'asiles de province, lesquels ont été installés dans des bâtiments anciens (dépôts de mendicité, hospices, etc.), aménagés

©BIUM

plus ou moins sommairement pour recevoir des aliénés, l'asile actuel d'Aix a été construit primitivement pour les aliénés. Il n'en vaut pas mieux pour ça. C'est le type de l'ancien asile, le type prison ou caserne cher aux vieux psychiatres français, des bâtiments tous symétriques, tous calqués sur le même type uniforme : salles de réunions, réfectoires au rez-de-chaussée, dortoirs au premier étage, voire même dans les combles, des préaux enserrés de murs élevés, le tout entouré, comme de raison, d'un mur d'enceinte.

Pensionnat, gâteux, tranquilles, demi-agités, épileptiques, tous ces locaux ont la même disposition intérieure. Le quartier des agités est semblable avec en plus l'addendum nécessaire des vieux quartiers d'agités, les cellules. Un seul local dans cette symétrie outrancière est à peu près moderne : l'infirmerie des hommes, bâtiment en rez-de-chaussée, avec vue sur la route de Marseille, préau non muré, mais palissade à claire-voie à la façon des préaux de l'asile cantonal récent de Genève.

De-ci, de-là, des locaux pitoyables : telle l'infirmerie des femmes en deux étages (dont un rez-de-chaussée sous lequel gît une fosse d'aisance qui émet souvent des odeurs méphitiques, attire de nombreuses mouches en été), tel un dortoir de six lits dans les combles du pavillon des agitées, dortoir qui ne cube pas plus de 60 mètres cubes, et que, même en été, on ne peut laisser ventiler la nuit en raison des cris d'agitation des malades qui l'occupent. Car cet asile est très encombré. Bâti pour un nombre de malades beaucoup plus restreint que celui qui l'occupe actuellement par suite des circonstances, par suite (pourquoi ne pas le dire ?) des besoins économiques nouveaux créés par la dichotomie de fonctions de directeur et de médecin en chef, la nécessité d'augmenter le nombre des malades s'est

©BIUM

montrée inéluctable. Mais si ceux-ci ont augmenté, les bâtiments sont restés les mêmes. Les nouvelles directions, préoccupées surtout, sinon uniquement, du désir légitime d'avoir d'éclatants bonis aux clôtures d'exercices, ayant la coquetterie de pouvoir exposer à la commission de surveillance des économies peut-être plus de surface que réelles, parce que tout n'a qu'un temps, et que par la force des choses un jour viendra où il faudra constituer en bloc ce qu'on n'a pas su ou voulu constituer en détail et progressivement, les nouvelles directions, dis-je, ne se sont pas appliquées à construire en même temps qu'elles s'appliquaient à accroître le nombre des malades.

L'asile d'Aix a peu de pensionnaires : sa population d'indigents se recrute parmi les indigents des arrondissements d'Aix et d'Arles, parmi les indigents de la Corse et parmi les indigents du département d'Alger.

C'est évidemment trop pour les constructions actuelles; il y a encombrement avec tous ses inconvénients : contagiosité plus grande des maladies endémiques telles que la diarrhée chronique des aliénés, cette plaie des asiles encombrés, la tuberculose, cette autre plaie, difficultés dans le traitement des malades par suite, faute de place, de ne pouvoir toujours faire des classements rationnels et appliquer les méthodes modernes d'une façon suffisamment systématique (alitement par exemple).

L'asile d'Aix n'est d'ailleurs malheureusement pas le seul de nos asiles français où se trouvent ces tristesses, loin de là !

Quoi qu'il en soit, voilà le milieu dans lequel, arrivé à l'improviste, l'aliéné colonial va se trouver placé, un peu au hasard des lits vides.

Cet aliéné colonial sera ou un Européen ou un indigène.

©BIUM

Si c'est un Européen, il n'y aura pour ce dernier qu'une situation analogue à celle qu'on voit souvent dans d'autres asiles encombrés, dans d'autres départements, même et peut-être surtout dans certains asiles de la Seine, avec cette différence toutefois que dans un asile encombré les tâtonnements sont moins longs, moins pénibles quand un seul malade arrive avec des documents donnant sur sa mentalité un aperçu exact que quand arrive une théorie de malades sur lesquels on n'a que des renseignements vagues ou erronés ; mais enfin, si c'est un Européen, fût-ce un de ces aventuriers cosmopolites qui pullulent dans notre colonie algérienne, Italien, Maltais ou Espagnol, il parle une langue qu'on comprend, le médecin peut rapidement l'examiner, et comme il n'y a pas (ou du moins de mon temps il n'y avait pas) de salle d'observation à Aix, autre que la classique infirmerie des vieux asiles ou un quartier ordinaire d'agités, procéder à un placement provisoire, mais suffisamment judicieux.

Mais il n'en est pas de même si c'est un indigène et surtout un Arabe.

Le Kabyle, en effet, parle souvent le français et le comprend ; il est, en somme, très près de l'Européen. Il n'en est pas de même de l'Arabe. Le médecin se trouve en présence d'un aliéné dont il ne comprend pas la langue. Il y a mieux : quelle que soit l'habitude qu'on ait de ces aliénés arabes, il est toujours difficile de faire un semblant de diagnostic d'après l'attitude ; du reste, ainsi que le fait observer notre très distingué collègue le Dr Meilhon, dans son travail très documenté, très vécu, « les Arabes n'ont pas de physionomie pour nous », et précisément parce que le médecin, habitué à ces malades, sait, comme l'a si bien observé M. Meilhon, que « le trait dominant de la folie des Arabes est la tendance à la violence ». Dans l'impossibilité d'examiner son

©BIUM

malade soit par l'interrogatoire, soit même par l'attitude, n'ayant aucun renseignement auquel il pût se fier, ce médecin écoute le conseil de la prudence et le malade est placé dans le fameux deuxième quartier, dit le quartier des Arabes à l'asile d'Aix, non pas d'ailleurs qu'il n'y ait que des Arabes, mais où il y a beaucoup d'Arabes, et qui n'est qu'un quartier de surveillance spéciale. Cela veut dire que si cet entrant est un malade tranquille ou déprimé, il vivra dans un quartier où prédominent les violents, les vicieux, les bruyants, où toutes les nuits il entendra chanter, crier, quereller, et où, en somme, il aura de la peine à se reposer des fatigues de son transfert inconfortable.

Il nous reste à savoir ce que va devenir cet aliéné colonial à l'asile.

Là encore il est nécessaire d'observer les mêmes divisions ethniques qu'au moment de l'admission.

Si ce colonial est un Européen, il continuera à être dans les mêmes conditions que beaucoup d'autres aliénés d'autres asiles encombrés, avec en plus seulement le voisinage turbulent et, malgré tout ce qu'on peut faire, souvent malpropre des aliénés indigènes mêlés à la masse.

Si ce colonial est Kabyle déjà adapté à la vie française, comme il s'en trouve beaucoup, les conditions seront encore à peu près semblables à celles du colonial européen.

Somme toute, ces deux catégories de malades coloniaux ne seraient pas placées dans des conditions trop anormales eu égard à leurs habitudes et à leur genre de vie antérieurs. Cela ne veut pas dire cependant qu'il ne soit pas infiniment préférable de les assister autrement.

Mais il n'en sera pas de même de l'indigène musulman, resté indigène de mœurs. Pour celui-ci ce sera

©BIUM

un changement de vie complet, et la transition sera aussi brusque pour lui qu'elle serait pour une Française pénétrant, du jour au lendemain, dans un de ces harems de nomades du désert, avec l'obligation d'y vivre désormais à l'arabe.

C'est-à-dire qu'à la privation de liberté, celle-ci obligatoire, se joignent les changements complets dans le régime, dans le coucher, dans l'habillement, avec l'impossibilité absolue de se faire comprendre.

La *Presse médicale* du 21 septembre 1907 a publié un remarquable article de M. le médecin-major Boigey sur l'assistance hospitalière en pays musulman, et nous demandons la permission de transcrire à peu près complètement ici cette étude, car elle peut s'appliquer aussi bien aux indigènes atteints de psychoses qu'à ceux atteints de maladies psychiques :

« La France, dit M. Boigey, s'est efforcée d'assurer l'administration de ses colonies musulmanes en respectant la religion, les mœurs et les habitudes des natifs. Elle a créé des communes indigènes, des régiments indigènes, des tribunaux indigènes, etc., afin d'administrer, d'enseigner, de discipliner et de punir vite et justement.

« Elle a tenté de secourir et de protéger les malades, estimant à bon droit que les épidémies et les maux conjurés ou guéris aideraient à la fusion des deux peuples au même titre que les sanctions les plus rapides et les plus légitimes.

« L'assistance aux malades, aux vieillards et aux infirmes a donc été organisée. Les médecins de colonisation, aidés d'auxiliaires indigènes, et les médecins de l'armée ont été chargés de soigner les natifs, auxquels sont ouverts les hôpitaux civils et militaires, et les infirmeries indigènes. Eh bien, il faut avoir le courage de le dire, ces établissements inspirent généralement

aux indigènes la même répulsion instinctive qu'une église, un temple ou une synagogue.

« En même temps qu'il suce le lait maternel, le musulman suce le lait des doctrines du Coran, et son âme en reste imprégnée pour la vie. Ce qui lui vient du *roumi* lui cause une indicible répugnance. Dans nos établissements hospitaliers, nous procurons à cet homme habitué à une sobriété proverbiale et à la vie dure un excès de bien-être qui contraste brusquement avec son existence habituelle, et qui équivaut pour lui à l'absence de tout bien-être.

« Nos œuvres d'assistance déconsidèrent bien souvent ceux qui en profitent. Beaucoup de disciples de Mohammed, âmes incultes et superstitieuses, préfèrent mourir sans avoir recours aux remèdes administrés par les infidèles. Le taleb, le marabout, dépositaires de la vérité, détiennent les amulettes et sont les vrais guérisseurs ; le médecin ne peut détenir que le mensonge.

« Sans doute, il arrive que des individualités ont spontanément recours à nos soins, mais elles sont toujours représentées par des pauvres diables abandonnés de tous ; par des fonctionnaires ou par des indigènes que le négoce, leur genre de vie ou leurs occupations mettent habituellement en rapport avec nous. La masse du peuple musulman garde une certaine méfiance à l'endroit des médecins européens, tout en reconnaissant leur supériorité indiscutable.

« On peut aisément se représenter les incidents et les commentaires qui accompagnent l'entrée à l'hôpital d'un musulman. Nommons-le Ali.

« Les gens du douar ou du village discutent l'événement. Comment ce disciple du prophète peut-il consentir à vivre d'aliments autres que ceux que Mohammed autorise ? La malédiction du ciel fondra tôt ou tard sur lui sans préjudice de la déconsidération qu'il en éprou-

©BIUM

vera près de ses coreligionnaires. D'ailleurs le marabout se chargera de hâter la vengeance céleste en stigmatisant, d'un verset du Coran approprié, la défection du malade.

« Surmontant la répulsion ou poussé par la nécessité, voici notre homme à l'hôpital. Il arrive, les infirmiers le reçoivent : Ali s'étonne, se défie, est gêné. Le voilà transporté sans transition dans un milieu dont le seul aspect le trouble et lui enlève son habituelle tranquillité d'âme. Ce sont les infidèles, objets des paniques de son enfance, qui le soignent. Les voici qui s'approchent. Comme il est sale, couvert de haillons sordides, ils s'empressent autour de lui, se dévouent, et le lavent. Ali s'en étonne intérieurement. Il les trouve vraiment inférieurs à sa noble personne musulmane, et, loin d'être satisfait, se trouve surtout malheureux d'être tombé entre leurs mains.

« Mis en présence d'un lit haut, surmonté de matelas propres et blancs, il songe aussitôt à la simple natte étendue par terre. Il hésite et finit par s'y coucher, mais il s'y trouve si mal que, resté seul, il étend sa couverture sur le sol et s'endort sur elle.

« Voici l'heure du repas. Ali est perplexe. Il se demande avec inquiétude si les mets qui lui sont présentés ne contiennent rien d'impur, rien qui soit prohibé par le Coran. Son choix arrêté, il est stupéfait de se servir d'une assiette, lui qui n'a jamais usé que d'écuelles de bois, et encore pas toujours. Il traite donc cette vaisselle comme il traitait ses ustensiles de bois, et la brise involontairement.

« Son burnous, sa chemise (gandoura), son haïck, ses savates lui ont été enlevés pour être envoyés à la désinfection ou au blanchissage. On lui a donné l'uniforme des malades. Ali se trouve mal à l'aise dans cet accoutrement ; il regrette l'ampleur de son burnous. Il

©BIUM

est déconcerté par l'étroitesse ou si l'on veut la justesse du col. Il renonce à utiliser les manches de sa capote qu'il jette sur ses épaules sans la boutonner. Les effets qu'on lui a confiés ne tardent pas à subir le même sort que la vaisselle.

« Un jour, sa tenue éveille les rires des malades européens. Il en est profondément vexé et se promet bien de ne plus jamais revenir à l'hôpital.

« Un autre jour, pris d'un besoin naturel, Ali avise une allée solitaire, bien ensablée, ratissée avec soin, et s'y accroupit. L'infirmier se précipite, il est trop tard. On a bien donné à Ali les indications nécessaires, mais il préfère le grand air pour certaines commodités. Use-t-il des latrines, comme le Coran lui interdit l'usage du papier écrit de peur que le nom d'Allah ne s'y trouve imprimé, il le remplace par des cailloux polis qu'il précipite dans les siphons, détraquant ainsi les appareils sanitaires.

« Qu'à la place d'Ali, soient entrés à l'hôpital un enfant ou bien une femme, les mêmes faits se reproduiront, aggravés d'inconvénients que les appétits sexuels des musulmans expliquent et sur lesquels il ne convient pas d'insister.

« Notre homme sort enfin de l'hôpital guéri, à moins que, le séjour lui étant devenu insupportable, il ne s'en soit évadé avant le terme du traitement. Le bien qu'on a essayé de lui faire, s'il n'est pas méconnu, n'éveille pas une réelle reconnaissance. Ali ne ressent pour ceux qui l'ont soigné qu'une sorte de sympathique mépris.

« L'assistance hospitalière que nous donnons aux musulmans, parfaite dans son objet, semble donc laisser à désirer dans ses moyens. Quelles formes vraiment pratiques doit-elle revêtir ?

« Les hôpitaux ou infirmeries destinés aux musulmans doivent être exclusivement indigènes. Tout le

©BIUM

personnel subalterne : infirmiers, infirmières, cuisiniers, interprètes, doit être musulman. Dans les établissements importants, un ministre du culte assurera régulièrement le service religieux et offrira ainsi un utile aliment à la superstition des indigènes.

« L'hôpital aura l'aspect d'une maison arabe agrandie à laquelle sera annexée une petite mosquée surmontée de son minaret. C'est essentiel. Toutes les salles de malades, sauf une destinée à recevoir les indigènes civilisés qui demanderaient à être soignés à « la française », seraient pourvues d'un mobilier de forme, sinon de fabrication, indigène. C'est dire qu'il se réduirait à presque rien.

« Les lits en pierre ou en terre, revêtus de plâtre et blanchis à la chaux, ne comporteraient que des couvertures et des draps. L'habillement, la chaussure et l'alimentation seraient ceux des indigènes aisés.

« Les latrines du type dit « à la turque » seraient nombreuses, d'accès facile et d'une grande propreté.

« Les pouvoirs publics ont ouvert, en Algérie, des infirmeries indigènes, innovation récente qui a déjà produit les meilleurs résultats et qui a été complétée par la création d'un corps d'auxiliaires médicaux indigènes.

« *Le fonctionnement de ces infirmeries a été couronné de succès, précisément parce qu'elles répondent à une organisation rationnelle. L'indigène y trouve un milieu adéquat à sa mentalité. Il s'y plaît et s'y soumet volontiers au traitement du médecin européen.*

« Ce que, en fin de compte, il faudra instituer, ce sont de grands hôpitaux indigènes dans lesquels le marabout, ayant sa place marquée au même titre que le médecin, amènera à celui-ci les malades au lieu de les lui enlever. Dès lors, l'hôpital deviendra non seulement un lieu d'assistance, mais un moyen de pacification excellent

©BIUM

fondé sur le respect des croyances d'un peuple dont la seule loi directrice est la loi religieuse. »

Il est bien certain que les tribulations d'Ali se reproduisent à l'asile avec ces différences :

1° Que si Ali peut quitter l'hôpital quand il veut, il ne peut user de ce droit à l'asile ;

2° Que s'il peut à l'hôpital se faire comprendre, soit des infirmiers, soit du médecin, il ne le peut à l'asile, en raison du trouble de sa mentalité.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1908

Présidence de M. SÉGLAS.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Ravarit, médecin-adjoint de l'asile de Poitiers, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Ritti, Vallon et Dupain, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Antonio Coelho, de Porto (Portugal), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Legras, Magnan et Vigouroux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Discours prononcés à la séance générale du Congrès des sociétés savantes à la Sorbonne, par MM. Henri Cordier et G. Doumergue ;

2° *Comment on doit interner les aliénés criminels*, par M. Muggio ;

3° *Encéphalite hémorragique du centre ovale et du corps calleux avec syndrome pseudo-bulbaire*, par le même ;

4° *Le Droit médical*, numéro de mai 1908.

©BIUM

Mort de M. Paul Dubuisson.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte si regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. le Dr Paul Dubuisson, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, membre titulaire depuis le 18 mai 1885.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours prononcé par lui aux obsèques de M. Paul Dubuisson (Voir les *Annales*, numéro de novembre 1908, p. 506).

Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive,

par M. MAURICE PAGE,

Directeur de l'Institut médical de Bellevue.

Messieurs, je désire entretenir la Société d'un malade dont l'affection est assez rare, puisqu'il s'agit d'une syphilis cérébrale héréditaire tardive (1), — je le crois du moins démontré par l'observation que je vais vous lire, — mais dont la maladie n'était pas facile à dépister à cause de deux choses tout à fait anormales : 6 enfants du même père, qui encadrent le malade, sont absolument sains; et pendant six mois consécutifs, le malade a présenté une température de 37°5 à 39 degrés.

Je sais bien que quelques auteurs (Heubner, par exemple) ont noté de la fièvre au cours d'une méningite syphilitique, mais on peut dire que c'est loin d'être la règle, surtout en cas de syphilis héréditaire (2).

Il est de plus absolument certain qu'aucun des frères et sœurs du malade que je suis depuis plus de deux ans, et qu'un médecin des hôpitaux de Paris a tous vu naître et soigne depuis l'enfance, n'a jamais présenté

(1) La syphilis héréditaire tardive est au moins aussi démontrée dans ce cas que dans ceux publiés jusqu'à présent, par exemple celui de Rifoll. Accidents tardifs de la syphilis héréditaire. *Revue médicale de Toulouse*, 1880, ou celui d'Althaud. *The medical Times*, août 1874.

(2) E. Lamy. Syphilis des centres nerveux, et A. Fournier. *Syphilis héréditaire tardive*.

©BIUM

quoi que ce soit de spécifique ou même de suspect à cet égard.

Observation. — Les grands-parents maternels sont encore vivants et très vigoureux; les grands-parents paternels ont une tare tuberculeuse nette : une tante du malade est morte de tuberculose; un oncle a eu une pleurésie dont il n'est pas remis.

Le père du malade est un homme vigoureux, n'ayant jamais rien eu, sauf la vérole il y a quarante ans. Cette vérole a été soignée par le professeur Fournier, et cet homme s'en croyait radicalement guéri. Il a eu sept enfants : un est mort de méningite tuberculeuse en bas âge; les autres, qui s'échelonnent de vingt-cinq à treize ans, ont tous comme le malade un aspect vigoureux et de bonne santé. Aucun n'a jamais eu ni triade d'Hutchinson ni stigmates de Fournier qui puissent faire soupçonner la vérole.

Le malade est maintenant âgé de quinze ans. Il n'a eu aucune maladie de l'enfance : une coqueluche, une rougeole, rien en somme, sauf « des colères extrêmement violentes qui le faisaient suffoquer et se trouver mal en devenant bleu ». C'est un enfant d'aspect physique vigoureux. Au plus fort de la maladie que je vais décrire, il n'a jamais pesé moins de 63 kilog. Avant cette affection, son attention était normale, sa compréhension sans effort, sa mémoire rapide et sûre; d'une nature très droite, cet enfant n'a presque jamais menti.

En 1906, le malade avait treize ans, un soir à minuit, à la suite d'une frayeur (le malade avait vu un petit garçon écrasé sous les yeux), éclate brusquement une crise épileptiforme avec cri et morsure de la langue. Le lendemain, le malade vomit, il a mal à la tête. Huit jours après, autre crise semblable. La crise est générale mais uniquement clonique, sans phase tonique. Bientôt, apparaissent le jour, puis se multiplient de petits vertiges : le malade se cache la tête sur le bras gauche replié; dans cette position, sa figure rougit puis pâlit, il fait une grimace comme pour pleurer; enfin il se relève sans pouvoir dire ce qu'il a eu.

Peu à peu le caractère change, s'aigrit; l'enfant se plaint de tout, son raisonnement s'altère en même temps que son caractère; en novembre 1906 — cinq mois depuis le début — il ne peut plus faire une multiplication, tout problème ou calcul devient impossible, il ne comprend plus.

A la fin de novembre 1906 commencent des crises, qui dureront cinq ou six minutes, qui se répéteront cinq ou six fois par jour (en plus des crises de nuit), et dont le tableau sera le suivant : l'enfant tourne le tronc de droite à gauche, le bras droit sur l'épaule gauche, le pied gauche remue vivement en

©BIUM

flexion et en extension ; le pied droit est paralysé, il reste parfois paralysé et flasque pendant cinq minutes après la crise ; le malade se mord la langue, il écume ; il vomit de temps en temps ; il a toujours une émission involontaire d'urine et parfois de matières.

Son habitus extérieur se transforme, sa physionomie est hébétée ; le malade marche souvent de travers, le côté droit en avant, le bras droit pendant, l'épaule droite également. Il devient bizarre : il refuse de parler à certaines personnes, ne veut plus passer dans certaines rues.

L'intelligence baisse beaucoup au commencement de 1907 ; il peut encore lire et écrire, mais sa famille le trouve très bébé. Il parle à tort et à travers, répète douze ou quinze fois les mêmes phrases ; ses gestes sont démesurés. Il renverse tout sur son passage. Certaines odeurs l'incommodent beaucoup, et il parle continuellement de cette hyperosmie qui l'importune.

En décembre 1907, il a l'air abruti ; il parle difficilement ; ses yeux sont chavirés, son écriture est très difficile, souvent impossible à lire. Si on lui demande d'écrire maison, il en dessine une à peu près, mais n'écrit pas le mot ; pour le mot piano, il fait de même.

Il ne trouve plus le nom des objets qui sont « des machines, des choses ». Il s'acharne à copier, très incorrectement d'ailleurs, des choses qu'il ne comprend pas. Il mange salement, gloutonnement ; il devient désagréable et violent avec son entourage qu'il frappe. Nous sommes là en présence d'une déchéance intellectuelle qui fait de rapides progrès.

Le pouls devient vif, oscillant entre 110 et 140 pulsations par minute, sans règle ; la fièvre s'allume et elle va rester entre 38 et 39 degrés pendant six mois consécutifs. L'examen physique montre de l'anesthésie, de la thermoanesthésie, de l'analgésie par endroits, de l'hyperesthésie dans d'autres, mais sans systématisation et avec des changements d'un jour à l'autre. Les réflexes sont diminués, surtout à gauche ; le réflexe irien est paradoxal, je veux dire inverse de ce qu'il doit être. Il n'y a pas de signe de Babinski ; les gestes commandés sont incohérents, mal exécutés ; l'écriture dictée est impossible comme l'écriture copiée maintenant ; la prononciation de la plupart des mots impossible. Il semble d'ailleurs y avoir plus aphasie sensorielle qu'anarthrie ; l'enfant parle maintenant par gestes ; la phrase n'existe plus, si quelques mots sont prononcés, ce qui devient rare.

Les grandes crises épileptiformes sont de sept à douze par vingt-quatre heures, auxquelles il faut ajouter les vertiges au nombre d'une douzaine ; il y a une émission involontaire d'urine à chaque fois.

©BIUM

Vous voyez, Messieurs, que la situation était grave. En présence de ce complexus symptomatique, quel diagnostic fallait-il porter? La présence de la fièvre, des signes somatiques accusés, éliminait les psychoses et attirait l'attention sur une lésion organique encéphalique.

L'absence de lésion auriculaire, l'absence de toute porte d'entrée connue à une infection, la prédominance des accidents convulsifs, qui indique plutôt une lésion corticale, ne permettaient guère de songer à un abcès cérébral. Restait l'hypothèse de la tumeur cérébrale, diagnostic facile parce qu'elle peut tout simuler : signes somatiques et signes démentiels ; mais ne voyez-vous pas qu'avec ce diagnostic le problème n'était que reculé? il restait à déterminer quelle était l'origine de cette tumeur : protopathique, tuberculeuse ou gomme syphilitique.

Il n'y avait guère que deux diagnostics à choisir : méningite tuberculeuse ou méningite spécifique. A cause de considérations de famille, je ne pus pratiquer à ce moment l'examen du liquide céphalo-rachidien, ce qui nous eût probablement éclairé.

L'hérédité paternelle tuberculeuse, la mort d'un enfant tuberculeux, la fièvre continue, le pouls fréquent pouvaient faire penser au bacille de Koch. Cependant, il n'y avait ni vomissement, ni céphalalgie, et la réaction oculaire à la tuberculine fut trouvée négative. L'enfant ne toussait pas, ne maigrissait pas, il menait une vie de plein air très hygiénique.

C'est alors que je songeai à la syphilis, parce qu'il faut toujours y penser en présence de tout processus cérébral organique. Les parents, très cultivés, très attentifs, avaient toujours surveillé et soigné leurs enfants de près. Celui-ci n'avait jamais quitté ses parents ; il avait un précepteur chez lui et n'avait jamais eu ni éruption, ni maux de gorge ni de tête. Il ne fallait pas songer à la syphilis acquise.

Le père, interrogé sur lui-même, dit qu'il se rappelait avoir eu la syphilis en 1867, mais qu'il l'avait soignée trois ans au moins—entre les mains du professeur Fournier — et qu'il ne s'était marié que dix ans après. Il avait eu sept enfants, dont le malade est l'avant-

©BIUM

dernier ; aucun n'avait jamais rien présenté ; l'aîné est sorti de Polytechnique, un autre est dans l'armée : tous donnent, en effet, l'impression d'une santé morale et physique, qui donnait peu d'espoir qu'il s'agît d'une hérédo-syphilis tardive.

Néanmoins, et malgré que ce diagnostic fût hypothétique et rare (ma conduite fut approuvée par le professeur Gilbert Ballet qui vit le malade en consultation), j'instituai un traitement mercuriel énergique : une injection quotidienne de biiodure de 2 centigrammes, et une prise chaque jour de 3 grammes d'iodure, pendant trois semaines chaque mois (huit mois). Voyons les résultats.

Pendant le premier mois (février), on constate seulement la diminution des grandes crises épileptiformes qui, de douze par vingt-quatre heures, tombent vite à une, puis à zéro ; pendant le deuxième mois (mars), les petites crises de vertige diminuent à leur tour. Dans ce mois, je relève vingt jours où il n'y en a eu que deux ou trois. En avril : encore une diminution des crises, mais la température se maintient toujours aux environs de 38 degrés, et le pouls autour de 120 pulsations. L'amélioration mentale se traduit par un léger retour de la mémoire ainsi que de l'attention, mais la déchéance est encore grande. En mai, grand changement, il n'y a presque plus de grande crise, peu ou pas de vertiges ; l'intelligence progresse au point que le malade peut écrire et lire ; fin mai, il fait une soustraction sans faute, la parole revient un peu, quelques phrases sont correctes. A ce moment survient un accident que je crois très favorable : un gros phlegmon de la fesse que je laisse s'étendre autant que je le peux.

Nous savons, en effet, depuis les travaux de Fochier, et quel qu'en soit le mécanisme, que, dans les cas d'intoxication générale, les abcès ont une influence favorable. Pendant cet abcès, que je laissai durer un mois sans l'ouvrir, la température effectua naturellement les grandes oscillations de l'infection ; mais les injections mercurielles furent faites quand même, et le traitement n'en continua pas moins. En juin, on peut prévoir la guérison prochaine : l'ouverture du phlegmon est faite le 3 ; à dater de ce jour, la température tombe, le ma-

©BIUM

lade devient gai, joueur, il parle correctement, il lit, il écrit, il s'occupe de son entourage.

Le mois de juillet se passe avec une seule crise le 4. Le relèvement intellectuel fait des progrès rapides, le malade se met à travailler et à refaire son instruction, il le fait avec plaisir et profit. La température est normale — 36°9 et 37 degrés — le pouls toujours à 88-92 pulsations ; les réflexes sont normaux ; les mois d'août et de septembre nous font assister au réveil total de cette intelligence dont il est impossible, maintenant, d'apercevoir une trace de maladie antérieure. L'enfant est maintenant guéri et il se maintient tel depuis trois mois et demi maintenant.

Mais avant de rendre l'enfant à sa famille, je tins à faire l'analyse de son liquide céphalo-rachidien ; la ponction fut pratiquée à la fin de septembre ; le liquide fut trouvé limpide à l'émission ; après centrifugation, il ne donna qu'un culot à peine perceptible ; 7 lamelles furent préparées et colorées. Dans deux on trouva des lymphocytes, un dans un champ, deux dans un autre : donc très légère lymphocytose et aucune polynucléose. Le liquide fut injecté à deux cobayes : l'un fut sacrifié au huitième jour, on ne trouva rien ni dans le péritoine, ni dans les ganglions mésentériques, ni dans le foie ni dans les poumons ; l'autre, qui a engraissé de 250 grammes, vit toujours.

Il me semble que cette expérience de laboratoire, bien que tardive, écarte, ainsi que les résultat du traitement mercuriel, l'hypothèse de la tuberculose. Celle de la syphilis acquise est tout à fait impossible à envisager devant l'affirmation nette de gens dont on peut être sûr. Je sais bien que les diagnostics de syphilis cérébrale, surtout d'hérédo-syphilis, qui sont fondés sur l'épreuve thérapeutique seule, ne doivent être acceptés qu'avec les plus grandes réserves. Je sais aussi que la constatation de la fièvre et que la bonne santé physique et morale de cinq autres enfants de la même famille peuvent faire douter de ce que j'avance ; mais la marche progressive de la maladie, son arrêt et sa régression nette sous l'influence du mercure, sa guérison totale, avec examen du liquide céphalo-rachidien comme contrôle, tout cela ne laisse. à mon avis, place à aucun doute.

©BIUM

Tout au plus, si je puis risquer une hypothèse, je pourrais admettre un processus mixte, analogue à la scrofulo-vérole de la peau dont, en supprimant un des éléments, j'ai fait rétrograder l'autre. Je pense donc que je me suis bien trouvé en présence d'une méningite chronique, due à la syphilis héréditaire tardive, et sa guérison confirme le mot de Ricord : « Avec la vérole, tout est possible comme guérison, même l'impossible. »

La séance est levée à 5 h. 1/2.

A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1908

Présidence de MM. SÉGLAS et LEGRAS.

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

MM. René Charpentier, G. de Clérambault, Jacquin, Juquelier, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. de Clérambault et Mignot, qui posent leur candidature à la place vacante de membre titulaire. — Commission : MM. Briand, Colin, Klippel, Picqué et Trenel.

2° Une lettre de M. Carlos Eiras, médecin-directeur d'un établissement d'aliénés à Rio-de-Janeiro (Brésil). — Commission : MM. Legrain, Magnan et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Le programme du Congrès des sociétés savantes qui se réunira à Rennes, en 1909.

Mort de MM. Joffroy et Carrier.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, cette année aura été pour la Société médico-psychologique une année de

©BIUM

deuil. Déjà, à différentes reprises, j'ai eu à vous faire part du décès de plusieurs de nos collègues, Marandon de Montyel, Mitivié, Dubuisson. Aujourd'hui encore, c'est avec un profond sentiment de tristesse que je me lève pour vous annoncer en même temps la disparition de notre regretté collègue, le Dr Albert Carrier, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Lyon, membre correspondant depuis 1884, et la mort subite et prématurée du professeur Joffroy, membre titulaire de notre Société.

Le professeur Joffroy nous fit l'honneur d'entrer dans notre Compagnie à cette même époque où il fut appelé à la chaire de clinique des maladies mentales. Depuis longtemps déjà, sous l'influence de Charcot dont il avait été l'élève, il avait fait de l'étude du système nerveux l'objet de ses recherches de prédilection ; et il avait su dans ce même hospice de la Salpêtrière, où professait son ancien maître, où lui-même était chargé d'un important service, se faire une notoriété enviable et méritée.

A la Salpêtriére, il s'était adonné surtout à la neurologie ; la clinique de Sainte-Anne vint fournir à son activité de nouveaux éléments. Il ne se désintéressa pas pour cela des études neurologiques, pour lesquelles il conservait toujours une secrète préférence. Il était d'ailleurs de ceux qui pensent que la neurologie et la psychiatrie, loin de s'exclure, doivent se prêter un mutuel appui.

Lui-même a pris soin, dans une de ses premières cliniques, de nous indiquer quel devait être le caractère, l'orientation de son enseignement. C'était l'application à la psychiatrie de la méthode anatomo-clinique, dont Charcot, pour la neurologie, professait la supériorité. Son éducation d'anatomo-pathologiste, ses qualités d'observateur prudent, réfléchi, consciencieux, presque méticuleux à l'occasion, le mettaient d'ailleurs à même de tirer de cette méthode tout le parti possible.

Ce que fut son enseignement, est-il besoin de vous le dire ? Et les succès de ses élèves, dont quelques-uns, agrégés, médecins des hôpitaux ou des asiles, sont devenus des maîtres à leur tour, n'en affirment-ils pas la valeur ?

©BIUM

Depuis son entrée à la Société, le professeur Joffroy fut un assidu de nos réunions, un de nos membres les plus actifs. Il est bien peu de nos discussions auxquelles il n'ait prêté l'autorité de sa parole, nous exposant le résultat de ses observations personnelles, soutenant ses opinions avec conviction et fermeté, mais sans jamais se départir de cette courtoisie, de cette affabilité, je dirais presque de cette bonhomie, qui le faisaient aimable et sympathique à tous.

Il n'était qu'un point sur lequel il se montrât intransigeant, c'était celui de la dignité professionnelle ; car il avait l'idée la plus haute du rôle social, des devoirs et des responsabilités du médecin.

Sa mort est un deuil pour notre Société. S'il peut être une atténuation à nos regrets, c'est de penser que son souvenir vivra longtemps parmi nous, personnifié par tous ces jeunes confrères auxquels il a ouvert la voie des études psychiatriques et dont beaucoup sont aujourd'hui des nôtres.

Messieurs, le professeur Joffroy ayant été président de la Société médico-psychologique, je lève, suivant l'usage, la séance en signe de deuil. Nous reprendrons dans dix minutes le cours de nos travaux.

La séance est levée en signe de deuil, et reprise dix minutes après.

Rapport de candidature.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre séance précédente, vous avez nommé une Commission composée de MM. Ritti, Vallon et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Ravarit, médecin de l'Asile d'aliénés de Poitiers, qui sollicite le titre de membre correspondant de votre Société.

M. le Dr Ravarit est un élève de l'Ecole de médecine de Poitiers et de la Faculté de Bordeaux. Ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, puis préparateur à l'Ecole de médecine, il vint terminer ses études médicales à la Faculté de Bordeaux auprès des professeurs

©BIUM

Piéchaud, Régis et Bergonié. Sous l'inspiration de ce dernier, il présente une thèse inaugurale remarquée sur *la Cure des rétrécissements par la dilatation électrolytique progressive*. De retour à Poitiers, le Dr Ravarit est nommé chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine, puis, en novembre 1902, chef du laboratoire de la clinique ; médecin-adjoint des hôpitaux en 1903 et médecin titulaire en 1907. Il donne sa démission le 17 juillet 1908 pour être nommé, après un concours sur titres, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Poitiers. Enfin le Dr Ravarit est vice-président de la Société des sciences médicales de Poitiers.

Les principales publications de notre confrère sont d'abord sa thèse de doctorat sur *la Cure des rétrécissements par la dilatation électrolytique progressive* dont je viens de parler plus haut, thèse dont il a été rendu compte au Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Angers en 1903; puis une observation d'un cas d'idiotie myxœdémateuse avec ulcération nasale, publiée dans le Bulletin de la Société des sciences médicales de Poitiers. D'autres communications à cette même Société : Sur un cas de favus capitis chez un enfant; Un cas de néphrosyphilose tertiaire avec urémie comateuse et paralysie pseudo-bulbaire ; Un cas d'ictère d'origine grippale chez un enfant ; Opothérapie hépatique dans la bacillose péritonéale ; Éléphantiasis des membres inférieurs constaté depuis trois générations dans la même famille ; Des études historiques, publiées dans la Chronique médicale du Dr Cabanès, sur *les mutilés de Lützen et le rôle du chirurgien Larrey*, *la symphyséotomie au XVIIe siècle*, *l'opothérapie connue et pratiquée au XVe siècle*. En ce qui concerne plus directement notre spécialité : Une observation d'automatisme ambulatoire, en collaboration avec M. le Dr Faivre (de Poitiers) ; Une observation intitulée : « Lypémanie aiguë sans stade prémonitoire, consécutive à une crise d'hystérie chez une femme de vingt-neuf ans ; Une observation de démence précoce hébéphrénique avec stéréotypie des attitudes, tics, idées délirantes polymorphes ; Diverses observations de types de dégénérés inférieurs, observations recueillies dans le quartier des aliénés de Poitiers. En collaboration avec le

©BIUM

Dr Sizaret, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Rennes, le Dr Ravarit a publié une observation de paramyoclonus multiplex de Friedreich chez une épileptique. Enfin, il a suivi les savantes leçons du distingué professeur E. Régis de la Faculté de Bordeaux.

Médecin de l'asile d'aliénés de Poitiers, M. le Dr Ravarit a devant lui un vaste champ d'études qui donne l'espérance des moissons fécondes. Il apportera à vos travaux, Messieurs, sa part active de contribution. Votre Commission vous propose donc de décerner à M. le Dr Ravarit le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Ravarit est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Collin, Vallon et Semelaigne d'examiner les titres et travaux scientifiques du Dr Fornaca, qui demande à être admis parmi nous en qualité de membre associé étranger. Ancien interne des hôpitaux de Rome, ancien assistant de la clinique de psychiatrie du professeur Tamburini, le Dr Fornaca est aujourd'hui médecin du Manicome de Saint-Clément, à Venise ; il fait partie de la Société Lancisiana des hôpitaux de Rome, et de la Société italienne de Phreniatrie.

Parmi ses nombreuses publications, je citerai les suivantes :

Un cas de simulation de la rage chez un sujet hystérique.

De l'influence de l'hérédité morbide dans la paralysie progressive.

Contribution à l'étude des phobies infantiles.

Lésion hémilatérale traumatique de la moelle épinière.

Epilepsie et tumeur cérébrale.

Votre Commission vous propose d'accueillir favorablement la demande du Dr Fornaca, et de lui accorder le titre de membre associé étranger.

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

M. Vigouroux. — M. le Dr Antonio Coelho, de Porto (Portugal), nous demande de faire partie de la Société au titre de membre associé étranger. Une Commission composée de MM. Magnan, Legras et Vigouroux, rappor-

©BIUM

teur, a été désignée pour examiner sa candidature.

La liste de ses travaux scientifiques est longue : ils portent sur des questions de physiologie, de psychologie et de neurologie. Il me suffira de les énumérer devant vous :

L'anatomie du bulbe rachidien. Mémoire manuscrit présenté à la Faculté de médecine et de chirurgie de l'Université de Coïmbre (Portugal).

L'anesthésie générale. Etude comparée du pouvoir anesthésique du chloroforme et de l'éther éthylique. Mémoire manuscrit présenté à la même Faculté de médecine.

La gangrène. Mémoire manuscrit présenté à la même Faculté.

Intoxications de la grossesse, désignées sous le nom d'éclampsie. Mémoire manuscrit présenté à la même Faculté.

Les dégénérés et les déséquilibrés. Mémoire présenté à la même Faculté.

Ascendance et descendance des tuberculeux. Mémoire manuscrit présenté au IV[e] Congrès de la Ligue nationale portugaise contre la tuberculose.

Le professeur Souta Refoios. Mémoire historique ou Histoire d'un esprit.

Psychologie d'Emile Zola. Etude synthétique de l'œuvre du grand écrivain français, etc.

Comme vous le voyez, Messieurs, les travaux de M. Antonio Coelho présentent le plus grand intérêt, et la Commission est unanime à vous proposer de l'admettre dans la Société au titre de membre associé étranger.

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

Tabes et délires des persécutions

par MM. J. Seglas et Ch. Vallon.

Les troubles intellectuels que l'on est appelé à observer chez les tabétiques peuvent revêtir des formes très différentes.

A côté des simples états d'affaiblissement psychique,

©BIUM

ou de démence plus ou moins caractérisée sous forme de paralysie générale, on peut rencontrer des délires d'allure quelque peu systématisée.

Pour être d'observation moins banale, ces cas cependant sont encore assez fréquents, et ont déjà à maintes reprises fixé l'attention des cliniciens. Les traits principaux de ces délires systématisés des tabétiques consistent surtout dans l'existence d'idées de persécution encore cohérentes, bien que développées souvent sur un certain fond d'affaiblissement intellectuel. Ces délires s'accompagnent d'ordinaire d'hallucinations bien caractérisées ; mais leur trait spécial, sur lequel M. Pierret, entre autres, a insisté à maintes reprises, c'est d'être avant tout l'interprétation délirante des troubles sensoriels ou sensitifs réels, dus à la diffusion du processus tabétique.

Nous en résumerons ici un exemple, dans le but de mieux faire ressortir par contraste les différences qui séparent ces cas bien connus de délire de persécution des tabétiques de celui sur lequel nous nous proposons ensuite d'attirer plus particulièrement l'attention de la Société.

L... est entré le 23 juillet 1901 à l'âge de 65 ans, dans le service de l'un de nous, à l'hospice de Bicêtre. Il a contracté la syphilis vers l'âge de 35 ans. Vers l'âge de 48 ans, douleurs fulgurantes dans les jambes, sensation du dérobement. Peu à peu la marche est devenue de plus en plus difficile.

En avril 1898, il est interné à Vaucluse pour un délire de persécution avec hallucinations : *on lui envoyait des lueurs* ; *des figures lui faisaient des grimaces pendant le courant de la nuit* : on constate également à cette époque des hallucinations de l'ouïe, des troubles de la sensibilité générale, de l'inégalité pupillaire, du tremblement des mains, de l'ataxie de la marche.

En août 1899, il est transféré à Bicêtre, en état de rémission complète, et passe en août 1900 dans les sections d'infirmes de l'hospice, en raison de son ataxie locomotrice nettement caractérisée par les symptômes suivants : démarche ataxique, chutes fréquentes, abolition totale des réflexes rotuliens et achilléens, signe de Romberg très net, pupilles rétrécies et inégales, signe d'Argyll Robertson ; tremblement de la langue (mouvements de trombone) ; secousses des lèvres ; accrocs très nets de la parole.

En juillet 1901, il rentre de nouveau dans le service, avec

©BIUM

un délire de persécution dont le caractère hallucinatoire est bien mis en évidence par les expressions mêmes du malade.

Il se dit poursuivi par la « musique » dont le chef est un certain « Oculi », lequel a sous ses ordres des auxiliaires, Pitou, Rupinskop et Philomène, dite la Tour Eiffel. La musique lui fait entendre constamment des sons dans les oreilles, comme la voix d'une personne qui chante, même la nuit, et l'empêchent ainsi de dormir.

Cela le force à son tour à chanter tous les airs qu'il se rappelle. Aussi chante-t-il toute la journée à tue-tête, sans même parfois s'interrompre pour répondre.

Pour faire taire la musique, il se sert souvent d'une sorte de formule bizarre de conjuration : « Kaskov... colonie du Cap ».

Rupinskop et Oculi le poursuivent aussi d'injures et le traitent de « Mandrin, Vidocq, voleur... », l'accusent « de manger le pain des autres, d'avoir assassiné moralement son père et sa mère, d'être une sommité dans la crapulerie... »

Ils le forcent lui-même à dire des injures aux personnes, à traiter sa femme de putain... Il ne veut pas céder et convertit cette injure en « putois ou M^me^ Putiphar ».

A côté des persécuteurs, il y a des défenseurs. C'est le Conseil municipal qui doit intervenir et pour sa peine lui donner une grosse indemnité, pour sa famille qui n'est pas heureuse.

Mais en le forçant à chanter des saletés, Oculi, Rupinskof et Philomène lui ont déjà fait perdre une grande partie de cet argent, à peu près 60.000 francs. C'est comme s'ils le lui avaient volé dans sa poche. C'est la municipalité qui le lui a dit.

Aussi résiste-t-il de toutes ses forces, notamment pour ne pas chanter une certaine chanson sur le « Saucisson à l'ail », qu'Oculi veut lui imposer . Pour se libérer, il répète incessamment : « Le saucisson à l'ail va diminuer ».

Mais ils se vengent de toutes les façons; ils *l'empêchent de marcher*, *de parler*, de dormir; *ils le jettent par terre*, etc. Ce sont là autant d'interprétations par le malade, de son insomnie, de son incoordination motrice, de ses chutes, de son embarras de la parole.

Tout ce délire, actuellement bien organisé, est d'une remarquable fixité ; depuis la deuxième entrée, il est resté identique à lui-même.

D'ailleurs, l'intelligence du malade ne baisse pas sensiblement : en dehors de son délire, son activité intellectuelle est telle qu'on peut l'attendre d'un homme de son âge, infirme déjà depuis de longues années. Mais sa mémoire est encore très présente même pour les faits récents; il n'est nullement désorienté, ni incohérent, témoigne à l'occasion de sentiments

©BIUM

affectifs. En un mot, s'il est quelque peu affaibli, il n'est pas toutefois un dément au sens précis de ce mot..

L'observation suivante, qui constitue l'objet de notre communication, se présente d'une façon toute différente. Ici encore, il s'agit bien d'un malade manifestement tabétique, nettement persécuté; mais tabes et délire des persécutions semblent s'ignorer et évoluer chacun pour leur part.

D..., courtier en vins, âgé de quarante ans, entre pour la première fois à Bicêtre, le 20 septembre 1905, dans les circonstances suivantes :

Les renseignements recueillis auprès de sa femme sont peu circonstanciés : ils nous apprennent seulement que le père de D... était morphinomane, que lui-même ne travaillait plus depuis dix mois, s'adonnait à la boisson, avait souvent des accès de violente colère et se croyait victime d'ennemis qui cherchaient à le ruiner.

Au dossier de la préfecture de police, nous avons extrait les documents suivants :

En 1904, D... et sa femme viennent occuper, boulevard Saint-Germain, n° 15, un logement de 480 francs. D... se grise tous les jours. Bientôt, il cesse de payer son loyer. Le gérant remet la quittance entre les mains d'un huissier.

D... s'imagine que c'est le concierge qui est l'instigateur de cette mesure; d'où injures et menaces continuelles.

Un jour, M^me^ D... va trouver le commissaire de police et lui confie que son mari boit beaucoup d'absinthe, qu'il est sujet à des crises d'alcoolisme et qu'elle tremble pour sa sécurité. Elle ajoute que son mari en veut au concierge et qu'elle a dû cacher un revolver qu'il avait chargé en lui disant qu'il y avait trois balles pour le concierge et trois pour elle.

A ce moment, M^me^ D... s'oppose à l'internement de son mari, promettant de le surveiller et d'informer immédiatement le commissaire si la situation s'aggravait.

Mais peu à peu, M^me^ D... se met aussi à boire comme son mari.

Sur ces entrefaites, D..., employé chez M. L... (dont nous verrons le nom revenir plus tard dans son histoire) est remercié par ses patrons, qui introduisent contre lui une action commerciale aboutissant à sa condamnation. Le mobilier saisi doit être enlevé le 9 septembre 1905. A cet effet, l'huissier requiert le commissaire de police de lui prêter assistance.

A l'arrivée de celui-ci, D... s'enferme chez lui, entre dans

©BIUM

une véritable fureur, pousse des cris et proteste dans des termes dénotant un état d'exaltation extrême. Les locataires, attirés par le bruit, préviennent le commissaire que D... est un alcoolique dangereux, pouvant être armé et capable de tuer.

Pendant une heure, le commissaire parlemente avec D..., qui enfin se décide à ouvrir sur la promesse qu'il sera sursis à l'enlèvement de son mobilier. Le commissaire et son secrétaire pénètrent alors dans le logement où ils trouvent D... dans une tenue débraillée, la physionomie hébétée. Sa femme parle avec volubilité et exalte la conduite de son mari.

Deux jours après, D..., en état d'ivresse, passe et repasse toute la journée devant la loge du concierge en le narguant. Le soir, il insulte grossièrement les locataires de la maison et leur lance, par la croisée, toutes sortes de détritus. Le concierge intervient, D... menace de le tuer et la scène dure jusqu'à onze heures du soir.

Le lendemain, le concierge porte plainte chez le commissaire, qui ouvre une information. D... est conduit à l'infirmerie spéciale, où le Dr Legras délivre le certificat suivant :

« Dégénérescence mentale avec idées de persécution. Hallucinations auditives (?). Interprétations imaginaires. Actes extravagants. Père décédé en faisant des excès de morphine. Appoint alcoolique. Propos déraisonnables ; raconte que les locataires crachent sur lui, l'insultent. Des individus l'espionnent, le suivent partout et lui enlèvent ses clients ; ils seraient soudoyés par des concurrents avec lesquels il a refusé de s'associer et qu'il va attaquer en justice, leur demandant deux cent mille francs d'indemnité. Il aurait déclaré que trois coups de son revolver chargé étaient destinés à son concierge, qui est la cheville ouvrière de ses tourments. Vu les déclarations de sa femme, il convient de poursuivre l'observation médicale à Sainte-Anne. »

D... est donc interné. A son arrivée à Bicêtre, dans le service de l'un de nous (Dr Séglas) et dans les premiers temps de son séjour, D... présente un état d'excitation intellectuelle assez accentué. Il parle sans cesse, avec volubilité, gesticulant, sautant sans transition d'une idée à une autre.

Néanmoins il est facile de saisir, à travers le décousu de ses discours, des idées de persécution très nettes. Il parle d'un procès, de se faire rendre justice par les tribunaux parce que ses patrons veulent lui enlever sa clientèle et l'empêcher de gagner sa vie. Il dit qu'il est espionné dans la rue, que tout le monde veut lui enlever ses clients, lui faire du mal. A tout propos il parle de son concierge auquel il semble en vouloir particulièrement.

Ces idées de persécution sont entremêlées d'appréciations

©BIUM

sur lui-même, empreintes d'une satisfaction naïve et d'un optimisme très suspect. Il revient à tout instant sur ses capacités commerciales exceptionnelles, sur les gains considérables qu'il pourrait faire, sur le nombre de ses clients...

Au point de vue physique : inégalité pupillaire, G<Dr ; signe d'Argyll Robertson ; la pupille G, déformée, est à peu près immobile à la lumière ; la droite réagit, mais faiblement. — Abolition des réflexes rotuliens ; signe de Romberg. — Pas de troubles de la marche ; pas de paralysie des extenseurs. Tremblement des mains, de la langue en masse (mouvements de trombone) et fibrillaire, surtout sur les bords. Embarras de la parole et écriture tremblée. — Lymphocytose rachidienne abondante.

D... nie avoir eu la syphillis ; il avoue des habitudes alcooliques, des cauchemars la nuit, des pituites matutinales, des crampes dans les mollets. Il raconte également avoir eu autrefois d'autres douleurs dans les jambes, que la description très caractéristique qu'il en donne spontanément autorise à considérer comme des douleurs fulgurantes.

En raison de tous ces symptômes, D... est considéré tout d'abord comme atteint de paralysie générale avec symptômes tabétiques et accès d'excitation provoquée par un appoint alcoolique.

Mais, ainsi qu'on va le voir par la suite de l'observation, ce diagnostic, qui paraissait très simple au début, ne s'est pas trouvé justifié par l'évolution ultérieure de la maladie.

Dès le milieu de novembre, c'est-à-dire six semaines après, on commence à avoir quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic.

Les signes physiques persistent bien toujours identiques ; mais le malade est rentré dans le calme. Il continue à parler de ses idées de persécution, mais dans le passé et comme une chose à laquelle il n'attache plus d'importance. Tout est oublié, dit-il. Toutefois il ne paraît pas très sincère et à plusieurs reprises on note dans l'observation qu'il est très réticent.

Il réclame sa sortie, qu'on finit par lui accorder au mois de janvier suivant.

Dix-huit mois après, le 1er août 1907, D... rentre dans le service à la suite d'une expertise médico-légale de l'un de nous (Dr Vallon).

Le 10 juin précédent, à 10 heures du matin, D... sans motif plausible et sans avoir été provoqué, avait tiré à bout portant six coups de revolver sur son ancien patron, M. L..., marchand de vins en gros, ne lui faisant que des blessures légères.

M. L..., la victime, a fait la déclaration suivante : « Il y a quatre ans, D... était à mon service comme courtier. Je n'avais

©BIUM

eu jusqu'alors qu'à me louer de ses services, lorsque, presque soudainement, il devint négligent.

« Mon associé le remercia et D..., qui nous devait 600 francs, et nous les doit d'ailleurs encore, partit en nous traitant de voleurs et de crapules.

« Une plainte fut par nous déposée au Parquet, mais elle resta sans suite. Il y a deux mois, je rencontrai D... au Luxembourg. Il m'accusa d'avoir versé une somme à la Préfecture de police pour le faire enfermer; il y a quinze jours, il vint me prier de le reprendre comme courtier et me demanda une avance que je refusai.

« Il était revenu hier et je l'avais engagé à revenir ce matin s'entendre avec mon représentant, M. G...

« Ce matin, après avoir refusé l'avance qu'il demandait sur ses futures commissions, je l'avais laissé discuter avec mon représentant et m'étais rendu dans mon chaix.

« Quelques instants après, je revenais et au moment où j'ouvrais la porte de mon bureau, D..., qui s'y trouvait, a tiré sur moi. Je suis tombé et j'ai perdu la notion des choses. »

M. G... se précipita sur D..., qui s'écria : « Il y a longtemps que je vous le promettais et que j'aurais dû le faire. » Comme M. G... le serrait, il lui dit : « C'est inutile, je ne chercherai pas à me sauver. »

Interrogé par le commissaire, D... a dit : « Je reconnais le fait, mais je n'ai jamais eu l'intention de tuer M. L... J'ai voulu faire un scandale pour obtenir justice, car ayant été interné il y a deux ans, je me trouve depuis cette époque sans travail et sans aucune ressource et par la faute même de M. L... C'est lui, en effet, qui, de connivence avec mon concierge, m'a fait enfermer comme fou. Ce matin, je me suis rendu chez M. L... qui m'avait autorisé hier à travailler pour lui comme courtier. N'ayant aucune ressource, je lui ai demandé une avance pour manger. C'est sur son refus que j'ai tiré six coups de revolver pour provoquer un scandale. »

Lors de l'interrogatoire médical, D... renouvelle ces déclarations : « Je regrette beaucoup ce que j'ai fait, dit-il, mais c'est la force des choses qui m'y a poussé. Jamais pareille affaire ne m'était arrivée. J'étais réduit à la misère, tout le monde me repoussait : cela m'avait découragé. Je n'avais d'ailleurs nullement l'intention de faire du mal à M. L... J'ai tiré par terre, simplement pour attirer l'attention sur moi; je ne devais pas le blesser. J'ai un défaut : je m'emporte comme une soupe au lait, je m'emballe, mais dix minutes après c'est fini.

« Jamais je n'ai eu l'idée de faire du mal à qui que ce soit. Quand j'ai acheté ce revolver, c'était dans l'intention de me

©BIUM

suicider. J'avais si peu l'intention de m'en servir contre M. L... que, la veille, j'avais voulu le vendre pour manger. D'ailleurs, je sais bien qu'on ne doit pas se faire justice soi-même. »

Questionné sur ses griefs envers M. L..., il dit une fois que la Société L... l'empêchait de trouver du travail, le diffamait, le faisait passer pour un voleur, puis pour un fou ; une autre fois, que M. L... n'est pas un mauvais garçon, qu'il n'a rien à lui reprocher ; qu'il avait bien eu une fois l'intention de le faire vendre, mais n'avait pas donné suite à ce projet. Lorsqu'on lui fait remarquer qu'il se contredit, il se reprend et ajoute : « Oui, M. L... m'a diffamé, m'a empêché de travailler, m'a exploité ; mais tout cela est oublié. »

Il nie avoir reproché à M. L... d'avoir donné de l'argent pour le faire enfermer. « Il a contribué, il est vrai, à mon internement, dit-il, ainsi que diverses personnes ; mais c'est surtout mon concierge qui m'a fait passer pour un fou en portant plainte. Mon internement n'était nullement justifié. J'étais comme maintenant réduit à la misère et je buvais un peu, par découragement ; mais je n'ai jamais été fou. Mon internement m'a porté un grand préjudice, je ne pouvais pas trouver de travail. La Société L... seule pouvait m'en donner sachant qu'en réalité je n'ai jamais été fou. Il ne tiendrait qu'à M. L... de me tirer d'embarras. Il n'aurait qu'à donner le permis nécessaire pour qu'on me remette les sommes qu'il a versées pour moi. »

Pressé de questions à ce propos, il finit par faire le récit suivant : « Pendant que j'étais interné à Bicêtre, M. L... a fait un versement d'argent à mon profit dans une caisse, je ne sais au juste laquelle. Je ne sais si M. L... a fait ce versement bénévolement ou parce qu'il y a été condamné ; mais je sais que, pour réparer le préjudice qu'il m'a causé, il a versé soixante mille francs portant un intérêt annuel de trois mille francs.

« Il a même été question de porter cette somme à 100.000 fr. C'est pour avoir cet argent que j'ai tiré les coups de revolver. J'ai été informé des versements par une personne qui en est certaine, mais qui veut garder l'incognito. La nommer serait la compromettre et lui faire perdre sa situation. D'ailleurs, c'est une affaire connue depuis deux ans. M. L... ne veut pas qu'on me verse l'argent parce qu'il a peur que je l'attaque. En effet il a détourné mon courrier et par ce moyen m'a volé des commissions et des clients. Je ne voulais pas le dire, mais c'est la réalité !

« C'est une affaire très embrouillée. Il est impossible de remonter à l'origine, il y a trop de choses. »

©BIUM

M. L... a confirmé qu'en effet D... avait prétendu autrefois qu'il avait placé à son compte une somme d'argent non pas à une caisse, mais à la Préfecture de police. C'était chez lui une idée fixe ; et il lui disait souvent : « Vous avez le bras long, donnez-moi une carte de vous et le Préfet de police me versera l'argent de suite. »

A son entrée à Bicêtre (août 1907), D... renouvelle les mêmes déclarations, exprime les mêmes idées de persécution très limitées, gravitant autour de cette idée fixe d'une indemnité versée par son patron comme dédommagement des torts qui lui auraient été faits, indemnité qu'il ne peut point toucher. Toutes ces idées reposent exclusivement sur des interprétations délirantes sans aucun phénomène hallucinatoire. D... les expose avec une conviction absolue, sans se rendre à aucun argument opposé à sa thèse ; vis-à-vis de son idée fixe, il ne se livre à aucune critique, à aucun contrôle ; mais, en dehors de son thème délirant, il se montre très lucide et ne témoigne ni confusion des idées, ni troubles de la mémoire.

Au point de vue physique, on constate de nouveau les mêmes signes déjà notés à la première entrée : absence des réflexes rotuliens et achilléens ; signe de Romberg ; tremblement fibrillaire de la langue ; tremblement des muscles péribuccaux et des mains. Pas de trouble de la parole ni de l'écriture ; déformation et inégalité pupillaires ; signe d'Argyll Robertson ; lymphocytose très marquée. Le malade accuse encore de temps à autre des douleurs fulgurantes, douleurs en éclair, s'accompagnant d'hyperesthésie de la face antérieure de la cuisse. Il nie toute syphilis antérieure. Depuis lors et jusqu'à ce jour, son état n'a guère varié. Les signes physiques persistent, identiques ; les idées délirantes sont restées les mêmes, aussi fixes et gravitant toujours dans le même cercle limité.

D... ne manifeste aucun regret de l'acte qu'il a commis ; sûr de son droit, il est insouciant de ce qui lui arrivera. Parfois il se montre emporté, mais en général il est calme, ne réclame jamais et se montre poli, parlant même sur un ton insinuant et doucereux, avec une tendance manifeste à la réticence. Au point de vue intellectuel, il ne paraît pas sensiblement affaibli. Sa mémoire est très présente ; il se rend très bien compte de tout ce qui lui est arrivé, cherche à se disculper de l'acte qu'il a commis, à démontrer que la responsabilité première en revient à ses adversaires, discute avec précision tous les détails de ses revendications. En revanche, il ne manifeste aucun sentiment affectif. Il est tout à fait insouciant de ce que devient sa femme, ne se préoccupe nullement de ce qu'elle ne vient pas le visiter. Il passe son temps à boire, manger, fumer,

©BIUM

jouer aux cartes et dormir. En dehors de son délire, de son idée fixe d'une indemnité qui lui est due, il reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui; il se laise vivre au jour le jour en prenant le temps comme il vient.

Voilà donc un malade qui, dès l'abord, en raison d'un état d'excitation intellectuelle provoqué par un appoint alcoolique et donnant à son délire une allure désordonnée, en raison surtout de nombreux signes physiques concomitants, a pu être pris un moment pour un paralytique général au début avec symptômes tabétiques.

Il semble bien résulter de l'évolution ultérieure de la maladie que ce diagnostic ne peut être maintenu.

En effet, si D... présente toujours des signes physiques indéniables de tabes, d'autre part, au point de vue mental, il s'est manifesté et se manifeste encore comme un véritable persécuté systématique.

Mais, chez lui, le délire des persécutions ne présente aucun des caractères que l'on est habitué à rencontrer dans les formes relevant du tabes. Il n'a aucun caractère hallucinatoire; et les interprétations délirantes elles-mêmes n'ont pas leur point de départ dans les troubles sensitifs ou moteurs du tabès.

C'est un délire de persécution banal, rappelant ces formes de délires limités gravitant autour d'une idée fixe et basés sur des interprétations délirantes. Délire et tabes semblent n'avoir aucun point de contact et s'ignorer réciproquement.

Dans ces conditions, on peut se demander si l'on est en droit de les rapporter, comme dans les cas ordinaires dont notre première observation constitue un exemple, au même processus organique; ou si, au contraire, il ne s'agit pas ici d'une simple coexistence d'un délire des persécutions d'une forme bien connue et fréquente en clinique, existant en général à l'état isolé, mais s'étant développé ici chez un individu présentant d'autre part des symptômes avérés de tabes.

©BIUM

Les infections et les intoxications dans l'étiologie de la démence hébéphrénique,

par MM. VIGOUROUX et NAUDASCHER.

Nous apportons notre contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la démence précoce, en donnant, résumées dans les tableaux ci-joints, les observations de 50 déments précoces actuellement en traitement dans notre service de l'asile de Vaucluse.

Chez tous nos malades, l'affection a débuté à l'occasion ou au cours de la puberté; tous ils présentent la forme hébéphréno-catatonique de la démence précoce. Nous avons écarté la forme paranoïde au sujet de laquelle l'accord est loin d'être fait.

Ces tableaux indiquent le nom du malade, ses antécédents héréditaires, son âge au début de la maladie, ses antécédents personnels et les affections survenues au moment de la puberté, l'appréciation de son état mental antérieur et enfin quelques indications symptomatiques de l'affection. (*Voir page* 92.)

La lecture de ces tableaux montre que la démence précoce se développe surtout chez les dégénérés héréditaires lourdement tarés, 33 de nos malades sur 50 présentent une hérédité psychopatique chargée et non pas une simple prédisposition névro-psychopathique.

Chez les 17 autres malades, nous n'avons pas trouvé d'hérédité nette, ce qui ne veut pas dire que chez eux la prédisposition héréditaire n'existait pas, car deux d'entre eux au moins étaient atteints de débilité mentale congénitale avérée.

Un point intéressant, sur lequel nous voudrions également attirer l'attention, est la fréquence relative des intoxications et des toxi-infections survenues au moment de la puberté ; elles nous paraissent devoir être prises en considération au point de vue pathogénique et être considérées comme causes occasionnelles.

Sur les 33 dégénérés héréditaires :

16 étaient nettement des débiles congénitaux ;

©BIUM

3 avaient fait des excès alcooliques peu de temps auparavant ;
2 avaient eu la fièvre typhoïde, moins d'un an auparavant ;
2 étaient tuberculeux (1re période) ;
1 était syphilitique récent ;
1 avait eu des accidents récents de saturnisme ;
1 avait eu récemment une grippe grave ;
1 avait eu un rhumatisme articulaire aigu ;
1 avait un rétrécissement mitral ;
1 avait une insuffisance mitrale.

Chez les 17 sujets à hérédité moins évidente, nous avons trouvé des causes occasionnelles, beaucoup plus fréquentes et plus nettes :

2 étaient nettement débiles congénitaux ;
1 avait la syphilis contractée peu de temps auparavant ;
1 avait eu des accidents récents de saturnisme ;
2 avaient de la néphrite avec hypoazoturie ;
1 avait eu la typhoïde un an auparavant, avec accidents méningés ;
1 avait eu une affection fébrile grave étant au régiment (Typhoïde possible ?) ;
1 avait eu la scarlatine quelques mois avant le début d'une crise de mélancolie avec stupeur ;
1 est mort tuberculeux et avait de l'insuffisance diastématique ;
4 avaient fait des excès alcooliques peu de temps auparavant ;
1 chez lequel nous n'avons retrouvé que des traumatismes craniens très nombreux ;
2 ont eu un surmenage intellectuel intense et prolongé.

Comme on le voit, l'alcoolisme peut être incriminé trois fois chez les héréditaires et quatre fois chez les autres. Cette statistique viendrait à l'encontre de l'opinion, généralement admise, que les intoxications d'origine externe, et en particulier l'alcoolisme, sont complètement étrangères au développement de la démence précoce.

Cependant nous avons assisté, à plusieurs reprises, à

©BIUM

TABLEAU I

NOMS	HÉRÉDITÉ	AGE du début.	ÉTAT MENTAL antérieur.	ANTÉCÉDENTS pathologiques.	RÉSUMÉ symptomatique.
Ben...	Mère aliénée. Tante aliénée.	20 ans.	Intelligence normale, caractère bizarre.	»	Confusion mentale. Indifférence affective. Attitudes stéréotypées. Maniérisme.
Bla...	Mère bizarre. Frère imbécile.	18 ans.	Débilité mentale.	Rougeole de l'enfance.	Confusion, dépression, tendance à la catatonie ayant succédé à des idées mélancoliques et hypocondriaques.
Blo...	Oncle maternel interné. Frère interné.	23 ans.	Débilité mentale, caractère bizarre.	Scarlatine de l'enfance.	Confusion. Indifférence affective. Idées de possession persistantes.
Cord...	Grand-père maternel aliéné. Grand'mère maternelle mélancolique. Mère déséquilibrée, alcoolique. Père, dégénérescence physique.	12 ans.	Intelligence normale.	Fièvre cérébrale grave à 5 ans, rétrécissement mitral.	Confusion, semi-stupeur, indifférence affective ayant succédé à des idées de persécution et de mélancolie.
Dem...	Père interné à Ville-Evrard. Sœur internée à Vaucluse.	23 ans.	Intelligence normale.	»	Confusion. Apathie. Impulsions.
[illegible]	[illegible] alcoolique.	19 ans.	Débilité mentale.	»	Confusion, excitation, impulsions ayant succédé à des idées

Meun...	Grand-père paternel très bizarre. Mère mélancolique. Père hémiplégique (ramollissement). Sœur somnambule.	18 ans.	Précocité.	Insuffisance mitrale.	Confusion, semi-stupeur. Apathie. Indifférence affective.
Puch...	Père mort à quarante ans, alcoolique. Sœur morte de méningite. Frère mort de convulsions en bas âge.	18 ans.	Intelligence normale.	Réformé pour tuberculose pulmonaire.	Confusion, dépression, impulsions ayant succédé à des idées hypocondriaques.
Aug...	Père buveur. Tante maternelle internée. Frère mort de méningite.	21 ans.	Débilité mentale.	Rhumatisme à 18 ans. Réformé pour fugues.	Confusion, dépression, impulsions, fugues ayant succédé à des idées de persécution.
Bell...	Père mort à quarante et un ans. absinthique. Mère bizarre, crise de mélancolie pendant la grossesse.	21 ans.	Caractère bizarre.	»	Confusion, excitation, impulsions, fugues ayant succédé à des idées de grandeur.
Buss...	Père buveur. Mère débile, strabique, a fait une chute pendant la grossesse (7e mois).	15 ans.	Débilité mentale et physique, retard du développement.	Rougeole de l'enfance. Typhoïde et pleurésie à 8 ans.	Confusion, indifférence, impulsions ayant succédé à des idées de persécution.
Dér...	Huit frères ou sœurs morts en bas âge de convulsions.	22 ans.	Débilité mentale.	Convulsions en bas âge. Réformé pour mélancolie.	Confusion, excitation, impulsions ayant succédé à des idées mélancoliques.
Ditsch.	Père buveur. Grand-père paternel mort à quarante-cinq ans, paralysé. Huit frères ou sœurs morts en bas âge de méningite.	15 ans.	Débilité mentale.	»	Confusion, excitation, impulsions, tentatives réitérées de suicide.

page 93 sur 528

©BIUM

NOMS	HÉRÉDITÉ	AGE du début.	ÉTAT MENTAL antérieur.	ANTÉCÉDENTS pathologiques.	RÉSUMÉ symptomatique.
Lar...	Père alcoolique. Sœur aînée mélancolique, suicidée. Deux sœurs neurasthéniques. Sœur hystérique.	22 ans.	Débilité mentale.	Typhoïde à 5 ans. Excès alcooliques.	Confusion, dépression, excitation ayant succédé à des idées de persécution.
Mart...	Oncle maternel idiot. Frère mort de méningite.	19 ans.	Débilité mentale.	»	Confusion ayant succédé à des idées incohérentes de grandeur et d'hypocondrie.
Mor...	Mère mélancolique.	18 ans.	Débilité mentale.	Traumatisme cranien à 3 ans.	Confusion, dépression, impulsions ayant succédé à des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe.
Mous...	Grand-père paternel bizarre. Père mort de paralysie générale.	20 ans.	Débilité mentale.	»	Confusion, stéréotypie ayant succédé à des idées de mélancolie et de persécution.
Nav...	Père original, alcoolique. Mère nerveuse. Frère mort de méningite à neuf ans.	19 ans.	Intelligence normale, caractère bizarre.	Grippe grave à 18 ans.	Confusion, indifférence, catatonie ayant succédé à des idées de grandeur et de persécution.

©BIUM

Noir...	Oncle paternel mort aliéné. Oncle mélancolique. Mère nerveuse, mélancolique. Trois sœurs mortes de méningite en bas âge. Cousine idiote.	24 ans.	Intelligence normale, caractère bizarre.	Méningite à 6 mois.	Confusion, dépression ayant succédé à des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe.
Luth...	Père absinthique. Mère morte de cardiopathie. Sœur morte de méningite.	21 ans.	Intelligence normale.	Réformé pour mélancolie. Hypoazotnrie.	Confusion, indifférence ayant succédé à des idées mélancoliques. Plusieurs fugues.
Bonn...	Mère très nerveuse, émotion pendant sa grossesse (Commune 1871). Grand'mère hystérique. Oncle maternel mort hémiplégique.	18 ans.	Débilité mentale.	Onanisme.	Confusion. Excitation. Stéréotypie.
Hub...	Mère a eu un gros ennui pendant sa grossesse. Père nerveux, buveur.	12 ans.	Débilité mentale.	»	Confusion, catatonie ayant succédé à des hallucinations de l'ouïe.
Mad...	Grand-père paternel mort à quarante-cinq ans de fièvre cérébrale. Père mort tuberculeux. Mère mélancolique. Un frère et une sœur morts de méningite tuberculeuse.	15 ans.	Intelligence normale.	»	Confusion, négativisme, stéréotypie ayant succédé à des idées de grandeur.
Poul...	Arrière - grand-père maternel mort aliéné. Grand'mère maternelle aliénée. Mère, émotion pendant sa grossesse.	17 ans.	Débilité mentale.	Méningite à 4 ans.	Confusion. Catatonie. Dépression. Excitation.

©BIUM

NOMS	HÉRÉDITÉ	AGE du début.	ÉTAT MENTAL antérieur.	ANTÉCÉDENTS pathologiques.	RÉSUMÉ symptomatique.
Riv...	Père nerveux, typhoïde à vingt ans Mère, typhoïde pendant la grossesse. Frère maniaque.	17 ans.	Intelligence normale, caractère bizarre, sombre.	Surmenage.	Confusion, stéréotypie, négativisme ayant succédé à un délire polymorphe avec hallucinations de l'ouïe.
Lim...	Mère morte aliénée. Sœur bizarre.	24 ans.	Intelligence normale.	Saturnisme.	Confusion. Dépression. Catatonie.
Pul...	Grand-père paternel neurasthénique et hypocondriaque. Mère diabétique. Sœur morte de méningite à vingt-cinq ans.	23 ans.	Intelligence normale.	Tuberculose.	Confusion. Dépression.
Pic...	Père artérioscléreux. Tante aliénée. Cousine mélancolique. Deux cousins débiles.	15 ans.	Intelligence normale.	Excès alcooliques.	Confusion, dépression, impulsions ayant succédé à délire hallucinatoire (vue et ouïe).
Gorb...	Père débile. Quatre frères morts de convulsions.	16 ans.	Débilité mentale.	Fièvre typhoïde à 14 ans.	Confusion. Excitation. Impulsions.

Malm...	Père très nerveux. Mère très nerveuse. Oncle aliéné.	21 ans.	Intelligence normale.	Dysenterie à 18 ans. Typhoïde à 20 ans.	Confusion, incohérence ayant succédé à un délire onirique.
Maup...	Père débile. Mère débile nerveuse. Sœur mélancolique.	21 ans.	Intelligence normale.	Convulsions du jeune âge. Syphilis à 21 ans.	Confusion, indifférence affective ayant succédé à des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe.
Thiér...	Père absinthique. Cousine du père aliénée. Un frère débile. Mère, grosse émotion pendant sa grossesse.	19 ans.	Intelligence normale.	Onanisme.	Confusion, stéréotypie ayant succédé à des idées de persécution.

TABLEAU II

NOMS	HÉRÉDITÉ	AGE du début.	ÉTAT MENTAL antérieur.	ANTÉCÉDENTS pathologiques.	RÉSUMÉ symptomatique.
Bocch..	Pas d'antécédents. Frère jumeau.	15 ans.	Débilité mentale.	»	Confusion. Semi-stupeur. Impulsions.
Bruni...	Père mort hémiplégique.	21 ans.	Intelligence normale.	Néphrite. Hypoazoturie.	Confusion. Dépression. Maniérisme. Stéréotypie.
Guit....	Pas d'antécédents.	23 ans.	Croissance tardive.	Syphilis.	Confusion. Apathie. Indifférence affective.

©BIUM

NOMS	HÉRÉDITÉ	AGE du début.	ÉTAT MENTAL antérieur.	ANTÉCÉDENTS pathologiques.	RÉSUMÉ symptomatique.
Peti...	Pas d'antécédents.	22 ans.	Intelligence normale.	Réformé pour obésité. Excès alcooliques.	Confusion, impulsions ayant succédé à des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe.
Daver...	Mère nerveuse.	17 ans.	Intelligence normale.	Saturnisme.	Confusion, indifférence ayant succédé à un délire passager de grandeur.
Magn...	Père charretier, alcoolique ? Mère débile nerveuse.	24 ans.	Intelligence normale.	Excès alcooliques à 19 ans.	Confusion, indifférence ayant succédé à des idées de mélancolie avec hallucinations de l'ouïe.
Mich...	Père acteur. Mère débile.	15 ans.	Débilité mentale.	»	Confusion. Indifférence. Quelques idées de persécution et hypocondriaques.
Roy...	Frère à la colonie de Mettray.	14 ans.	Intelligence normale.	Méningite et fièvre typhoïde à 13 ans.	Confusion. Dépression. Indifférence. Impulsions. Mélancolie.
Thén...	Pas d'hérédité connue.	22 ans.	Intelligence normale.	Plusieurs traumatismes.	Confusion, impulsions ayant succédé à des idées de persécution [illegible]

Thou...	Père débile.	20 ans.	Intelligence normale.	Surmenage intellectuel.	Confusion, indifférence, mutisme ayant succédé à des idées de persécution avec hallucinations de l'odorat.
Wacq...	Frère mort de méningite.	19 ans.	Intelligence normale.	Scarlatine à 18 ans. Réformé pour mélancolie.	Confusion. Dépression. Catatonie. Fugues.
Edou...	Parents âgés : père, quarante-neuf ans; mère, quarante ans.	18 ans.	Intelligence normale.	Albuminurie à 18 ans.	Confusion. Catatonie. Excitation.
Cach...	Mère névropathe.	16 ans.	Intelligence normale.	Surmenage intellectuel.	Confusion, indifférence ayant succédé à des idées de persécution et de grandeur.
Casta...	Père marchand de vins.	21 ans.	Intelligence normale.	Rougeole à 21 ans. Excès alcooliques.	Confusion ayant succédé à des idées de grandeur.
Laur...	Père mort tuberculeux.	18 ans.	Intelligence normale.	Torticolis congénital. Excès alcooliques à 17 ans 1/2.	Confusion, catatonie ayant succédé à un délire toxique hallucinatoire.
Roub...	Pas d'antécédents.	22 ans.	Intelligence normale.	Affection fébrile au régiment.	Confusion, impulsions ayant succédé à stupeur mélancolique.
Laun...	Pas de renseignements.	15 ans.	»	Mort de tuberculose. Aorte petite. Nasisme mitral. Insuffisance diastématique.	Confusion. Négativisme. Excitation et dépression.

©BIUM

l'évolution d'un délire hallucinatoire toxique chez des hébéphréniques, à sa guérison et à l'apparition rapide de la démence précoce.

Nous voudrions vous résumer une de ces observations.

Laur..., Albert, dix-neuf ans, a, dans ses antécédents héréditaires, un père mort tuberculeux et une mère à caractère difficile ; comme antécédents personnels, un torticolis congénital opéré à l'âge de cinq ans. Son enfance fut normale : il était intelligent, il fut employé aux Postes, puis devint apprenti fumiste.

A dix-huit ans, il perdit la tante qui l'avait élevé, il en eut beaucoup de chagrin. Sa conduite se modifia, il eut de mauvaises fréquentations, il se mit à vagabonder, commit un vol et fut condamné à trois mois de prison. A sa sortie de la Petite-Roquette, il dépensa le pécule qu'il avait amassé en boissons alcooliques de toutes sortes ; il eut un véritable délire toxique qui l'amena à l'Asile : il avait des hallucinations terrifiantes, il se croyait poursuivi par des fiacres pleins d'agents, etc. Il resta dans le service quelques jours, anxieux et halluciné, puis il s'améliora et devint tout à fait normal. Un mois après son entrée, quelques jours avant d'être mis en liberté, il refusa de travailler, devint confus, indifférent, apathique, etc. Cet état a persisté.

Dans ce cas comme dans un certain nombre d'autres analogues qui seront publiés plus tard *in extenso*, il semble difficile de ne pas attribuer une influence pathogène à l'intoxication alcoolique, dont l'action sur le cerveau a été indiscutable, s'étant traduite par un délire.

Dans les 6 observations des dégénérés héréditaires où nous n'avons pu relever aucune cause occasionnelle surajoutée, il faut admettre que la démence précoce a pu se développer, sur ces cerveaux héréditairement débilités, sous la seule influence de la puberté et des auto-intoxications mal connues qui se produisent à cette époque de la vie. Un des malades, Lau..., qui présentait certains signes d'infantilisme et dont l'observation a été communiquée à la Société d'anatomie, avait des testicules macroscopiquement normaux, dans lesquels l'examen histologique révéla l'absence de cellules interstitielles.

DISCUSSION

M. KLIPPEL. — Un sujet de dix-huit ans n'a pas eu le temps de boire suffisamment pour devenir alcoolique. Il me paraît difficile de dire que la démence précoce peut être causée par l'alcoolisme du sujet alors qu'il est possible d'envisager la valeur étiologique de l'alcoolisme des parents. Le malade auquel je fais allusion était-il dément précoce par alcoolisme, ou bien n'est-il pas plus juste d'admettre qu'il s'agit d'un dément précoce qui, au début de sa maladie, a fait, ainsi que cela est fréquent, des excès alcooliques?

M. ARNAUD. — La succession des faits chez le malade de MM. Vigouroux et Naudascher semble en faveur de l'hypothèse de M. Klippel. L'instabilité, les bizarreries, notées dans l'observation, indiquent que le sujet était un malade avant de se livrer à des excès alcooliques, excès qui, de même que les actes délictueux qui les précédèrent, sont sous la dépendance de l'état mental. Dans ces conditions, on ne peut admettre que l'alcoolisme eut une influence étiologique, mais tout au plus une influence accélératrice.

M. TRENEL. — Il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe au début de la paralysie générale. Les excès alcooliques des paralytiques généraux au début font que le diagnostic de paralysie générale n'est fait parfois que lorsque se sont dissipés les accidents alcooliques, et cependant ces excès alcooliques sont la conséquence de la paralysie générale.

M. VIGOUROUX. — Mon jeune malade n'était pas atteint d'alcoolisme chronique, il avait fait des excès alcooliques qui ont provoqué un véritable délire. Pourquoi ne pas admettre qu'au moment de la puberté, un prédisposé puisse devenir dément précoce sous l'influence d'une intoxication alcoolique, quand il est admis qu'il peut le devenir à la suite d'un infection typhique, par exemple?

Dans d'autres cas, nous avons pu constater de la glycosurie alimentaire, attestant une imprégnation profonde de l'organisme. D'autre part, un grand nombre de jeunes

©BIUM

dégénérés sont instables et commettent des actes délictueux, sans pour cela être sur le chemin de la démence précoce. Je crois que si ce jeune homme n'avait pas fait, à ce moment, des excès alcooliques ayant provoqué le délire, il ne serait pas devenu dément. Une autre cause aurait évidemment pu, à un autre moment, agir sur lui et le faire verser dans la démence.

M. Séglas. — Un tel cerveau aurait pu verser dans la démence sans l'alcoolisme. On voit beaucoup de ces instables qui finissent ainsi déments précoces. J'admets beaucoup plus volontiers que l'alcoolisme fut ici un symptôme plus qu'une cause. Beaucoup de ces déments précoces s'alcoolisent ainsi au cours d'une période d'excitation, telle qu'il en existe souvent au début de l'hébéphrénie.

M. Arnaud. — Jules Falret, en 1861, émettait sa théorie de la bifurcation. Pour lui, ces prédisposés héréditaires pouvaient à la puberté ou bien présenter des troubles graves de la moralité et devenir des fous moraux, ou bien présenter des troubles de l'intelligence et devenir ce que Jules Falret appelait des déments précoces. Il est opportun de rappeler cette opinion à propos d'une théorie qu'on présente actuellement comme nouvelle.

Présentation d'un cas d'othématome chez l'animal,

par M. Trénel.

Il s'agit d'un chat qui, à la suite d'un coup sur la tête et ayant porté probablement directement sur l'oreille, présenta une tumeur du lobe gauche. Cette tumeur, faisant saillie dans le pavillon, avait la forme d'une petite olive. Elle était molle et nettement fluctuante, peu douloureuse. La peau qui la recouvrait était intacte.

La tumeur se résorba lentement, et disparut complètement. Mais le lobe de l'oreille est rétracté, déformé; et au bout de deux ans environ présente, ainsi que vous pouvez le constater, un aspect absolument analogue à

©BIUM

celui que l'on rencontre chez l'homme à la suite de l'othématome.

L'animal est un mâle châtré, âgé de cinq ans, chez lequel il n'a jamais été observé aucun trouble physique.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Archivio de psichiatria neuropatologia antropologia criminale e medicina légale.

Année 1905.

I. — *Morphologie des ongles chez les dégénérés*; par le Dr Ugo Gay (numéro de janvier). — On ne peut affirmer qu'il existe un type d'ongle spécial aux phrénasthéniques; mais, d'après de consciencieuses observations, l'auteur admet que la longueur des ongles des phrénasthéniques est en rapport avec l'âge et le développement du corps. Moins réguliers et moins étroits que chez les normaux, les ongles de longueur moyenne prédominent dans les formes ordinaires de la débilité mentale, mais dans les formes graves, on a plus généralement des ongles plus courts que chez les sujets faiblement tarés ou normaux. Le degré de courbure est généralement plus considérable que chez les normaux, la largeur est généralement aussi plus grande. Chez les normaux, la courbure des ongles diminue généralement à mesure que la croissance se fait; chez les phrénasthéniques, il y a un maximum vers l'âge de cinq à six ans, puis une diminution très marquée à partir de la dixième ou de la douzième année. Les ongles de ces sujets sont plutôt d'une consistance faible, la lunule en est généralement peu distincte : on ne peut encore rendre compte de la raison de cette dernière particularité : la leuconychie, qui est fréquente dans ces cas, paraît être une maladie liée à un trouble trophique particulièrement commun chez les débiles. L'onychophagie est chez eux plus fréquente que chez les normaux.

II. — *La cavité glénoïde du temporal chez l'homme sain d'esprit, l'aliéné et le criminel*; par le Dr Peli (numéro de janvier). — Dans l'état normal, la cavité affecte le plus souvent l'aspect classique dans les races blanches aussi bien que dans

©BIUM

les races noires ; cette disposition normale diminue de fréquence chez les noirs et plus encore chez les suicidés, les aliénés et en dernier lieu chez les criminels, ce qui est la marche ordinaire de la dégradation dans l'espèce humaine d'après les théories lombrosiennes.

III. — *Asymétrie bilatérale des mouvements chez les femmes normales et chez les épileptiques* ; par le Dr Salerni (numéro de janvier). — Des expériences nombreuses et précises montrent que les mouvements bilatéraux, quelles que soient les conditions de l'expérience, ne sont jamais rigoureusement symétriques. L'auteur a étudié ces phénomènes sur dix femmes normales et dix femmes épileptiques ; il se servit d'un dynamomètre Mathieu et il fit exécuter simultanément ou successivement des mouvements horizontaux, latéraux et verticaux. L'asymétrie observée est plus grande chez les normales que chez les épileptiques. Est-elle sous la dépendance d'un élément psychique ou d'un élément musculaire ? Il semble à Salerni que ce soit cet élément psychique qui soit le principal, contrairement à l'avis de Cremer et de Loeb, que cet élément soit surtout sous la domination du phénomène d'habitude et en rapport avec une erreur illusionnelle du sujet que la réflexion et la vue viennent encore augmenter. Les épileptiques, faisant un mauvais usage de leur œil, ont une erreur fonctionnelle moindre à cause de l'absence de cet élément d'appréciation erroné.

IV. — *Le champ de la vision distincte des formes chez les aliénés et les délinquants* ; par le Dr Andenino (numéro de janvier). — L'auteur, n'ayant examiné à ce point de vue que 97 sujets, dont 29 normaux et 68 pathologiques, ne peut, dit-il, formuler de conclusions absolues. Voici celles qu'il donne comme approximatives : Chez les normaux dont l'œil est sain, on trouve rarement une étroitesse marquée du champ de la vision distincte des formes (13 p. 100 chez les enfants et un peu plus chez les adultes). Au contraire, chez les criminels-nés et les fous moraux, il est réduit dans la proportion de 61 fois sur 100, les yeux étant naturellement reconnus sains à l'examen. Le rétrécissement du champ visuel pour la couleur blanche n'est pas le même que celui de la vision distincte. Dans 77 p. 100 des cas pour Andenino, 75 pour Roncorini, on rencontre chez les épileptiques adultes du rétrécissement du champ de la vision distincte qui s'exagère encore au moment des crises. Les délinquants se comportent comme les épileptiques, dont ils ne seraient, pour Lombroso, qu'une simple variété. Chez les épileptiques jeunes,

©BIUM

le rétrécissement est moins accusé. Dans les autres formes psychopathiques (hystérie, alcoolisme, paranoïa, etc.), le champ de la vision distincte peut se trouver rétréci, mais jamais avec la fréquence des cas précédents. La cause de ce rétrécissement doit être une lésion centrale qu'on ne peut encore déterminer.

V. — *Travaux plastiques et dessins spontanés de quelques enfants arriérés*; par le Dr Pennazzo (numéro de janvier). — Les dégénérés en général sont, d'après l'auteur, peu doués au point de vue artistique. Leurs productions artistiques (plastiques ou dessins), lorsqu'elles sont spontanées, sont généralement très primitives et montrent en quelque sorte l'évolution artistique et même en un certain sens l'évolution générale de l'espèce. Dans les travaux des débiles moraux et même ceux de certains dégénérés intellectuels, il y a tendance à la pornographie. Chez les épileptiques, l'idée religieuse et l'idée des armes sont celles qui donnent leurs productions spontanées.

VI. — *Note sur la réaction électrique myasthénique et sur le phénomène de la propulsion*; par le Dr Roncorini (numéro de janvier). — Trois observations : dans l'une, il s'agit d'un prêtre de quarante-six ans, atteint de paludisme à l'âge de dix-huit ans, et qui resta pendant trente-trois jours en état d'inconscience à la suite d'un accès pernicieux; à cet état, succéda une quadriplégie qui dura trois mois. A vingt ans, fièvre typhoïde à la suite de laquelle le sujet perdit l'usage de la parole pendant deux ans. Depuis cette époque existe une paraplégie des membres inférieurs avec des alternatives de mieux relatif et d'aggravation. Absence de signes dégénératifs, mais dès qu'il marche un peu, le sujet est fatigué, surtout au niveau du quadriceps fémoral et des gastrocnémiens. Les réflexes patellaires sont exagérés, les muscles sont atrophiés. La face du côté droit est très légèrement atrophiée. Les muscles se contractent encore sous l'influence de la volonté, tandis que l'excitation électrique n'amène aucune réaction : douleurs à la nuque; intelligence très bornée, le malade rit et pleure sans motif. Absence de la DR et disparition de la réaction de myasthénie; les phénomènes moteurs semblent être actuellement en rémission. La deuxième observation est celle d'une domestique illettrée de quarante-cinq ans atteinte d'un tremblement héréditaire auquel la tête participe; les oscillations en sont lentes, 4, 5 par minute; elles s'exagèrent par les excitants psychiques et dans les mouvements intentionnels. La malade marche en exagérant son polygone de sustentation; la langue dévie légère-

ment à droite. C'est une personne peu intelligente, mais qui n'est ni aliénée ni hystérique ; elle présente très nettement les phénomènes de propulsion et de rétropulsion. Le troisième cas est celui d'un paysan illettré atteint de rigidité typique parkinsonienne avec tremblement à peine indiqué et n'augmentant pas dans les mouvements intentionnels ; il présente une rétropulsion très nette, peut-être en relation avec sa raideur.

VII. — *Polioencéphalite aiguë infantile de Strümpell combinée avec une poliomyélite antérieure aiguë* ; par le Dr Négro (numéro de janvier). — Il s'agit évidemment là d'une affection de nature infectieuse. La lésion médullaire débuterait pour Charcot dans les cellules motrices de la corne antérieure ; pour d'autres, ce serait une inflammation interstitielle de la corne grise antérieure. Strümpell a décrit une polioencéphalite aiguë infantile qui débute brusquement avec des phénomènes d'hémiplégie spastique et qui correspondrait d'une façon rigoureuse à la poliomyélite aiguë ; elle aurait les mêmes causes toxiques et des lésions anatomiques comparables. Les deux états pourraient coïncider chez nn même sujet. Négro a vu, en effet, chez un enfant de dix-sept mois, des phénomènes de poliomyélite antérieure aiguë du côté droit et de la polioencéphalite à gauche.

VIII. — *Sur les effets des armes à feu modernes* ; par le Dr Tovo (numéros de janvier et de mai). — Les poudres modernes sont à base de nitro-glycérine ou de nitro-cellulose ; elles ont une grande force d'expansion et une grande vitesse d'inflammation. La combustion est généralement lente. Leurs effets sont peu connus au point de vue médico-légal ; quelques auteurs cependant les ont étudiés (Gerstacher, Schæffer, Schwolbe, Hall). L'auteur étudia le fusil et le revolver d'ordonnance, le fusil de chasse, le revolver de poche. Le calibre du fusil d'ordonnance italien est de $6^{mm}5$, projetant une balle de 30 millimètres pesant 10 gr. 50 et contenant 1 gr. 95 de solénite ; elle est revêtue de maillechort (alliage de nickel et de cuivre). Le fusil de chasse était une arme de 22 millimètres à canon long de 71 centimètres dont la cartouche contenait 1 gr. 90 de poudre Walsrode et 36 grammes de plomb n° 10 ou n° 11. Le revolver d'ordonnance à rayure hélicoïdale a un calibre de $10^{mm}35$, le projectile a 27 millimètres de long, le canon 112, la charge est de 0 gr. 55 de balistite n° 1. Le revolver de poche est d'un vieux modèle de $5^{mm}4$ de calibre ; le canon a 52 millimètres de long, le projectile a 17 millimètres et pèse 2 gr. 610, il est chargé à la poudre noire

©BIUM

ancienne; il servit de témoin dans les expériences. On expérimenta sur des cadavres ou des fragments de peau humaine. Les traces laissées par les coups varient avec la distance, la nature de l'arme et celle du projectile. L'auteur insiste avec raison sur les conditions de formation des brûlures à l'orifice d'entrée du projectile : il dresse un tableau suivant les diverses conditions des distances auxquelles le projectile fait balle et celui auxquelles il produit des tatouages. Le fusil militaire ne donne pas trace de brûlure à 20 centimètres, le revolver de poche en laisse de manifestes à 10 et non 50, comme dans les expériences du professeur Tourdes. Le fusil de chasse occasionne de la brûlure jusqu'à 1^{m}50. Le tatouage est une variété de brûlure qui est surtout accusée avec le revolver d'ordonnance, à cause de la brièveté du canon de cette arme. Si l'arme a dévié, la brûlure forme deux cercles à une certaine distance l'un de l'autre. L'orifice d'entrée est généralement fléchi en dedans, celui de sortie en dehors. Les ouvertures d'entrée et de sortie se modèlent sur la forme de la section du projectile et leurs dimensions varient dans des limites assez étroites. Avec les poudres très actives, l'orifice d'entrée est quatre ou cinq fois plus grand que celui de sortie. Avec les poudres de chasse, c'est l'orifice de sortie qui est le plus grand. Dans le drap de capote, l'orifice fait par la balle est généralement irrégulier. On peut dire en résumé qu'avec les armes modernes les traces du coup de feu lui-même, brûlure et tatouage, disparaissent très vite dès que l'arme s'éloigne du corps du blessé. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est la bénignité relative des blessures des poumons, qui sont infiniment moins graves qu'avec les armes anciennes. Malheureusement les projectiles contemporains produisent des effets explosifs lorsqu'ils sont tirés à très courte distance, 6 à 9 centimètres.

IX. *Sur la réaction de Schœnbein pour le diagnostic générique du sang*; par le D^{r} Attilio Cevedella (numéro de janvier). — Le réactif est désigné sous les noms de Schœnbein de Van Deen et Schœnbein-Almen suivant les auteurs : d'après Strocchi, le pain ne donnerait pas lieu à la couleur caractéristique azurée que prend la farine lorsqu'on la soumet à ce réactif formé de teinture de gaïac et de trumentine et qui serait caractéristique du sang d'après certains auteurs. Le levain donne d'après Cevedello une réaction positive : la farine chauffée la perd ainsi que certains légumes farineux : pâtes, asperges, tomates (réaction thermolabile). D'autres sont thermostables, tels que le

©BIUM

bichlorure de cuivre et le perchlorure de fer. Cette coloration de la farine est-elle due à une oxydase, ferment que Chodat et Bach considèrent comme des mélanges d'oxygénase et peroxydases? Les oxygénases sont des albuminoïdes qui s'emparent de l'oxydase moléculaire avec production de peroxyde. Les peroxydases sont des corps contenant du magnésium et de l'aluminium qui, en l'absence de peroxydes, n'exercent aucune action oxygénante, mais sont capables d'augmenter dans de notables proportions le pouvoir des peroxydes. On peut séparer ces deux ferments par la méthode des précipitations fractionnées par l'alcool ou en chauffant à 70 degrés, ce qui détruit les oxygénases et n'altère en rien les peroxydases. Cette action ne se produit qu'en présence d'eau ou de trumentine; ces changements doivent être attribués à un zymogène qui résiste à l'action de la chaleur et est formé par un nouveau ferment. D'après les conseils de Tuccinéi, Cevedello verse d'abord la teinture de gaïac, puis ajoute la trumentine, parce que s'il les mettait en même temps, certaines subtances (la pyridine) donneraient une coloration presque identique à celle que donne le sang et il y aurait de nombreuses causes d'erreur. Mais toutes ces réactions ne sauraient être caractéristiques; il faut pour Cevedello les confirmer par l'analyse spectrale et la recherche de l'hémochromatine.

X. — *Influence de la mort et de la putréfaction sur le pouvoir réducteur des muscles, expériences faites avec les appareils de Bufalini*; par le Dr Geraldi (numéro de janvier). — L'étude du pouvoir réducteur des tissus pendant la vie et après la mort a été faite ces dernières années par un certain nombre de biologistes : Ferrari a étudié le pouvoir réducteur du poumon mort au contact du sang dilué. Magnanini l'a fait pour les muscles du chien et constata que le pouvoir réducteur augmentait vingt-quatre heures après la mort et augmentait jusqu'à la soixante-douzième heure. Geraldi a expérimenté dans le laboratoire du professeur Ottolenghi; pour lui, l'équivalent de réduction d'un tissu est la quantité d'oxydase qu'un gramme de ce tissu peut soustraire à un réactif oxydant, vis-à-vis duquel il est placé dans certaines conditions (hypobromite de soude utilisé d'après la méthode d'Esbach pour le dosage de l'urée). Sur le cobaye mort, et en tenant compte de la température et de la pression, on constate une augmentation constante de l'activité réductrice du tissu musculaire de la première à la troisième heure après la mort et un abaissement

©BIUM

presque constant de la deuxième à la sixième. Le genre de mort a d'ailleurs une importance considérable sur ces variations. La putréfaction augmente ce pouvoir presque jusqu'au moment du deliquium absolu.

XI. — *Action du calcium injecté par la carotide vers les centres nerveux. Recherches expérimentales*; par le Dr Ferrari (numéro de janvier). — Le calcium a une action déprimante et paralysante, soit qu'on l'applique directement sur le cortex, soit qu'on emploie la méthode des injections artérielles. L'auteur a opéré sur des lapins, des chats, des chiens ; il découvrait la carotide, la liait, puis injectait dans le bout périphérique une solution de chlorure de calcium à l'aide d'une seringue de Pravaz recourbée; il liait ensuite le bout périphérique de la carotide et il y avait un arrêt de la respiration généralement définitif, parfois transitoire, et arrêt graduel du cœur avec diminution progressive de l'amplitude respiratoire. Quelques animaux survécurent à cause de dispositions spéciales de l'hexagone de Willis (?).

XII. — *Le troisième trochanter de l'homme, ses formes, ses dimensions, sa valeur ontophilogénétique*; par le Dr Zuccarelli (numéro de janvier). — Le troisième trochanter est une éminence circonscrite que l'on rencontre très fréquemment plus ou moins accusée dans la région du col chirurgical du fémur; elle est généralement peu volumineuse, acquiert souvent la taille d'une châtaigne, plus rarement celle d'un demi-faîne. Souvent on le rencontre au niveau du tiers supérieur de la branche externe de la ligne âpre, sur une ligne horizontale qui passe par la pointe du petit trochanter, quelquefois 1 ou 2 centimètres au-dessous. On le rencontre plus fréquemment à droite qu'à gauche. Ses dimensions moyennes, lorsqu'il existe, sont de 20 à 35 millimètres en longueur, 83 en largeur et 4 à 12 en hauteur. Il se trouve plus fréquemment chez les brigands, chez les aliénés, chez les anciens que parmi les sujets modernes et normaux, et sa fréquence ne semble pas être en rapport avec la forme du fémur lui-même (fémur en pilastre, par exemple).

XIII. — *Une psychopathie compliquée*; par le Dr Giacchi (numéro de janvier). — Un jeune homme de vingt ans, hôte habituel des prisons et des asiles, a parcouru sans argent une grande partie de l'Europe ; il voyageait en chemin de fer et s'offrait sans bourse délier des hôtels de deuxième ou de troisième ordre, dans lesquels il commit de nombreux larcins. Il présente de nombreux stigmates dégénératifs et hystériques, de

©BIUM

l'exagération de la sensibilité dans quelques zones, absence complète de sentiments affectifs ; il avait une bonne opinion de lui-même et vantait sa facilité à apprendre les langues : il se plaint des mauvais procédés de la police à son égard ; il a un véritable caractère d'épileptique, tel que le professeur Lombroso l'a décrit, il se rapproche plus des épileptiques que des phrénasthéniques.

XIV. — *Polymastie périvulvaire* ; par le Dr de Blasio (numéro de janvier). — Une Calabraise, très forte fille, en relation avec le monde interlope de Naples, menait une vie des plus accidentées. Elle venait d'être victime de son protecteur, qui l'avait blessée très grièvement ; elle présentait des mamelles anormales grosses comme des œufs de poule au voisinage de la vulve : ces mamelles mesuraient 133 millimètres de circonférence. Il est probable qu'il s'agit de glandes sébacées erratiques rappelant, par anomalie réversive, une disposition normale des cétacés.

XV. — *Stéatopygie chez les prostituées* ; par le Dr de Blasio (numéro de mai). — Il s'agit de deux filles, l'une prostituée depuis l'âge de seize ans et qui est la fille d'un recéleur condamné au bagne ; sa mère était elle-même de mœurs légères ; l'autre, compromise dans une affaire de fausse monnaie, à bénéficié d'un non-lieu, elle est la fille d'une prostituée. Toutes deux sont ultra-brachycéphales et atteintes dès leur jeune âge de stéatopygie ; elles rappellent les types des Hottentotes et des Boshimens, de certains Cafres, des nègres de Banti, des Somalis et des Bongos ; ces derniers étaient déjà connus pour cette particularité par les sculpteurs contemporains de Totmès III. Levaillant et Blanchard ont montré que cette particularité débutait seulement dans l'enfance et serait estimée un signe de beauté dans certaines races. Topinard a signalé la présence de cette hypertrophie chez des hommes. Cuvier croyait à une anomalie du squelette, analogue aux gibbosités des mandrills ; pour Blanchard, c'est une variété du lipome ; pour de Blasio, elle augmenterait à la puberté et serait dans nos races occidentales une anomalie réversive.

XVI. — *Epileptique simulateur* ; par le Dr Ugolotti (numéro de mai). — Un soldat entre à l'hôpital pour les suites de contusions scroto-inguinales, par suite d'un coup de pied de cheval ; il se plaint d'être obligé de se sonder lui-même et de ne pouvoir uriner spontanément. Une surveillance spéciale fut exercée et montra qu'il n'y avait rien de vrai dans toute cette

©BIUM

histoire. Se sentant découvert, il terrassa et frappa le directeur de l'hôpital où il était placé. A la suite de cette scène, il resta agité pendant quelques heures ; on le plaça en observation à l'asile ; là, on apprit que son père avait été condamné pour homicide et qu'il était épileptique depuis l'âge de douze ans ; il se livrait d'ailleurs à des excès de boisson et passait pour être d'un caractère très ombrageux ; il eut des crises comitiales pendant son séjour à l'hôpital, présentait des zones d'anesthésie. En somme, on le déclara irresponsable comme ayant agi sous l'influence d'un équivalent psychique.

XVII. — *Benvenuto Cellini. Contribution à l'étude de la paraphrénie* ; par le Dr Roncorini (numéro de mai). — L'illustre artiste appartenait à une famille de militaires courageux et violents. A quinze ans, après un coup de tête, il abandonna sa famille pour aller à Rome chez un orfèvre ; à seize ans, il fut compromis dans une rixe ; à dix-neuf ans, il fut obligé de quitter Rome. Tout le monde connaît ses hautes aptitudes pour tous les arts du dessin et la valeur littéraire de ses mémoires. Mais il n'entendait rien à la musique et n'admirait ni les beautés artistiques de Venise, ni la majestueuse nature des Alpes. Le sentiment de sa propre personnalité était chez lui très exagéré, il se croyait supérieur à tout le monde par l'esprit, la force et le courage. C'était un superstitieux, bien qu'il ne fût nullement dévot : il entra comme musicien au service du pape à la suite d'un songe, croyait à l'astrologie et à la nécromancie. Il eut même quelques idées de nature paranoïaque, témoin l'inscription vengeresse qu'il fit graver sur la tombe de son frère mort dans une rixe ; il eut des hallucinations, craignait les poignards, le poison et la trahison, s'amassa de nombreux ennemis et eut des aventures délictueuses ; un certain Pompeo eut grand mal à défendre sa vie contre lui et finit par être sa victime ; ce qui n'empêcha pas Benvenuto de se plaindre qu'on eût marié la fille de sa victime avec un favori de Pierre-Louis Farnèse. Plus tard, il accusa le pape d'avoir voulu l'empoisonner ; il se plaignit aussi de la duchesse d'Etampes, de son élève préféré Ascanio. Ses ennemis lui firent manquer son « Persée ». Il demande à Dieu de le venger ; — il a même des néologismes à sa disposition. Il était bon avec son père, généreux avec sa famille, dépensier, prodigue, respectueux de la foi jurée ; il défend les armes à la main un vase dont les Espagnols veulent s'emparer sans payer. Mais il est irascible, autoritaire, vaniteux ; il se considère comme l'exé-

cuteur des vengeances divines. Il est mêlé à une foule d'actes de violence. En 1524, il soufflète Rienzo de Ceri qui avait dit du mal des Florentins ; en 1530, il tua l'assassin de son frère ; en 1532, il laissa pour mort dans une rixe Benedetto ; en 1534, il tua Pompeo ; en 1535, il eut une rixe avec Benitendi ; en 1539, il tua un maître de poste de Sienne ; pour un motif futile, il menaça Ascanio de mort ; en 1536, il frappa d'un coup de bâton Jean de Lorenzo. Il fut plusieurs fois emprisonné, et condamné en 1523 pour rixe, et la même année pour libertinage ; en 1556, à Florence, pour violence. En 1539, emprisonné à Rome, il songe à se suicider. Sa vie, comme on le voit, fut très aventureuse ; il voyagea beaucoup en Italie et en France ; il était très érotique et se vanta, à l'âge de vingt-quatre ans, d'avoir eu en une année quarante-quatre fois des relations avec des enfants de treize à quinze ans ; il maltraitait souvent ses maîtresses, contracta probablement la syphilis, présenta des troubles nerveux hystériques ou épileptiques avec état hypnotique ; il eut des hallucinations terrorifiques. En somme, c'est un névropathe complexe, un paraphrénique d'une forme se rapprochant de la paranoïa, de la folie morale, des folies périodiques et des névroses. On peut le comparer au Tasse et à Wagner.

XVIII. — *Ergothérapie dans l'épilepsie* ; par le Dr Lévi Bianchini (numéro de mai). — Plaidoyer éloquent pour le travail chez les épileptiques que l'on néglige si souvent dans les asiles à cause de craintes que Lévi Bianchini considère comme exagérées ; pour lui, plus de la moitié des épileptiques peuvent travailler sans inconvénient. L'ergothérapie agit comme modificateur de l'émotivité et atténue jusqu'à un certain point la violence des décharges motrices : c'est un des traitements les plus efficaces contre la névrose. De plus, cette méthode est précieuse à l'asile, où elle évite l'emploi des moyens de coercition ou d'isolement, diminue et tempère la rigueur de la surveillance et l'emploi des bromures qui ne sont pas toujours exempts de danger. Etant donné le nombre considérable des sujets à hospitaliser, il y aurait peut-être lieu d'installer pour ces sujets des hopitaux spéciaux analogues aux colonies agricoles annexées aux asiles.

XIX. — *Syndrome cérébelleux des tuberculeux* ; par le Dr Roasenda (numéro de mai). — L'anatomie du cervelet est assez bien connue, mais la physiologie l'est très peu. Une fille de dix-neuf ans, tuberculeuse, présentait des symptômes cliniques de compression, que rendaient plus évidents les change-

©BIUM

ments de position de la malade et quelques autres circonstances : des crises de vertiges et de céphalée, des vomissements du type cérébral, des troubles du pouls et de la circulation du fond de l'œil. La marche de ce syndrome fut rapide et l'examen des organes thoraciques fit penser à des lésions tuberculeuses qui furent trouvées à l'autopsie. Enfin, certains symptômes firent penser à une destruction du lobe droit du cervelet, douleur occipitale à droite augmentée par la percussion, tendance à tourner et à tomber de ce côté, démarche ébrieuse, asynergie cérébelleuse, nystagmus, tremblement intentionnel, parole scandée, dysarthrie, asthénie, hypotonie générale. La mort se produisit à la suite d'un ictus apoplectiforme.

XX. — *Un moyen simple et nouveau pour obtenir des préparations permanentes de cristaux d'hémochromogène. Note préliminaire* ; par le Dr Cevedelli (numéro de mai). — Par l'action de beaucoup d'acides ou de solutions alcalines, l'hémoglobine donne naissance à de l'hématine acide ou alcaline. Cette dernière a un spectre d'absorption peu net ; mais, traitée par le sulfure d'ammonium, elle donne de l'hématine réduite ou hémochromogène : ces deux mots sont probablement synonymes.

Ces corps ont été préparés à l'état cristallisé par Hoppe-Seyler, alors même que le sang est en petite quantité ou altéré par l'action du temps ou de la rouille ; mais ces préparations ne se conservent pas, lors même qu'on les lute au baume. Cevedelli mêle sur un porte-objet une goutte de pipéridine avec une goutte de sang ajoutée au couvre-objet ; la préparation passe par le vert et le rose, puis prend une coloration rouge vif, surtout si on la chauffe légèrement. Au spectroscope, cette substance donne des vibrations d'une longueur d'onde de 551-561 μ. A un grossissement de 200-500 diamètres, on voit des cristaux plus ou moins rouges, de forme variable, isolés ou en faisceaux. Avec du sang desséché, on ajoute un peu de pipéridine puis quelques gouttes d'une solution concentrée d'ammoniaque ; on porte à l'ébullition. Si l'on veut conserver la préparation on la monte au baume de Canada.

XXI. — *Sur la valeur de la docimasie hépatique. Note expérimentale* ; par le Dr Sulli (numéro de mai). — Ce procédé, déjà employé par Lacassagne et Martin, consiste à évaluer la quantité de glucose du foie chez les fœtus, les abortifs et les prématurés, les enfants morts pendant le travail et les enfants morts peu de temps après la naissance. On prend 100 grammes

©BIUM

de foie, on en fait bouillir la moitié pendant quinze minutes dans 300 centimètres cubes d'eau distillée, on refroidit, on filtre au papier. On ajoute 100 centimètres cubes d'eau distillée bouillie pendant cinq minutes, on filtre après refroidissement, enfin on ajoute les derniers 100 centimètres cubes d'eau distillée qu'on a fait également bouillir, on réduit à 50 centimètres cubes, on ajoute soit de la phénylhydrazile pour l'analyse qualitative ou de la liqueur de Fehling pour l'analyse quantitative. Pas trace de glucose chez les prématurés et les abortifs, des traces dans les cinq premiers jours ; et chez les enfants morts de cinq à neuf jours de maladies aiguës, 1 gr. 98. Ces quantités augmentent dans la dystocie jusqu'à 5 p. 100. D'après Sulli, ce signe ne serait pas suffisamment net pour juger seul un problème médico-légal, mais peut acquérir une valeur, rapproché d'autres méthodes.

XXII. — *Paralysie générale progressive et crétinisme. Note clinique* ; par le Dr Audenino (numéro de mai). — Rares sont les cas d'association du crétinisme avec la paralysie générale (Billod). Cependant voici l'observation d'un crétin incapable de se livrer à aucun travail, légèrement alcoolique, qui fut amené à la questure comme atteint de délire de persécution. Là, on constata le signe d'Argyll Robertson, des troubles de la marche et de l'équilibre, de la diminution de la force musculaire, des idées de grandeur, de force exagérée, des mouvements fibrillaires de la langue, du tremblement des mains, de la perte de la mémoire ; il est le maître du monde, empereur du Japon et d'Allemagne, possède des billions et des trillions, a épousé une comtesse, a inventé une machine à fabriquer les ravioli, une autre pour manger la polenta, il est pape. Rire niais, troubles du langage.

XXIII. — *L'oreille des Napolitains normaux et criminels* ; par le Dr de Blasio (numéro de juillet). — Les anomalies sont plus fréquentes chez les dégénérés que chez les normaux, chez les femmes que chez les hommes. Les pavillons, qui ont particulièrement attiré l'attention de l'auteur, ne présentent pas seulement une mais plusieurs anomalies qu'il a minutieusement décrites et représentées dans des figures habilement dessinées. Les oreilles en anse se rencontrent fréquemment chez les délinquants, comme l'ont déjà dit Lombroso, Virgilio, Marro, Egli, Sanna-Salaris, Ribando, Penta ; il en est de même chez les aliénés. On rencontre assez fréquemment l'oreille à embout de Darwin, l'oreille de satyre, signe de bestialité, comme le dit

©BIUM

Horace ; l'oreille de Wildermuth et, enfin, les lobules adhérents et les lobules bipartites.

XXIV. — *Modification de la criminalité produite par la puberté* ; par le Dr Marro (numéro de juillet). — Avant la puberté, les jeunes gens commettent des actes délictueux en vue de la conservation de l'existence : vols, ruses, mensonges, plus rarement des violences pour montrer leur force, mais rarement ils ont l'intention de supprimer leurs adversaires. Parfois ils se réunissent plusieurs pour changer de lieu ; ils volent de la nourriture. A partir de la puberté, l'instinct de la reproduction viendra prendre le dessus : la criminalité est un rappel de la vie sauvage. Pour lutter contre elle, il faut une éducation attentive dans laquelle alternent les travaux physiques et intellectuels, l'hydrothérapie, la coéducation des sexes qui évite les excitations génésiques exagérées ; on doit éviter tous les stimulants artificiels tels que l'alcool ; la force de l'habitude doit lutter contre les violences atavistiques.

XXV. — *Le développement des strates moléculaires du cerveau et du cervelet chez les animaux et chez l'homme* ; par le Dr Roncorini (numéro de juillet). — L'auteur appelle indice de l'étage moléculaire le rapport qui existe entre l'épaisseur de cet étage et celui des autres étages de la substance grise considérés comme égaux à 100 ; dans le cerveau, il a recherché l'indice au niveau de la deuxième circonvolution frontale chez les chiens du voisinage du sillon crucial ; il a expérimenté sur l'homme, la grenouille, la couleuvre, la taupe, le lapin, le cobaye, le chien, l'agneau, le veau, le macaque. Dans le cervelet, l'indice est très élevé de même qu'au niveau de la corne d'Ammon et peut atteindre jusqu'à 100, 125, 175 ; dans le noyau denté, il est de 30 à 84 ; dans le bulbe olfactif, de 57 à 66, 9 ; dans le cerveau, il varie suivant les espèces : chez la grenouille, il est très variable, de 29,7 à 100 ; chez la couleuvre, de 28-58 ; chez le lapin, 176-24 ; le chien, de 10-33 ; chez l'homme, de 5,3 à 24 ; chez les idiots, les fous moraux et les épileptiques, 12-20. En somme, cet indice diminue à mesure que l'espèce est plus développée, que les fonctions psychiques des organes sont plus importantes. Après avoir énuméré les éléments dont se composent les étages musculaires, Roncorini ajoute que tous reçoivent des dendrites des cellules de Purkinje dans le cervelet, du principal tronc protoplasmique, des cellules pyramidales ou cellules ayant des fonctions analogues dans le cerveau ou la corne d'Ammon, les corps dentés, des cellules

©BIUM

mitrales dans le bulbe olfactif. L'indice de l'étage moléculaire est plus élevé dans les parties du système nerveux qui n'ont pas de hautes fonctions psychiques que dans le cortex. Le développement de cet étage n'est pas en relation avec le nombre des ramifications protoplasmiques qui s'y répandent. Dans le cortex cérébral, l'épaisseur de l'étage moléculaire n'est pas en rapport avec l'épaisseur des étages submoléculaires.

Quelquefois, dans l'étage moléculaire, il y a des rapports anatomiques constants entre des éléments, par exemple, entre les cellules mitrales et les glomérules olfactifs d'une même espèce, ou encore entre les cellules de Purkinje et celles de Cajal dans le cervelet; le nombre limité de fibres et de cellules que l'on rencontre dans l'étage moléculaire en rapport avec les étages sous-jacents, favorise la systématisation des rapports. Chez les vertébrés supérieurs, l'indice est beaucoup plus faible dans le cerveau que dans le cervelet; la différence est notable. Dans l'étage moléculaire se terminent les expansions du tronc protoplasmique principal des cellules pyramidales ou de leurs analogues. La distance des cellules pyramidales du cortex cérébral augmente à mesure que l'on descend l'échelle zoologique des êtres. Dans le cervelet, l'indice est élevé et les fonctions de l'organe ne semblent pas systématisées comme dans le cerveau. Quand l'étage moléculaire présente des altérations profondes, par exemple dans la paralysie générale, il y a aussi des troubles des fonctions automatiques et l'étage moléculaire peut être détruit en partie dans certains cas pathologiques, par exemple l'épilepsie, la folie morale, l'idiotie, et les indices élevés sont alors fréquents.

XXVI. — *Mattoïde, faux monnayeur*; par le Dr Lombroso (numéro de juillet). — Homme de taille élevée, avec nombreux stigmates physiques de dégénérescence, qui a un peu fait tous les métiers, qui se croit inventeur; a un frère kleptomane, une sœur folle, un aïeul et un frère géniaux (?). Se décide au crime pour payer un ami qui s'est ruiné pour lui; il tente de se suicider en prison, après avoir écrit un testament où il se déclare innocent : au lieu d'encre il se servit de son sang.

XXVII. — *Nosologie de l'arrêt du développement intellectuel*; par le Dr Pellizi (numéro de juillet). — Très intéressant article sur un sujet encore obscur, bien que fort souvent étudié. L'hérédité est évidemment un facteur des plus importants, tantôt sous la forme d'hérédité neuropsychopathologique,

©BIUM

tantôt sous celle d'hérédité morbide en général. L'auteur établit la distinction entre les arrêts de développement d'origine pathologique ou inflammatoire, dits encore acquis ou exogènes, et les arrêts de développement évolutifs, toxiques, endogènes ou congénitaux ; la dégénérescence est le résultat sur la descendance des influences toxiques ou morbides dans le cours de quelques générations. Parmi les agents pathogènes qui causent des arrêts de développement inflammatoires, citons le méningocoque de Weichselbaum, les convulsions qui accompagnent la rougeole, la coqueluche, la grippe épidémique; toutes ces causes, évidemment, demandent pour agir un terrain préparé. Au point de vue anatomique, on trouve dans le second groupe : des polio-encéphalites corticales, des méningo-encéphalites, des scléroses atrophiques lobaires hémisphériques ou généralisées, laissant après elles le cortex chagriné et durci, les circonvolutions rabougries ; l'absence du corps calleux, lorsque ce processus s'étend à la face interne des hémisphères ; puis le groupe des microgyries : *a*) par destruction des circonvolutions, *b*) par subdivisions, *c*) par hétérotopie de la substance grise corticale parfois associée à la porencéphalie ; les hémiplégies, les paraplégies, les monoplégies spastiques, plus rarement flasques ; enfin de simples accès convulsifs d'épilepsie dite essentielle.

Un autre groupe est celui des inflammations méningitiques : 1° proprement dites ou simples avec un cerveau de poids normal ou à peine diminué de poids; 2° idiotie hydrencéphalique, méningite interne de la toile choroïdienne et de l'épendyme.

Cliniquement, ces formes peuvent varier de l'idiotie complète à une légère déficience mentale, avec relâchement de la musculature volontaire et perte de la spontanéité.

Autre classe : infantilisme dysthyroïdien ou non, crétinisme sporadique, hypothyroïdisme, qui ne se manifestent que par peu de symptômes et qui sont d'origine toxique ; l'infantilisme type Lorrain, l'infantilisme anangioplastique de Brissaud. Il existe peut-être des formes de passage entre les deux.

Dans le groupe des hypobiotrophies primitives systématiques presque toujours combinées, citons l'idiotie familiale amaurotique type Tay-Sachs, la paraplégie spasmodique familiale, l'ataxie de Friedreich, la démence progressive infantilo-juvénile, la sclérose amyotrophique, les paralysies bulbaires, l'ophtalmoplégie externe héréditaire, les atrophies du nerf

©BIUM

optique, la surdité et la surdimutité, enfin la déficience psychique pure.

Il peut exister des lésions combinées des neurones sensitifs et des neurones moteurs; si elles sont limitées, on a des paraplégies spasmodiques, des poliomyélites antérieures, etc. Dans cette dernière classe on trouve l'hérédité neuropsychopathologique, l'hérédo-syphilis, les diathèses infectieuses, les maladies constitutionnelles. Entre les divers degrés de déficience psychique, il n'y a de différences que du plus au moins : l'auteur rejette la distinction de l'idiotie et de l'imbécillité. Les épisodes psychopathiques et les génies partiels peuvent se trouver dans toutes les idioties légères, surtout d'origine méningitique. Les caractères dégénératifs somatiques sont plus fréquents quand le facteur génétique est plus accusé; les débiles mentaux sans anomalies somatiques, sans préexistence d'états inflammatoires et peut-être d'autres formes encore relèvent de l'hypobiotrophose. Les inflammations sont voisines des folies, par processus pathologiques vulgaires du cerveau, de ses vaisseaux ou de ses enveloppes; la déficience mentale de l'infantilisme dysthyroïdien ou non est analogue aux folies par intoxication, les idioties hypobiotrophiques sont des anomalies psycho-dégénératives.

XXVIII. — *Crises psychogastriques d'épilepsie. Observation d'une nouvelle forme d'équivalent psychique*; par le Dr Lévi Bianchini (numéro de juillet). — L'épilepsie est la plus fréquente des maladies mentales en Calabre. L'asile de Girifalco en contient 17,05 p. 100 malades. L'auteur a eu l'occasion d'y étudier des crises psychogastriques chez plusieurs malades : elles sont caractérisées par du mutisme, de l'anorexie, de la constipation, de la douleur épigastrique, des crampes douloureuses de l'estomac ; la pression calme un peu la douleur; parfois il y a des vomissements. Pendant deux ou trois jours cet état persiste, puis s'atténue ensuite peu à peu en quelques jours : c'est en somme une variété nouvelle d'équivalent de crises.

XXIX. — *Un auteur de blessures épileptique et incestueux*; par le Dr Lombroso (numéro de juillet). — Un nommé Jean R..., dont l'aïeul paternel était fou, dont la mère avait mal fini, dont le père et les fils étaient criminels, fut condamné cinq fois depuis 1886 à de légères peines. Au cours d'un accès de fureur, il blessa sa femme et voulut même la jeter par la fenêtre : il se livrait à des actes obscènes sur la personne de

©BIUM

ses deux filles : l'aînée devint même sa maîtresse. Les crises de fureur de ce sujet se terminent par du mutisme. Examiné avec soin, on constata chez lui du tremblement des mains, de l'exagération spastique des réflexes cutanés et tendineux, de l'obtusité du tact, du rétrécissement du champ visuel avec un scotôme périphérique. Le diagnostic porté fut celui d'épilepsie psychique : un traumatisme occasionné par la chute d'une brique et des excès alcooliques avaient favorisé l'éclosion du mal comitial.

XXX. — *Contribution à la pathogenèse de la maladie de Dupuytren*; par le Dr Ferrero (numéro de juillet). — La lésion primordiale et pathognomonique est une lésion du système réflexe trophique, soit dans les fibres centripètes, soit dans les fibres centrifuges. C'est en somme la théorie névritique d'Eulenbourg. Parfois il y a, comme dans les cas de Testi, de Boganski et de Ferrero des lésions de désintégration des centres circum-épendymaires. On peut admettre la possibilité d'un processus syringomyélique d'après le concept actuel de la formation des lésions de ce genre qui seraient dues à une réaction particulière de l'épithélium du canal de Stilling ou de l'adventice des vaisseaux à des processus infectieux ou toxiques. Dans le cas personnel de Ferrero comme dans celui de Testi, on a rencontré des lésions d'intoxication, dégénérescences irrégulières non systématisées du cordon de Gall; des troubles de ce genre peuvent concilier la théorie nerveuse avec la théorie diathésique de Guérin. D'ailleurs des causes secondes peuvent s'ajouter à la cause principale, telles que, par exemple, une disposition particulière et une vulnérabilité spéciale de l'aponévrose palmaire ou des inflammations locales de cette membrane, des traumas répétés, le traumatisme étant une cause occasionnelle fréquente de la maladie de Dupuytren, dans l'état actuel des choses la plus probable.

XXXI, — *Lésions histologiques des reins dans l'intoxication par l'oxyde de carbone*; par le Dr Ascarelli Attilio (numéro de juillet). — Dans l'empoisonnement oxycarboné, on peut avoir des lésions histologiques du rein d'importance notable, du gonflement, du trouble, de l'hyperémie, des extravasats sanguins dans les canalicules rénaux de la nécrose diffuse. Ces lésions ne sont ni caractéristiques, ni spécifiques, et ne peuvent à elles seules suffire pour asseoir un diagnostic d'intoxication par ce gaz, mais elles sont suffisamment nettes pour pouvoir entrer en ligne de compte dans la pratique mé-

©BIUM

dico-légale. La différence entre les lésions trouvées dans les expériences et les faits cliniques d'Attilio et des autres auteurs est une nouvelle confirmation de ce fait que le gaz oxycarboné peut produire, suivant les cas, des altérations différentes des viscères. La présence de lésions histopathologiques constitue un très bon critérium pour juger s'il y a eu absorption d'oxyde de carbone pendant la vie ou seulement diffusion *post-mortem*, par exemple lorsque le cadavre est placé dans une atmosphère riche de ce gaz.

XXXII. — *Au sujet d'un cas de méningite cérébro-spinale traumatique dans une affaire médico-légale;* par le Dr Busi (numéro de juillet). — Un homme de vingt-cinq ans entre à l'hôpital majeur de Bologne dans un état de délire furieux; il présente des ecchymoses de la face, surtout au voisinage des orbites. Après quelques pertes de connaissance et une céphalée très violente, il meurt subitement au bout de deux jours : il avait présenté de la rigidité de la nuque, le signe de Kernig, de la paralysie du facial et du pathétique gauches, un délire violent, de l'hyperesthésie cutanée généralisée, des altérations du rythme respiratoire et du pouls. A l'autopsie, on constata que le liquide cérébro-spinal était albumineux et contenait des globules blancs polynucléaires et de nombreux coccus en corymbes libres dans l'exsudat. Les coccus furent cultivés avec succès, ils n'avaient pas de capsule : ils ne prenaient pas le Gramm, à 36 degrés sur agar ils donnaient une culture grisâtre.

XXXIII. — *Dents canines animales dans un crâne humain. Notes d'anthropologie*; par le Dr Zuccarelli (numéro de juillet). — Le professeur Giuffredda-Ruggeri, monogéniste, a dit : « Jamais, autant que je le sache, on n'a noté de canines exceptionnellement développées chez l'homme; jamais les canines n'ont été développées plus qu'elles ne le sont chez les précurseurs de l'homme. » Zuccarelli, frappé de cette affirmation du savant anthropologiste de Rome, a cherché à la contrôler. Or, il a trouvé dans un crâne de sa collection et provenant des fouilles d'Ischia, qui présentait une fossette vermienne très développée et des canines énormes, longues l'une de 23 millimètres, l'autre de 17, du bord alvéolaire à la pointe, et une circonférence maxima au niveau de la couronne de 30 millimètres à droite et 29 à gauche.

XXXIV. — *Deux étalons de mauvais caractère avec asymétrie cranienne évidente*; par le Dr Bassi (numéro de juillet). — On rencontre des chevaux méchants dont le crâne asymé-

©BIUM

trique rappelle celui des épileptiques, tels sont les deux étalons dont le vétérinaire italien rapporte l'histoire.

XXXV. — *Chien épileptique et dégénéré*; par le Dr Pennazzo (numéro de juillet). — Il s'agit d'un bull-dog épileptique et d'un caractère antipathique, avec des crises de plus en plus fréquentes. Il fut un jour dans une bataille éborgné par un chat; très hargneux, il tourmentait et persécutait tous les animaux du voisinage; il étrangla un jour une poule dans un accès de rage, il fit mourir un petit chat à force de mauvais traitements; l'auteur croit qu'il est mort célibataire, aucune chienne ne voulant se soumettre à ses caprices : c'était d'ailleurs un masturbateur effréné, un véritable caractère d'épileptique.

XXXVI. — *Une bande de sacrilèges professionnels*, par le Dr Zaleski (numéro de décembre). — Dans la nuit du 28 au 29 juin 1904, l'église du monastère de Kasan, dédiée à la Vierge, fut dépouillée et volée d'une ancienne statue très vénérée de la Vierge et d'une statue du Christ : outre leur valeur artistique et archéologique, ces statues étaient ornées de colliers d'or, de diamants et autres pierres précieuses d'une valeur d'environ cent mille roubles. Un nommé Maxenoff fut arrêté parce qu'il avait fait faire une paire de tenailles extraordinairement fortes. Interrogé, cet individu déclara que cet outil lui avait été commandé par un certain Ciapkin, propriétaire. On arrêta cet homme quelques jours après sur un bateau à vapeur qui se rendait à Nidji-Novgorod. On reconnut que cet homme s'appelait en réalité Strojanoff, et voyageait avec sa maîtresse, du nom de Cucerowa, et la mère de cette dernière. Un gardien du monastère, nommé Zacharow, fut impliqué dans cette affaire ainsi que deux autres hommes. Ils furent accusés de sacrilège et traduits aux assises. Tous, sauf Maxenoff et Zacharow, présentaient des stigmates dégénératifs, il y avait donc lieu de penser que ces derniers n'étaient pas des criminels d'occasion. C'est ce que démontrèrent les débats. Stojanoff, le principal accusé, était un illettré, qui avait commencé à voler dès l'âge de quatorze ans et avait déjà été compromis dans plusieurs affaires de vol; il avait une réputation exécrable : il passait pour un recéleur de profession, qui avait la spécialité de profiter des dépouilles des monastères et des églises volés. C'était un vaniteux et un exalté. On trouva chez lui les portraits de « ses amis », qu'il refusa de trahir, et un grand nombre de saintes images qu'il avait lacérées, mais on ne put mettre la main sur les pierres précieuses, évaluées 80.000 roubles. Il fut condamné

©BIUM

à douze ans de travaux forcés. Conow, sur lequel on avait trouvé un des médaillons précieux volés à la Vierge de Kasan, fut condamné à dix ans de travaux forcés. La femme Cucerowa, qui avait abandonné son mari, voleur de profession, pour suivre son amant, fut également sévèrement condamnée. Maxenoff, qui, bien qu'autrefois condamné, vivait honnêtement depuis douze ans, fut condamné à deux ans et demi de réclusion. Zacharow, ancien soldat, âgé de soixante-dix ans, jamais poursuivi, ne fut pas reconnu coupable et fut acquitté.

XXXVII. — *La criminalité des nègres à Cuba*; par le Dr Ortiz (numéro de décembre). — Aucune statistique officielle n'a été dressée sur ce sujet; mais dès 1850, Ferdinand V publia un règlement spécial sur les crimes et les délits commis par les nègres amenés comme esclaves dans la colonie, et qui étaient particulièrement fréquents. On jugeait les nègres d'après la loi des Indes. On leur défendait de s'éloigner pendant la nuit des maisons de leurs maîtres, de porter des armes, de visiter les ministres. Les bourgs nègres étaient de véritables repaires de bandits : il y avait même des bandes organisées, comme celles des « Curros del Manolar ». On les punissait très sévèrement lorsqu'ils commettaient le moindre attentat contre les blancs (ordre du gouverneur de l'île du 31 mai 1844). On défendait même de les employer dans les pharmacies. Il semble établi dans l'île que, toutes choses égales d'ailleurs, le nègre est plus enclin au crime que le blanc : au temps de l'esclavage, les nègres surveillés et mâtés par leurs maîtres, avaient généralement bonne conduite, surtout dans les campagnes, où le maître avait le droit de punir son esclave de sa propre autorité, sans l'intervention des pouvoirs publics; il semble que le nègre importé est plus honnête que le nègre créole (Arbotegaz).

Le métis est à égale distance des nègres et des blancs pour la criminalité, et il semble que la criminalité des noirs soit en voie d'augmentation; les crimes les plus fréquents qu'on a à leur reprocher sont : l'escroquerie, le vol, le viol, l'assassinat, parfois la profanation des tombeaux, la luxure, le concubinage, la polygamie et l'excitation à la débauche. Généralement, le sorcier est de bonne foi et croit à ses propres sortilèges, il commet parfois un assassinat pour se procurer un cœur de fillette dont il a besoin pour ses pratiques; la prison ne l'effraie pas, c'est un risque professionnel qu'il a envisagé, et le métier est bon, car la croyance à la sorcellerie est très répandue chez les nègres et semble se rattacher à des traditions africaines. Les

©BIUM

sorciers semblent être, pour la plupart, « des criminels-nés », sont des « sauts en dedans », par rapport à l'évolution du milieu ; ce sont, comme les appelait Penta, « des délinquants primitifs ». Les nègres créoles qui se livrent à la sorcellerie semblent de moins bonne foi que les autres.

XXXVIII. — *Simulation chez un voleur international* ; par le Dr Lombroso (numéro de décembre). — C'est un individu condamné, à l'âge de vingt-trois ans, pour désertion, vol, faux en écritures publiques : il appartient à la catégorie des voleurs internationaux ; il a habité tour à tour l'Allemagne, l'Amérique du Nord, l'Angleterre ; il avait une facilité extraordinaire à parler les langues étrangères. Arrêté, il a simulé la confusion mentale. Après examen prolongé, on a reconnu la simulation.

XXXIX. — *Nouvelles recherches sur les altérations histomorphologiques du cortex cérébral* ; par le Dr Roncorini (numéro de décembre). — Avant d'étudier s'il existe une lésion histopathologique caractéristique de la criminalité, l'auteur se demande si, dans l'état actuel de la science, on peut reconnaître anatomiquement les déficiences mentales lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de paralysies motrices ou sensorielles ni de modifications des processus mentaux, des réactions psychomotrices. Il critique les méthodes anciennes et nouvelles qu'on a employées dans ce but ; l'anatomie pathologique de l'épilepsie est encore inconnue malgré les nombreux travaux des auteurs qui l'ont étudiée et qui n'en ont guère connu que les lésions secondaires. Il arrive parfois même que dans la paralysie générale on ne trouve pas les lésions classiques. Dans l'idiotie, on a trouvé diverses lésions, mais leur description ne concorde pas toujours chez les différents auteurs qui se sont préoccupés de la question. Kraepelin accorde un rôle psychique aux cellules de l'étage granuleux du cerveau, puisque cet étage n'existe pas chez les animaux, sauf chez les singes où il est assez indécis. Roncorini modifie la classification des diverses couches cellulaires dressée par Meynert et admet les étages suivants : 1° stratum moléculaire ; 2° stratum superficiel de petites cellules nerveuses (stratum granuleux externe) ; 3° stratum de petites cellules pyramidales ; 4° étage des grandes cellules pyramidales ; 5° stratum profond de petites cellules nerveuses ou stratum granuleux profonds ; 6° stratum des cellules polymorphes. Roncorini, sur 25 épileptiques, a trouvé l'étage granuleux absent dans 6 cas et réduit dans 13 ; au contraire, les cellules pyramidales et polymorphes étaient augmentées de

©BIUM

nombre, et on constatait de nombreuses cellules dans la substance blanche. Sur 11 criminels-nés, l'auteur a constaté 4 fois les mêmes anomalies, et 3 fois il les a vues sur 8 criminels d'occasion. Chez les fous, il n'a rien constaté de pareil. Il a entrepris de nouvelles recherches sur le même sujet qui ont confirmé les premières : en somme, pour Roncorini, l'épilepsie et la criminalité sont dues à des arrêts de développement du système nerveux.

XL. — *Fossette occipitale médiane chez les aliénés*; par le Dr Marro (numéro de décembre). — Cette anomalie a été étudiée, pour la première fois, par Lombroso sur le brigand calabrais Villèlo. Elle est un des traits caractéristiques qui unissent l'épilepsie et le crime à la régression des types somatiques. Car on en a successivement constaté la fréquence dans ces divers groupes d'arriérés. L'anatomie comparée et l'embryologie concourent à démontrer que, chez l'homme, le développement du vermis et la présence de la fossette occipitale médiane représentent deux caractères dégénératifs ataviques. Chez les animaux, le lobe médian est le plus ancien; il se réduit peu à peu jusqu'aux anthropoïdes et à l'homme ; chez les marsupiaux, la fossette occipitale atteint même l'os interpariétal. Il est encore très développé chez les lémuriens. Marro l'a rencontré deux fois chez deux aliénés de Collegno. Sur 75 crânes d'aliénés, il a vu treize fois la crête occipitale avoir, à son extrémité inférieure, une expansion triangulaire, ce qui est pour Lombroso le premier degré de l'anomalie. De même, cette anomalie existe cinq fois sur 24 crânes épileptiques. Ces chiffres, obtenus par Marro, sont voisins de ceux qu'ont donnés Lombroso, Mingazzini, Marino, Morselli, Cascella, etc. Sur un sujet de soixante-dix ans, paralytique, mort de cancer de l'estomac, Marro a trouvé une énorme hypertrophie du vermis inférieur, correspondant à une fossette médiane énorme. Un cas analogue existait sur un sujet de soixante ans, mort de démence paralytique.

XLI. — *L'ancienne religion du Japon devant la psychiatrie moderne*; par le Dr A. M... (numéro de décembre). — Cet article est écrit dans notre langue. Le shintoïsme, qui vient d'être étudié dans plusieurs articles de la *Revue de Paris*, montre que les psychoses morbides actuelles reproduisent, à s'y méprendre, certains traits de l'intelligence primitive. Dans un passé très lointain de la légende japonaise, les « rochers, les herbes et les arbres parlaient ». Ce naturisme primitif peut

©BIUM

être comparé à certains délires de persécution systématisés : la conception de la pluralité des âmes chez un seul homme ou dans un seul Dieu (Oh. Kouni, Mouki, etc.) ; l'idée qu'une âme isolée d'un dieu peut devenir elle-même un dieu nouveau est une véritable théorie de la reproduction divine par scissiparité, ces différentes âmes pouvant rester attachées ensemble. On peut rappeler à ce propos la folie du P. Surin, dans l'affaire des Ursulines de Loudun, et celle d'un malade d'Esquirol. Le Dieu cité plus haut rencontre son « double » et ne le reconnaît pas. Ce fait est à rapprocher de l'autoscopie récemment étudiée par Sollier.

XLII. — *Onanisme précoce, psychopathie sexuelle, phénomènes de télépathie* ; par le Dr Bellini (numéro de décembre). — Angélo D..., âgé de douze ans, est intelligent, mais d'un caractère indomptable ; il se masturberait depuis l'âge d'un an (?). Il sort d'une famille très tarée, a eu des convulsions à l'âge de deux ou trois ans et urine quelquefois au lit. Il excite ses camarades d'école à se masturber. A l'âge de deux ans, il était au lit et dit que son grand-père maternel venait de blesser un homme, et c'était vrai. A l'âge de trois ans, il annonça la mort d'un de ses petits camarades dans des conditions analogues. Il se masturbait en pensant à des chaussures de femmes ou lorsqu'il en voyait dans la rue : il écrivit une déclaration, avec menace de mort pour ses rivaux, à une petite voisine, simplement parce qu'il pensait à elle en se masturbant. Il présente de nombreux stigmates dégénératifs. C'est probablement un épileptique. Quoi qu'il en soit, il est certainement atteint de fétichisme des souliers : ce serait, d'après Bellini, le premier cas signalé de masturbation à l'âge d'un an ! !

XLIII. — *Contribution à l'étude des paralysies périphériques du nerf accessoire et de l'hypoglosse* ; par le Dr Negro (numéro de décembre). — L'article débute par une discussion sur les fonctions physiologiques de la onzième et la douzième paires. On connaît les discussions sans fin des physiologistes au sujet de l'action de chacune des branches de la onzième paire. Un cas clinique, observé par Negro, se rapproche des conclusions de Scholdtmann, de Kœnigsberg : le sterno-cléido-mastoïdien serait innervé exclusivement par le spinal ; la branche externe de ce nerf innerverait le trapèze et s'unirait dans l'intérieur même du faisceau acromial de ce muscle à des rameaux du plexus cervical. L'innervation du larynx est fournie simultanément par le pneumo-gastrique et le spinal.

©BIUM

Au premier appartient la sensibilité, au second, la mobilité des muscles extérieurs du larynx.

Une malade de trente-trois ans eut l'influenza en 1890. Dix jours après, elle éprouva de la difficulté à déglutir les aliments liquides qui revenaient par le nez ; certains mouvements de la langue et la parole devinrent difficiles ; la voix fut éteinte, les mouvements de latéralité du cou douloureux et incomplets, surtout à droite ; l'amygdale de ce côté s'enflamma ; il y eut un torticolis par parésie du sterno-cléido-mastoïdien droit avec atrophie des deux faisceaux de ce muscle et diminution de l'excitabilité de ce muscle à la faradisation et à la galvanisation. Le trapèze présentait des troubles analogues. Il y avait, en somme, une lésion simultanée des deux troncs nerveux de la onzième et de la douzième paires due à l'influenza, démontrée par les lésions du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze ; en particulier, l'atrophie des faisceaux interne et moyen du trapèze, la paralysie du voile palatin, de la luette, du pilier antérieur, avec conservation de la sensibilité. Remarquons que le pilier postérieur n'a pas participé à la lésion, car il est innervé par le trijumeau.

XLIV. — *Distinction des os appartenant à diverses espèces animales par la méthode biologique* ; par le Dr Tovo (numéro de décembre). — Cette méthode a surtout sa raison d'être pour de petits fragments osseux, isolés et méconnaissables. On peut utiliser non seulement la substance médullaire ou spongieuse, mais encore la substance compacte. Cependant, avec cette dernière, les réactions sont moins évidentes et moins durables. Le diagnostic des os qui ont été exposés à l'air libre est encore possible après cinq mois pour les os compacts, mais ne l'est plus au huitième mois. Avec de la substance médullaire ou spongieuse, la réaction est encore positive après huit mois écoulés, mais ne l'est plus après un an. Dans des atmosphères viciées, la réaction cesse du quatrième au cinquième mois. Les os immergés ne donnent la réaction que pendant trois mois s'ils sont compacts, sept ou huit s'ils sont spongieux. Les os enterrés ne présentent plus ce signe à sept mois dans le cas où ils sont compacts, au huitième s'ils sont spongieux. Offrent encore la réaction précipitante spécifique, les os tenus dans l'eau bouillante pendant quinze minutes. Elle est impossible après une demi-heure. Elle est possible après vingt minutes d'exposition à la chaleur sèche, à 130 degrés, mais elle ne l'est plus après une demi-heure : vingt minutes

©BIUM

suffisent à la détruire à 150 degrés. La propriété de donner un précipité spécifique persiste plus longtemps dans les os auxquels adhèrent des lambeaux de chairs. L'os frontal a une résistance particulièrement longue, en rapport avec sa résistance aux agents destructeurs organiques et inorganiques.

XLV. — *Nouveau procédé pour obtenir des cristaux d'hémochromogène et d'iodohématine*; par le Dr Lecha-Marzo (numéro de décembre). — De même que l'oxyhémoglobine, en se dédoublant, donne naissance à la globine, substance albuminoïde et à l'hématine, l'hémoglobine, par l'action d'un réducteur, donne de la protéine et une substance facilement cristallisable, l'hémochromogène ou hématine réduite (Hoppe-Seyler, Araki). La méthode de Dominici ne donne que de petits cristaux visibles seulement à l'objectif à immersion du microscope et disparaissant en quelques heures. Au contraire, si sur un porte-objet nous plaçons une tache de sang même peu abondante et ancienne et qu'on ajoute de l'iode dissous dans l'alcool, de la pyridine et très peu de sulfure d'ammonium et qu'on place ensuite le couvre-objet, la cristallisation se produit de suite, et au microscope on constate qu'elle est caractéristique. Si on a affaire à une tache sur une étoffe, on la lave à l'eau distillée et on fait la réaction dans un tube à essai; on a ainsi une coloration rouge qui cristallise en rhomboèdres. Le fer en excès n'empêche pas la réaction.

XLVI. — *Largeur de la bouche chez les normaux et les criminels*; par le Dr de Blasio (numéro de décembre). — La largeur de la fente buccale est plus grande chez les hommes dans les races inférieures, surtout chez les Australiens; elle serait en France, d'après Testut et Sappey, en Belgique, d'après Quételet, de 45 millimètres environ chez la femme, 53 millimètres chez l'homme. Pour de Blasio, elle serait à Naples de 53,8 chez l'homme et de 45,7 chez la femme. Chez les délinquants, la moyenne est de 55 chez l'homme et de 49 chez la femme. Le maximum a été observé chez un violateur, le minimum chez un voleur. Chez la femme, le maximum a été trouvé chez une entremetteuse, le minimum chez une domestique voleuse. L'auteur propose une classification en microstomes, mésostomes, mégastomes et ultra-mégastomes.

XLVII. — *Elimination du bleu de méthylène par voie rénale chez les phrénasthéniques*; par le Dr Andenino (numéro de décembre). — Chez les crétins, le type éliminatoire est polycyclique continu : l'élimination est généralement ralentie, le

©BIUM

début presque toujours normal; il y a plusieurs maxima; la durée totale de l'élimination est plus grande que chez les normaux, 88 à 120 heures; il y a donc ralentissement du métabolisme organique à cause de la faible intensité de la fonction thyroïdienne. Ces résultats concordent avec ceux d'Ormea et Maggiotto. Chez d'autres phrénasthéniques non crétins, la réaction est la même; il semble donc possible que la thyroïde soit étrangère à ces variations.

XLVIII. — *Le crachat comme moyen de défense chez les débiles*; par le Dr Pennazza (numéro de décembre). — Cracher est un passe-temps d'enfant arriéré et paraît être plutôt une marque de mépris qu'un moyen de défense; cependant cet acte a cette dernière signification chez certains débiles; chez les anciens, le crachat passait pour vénéneux; c'était, au temps d'Aristote, un moyen de rompre les charmes, donc un moyen de défense; les commères du Sud de l'Italie se crachent à la figure au cours de leurs disputes, mais ce moyen de défense n'est que rarement employé par des sujets normaux.

L. Wahl.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The American Journal of Insanity.

Année 1907

I. — *Un cas de maladie d'Addison avec troubles mentaux*; par le Dr Harry W. Miller (numéro de janvier). — Femme de quarante-sept ans, présentant les marques de la maladie bronzée, et qui, dans les derniers temps de sa vie, présenta les troubles mentaux suivants : apathie ou indifférence générales, se révélant par l'attitude et les paroles; absence d'initiative, même pour demander la moindre chose; difficulté de répondre aux questions, de fixer longtemps l'attention; troubles de la mémoire; confusion mentale. Cette femme était très épuisée, et les troubles mentaux étaient survenus en même temps que la cachexie, dont ils pouvaient dépendre. A l'autopsie, on lui trouva des cicatrices de tuberculose dans les poumons. Rien de bien notable aux capsules surrénales, sinon de l'hypertrophie.

II. — *Histoire et emploi du mot démence*; par le Dr G. Alder Blumer (numéro de janvier). — Nous trouvons ici encore un de ces articles élégamment écrits et agréablement présentés, où le

©BIUM

Dr Blumer excelle. Il montre que, chez les Romains, Démence était synonyme de notre mot Folie. C'est du reste en ce sens que les Codes français l'ont employé. La plupart des aliénistes, depuis le commencement du siècle dernier, Esquirol, Griesinger, Clouston, Maudsley, Mercier, Régis, Campbell Clark, Chapin et d'autres l'ont employé pour désigner l'affaiblissement et la perte définitive des facultés mentales. Mais des emplois plus récents du mot sont venus troubler l'idée qu'on s'en faisait. Et c'est ainsi que Kraepelin, en se servant des termes démence précoce ou démence paralytique, évite d'employer ce même mot pour la perte de l'intelligence dans la sénilité. Quelques auteurs ont pris le mot démence comme synonyme de confusion mentale. De ces diversités d'emploi est né en partie, sans doute, le désarroi qui s'est mis récemment dans les doctrines psychiatriques. Il serait donc bon, comme le demande le Dr Blumer, qu'on pût une bonne fois le définir clairement et dire à quoi il s'applique.

III. — *Folie et suicide*; par le Dr Charles W. Pilgrim (numéro de janvier). — Le suicide sévit avec intensité en certains points des Etats-Unis. San Francisco, Chicago, et d'autres centres où afflue la population, en donnent des proportions énormes, avec une fréquence à peu près aussi grande chez les femmes que chez les hommes. La folie, qui peut certainement pousser au suicide, n'est ici en cause que dans un nombre de cas relativement restreint. Les misères sociales, avec toutes leurs conséquences, semblent, dans la population de l'Amérique du Nord, en être le facteur principal.

IV. — *Derniers résultats de l'assistance familiale des aliénés dans le Massachusetts*; par le Dr Owen Copp (numéro de janvier). — Voici vingt ans que ce mode d'assistance existe dans l'Etat. Il a eu de la difficulté à s'y acclimater; mais il semble y devenir plus en faveur. Les inconvénients auxquels il a donné lieu ont été faibles. En vingt ans, 762 malades, surtout des femmes, ont été ainsi assistés. Sur ce nombre, il n'y a eu que deux suicides. Le nombre de ceux qui sont placés augmente chaque année dans des conditions satisfaisantes. La dépense, par tête et par semaine, qui est d'environ cinq dollars à l'asile, n'arrive pas à trois dollars et demi dans le système familial. L'Etat a promulgué des lois qui régularisent et facilitent ce mode d'assistance.

V. — *La « démence précoce » est-elle le « nouveau péril » de la psychiatrie?* par le Dr J. T. W. Rowe (numéro de jan-

©BIUM

vier). — L'auteur raille un peu l'emballement avec lequel bien des aliénistes se sont jetés sur la forme nouvelle de nosologie. Tout, pour eux, est démence précoce : et la littérature s'enrichit chaque jour d'un nombre incalculable d'observations, dans lesquelles ce qui manque le plus c'est l'homogénéité. Le Dr Rowe n'est point porté à s'enrôler dans le mouvement; pour lui, la démence précoce ne devrait guère comprendre que les cas de maladies mentales survenant chez des sujets jeunes et aboutissant à la vraie démence; et, à son avis, quoi qu'on dise, les anciennes nomenclatures devront être conservées. Ce n'est pas parce que, dans les nouvelles doctrines, on aura introduit des mots nouveaux; ce n'est pas parce qu'on parlera de détérioration ou de retardation des facultés mentales qu'on aura changé les choses, pas plus qu'on ne les avait changées lorsqu'au mot de cancer on avait substitué celui de consomption. Il n'y a donc pas lieu de s'alarmer outre mesure de l'emballement qui s'est produit. On en reviendra d'autant mieux qu'on reconnaîtra de plus en plus qu'un grand nombre de cas d'aliénation mentale sont guérissables.

VI. — *Etude des neurofibrilles dans la démence paralytique, la démence sénile, l'alcoolisme chronique, la syphilis cérébrale et la microcéphalie*; par le Dr Salomon C. Fuller (numéro d'avril). — Etude détaillée, suivie d'une bibliographie importante. L'analyse en est difficile, à cause de la multiplicité des détails. La conclusion générale en est que les altérations des neurofibrilles, prises en elles-mêmes, n'ont guère de valeur diagnostique, et qu'elles peuvent résulter même de causes étrangères à la maladie constatée.

VII. — *Etat maniaque chez des adolescents. Résumé de six observations*: par le Dr Chester Lee Carlisle (numéro d'avril). — Se plaçant sur le terrain des formes décrites par Kraepelin, démence précoce et folie maniaque dépressive, le Dr Carlisle établit que le diagnostic entre l'une et l'autre peut être difficile. On ne trouve plus alors, d'une manière très nette, ni la détérioration de la démence précoce, ni la non-détérioration de l'autre forme. Et, dans les observations résumées, le diagnostic, après discussion attentive, avait été d'abord celui de démence précoce. Mais, après des améliorations suivies de rechutes, il avait fallu admettre qu'il s'agissait de la soi-disant manie dépressive.

VIII. — *Les aspects cliniques de la démence paralytique*; par le Dr Irwin H. Neff (numéro d'avril). — L'auteur part de

©BIUM

ce principe que la paralysie générale est une entité déterminée, en tant que maladie organique du cerveau. Les symptômes qu'elle présente ne lui sont en sorte que superposés ; son diagnostic, surtout au début, peut être fort difficile, et parfois on ne parvient pas à la distinguer, cliniquement, de l'artério-sclérose cérébrale, de la syphilis cérébrale, de la folie alcoolique, des tumeurs cérébrales ou de la sclérose simple du cerveau.

IX. — *Etat du cœur chez les déments* ; par le Dr Edward French (numéro d'avril). — Les déments peuvent se diviser en deux groupes : ceux dont la démence est primitive et ceux dont elle est la terminaison de psychoses diverses. Il faut mettre hors de cause ceux dont la démence résulte d'une maladie organique, qui peut elle-même avoir altéré le système vasculaire ; il faut mettre aussi de côté ceux dont la maladie mentale est due précisément à une affection cardiaque. Dans le reste, il y a des déments dont le système circulatoire est intact ; il y en a d'autres qui présentent des altérations diverses, les unes cardiaques, les autres vasculaires. La considération principale à laquelle aboutissent ici ces distinctions, c'est que l'intégrité du système circulatoire s'observe surtout chez les déments qui se sont occupés, qui ont eu une vie un peu active et utile, chez qui il s'est fait une sorte de rééducation. De là l'importance de ne pas abandonner ces malades à eux-mêmes et de les utiliser le plus possible.

X. — *De l'application du système des cottages aux nouveaux asiles* ; par le Dr G. A. Smith (numéro d'avril). — Exposé des idées de l'auteur, qui groupe les cottages en divers centres, comprenant séparément : les maladies aiguës, les convalescents, les chroniques, les ateliers, la ferme, et au milieu de tout cela, le bâtiment d'administration, le quartier de récréation et les logements des médecins ou des infirmiers.

XI. — *Un cas de mélancolie vraie* ; par le Dr Clarence B. Farrar (numéro d'avril). — Homme de cinquante-sept ans, n'ayant eu jusqu'alors aucune marque de maladie mentale. Sa conduite a été toujours régulière. Les prodromes de sa mélancolie ont duré environ deux ans, pendant lesquels il a été habituellement déprimé. Puis, il a eu des scrupules, des idées d'auto-accusation, des remords, et finalement des idées mélancoliques mystiques ; au moment où l'observation est publiée, la mélancolie persiste depuis cinq ans, sans que le malade ait versé dans la démence. Mais il paraît incurable. On a constaté chez lui de l'artério-sclérose.

©BIUM

XII et XIII. — *Assistance des aliénés sortis des asiles*; par les Drs William Mabon et Robert Elliott (numéro de juillet). — Deux mémoires différents, mais sur le même sujet, et relatifs à l'assistance qui a été organisée par les asiles de Manhattan et de Willard, dont les Drs Mabon et Elliott sont les médecins en chef. Les comités d'assistance sont en relation étroite avec la direction de ces asiles, dont cependant ils sont distincts. Ils ont été constitués tous deux en 1906, et émanent de l'Association charitable de l'Etat de New-York. La connaissance de ce qui a été fait en France sur ce sujet a contribué à provoquer cette création. Les résultats obtenus dès le principe ont été satisfaisants. On s'occupe plus de favoriser la rentrée des anciens aliénés dans le milieu social et de leur procurer de l'occupation que de leur donner une assistance pécuniaire. L'entente intime qu'il y a entre les comités et les asiles facilite beaucoup l'application de l'assistance, et l'imitation de cette entente est éminemment recommandable.

XIV. — *Les procès d'aliénés inculpés de crimes*; par le Dr James Hendrie Lloyd (numéro de juillet). — Esquisse historique de procès plus ou moins célèbres, antérieurs au XIXe siècle, alors que les inculpés n'avaient ni témoins ni avocats pour les assister et les défendre. Alors on n'avait aucun souci de l'aliénation mentale : aliénés et autres passaient par la même porte. Aujourd'hui, ce n'est plus cela. Et même, en terminant son article, l'auteur insinue qu'on va peut-être plus loin qu'il ne faudrait, en faisant intervenir l'aliénation mentale là où elle n'a que faire.

XV. — *Rapports de l'immigration et de la folie*; par le Dr Thomas W. Salmon (numéro de juillet). — L'immigration a introduit aux Etats-Unis un très grand nombre d'aliénés, les uns déjà malades depuis plus ou moins longtemps à leur arrivée, les autres en imminence d'une folie que les difficultés de la vie contribuaient à faire éclore. Il y en avait de tout âge, de tout sexe, de toute condition. Le plus grand nombre venait de l'Autriche-Hongrie, de la Russie, de l'Irlande. Parmi eux, une proportion énorme étaient de race juive. On a relevé chez tous, en proportions dont aucune n'a rien de saillant, toutes les formes de folie. Des mesures ont été prises pour arrêter, à leur arrivée, et renvoyer dans leur pays d'origine, tous ceux dont la folie alors est évidente. Grâce à cela, le nombre d'aliénés a décru parmi les immigrants; mais un nombre assez grand encore tombent promptement dans la maladie mentale, et des

©BIUM

mesures de précaution plus grandes encore seraient nécessaires pour les évincer à temps.

XVI. — *Le liquide cérébro-spinal dans la paralysie générale*; par le Dr William Burgess Cornell (numéro de juillet). — Etude faite avec attention; l'auteur y tient grand compte des travaux sur ce sujet faits par les aliénistes français. Il conclut que : dans tout cas de paralysie générale, il y a leucocytose spinale et augmentation d'albumine ; en raison de sa constance, cette leucocytose est sans doute le principal signe de la maladie. Cependant, l'absence de leucocytose est un signe diagnostique de plus grande valeur que la présence. En effet, il peut y avoir aussi leucocytose dans d'autres états morbides, notamment la syphilis.

XVII. — *Hôpitaux d'admission, salles pour maladies mentales dans les hôpitaux ordinaires*; par le Dr Adolf Meyer (numéro d'octobre). — Cet article traite de l'utilité qu'il pourrait y avoir d'annexer aux hôpitaux ordinaires une salle, un quartier, où l'on recevrait provisoirement, en cas d'urgence, certains cas de maladie mentale, ceux qui peuvent donner lieu à un doute sur l'utilité de l'internement, ceux qui pourraient bénéficier des modes de traitement en usage dans ces hôpitaux. Plus d'un cas de folie alcoolique, à courte évolution, y trouverait sa place, et maintes fois les malades y viendraient bien d'eux-mêmes. Des services du même genre pourraient être annexés aux asiles d'aliénés. Pour les uns et les autres, il faudrait des lois et des règlements spéciaux.

XVIII. — *Etude statistique sur la paralysie générale*; par le Dr Charles Ricksher (numéro d'octobre). — Cette étude se rapporte au nombre des admissions faites à l'asile de Sheppard and Enoch Pratt, depuis son ouverture, en décembre 1901, jusqu'à septembre 1907. En ces dix ans, sur 1.623 admissions, il n'y a eu que 108 paralysies générales. C'est évidemment peu, comparativement à la plupart des asiles. Sur ce nombre, il y eut 103 hommes, et seulement 5 femmes. Là, comme partout ailleurs, la plus grande fréquence de la maladie a été entre trente et quarante ans. Environ 6 malades avaient moins de trente ans, 2 avaient entre soixante et soixante-dix ans. La proportion de malades mariés fut de près de 67 p. 100, contre 23 p. 100 de célibataires. La syphilis a été relevée avec certitude dans près de 54 p. 100 des cas. L'alcoolisme, dans 10 p. 100 environ. En ce qui concerne le lieu de naissance, la religion et la profession des malades, la statistique ne relève

©BIUM

rien d'important, non plus que sur les symptômes et la marche des cas qui sont mis en cause.

XIX. — *Du pronostic des maladies mentales où l'on constate le sentiment de l'irréalité*; par le Dr Frederic H. Packard (numéro d'octobre). — Par « sentiment d'irréalité », l'auteur entend ces dispositions où les malades trouvent que les choses paraissent changées autour d'eux ou bien qu'eux-mêmes ne sont plus ce qu'ils étaient. Cela va de ces états où l'on entend les malades dire que les objets extérieurs ou que leurs propres organes sont modifiés, jusqu'à ceux où l'on constate le délire de négation le plus absolu. La plupart de ces états appartiennent aux formes mélancoliques, notamment à la mélancolie anxieuse. Mais on les trouve aussi dans d'autres formes morbides, par exemple la manie intermittente, la paralysie générale. Dans la plupart des cas, ils impliquent un pronostic défavorable; cependant, on trouve des cas de guérison. Le Dr Packard en cite deux sur six dans la mélancolie anxieuse, dont un au bout de sept ans; trois sur cinq dans la manie intermittente.

XX. — *Pronostic de la folie récurrente du type manie dépressive*; par le Dr Henry M. Swift (numéro d'octobre). — L'auteur explique qu'il se sert de cette désignation sans lui donner une application aussi étendue que le fait Kraepelin; il semble, du reste, contrairement à celui-ci, admettre l'existence isolée de la manie ou de la mélancolie simple. En réalité, il a en vue ce que nous nommons la folie circulaire. En analysant 105 observations, il a cherché quels éléments de pronostic on y pouvait trouver, et il les résume ainsi : en général, les périodes bonnes sont plus longues après la dépression qu'après l'excitation; les intervalles les plus longs de calme après l'excitation se rencontrent chez les hommes qui ont eu leur première attaque avant trente ans, et chez les femmes qui l'ont entre trente et quarante ans; c'est après quarante ans pour l'état maniaque, et après cinquante pour l'état mélancolique, que les retours sont en général plus rapprochés; la durée des périodes d'excitation ou de dépression est en raison inverse de la durée des périodes de calme; dans un état ou dans l'autre, une seconde attaque dure plus que la première; les facteurs qui assombrissent le pronostic sont : un âge avancé, les tendances neuropathiques innées, la corrélation des attaques avec les périodes menstruelles, les excès alcooliques. VICTOR PARANT.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen und der Tiere (Leçons sur la structure des organes du système nerveux central de l'homme et des animaux); par Ludwig Edinger. T. II. *Anatomie comparée du cerveau*, 7e édit. revue et augmentée. 283 figures. Leipzig, C. W. Vogel, 1908.

Ce livre est bien le premier essai général d'anatomie comparée du système nerveux central, au moins depuis le renouvellement de cette étude par les découvertes des localisations cérébrales, du neurone de Waldeyer et des centres d'association de P. Flechsig. La première partie, publiée en 1904, traite du système nerveux des Mammifères et de l'Homme. Connaître le cerveau, le connaître toujours mieux, dans sa phylogénie comme dans son ontogénie, depuis ses origines jusqu'au moment de l'évolution actuelle de la vie sur la Terre, voilà la fin de toute science de l'homme. Tout Edinger est dans l'anatomie et la psychologie comparées.

S'appuyant sur ses recherches originales, poursuivies depuis tant d'années, avec de dévoués collaborateurs, Wallenberg, Ariëns Kappers, etc., dans le célèbre laboratoire de neurologie de Francfort-sur-le-Mein, à l'Institut de Senckenberg, dont il est directeur, Edinger publie, en cette seconde partie de son œuvre, un livre qu'on doit cette fois appeler le premier de son genre. Deux cent quatre-vingt-trois figures, empruntées à toutes les classes de Vertébrés, forment les larges assises de l'édifice.

Cet anatomiste est aussi un savant d'une haute et forte culture physiologique. Il a compris que les faits, une fois scientifiquement établis, valent surtout par les « Aperçus », sortes de vastes et lumineux horizons qu'ils éclairent. On les trouvera dans l'Introduction et dans les Conclusions du livre, souvent à la fin des principaux chapitres. L'œuvre d'Edinger présente donc tout ce qu'il est possible de savoir ou d'écrire aujourd'hui,

©BIUM

en se fondant toujours sur des faits d'observation et d'expérimentation, touchant la structure et le développement du système nerveux dans la série des Vertébrés, de la Myxine à l'Homme.

Surprendre, comme à l'état naissant, les premières formes organiques des fonctions primordiales de la vie psychique, suivre leur variation au cours de l'évolution et de l'involution des classes, ordres, familles, genres, etc. des Vertébrés, telle est la pensée mère d'où est sorti tout cet immense labeur.

Voici quelques-uns des principes de l'Anatomie comparée d'Edinger.

Le développement relatif du système nerveux dépend surtout des conditions du genre de vie des animaux, bref, de l'adaptation des organismes au milieu. Chez les êtres les plus voisins d'organisation, apparaissent des différences frappantes dans la structure des parties, différences consistant dans la croissance, l'arrêt ou la régression de telle ou telle région du névraxe, du fait des conditions imposées par l'action des milieux et les réactions des organismes. Cela est surtout vrai de la moelle épinière, de la moelle allongée, du cervelet et du mésencéphale. Le développement du cerveau antérieur ou télencéphale, présente au contraire un développement ascendant assez constant, sans régression considérable, encore que, sur ce point, l'avenir, à mon sens, nous réserve sans doute plus d'une surprise, je veux dire quelque rétractation, toujours possible et attendue, car le *Nil admirari* doit rester l'état d'esprit de l'explorateur et du contemplateur.

Ce qui est certain, c'est que le cerveau antérieur n'existe, chez les plus anciens vertébrés, qu'à l'état de « disposition », cet organe se compliquant et augmentant toujours de volume avec les classes de vertébrés les moins anciennes. On sait que le cerveau télencéphalique se divise en deux parties, qu'Edinger tient pour absolument différentes l'une de l'autre : le paléencéphale et le néencéphale, que sépare aujourd'hui encore la *fissura rhinalis* du cerveau humain. Le paléencéphale, comprenant toutes les parties du névraxe depuis la moelle épinière jusqu'au *lobus olfactorius*, existe chez tous les Vertébrés, — des Cyclostomes jusqu'à l'Homme : il dépend uniquement, quant à sa structure et à sa masse, des « exigences » imposées au genre de vie des animaux par l'adaptation aux milieux.

La néencéphale, dont le développement est relativement si tard venu, ne dépend point de la grosseur du corps de l'animal.

©BIUM

La cavité vertébrale et cérébrale des grands Sauriens fossiles le montre fort bien. On constate le même fait en comparant, chez un Boa constrictor, le poids de la moelle épinière avec celui du cerveau. Cette adaptation particulière des différents appareils et organes des organismes aux différents modes de l'existence aquatique, aérienne et terrestre, peut amener des états de régression tels que, comme le diencéphale, le cervelet paraît faire complètement défaut : chez la Myxine, dont le télencéphale est presque réduit à l'appareil olfactif, indispensable à sa vie, du fait de l'existence parasitaire de ces cyclostomes, les yeux rudimentaires, enfouis sous la peau, la bouche, en forme de ventouse, fixée sur le corps ou dans le corps de quelques poissons, — le cervelet, devenu inutile, a subi une involution régressive extrême. La moelle épinière et la moelle allongée de la Myxine sont au contraire de structure fort développée ; d'énormes fibres descendent du mésencéphale et surtout de la région du *vestibularis* dans toute la longueur de la moelle. Le même appareil vestibulo-spinal a persisté, quoique fort peu développé, jusqu'à l'homme. Quelques noyaux des nerfs craniens de la Myxine sont aussi fort développés et le mésencéphale y fait quelque figure, lequel, ainsi que chez tous les autres Vertébrés, avant d'en envoyer, reçoit des faisceaux croisés de la moelle épinière et de la moelle allongée.

Ce n'est que dans ces dernières années qu'on a, systématiquement, étudié, dans leurs rapports avec l'*oblongata* et la moelle épinière, ces faisceaux montant au toit et descendant du toit du mésencéphale, chez les Mammifères. Si, conformément aux principes de l'anatomie comparée, leur étude eut commencé par les Vertébrés inférieurs, on aurait rencontré, chez les Poissons et chez les Oiseaux, les masses fibrillaires considérables qui relient entre elles ces parties. La structure et les connexions du mésencéphale sont en effet beaucoup plus compliquées chez nombre de Vertébrés inférieurs que chez les Mammifères. On reconnaît à peine dans les petits tubercules quadrijumeaux antérieurs de l'Homme le puissant appareil qu'offrent à la même place les Poissons et les Oiseaux. Les petits tubercules quadrijumeaux postérieurs du toit du mésencéphale ne sont en rapport chez les Mammifères qu'avec l'acoustique, duquel ils reçoivent un faisceau secondaire; mais, chez les Poissons, des voies secondaires issues des puissants organes latéraux et des faisceaux des centres du trijumeau montent au *ganglion mésencéphale latéral*, à la base du mésen-

©BIUM

céphale : ses connexions latérales avec le toit du mésencéphale ont, dès les Amphibiens amoures, puis chez les Reptiles et les Oiseaux, réalisé l'apparition de nos tubercules quadrijumeaux postérieurs.

L'anatomie comparée présente toutes les transitions entre des cas tels que celui du développement d'un noyau moteur du vague en noyau électrique des Torpilles et des cas de modifications fort étendues des centres nerveux adaptés à telle ou telle fonction spéciale. Chez les Téléostéens, le territoire sensible du facial, celui-là même qui chez l'Homme persiste et donne naissance à la *chorda tympani*, s'hypertrophie en un noyau considérable innervant des manières de papilles du goût situées sur la partie céphalique de ces Poissons, voire sur le tégument externe.

On ne connaît la huitième paire, chez tous les Mammifères, que comme nerf auditif et statique. Chez tous les Vertébrés aquatiques, il possède encore un puissant noyau accessoire, le *tuberculum acustico-laterale*, où arrivent les *nervi laterales* qui innervent des organes destinés à la réception des sensations de pression dues aux variations des courants marins, partant, indispensables à la régulation de la locomotion aquatique. Quand, chez les Vertébrés terrestres, les nerfs de ces organes disparaissent, leur appareil central se perd également; il ne persiste que la partie propre à la huitième paire.

Le cervelet, qui peut disparaître jusqu'à la moindre trace chez *Myxina glutinosa* et *Proteus*; qui, chez *Petromyzon* et la plupart des Amphibiens, ne présente qu'une minime plaque cérébelleuse, et qui chez la plupart des grands nageurs (Squales) et des grands voiliers (Aigles), est gigantesque, offre un des plus beaux exemples en faveur du principe de la corrélation entre le développement de l'organe et les conditions fatalement déterminées par le milieu et le genre de vie correspondant, principe fécond, qu'Edinger a magistralement développé sur tous les domaines de la biologie.

Ce principe, à la vérité, c'est proprement le principe *lamarckien* de l'usage et du non-usage des organes, le principe *darwinien* et *weismannien* de la sélection naturelle. Qu'on songe, pour demeurer sur le terrain de l'anatomie comparée, que, dans les familles de Vertébrés les plus voisines, éclatent des différences considérables dans le développement d'un même organe, si bien que la prétendue loi du progrès des organismes, au sens simpliste du mot, n'existe pas. Darwin a toujours

©BIUM

insisté sur les faits d'arrêt et d'involution régressive, relevant d'un même déterminisme que les faits d'évolution progressive. Comparés aux cervelets des grands nageurs, ceux des Poissons qui nagent peu présentent des différences aussi frappantes que les cervelets des Sauriens nageurs et des Lézards, des Tortues marines et terrestres. Bref, toutes les fois qu'on le recherche, des différences de développement des diverses parties de l'encéphale apparaissent qui dépendent uniquement du genre de vie imposé aux Vertébrés par l'adaptation au monde extérieur.

Edinger insiste fort, comme l'avait fait Broca, sur l'espèce de révolution qu'aurait produite, dans l'histoire de l'encéphale, l'ère de l'hégémonie du néencéphale, dominant de plus en plus, dans l'espace et dans le temps, le paléencéphale, des Sélaciens déjà, des Amphibiens et des Reptiles surtout, jusqu'à l'Homme. Mais le fait que presque toute la masse du cortex stratifié du néencéphale n'est d'abord en rapport qu'avec l'appareil olfactif du paléencéphale implique bien que, comme toujours dans la nature, il y a eu évolution, non révolution, et que l'antagonisme entre le paléencéphale, et le néencéphale n'a point, en réalité, l'importance qu'on signale.

Toute relative, nullement absolue, est cette opposition qu'on croit apercevoir entre les deux parties du manteau des hémisphères : l'une, « brutale », représentée par le grand lobe limbique, l'autre, « intellectuelle », représentée par le néopallium. Ces deux parties des hémisphères, différentes par leur structure, le seraient aussi par la nature de leurs fonctions ; l'une serait « le siège des fonctions inférieures qui prédominent chez la brute », l'autre « le siège des facultés supérieures qui prédominent chez les animaux intelligents » (Broca). Je demande pourquoi les impressions, sensations et perceptions olfactives, avec leurs résidus, entrant comme éléments constitutifs, pour la part qui leur revient, dans nos images ou représentations du monde extérieur, seraient d'essence moins noble que celles de la vue ou de l'ouïe, de la sensibilité superficielle et profonde.

Les noms de paléencéphale et de néencéphale ne sont vrais qu'au sens où, dans l'histoire de l'Egypte, par exemple, on parle d'ancien, de moyen et de nouvel empire. Entre l'archipallium et le néopallium, il n'a pas existé de solution de continuité. La nouveauté apparente des nouvelles formations ne doit point s'imposer à nous, en quelque sorte, par sa masse. La migration des sensations et perceptions de l'olfaction, de la vision, de l'audition, de la sensibilité générale, des centres primaires

©BIUM

du rhinencéphale et du mésencéphale à l'écorce du néopallium, est un processus d'évolution progressive qui permet de passer par tous les stades de transition successifs sans ombre de catastrophe. Le principe de continuité est l'explication de tous les phénomènes connus du monde inorganique et organique.

L'anatomie du cerveau, telle que l'a conçue et fondée Edinger, s'anime et devient vivante si, avec le maître, on s'efforce de ramener chaque structure à la fonction, car « toute structure n'apparaît et n'est entretenue que par la fonction ». Il suffira donc de lire avec attention ce qu'enseigne l'anatomie de la moelle épinière et du cerveau, pour reconnaître que la physiologie, dédaigneuse, à son habitude, des structures et des textures du système nerveux, doit soumettre à une révision approfondie un nombre considérable de faits qu'elle admet, sans même tenter de les expliquer par l'anatomie comparée. Inutile de rappeler que l'anatomie spéciale subit, aujourd'hui, le même traitement, de la part des physiologistes, aux laboratoires comme dans les cliniques. D'éminents neurologistes, tels que le professeur Grasset, de Montpellier, n'auront pas peu contribué à troubler la bonne orientation qu'avait donnée à ces études, avec Charcot, l'Ecole de la Salpêtrière.

De l'anatomie comparée du cerveau sort encore, comme une branche du tronc, une science jusqu'ici livrée au pur empirisme. Edinger appelle expressément cette science la psychologie comparée. La psychologie s'occupe surtout, chez les Mammifères, des fonctions du manteau des hémisphères. Or, l'anatomie comparée peut seule faire connaître l'origine et le développement de ce grand organe d'association, qu'alimentent les courants des ondes nerveuses des faisceaux de projection afférents, sensitifs et sensoriels. Nous estimons toutefois que l'étude des fonctions du cerveau des Mammifères doit toujours être précédée de celle des actions et réactions de la vie de relation des Vertébrés inférieurs, des Poissons surtout, comparés aux Amphibiens, animaux chez lesquels des territoires entiers du cerveau antérieur sont encore à ce point rudimentaires qu'ils sont certainement dénués de fonction psychique.

Quelles fonctions réalise le paléencéphale seul? s'est demandé Edinger. Les Poissons, chez qui ce cerveau existe à peu près uniquement, nous l'enseigneront; d'où les enquêtes de ce savant sur le domaine de la psychologie comparée. Quelles réactions nouvelles présentera déjà un Reptile, lequel peut élaborer ses sensations et perceptions olfactives au moyen d'un centre cor-

©BIUM

tical ? De même pour la vision, l'audition, etc., dans la série des Vertébrés. Il faut, de nécessité, qu'une différence existe entre la vision d'un Poisson osseux, dont les nerfs optiques se terminent dans le mésencéphale et celle d'un Oiseau ou d'un Mammifère chez qui, de la station terminale primaire de ces nerfs, monte une voie nouvelle à l'écorce cérébrale, où s'étendent, toujours plus nombreuses, des voies d'association.

L'observation des Poissons osseux a persuadé Edinger que les centres primaires optiques, ici le toit du mésencéphale, peuvent percevoir, et, jusqu'à un certain degré, déterminer des actions adaptées à des fins particulières, laborieusement apprises et plus ou moins longtemps représentées dans la mémoire. Avec Steiner et Neumayer, je ne doute point que, dans la série des Vertébrés, les fonctions du mésencéphale en rapport avec la vie de relation n'aient émigré dans le cerveau antérieur, quand celui-ci eut acquis une morphologie spéciale, ou, en d'autres termes, que le développement phylogénique du cerveau antérieur ne soit l'effet d'une addition continue des fonctions qui, du mésencéphale, en ont successivement émigré. On doit considérer cette très ancienne province du cerveau, le toit et le plancher du mésencéphale, comme un siège de fonctions de la vie de relation qui ont précédé celles de l'écorce du néopallium, partie du télencéphale encore inexistante chez les Poissons osseux.

L'observation de l'animal vivant permet déjà d'inférer l'existence, dans son cerveau, d'organes correspondants aux fonctions manifestées ; l'examen morphologique et histologique de n'importe quel encéphale n'autorise pas moins à conclure des structures aux fonctions. Mais il importe de dominer la science de tous les mécanismes cérébraux dans la suite des Vertébrés. Tout encéphale a sa place dans la série, depuis les plus anciens Cyclostomes, atteints de régression, jusqu'au plus récent des Mammifères, l'Homme, dont les centres encéphaliques sont encore en évolution progressive.

La connaissance de la genèse des fonctions et des organes du névraxe peut seule jeter une indéfectible lumière sur la psychologie et la sociologie, sciences condamnées à demeurer aussi stériles que de purs exercices de dialectique aussi longtemps qu'une illusoire autonomie les isolera de leurs racines, l'anatomie et la physiologie, normales et pathologiques, non point seulement de l'Homme et des Primates, mais des autres Mammifères, des Sauropsides et des Poissons, — l'histoire

©BIUM

des Invertébrés et des Protozoaires demeurant d'ailleurs et toujours la seule étude explicative des phénomènes de même ordre, seulement et uniquement plus complexes, des Vertébrés.

JULES SOURY.

The hard palate in normal and feebleminded individuals (Les déformations du palais chez les individus normaux et chez les faibles d'esprit); par Walter Channing et Clark Wissler. Broch. in-8°. Extrait de l'*Anthropological papers of the american Museum of natural History*, 1, 5, New-York, août 1908 (9 planches hors texte).

Recherches patientes et minutieuses, très nombreuses, mais intéressant surtout les savants étudiant les caractères ou stigmates anatomiques au point de vue anthropologique. En effet, « les différences de dimensions trouvées sont trop petites pour être appréciées à l'œil et n'ont aucune valeur pratique clinique », et pour l'aliéniste « a été révélée une légère différence de degré, mais non d'espèce, entre les normaux et les faibles d'esprit »; cependant les auteurs sont arrivés à deux conclusions très probables : ils n'ont pas trouvé de quoi soutenir l'assertion que le palais des faibles d'esprit est relativement creux; et, de plus, les différences de variabilité autour des dimensions moyennes sont, pour les faibles d'esprit, dues à un retard général survenant dès les toutes premières années de la vie.

La précision de la méthode employée par les auteurs pour combiner les nombreuses mesures faites est remarquable, et leur a permis de tirer des conclusions légitimes des délicates évaluations entreprises. En particulier, et pour expliquer les quelques chiffres que nous extrairons de leur Mémoire, nous donnerons la méthode suivie pour rechercher si deux caractères anatomiques ont ou non une relation entre eux.

La hauteur du palais a-t-elle une relation avec la longueur de cet organe? Dépendent-elles l'une de l'autre?

On mesure les hauteurs H', H'', H''', etc., des palais, et on en fait la moyenne H; cette moyenne étant différente des mesures particulières, on cherche ces petites différences h', h'', et on en fait le carré, d'où h'^2, h''^2, etc.; on additionne ces carrés et on extrait la racine carrée de cette somme; c'est h, que l'on appelle la variation typique de la hauteur du palais chez les individus mensurés. On procède de même pour les longueurs, on

©BIUM

obtient la moyenne ordinaire L et la variation typique *l*. Mais si l'on cherche l'existence d'un rapport possible entre le développement en longueur et celui en hauteur du palais, on fait le produit de la longueur par la hauteur pour chaque individu, c'est-à-dire les produits $H'L'$, $H''L''$, $H'''L'''$, etc., et on en déduit leur moyenne HL. Il ne reste plus (si l'on se sert de la formule de Pearson) qu'à faire le produit *hl*, et à diviser HL par *hl*, le coefficient $r = HL/hl$ sera la mesure de la relation entre les deux dimensions du palais. Si *r* est presque égal (ou voisin) de l'unité, il y a une relation; si *r* est presque nul, il n'y en a point; dans l'intervalle il y a tendance plus ou moins à une corrélation; enfin, si *r* est plus petit que zéro, la tendance à une corrélation est inverse. On obtient par exemple :

Garçons normaux : 0,06; faibles d'esprit : 0,09;

Filles normales : 0,30; faibles d'esprit : 0,19.

Il n'y a donc pas de relation nette entre la longueur et la hauteur du palais, un palais long n'est pas haut; ce sont des dimensions variant indépendamment l'une de l'autre.

On comprend l'utilité de pareils calculs, sans difficulté, quoique évidemment longs et assez fastidieux, mais on n'a rien sans quelque peine, et il faut savoir gré à ceux qui, comme les auteurs, entreprennent ces besognes : ce n'est qu'à ce prix que l'on peut énoncer des conclusions ayant une autre portée que les dissertations de caractère ingénieux ou académique.

Donnons quelques-uns des résultats auxquels sont arrivés les auteurs, dont l'un (Dr Channing) étudie depuis longtemps les déformations palatines.

Disons d'abord que les auteurs se sont attachés à la seule étude de la conformation osseuse et n'ont point tenu compte des gencives et autres tissus mous. Ils ont opéré sur des moulages et se sont assurés que la précision des mesures n'y perdait rien. Parmi les diverses mensurations effectuées, les principales ont été la distance entre les affleurements des gencives au niveau des premières grosses molaires, la distance de cette même ligne à la voûte palatine, d'où les longueur, largeur et hauteur de l'organe pour la détermination desquelles il faut bien une convention. L'appareil employé fut celui du professeur Franz Boas. Une erreur de 1 millimètre est improbable, disent les auteurs; toutefois, le dixième de millimètre étant alors presque sûrement inexact, ils donnent des évaluations au centième de millimètre.

Asymétrie. — La différence entre les deux côtés, tant pour

©BIUM

les normaux que pour les faibles d'esprit est en moyenne de 1 millimètre; le côté droit est le plus large dans les deux cas : il n'y a donc aucune différence entre les deux groupes.

	Hommes normaux.		H. faibles d'esprit.	
	Droit.	Gauche.	Droit.	Gauche.
	—	—	—	—
Largeur moyenne. . .	17 98	17 02	17 68	16 68
Variation typique. . .	2 27	2 82	2 27	2 81

Largeur totale. — Hommes adultes :

	Normaux.		Débiles.	
	Aux grosses molaires.	Aux canines.	Aux grosses molaires.	Aux canines.
	—	—	—	—
Hauteur moyenne . .	34 75	23 »	33 75	22 36
Variation typique. . .	3 35	2 24	3 61	2 61

Hauteur. — Hommes adultes :

	Normaux.	Faibles d'esprit.
	—	—
Largeur moyenne	16 »	16 09
Variation typique	2 31	2 63

La déformation dite en ogive ou en V n'a donc pas d'existence réelle et *a fortiori* ne peut-elle être un stigmate ou un symptôme.

Enfants de 6 à 13 ans. — Les résultats suivants sont extraits de tableaux plus complets fournis par les auteurs :

	Hauteur.	Longueur.	Largeur aux grosses molaires.	Largeur aux canines.
	—	—	—	—
Garçons normaux.	12 14	30 68	32 92	23 57
— variation typique.	1 75	3 05	2 28	2 31
Garçons faibles d'esprit . .	13 39	31 36	33 86	23 34
— variation typique.	2 28	2 83	3 01	3 01
Filles normales.	12 31	30 70	32 81	22 98
— variation typique. .	1 96	2 34	2 35	2 22
Filles faibles d'esprit. . .	12 96	30 59	32 25	22 68
— variation typique. .	2 05	2 65	2 63	2 36

Le nombre des moulages mensurés est de plus de 250, sauf pour les garçons normaux où il n'a été que de 190 environ.

On voit nettement que les différences entre les palais des

page 145 sur 528

©BIUM

deux catégories sont insignifiantes, en particulier pas trace de palais en V. La seule chose constante est que la variation typique, qui évalue la déviation globale (et non individuelle) du type moyen, est un peu plus forte pour les anormaux que pour les normaux. Evidemment cette constatation est inutilisable dans la pratique clinique.

Croissance du palais. — Les différences sont ici plus caractéristiques : la largeur au niveau des premières grosses molaires est pratiquement arrêtée à neuf ans chez les enfants faibles d'esprit, tandis que pour les normaux le développement dure un peu plus longtemps, mais la différence est très faible. D'autre part, en général, il n'y a aucun accroissement au niveau des canines après huit ans, et probablement après l'éruption des premières molaires permanentes. La hauteur du palais augmente d'environ un quart entre douze et vingt et un ans; enfin la longueur montre une diminution à partir de douze ans.

Dentition. — Il y a peut-être un retard chez les faibles d'esprit, mais les données sont peu satisfaisantes. La variation typique autour de la moyenne pour la grosseur des dents est habituellement plus forte pour les faibles d'esprit.

Un résultat important, c'est que les anomalies de dentition paraissent provoquer ces différences de variabilité. Pour s'en rendre compte, les auteurs ont dessiné au pantographe les sinuosités de la ligne des dents, chacun sur carte séparée (en nombre égal de normaux et de faibles d'esprit). Ces cartes sont alors mêlées, on en fait des paquets, par exemple de deux seulement : alors on classe chaque couple par ordre de régularité d'aspect, et l'on compte combien de fois un normal ou un anormal est au premier rang. On trouve ainsi que quatorze fois contre onze les tracés de normaux sont à ce premier rang. Il y a donc une indication, pas très nette cependant, en faveur de la régularité plus fréquente de la dentition chez les normaux.

Conclusions. — En employant les mesures et en cherchant la corrélation entre elles de différentes manières, les auteurs se trouvent obligés de reconnaître qu'ils n'ont pu établir une différence entre les mesures des palais normaux et des faibles d'esprit. Le palais en V est une résultante de déformations extrêmes, mais ne constitue pas le moins du monde un type spécial. Cette conclusion légitime est contraire à l'assertion que le palais en V est caractéristique d'un très grand nombre d'idiots, particulièrement des congénitaux.

Déjà, en 1897, le Dr Channing avait formulé les conclusions suivantes, qui sont confirmées par le présent travail :

1° Deux cinquièmes des palais d'idiots ont une très bonne forme ;

2° Les palais des individus normaux peuvent être déformés ;

3° Chez l'idiot, il y a des différences dans le degré et non dans la nature ;

4° Avant huit ans, les palais des enfants ordinaires ou idiots ne diffèrent probablement pas beaucoup pour le plus grand nombre ;

5° Il n'y a pas de forme de palais particulière à l'idiotie ;

6° Il n'est pas encore prouvé que, soit le palais en ogive (en V), soit une autre variété de forme, puisse être regardée comme un « stigmate de dégénérescence ».

AMELINE.

La pazzia fra i popoli non europei (La folie chez les peuples non européens); par le Dr B.-G. Selvatico d'Este. Brochure in-8°. Extrait des *Ricerche e studi di psichiatria, neuropatologia, antropologia e filosofia*, dédiées au professeur Enrico Morselli, pour le vingt-cinquième anniversaire de son enseignement. Milan, Vallardi, 1906.

Nous ne possédons que des idées vagues et des notions imparfaites sur les formes mentales qui se rencontrent chez les peuples moins civilisés que nous. Les maladies psychiques échappent presque toujours complètement aux explorateurs ; et si souvent accourent vers eux une foule de malades de toute espèce, on rencontre rarement des fous parmi ces derniers ; il n'y a là rien d'étonnant, car nous-mêmes ne considérons les fous comme des malades que depuis peu, et nous savons à quel degré de civilisation il faut être parvenu pour s'occuper d'une manière suffisante des aliénés. Les peuples primitifs traitent ces malades bien ou mal, suivant qu'ils croient que l'âme du fou ayant quitté son corps s'en va errante dans un monde surnaturel, ou que le corps est possédé par un esprit malfaisant.

S'aidant des travaux précédemment parus, l'auteur énumère les principales formes mentales et la constitution neuro-psychique générale des divers peuples, ou autant que possible des diverses races de l'Afrique, de l'Océanie, de l'Asie et de l'Amérique ; il montre ainsi que partout on rencontre non seu-

©BIUM

lement des phrénasthénies et des névroses, mais encore de véritables psychopathies. La civilisation est rendue responsable de l'augmentation de la folie, sinon directement, du moins par l'intermédiaire de ses terribles satellites, la syphilis et l'alcool. Mais déjà aux temps homériques, les Phéniciens intoxiquaient les barbares de la Méditerranée, non seulement avec le nectar, boisson des Dieux, mais encore avec le sikar, et mille ans avant, suivant la tradition chinoise, I-Tih avait découvert le Sam-Shu. Il est donc facile de démontrer que l'alcool et l'ivresse ont fait courir aux peuples anciens les mêmes dangers qu'aux peuples modernes, la différence résidant beaucoup moins dans la nocivité des boissons en usage, que dans la fragilité peu à peu acquise du système nerveux des buveurs. D'ailleurs, dans les pays où l'alcool fait défaut, l'homme a découvert le moyen de s'intoxiquer avec l'opium, le chanvre indien et autres poisons.

Quant à la syphilis, elle est peut-être plus ancienne et plus cosmopolite qu'on ne le croit. Fouquier a trouvé au Caire des exostoses syphilitiques sur des ossements datant de près de quarante siècles ; il est dans tous les cas difficile d'établir, d'une manière rigoureuse, le rapport qui existe entre la fréquence de la syphilis et celle de la folie. Qui, d'ailleurs, pourrait affirmer que le spirochète pâle a sur le système nerveux d'un blanc le même effet que sur celui d'un noir, alors que pour nous la syphilis n'est plus tout à fait ce qu'elle était du temps de Fracastor? Nous savons, au surplus, que certaines races jouissent, non seulement de prédispositions, mais encore d'immunités particulières. De même, puisque, comme le dit le Pr Morselli, « le cerveau diffère suivant les races, différentes aux processus morbides doivent en être aussi les réactions ». Aussi cette jeune science qu'est la psychiatrie ethnographique donne-t-elle d'utiles résultats qui nous montrent l'évolution des maladies mentales. En bas de l'échelle, nous voyons la troupe nombreuse des phrénasthéniques et les convulsionnaires ; ensuite, ce sont les états maniaques, brefs et violents, parmi lesquels sont confondus probablement beaucoup d'équivalents épileptiques ; puis viennent les délires peu colorés en rapport avec la pauvreté du patrimoine psychique, puis l'hystérie aussi fréquente chez les Chinois, les Peaux-Rouges et les Nègres que chez nous, etc.

D'ailleurs, la pratique manicomiale a révélé en Italie et en Angleterre un changement dans la fréquence des diverses formes mentales. La démence paralytique, qui a doublé de fré-

©BIUM

quence en peu de temps en Egypte et au Japon, semble chez nous avoir atteint son maximum de fréquence et commence à diminuer en Angleterre, à Rome, à Gênes.

Dans son ascension confiante de la voie du progrès, il est réconfortant pour l'aliéniste de se retourner et de regarder le chemin parcouru par l'humanité dans l'évolution de son cerveau et de ses infirmités ; et si un jour un grand aliéniste, Moreau (de Tours), a écrit : « N'a-t-on pas dit, du reste, qu'il ne se trouvait point d'aliénés chez les sauvages ? » nous conclurons que le suprême vœu de tout homme en tout temps et en tout pays, fut, est et sera celui, non exaucé du roi Lear : « Dieu bon, faites que je ne devienne pas fou ! »

LUCIEN LAGRIFFE.

La pressione arteriosa nella demenza paralitica (La pression artérielle dans la démence paralytique) ; par le Dr Eugenio Bravetta. Broch. grand in-8°. Extrait de la *Gazzetta medica Lombarda*, 1907.

Parmi les recherches de physiologie pathologique au cours des maladies mentales, celles concernant la pression artérielle ont été laissées généralement de côté jusqu'en ces dernières années. Cela tient à ce que les appareils destinés à l'étude de la sphygmomanométrie se prêtaient mal à de telles recherches. Le sphygmomanomètre de Riva-Rocci est venu en 1896 parer à ces inconvénients grâce à son application pratique et facile, et il a permis à l'auteur d'étudier les modalités de la pression artérielle au cours de la paralysie générale. Les recherches faites sur ce point par divers expérimentateurs, depuis Roscioli (1891) jusqu'à Walton (1906), en passant par Roncoroni et Orlandi, Alexander Pilcz, etc., avaient en effet donné des résultats peu concordants.

L'auteur, en reprenant la question, a cru devoir tenir compte de la température, de la respiration et du pouls. Il a cherché la pression pendant trois jours consécutifs, deux fois par jour, trois heures environ après chacun des repas, les malades étant mis au lit et à l'abri de toute émotion deux heures avant l'expérience.

Le brassard du sphygmomanomètre était appliqué vers le milieu du trajet de l'humérale, d'abord au bras droit et immédiatement après ensuite au bras gauche. L'auteur a adopté

©BIUM

comme moyenne normale de la pression celle établie par Riva-Rocci lui-même, c'est-à-dire 120 à 132 millimètres de Hg de vingt à trente ans, et 120-135 millimètres de trente à cinquante ans.

Les recherches ont porté sur 48 déments paralytiques (9 femmes, 39 hommes) aux divers stades de la maladie; elles ont donné lieu aux conclusions suivantes : la pression artérielle est généralement élevée et quelquefois très élevée dans la démence paralytique (42 fois). L'hypertension serait liée surtout aux processus irritatifs chroniques déterminant une excitation des centres vaso-moteurs; néanmoins les processus d'artérite et d'aortite syphilitique ont une notable importance; dans les cas d'association avec le tabes la pression était très élevée. Il existe une notable asymétrie de pression entre les deux bras, tantôt en faveur d'un côté, tantôt en faveur de l'autre. L'élévation de la pression artérielle n'est pas en rapport avec l'état de l'humeur; cependant, dans les états d'excitation et dans l'euphorie qui accompagne le délire des grandeurs la pression est généralement élevée. Généralement aussi, la fréquence du pouls se maintient dans des limites normales. Quant à la fréquence de la respiration, elle n'est guère supérieure à la normale que dans les états d'excitation psychomotrice. Le rapport physiologique entre l'élévation de la pression et la fréquence du pouls n'existe plus dans la démence paralytique, et le rapport entre la fréquence du pouls et la fréquence de la respiration n'est pas toujours conservé. Enfin la température est généralement basse.

LUCIEN LAGRIFFE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PAUL HARTENBERG. Psychologie des neurasthéniques. 1 vol. in-16 de 248 pages. Paris, Félix Alcan, 1908.

A. D'ORMEA. Il movimento degli alienati in Italia nell' anno 1907 (Note statistiche). 19 pages in-8°, avec tableaux. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*. Pesaro, 1908.

MAURICE FAURE (de La Malou). Variétés des méthodes de rééducation motrice. La fausse rééducation. 4 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*. Séance du 23 janvier 1908.

©BIUM

F. Petro. Sulle guarigioni incomplete della follia. Nota di clinica e di tecnica manicomiale. 11 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia.* Vol. I. Fasc. 5.

J.-M. Baldwin. La pensée et les choses. La connaissance et le jugement. Traduction française par P. Cahour. 1 vol. in-18 de 500 pages, avec figures, de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale.* Paris. O. Doin, 1908.

A. Alberti et E. Padovani. I riflessi vascolari nei normali et negli alienati. I Normali. 20 pages in-8°, avec figures. Extrait des *Note e Riviste di psichiatria.* Pesaro, 1908.

Morton Prince. A study in tactual localization in a case presenting astereognosis and asymbolia due to injury to the cortex of the brain. 11 pages in-8°, 1907.

— Tactile stereognosis and symbolia ; have they localization in the cerebral cortex ? 11 pages in-8°. Extrait de *The journal of nervous and mental diseases.* Janvier 1908.

A. Alberti. La « Paranoia » secondo gli ultimi studii italiani. Rivista sintetica. 7 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria.* Pesaro, 1908.

— I laceratori. Nota di tecnica manicomiale. 12 pages in-8° avec planches. Extrait de *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale.* Ferrara, 1907.

Fr. Hermann. Gehirn und Schädel. Eine topographisch-anatomische Studie in photographische Darstellung. 1 vol. in-folio de 69 planches. Iena, Gustav Fischer, 1908.

E. Padovani. I « testi mentali » nella pratica psichiatrica e medico-forense. 30 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di psichiatria.* Pesaro, 1908.

Frederick Lyman Wells. On the variability of individual judgments. 39 pages in-8°. Extrait des *Essays, philosophical and psychological, in honor of William James.* New-York, 1908.

— Tecnical aspects of experimental psychopathology. 36 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity.* Janvier 1908.

G. Froument. Les méthodes de la raison, précédées d'un exposé complet du travail cérébral. 106 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1908.

Alfred Binet. L'Année psychologique. 14e année. 1 vol. in-8° de 500 pages. Paris, Masson et Cie, 1908.

Henri Verger. Formes cliniques et diagnostic des névralgies. Rapport présenté au Congrès annuel des aliénistes et neurologistes. Session de Dijon, août 1908. 64 pages in-8°. Paris, G. Masson, 1908.

René Charon. L'assistance des enfants anormaux. Rap-

©BIUM

port présenté au Congrès annuel des aliénistes et neurologistes. Session de Dijon, août 1908. 62 pages in-8°. Paris, G. Masson, 1908.

Ley et Boulenger. Rapport sur le service médical du sanatorium de fort Jaco, à Uccle, en 1906 et 1907. 19 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, n° 138. Gand, 1908.

Th. Ziehen. Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. Communication faite au Congrès international d'Amsterdam, 1907. 61 pages in-8°. Berlin, S. Karger, 1908.

P. Nœcke. Ueber Familienmord durch Geisteskranke. 140 pages in-8°. Halle, Carl Marhold, 1908.

Laignel-Lavastine. Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. 188 pages in-8°. Paris, G. Masson, 1908.

Otto Ranke. Ueber Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis. 97 pages in-8° avec planches. Extrait du *Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns*, 1908.

G. Muggia. Encefalite emorragica del centro ovale e del corpo calloso a sindrome pseudo-bulbare. 12 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1908.

— Come si convengo meglia provvedere al ricovero dei pazzi criminali. 12 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di psichiatria*, 1908.

P. de Angelis. Importanza della reazione indossilica e diazoica nelle psicopatie. 11 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Casa di Salute Fleurent*, 1908.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 27 avril 1908. 9 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1908.

Marcel Navier. Surdité, bourdonnements et cérumen. Rééducation méthodique de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen de diapasons. Guérison. 16 pages in-12 avec figures. Extrait de la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 24 mars 1908.

A. Mairet. La simulation de la folie. 1 vol. in-8° de 324 pages. Paris, Masson et C^ie^, 1908.

Fiftieth annual report of the general board of Commissionners in Lunacy for Scotland. LXXVI + 200 pages in-8°. Glasgow, 1908.

François da Costa Guimaraes. Contribution à la pathologie des mystiques. Anamnèse de quatre cas. 52 pages in-8°. Paris, Jules Rousset, 1908.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'octobre 1908 : M. le Dr Dupouy, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure);

M. le Dr Kéraval, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, est nommé médecin en chef de l'asile Sainte-Anne;

M. le Dr Bonnet, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche;

M. le Dr Leroy, directeur-médecin de l'asile de Moisselles, est nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard;

M. le Dr Truelle, directeur-médecin de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, est nommé directeur-médecin de l'asile de Moisselles;

M. le Dr Rodiet, médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, est nommé directeur-médecin de cette colonie;

M. Guillard (Pierre), surveillant en chef de l'asile Sainte-Anne à Paris, a obtenu la médaille de bronze de l'Assistance publique;

— *Arrêté d'octobre* 1908 *du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : M. Tinat (Henry), instituteur en chef de la Colonie d'enfants annexée à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est nommé officier d'Académie;

— *Arrêtés de novembre* 1908 : M. le Dr Masselon, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur Auron (Cher);

Mlle Pascal, déclarée admissible au concours d'adjuvat (février 1908), est nommée médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise);

M. le Dr Arsimoles, médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais);

M. le Dr Courbon, médecin-adjoint de l'asile de Rennes, est nommé médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre);

©BIUM

M. le Dr Latreille, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1908), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Rennes;

M. le Dr Girma, directeur-médecin de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), obtient la médaille d'argent de l'Assistance publique.

— *Arrêtés de décembre* 1908 : M. le Dr Monestier, médecin-directeur de Moulins, est nommé médecin-directeur de l'asile de Pau, en remplacement de M. le Dr Girma, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés;

M. le Dr Pellissier, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, est nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins;

MM. les Drs Guiard, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, et Cornu, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 fr.);

M. le Dr Danjean, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Marseille.

Mmes Coffinet (Eulalie), en religion sœur Rose de Viterbe, surveillante générale, Liles (Hélène), en religion sœur Martin, surveillante en chef des malades et des services généraux, et Verna (Louise), infirmière de l'asile d'aliénés de Tours (Indre-et-Loire), ont obtenu la médaille d'argent de l'Assistance publique;

Mmes Corbel, Cartel-Lebrun et Boucherie, surveillantes en chef; Mlles Boyer, sous-surveillante, et Aker, préposée de classe exceptionnelle, de l'asile de Maison-Blanche (Seine-et-Oise), ont obtenu la médaille de bronze de l'Assistance publique.

— *Hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre* : M. le Dr Maillard, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, a été nommé, après concours, médecin suppléant de l'hospice de Bicêtre;

M. le Dr Séglas, médecin de l'hospice de Bicêtre, est nommé médecin de l'hospice de la Salpêtrière, en remplacement de M. le Dr Charpentier, nommé médecin honoraire du service des aliénés des hospices de Paris;

M. le Dr Riche, médecin suppléant de l'hospice de Bicêtre, est nommé médecin de cet établissement, en remplacement de M. Séglas.

NÉCROLOGIE

Professeur Joffroy. — Le professeur A. Joffroy est mort le 24 novembre 1908, dans sa soixante-quatrième année, emporté brusquement, comme Charcot, son maître si vénéré. Sur

©BIUM

sa tombe, il n'a voulu ni fleurs, ni couronnes, ni discours, mais mieux que les pompes officielles l'accompagnèrent l'unanime regret et l'affliction profonde de tous ceux qui l'ont connu.

Elève de Duchenne (de Boulogne), de Vulpian, de Charcot, le professeur Joffroy franchit brillamment toutes les étapes de la carrière médicale la plus élevée; il ne tarda pas à se ranger parmi l'élite de notre profession. Interne des hôpitaux (1868), médecin des hôpitaux (1879), agrégé de la Faculté (1880), il fut en 1893 nommé professeur des maladies mentales et en 1901 élu par l'Académie de médecine. Membre de la plupart des sociétés savantes, dont la Société médico-psychologique, il fonda récemment la Société de psychiatrie.

Je ne veux pas exposer ici les nombreux travaux du professeur Joffroy; leur énumération occuperait plusieurs pages, et d'ailleurs tous les lecteurs de cette revue les connaissent. Qu'ils soient du domaine de la physiologie, de l'anatomie pathologique, de la neurologie ou de la psychiatrie, tous ces travaux, dont certains resteront classiques, possèdent ces caractères de clarté, de précision, de solidité qui rendent les œuvres durables. Ceux qui ont vécu auprès du professeur Joffroy savent avec quel soin et quelle technique rigoureuse il observait les faits et à quelle critique sévère il soumettait, avant de la produire, la moindre constatation. Sa probité scientifique, poussée jusqu'au scrupule, l'a toujours éloigné des théories fragiles ou des hypothèses prématurées : après avoir longuement et minutieusement élaboré des travaux importants, il renonçait courageusement à les publier si un point, même secondaire, lui paraissait incomplètement élucidé ou s'il jugeait les résultats, pourtant indiscutables, susceptibles de donner lieu à des interprétations hasardeuses. Je pourrais citer, restées ainsi inédites, des études sur la démence précoce et certaines recherches sur l'intoxication absinthique.

Le professeur Joffroy a eu le précieux avantage d'aborder les recherches psychiatriques après de longues études sur la médecine générale, la neurologie, la physiologie et l'anatomie pathologique, aussi traitait-il les questions qui nous intéressent avec une méthode et une prudence dont nous devons nous inspirer. Cette éducation scientifique antérieure a rendu plus concise son œuvre psychiatrique, qui a gagné en solidité ce qu'elle a perdu en diffusion.

Dans son enseignement, le professeur Joffroy s'imposait une simplicité d'exposition qu'il jugeait avec raison nécessaire. Il n'essayait pas de masquer l'obscurité des faits ou la pauvreté des notions positives par l'éclat du discours et la richesse trompeuse de la phraséologie. En un langage limpide, il excellait à mettre en relief dans une observation clinique l'essentiel, c'est-à-

©BIUM

dire le fait instructif et véritablement acquis à la science. Son seul désir était de faire œuvre utile, d'enseigner, et il n'oubliait pas qu'il s'adressait le plus souvent à de jeunes étudiants, inaptes encore à comprendre les problèmes spéciaux et controversés de la médecine mentale. Convaincu de la nécessité pour tous les médecins de connaître les notions fondamentales de la psychiatrie, il s'efforçait d'initier ses auditeurs aux difficultés qu'ils rencontreraient plus tard dans leur pratique. Dans le même but, il s'est attaché à rendre obligatoire pour tous un stage de quelques mois dans un service d'aliénés, et il a contribué à organiser l'Institut de médecine légale pour les praticiens désireux d'approfondir davantage les questions psychiatriques.

De l'homme qu'était le professeur Joffroy, il ne m'appartient pas de parler; mais ses élèves se rappelleront toujours avec émotion sa bonté, combien il aimait les aider et les encourager et avec quelle indulgence il accueillait leurs faiblesses.

Les aliénistes et les asiles perdent un zélé défenseur auprès du corps enseignant et des autorités administratives. Parmi tout ce qu'il a fait dans cet ordre de choses, rappelons que, grâce à lui, les internes des asiles ont pu frapper à des portes qui, jusqu'alors, leur étaient fermées.

Le professeur Joffroy se savait atteint de la maladie qui devait le foudroyer. Il aurait pu, peut-être, en retarder l'issue par un repos qu'il avait certes bien gagné; mais il a voulu mourir debout, en travaillant, pour donner encore une fois un exemple et, suprême marque de sa bonté, pour endormir l'inquiétude de ceux qu'il aimait. Dr Roger Mignot.

Dr Albert Carrier. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre excellent confrère et ami, le Dr Albert Carrier, décédé à Lyon, le 12 novembre 1908, dans sa soixante-huitième année.

Albert Carrier, qui avait commencé ses études médicales à Lyon, où il fut interne des hôpitaux, vint les terminer à Paris. Elève de Broca, il fit, en 1867, sous l'inspiration de son maître, une thèse remarquée, qui a pour titre : *Étude sur la localisation dans le cerveau de la faculté du langage articulé.*

Revenu dans sa ville natale, il se livra à des études de médecine mentale sous la direction de son père, médecin aliéniste distingué, qui dirigeait une maison de santé spéciale. En même temps, il se préparait au concours de médecin des hôpitaux. Il fut nommé au concours de 1872, avec le Dr Clément. La même année, il prit la direction de la maison de santé de son père.

Les travaux scientifiques, la réputation qu'il s'était acquise comme médecin aliéniste par le cours théorique de patho-

©BIUM

logie mentale qu'il fit à la Faculté de médecine de Lyon pendant plusieurs années, le désignèrent pour suppléer le professeur Arthaud dans sa chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'asile de Bron. Cet enseignement fut très suivi et très goûté.

Nommé en 1882, médecin de l'Antiquaille (service des épileptiques), il se livra tout entier et avec un zèle méritoire à l'étude de ce qu'on peut appeler la plus terrible des infortunes. Observateur consciencieux et sagace, il s'appliqua à scruter avec soin cette éternelle et irritable énigme clinique, dont on devra tôt ou tard trouver la clef. Il fit de ses recherches l'objet d'un enseignement dont on peut apprécier la valeur ; il a été publié sous ce titre : *Leçons cliniques sur l'épilepsie et les troubles intellectuels qui l'accompagnent, faites à l'hospice de l'Antiquaille* (in-8°, 100 pages. Lyon, 1883). La même année, il faisait connaître au public français, dans une traduction très élégante, l'ouvrage de Gowers : *De l'épilepsie et autres maladies convulsives chroniques* ; il y ajoutait des notes très judicieuses où il rappelait les travaux français et étrangers ayant rapport aux questions traitées et que l'auteur anglais n'avait pu connaître.

Albert Carrier conserva son service spécial d'épileptiques et de nerveux à l'Antiquaille jusqu'au moment de sa retraite. Dès lors, il se consacra exclusivement, et avec dévouement, à la direction de sa maison de santé ; mais il ne se désintéressa jamais du progrès de notre science spéciale. Il y apporta même des contributions importantes sous forme de communications aux sociétés savantes dont il était membre, et au Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. C'est ainsi qu'à la session de Lyon (1891) il lut un mémoire important sur l'assistance des épileptiques ; à celle de Blois (1892), un travail sur le délire des négations; à celle de Toulouse (1897), une communication sur la paralysie générale juvénile. A celle de Limoges (1901), il fut chargé d'un rapport sur le délire aigu : ce travail, fait en collaboration avec son fils Georges et du Dr Etienne Martin, est une œuvre capitale ; la question y est traitée *ex professo*, les vues neuves et originales y abondent.

Albert Carrier brillait autant par les qualités du cœur que par celles de l'intelligence. Ami sûr et dévoué, on se donnait à lui tout entier, lorsqu'on était entré quelque peu dans son intimité. Son amitié n'avait rien de banal parce qu'elle était vraie et sincère.

Nous le vîmes pour la dernière fois, à Paris, au mois de mars dernier. Il était venu assister au Jubilé du Dr Magnan. Nous eûmes grand plaisir à recevoir sa chaude et cordiale poignée de main ; il se plaignait bien un peu de sa santé, mais nous ne

©BIUM

nous doutions guère que nous ne devions plus le revoir. Albert Carrier est de ceux qu'on n'oublie pas. Tous ceux qui l'ont connu conserveront de lui le souvenir d'un homme excellent, d'une rare amabilité et d'un esprit supérieur. A. R.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 15 décembre 1908, sous la présidence de M. Bucquoy, président.

Parmi les nombreux prix distribués, nous relevons les suivants décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse.

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs. — Un mémoire a été présenté.

Le prix est décerné à M. le Dr A. RODIET, médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron (Cher) : *Contribution à l'étude de l'organisation des asiles d'aliénés; le personnel infirmier des asiles.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *De l'homicide en pathologie mentale.*

Deux mémoires ont été présentés. Le prix est décerné à M. le Dr VLADOFF, à Sophia (Bulgarie).

PRIX DESPORTES. — 1.300 francs. — Dix-huit mémoires ont été présentés.

L'Académie partage le prix entre trois mémoires, dont l'un est dû à MM. les Drs L. JACQUET, médecin des hôpitaux, et F. JOURDANET, de Paris : *Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Neuf mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr ALBERT DESCHAMPS, de Riom : « Les maladies de l'énergie; les asthénies générales, etc, etc. ».

Des mentions très honorables sont accordées à M. le Dr BENI-BARDE, de Paris : « La neurasthénie; les vrais et les faux neurasthéniques » et à M. le Dr FRANÇOIS MOUTIER, de Paris : « L'aphasie de Broca ».

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr R. BENON, de Paris : « Etude clinique et médico-légale des amnésies traumatiques et organiques ».

©BIUM

Une mention honorable est accordée à M. le Dr Achille Delmas, de Paris : « La mort avec ictus dans la paralysie générale ».

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1909, 1910 et 1911. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1907, p. 169, et de janvier 1908, p. 166); voici celles proposées pour 1911 :

Prix Civrieux. — *Partage interdit.* — 800 francs. — Pli cacheté. — Question : *La démence organique.*

Prix Herpin (de Genève). — *Partage interdit.* — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Lefèvre. — *Partage interdit.* — 1.800 francs. — Pli cacheté. — Question : *De la mélancolie.*

Prix Henri Lorquet. — *Partage interdit.* — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Nota. — Les concours de l'Académie de médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin ; ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à l'Académie de médecine.

CONCOURS DE 1909 POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Vu les décrets des 1er août 1906, 26 novembre 1907 et 5 août 1908 ;

Sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 1er février 1909.

Art. 2. — Les candidats devront adresser leur demande de

©BIUM

participation à ces épreuves au président du Conseil, ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée; ils devront joindre à cette demande les pièces énumérées dans le décret du 1er août précité, savoir :

1° Acte de naissance; 2° Etat des services; 3° Exposé des titres; 4° Résumé sommaire des travaux; 5° Publications; 6° Pièces justifiant du stage; 7° Pièces établissant la preuve de l'accomplissement des obligations militaires.

Art. 3. — Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du 5 décembre 1908 au 5 janvier 1909.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix.

Art. 4. — Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 novembre 1900.

G. CLEMENCEAU.

Le jury du concours est composé ainsi qu'il suit :

Président : M. GRANIER, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires : MM. les Drs DUPRÉ, agrégé de la Faculté de Paris;

RAVIART, agrégé de la Faculté de Lille:

LÉPINE, agrégé de la Faculté de Lyon;

MABILLE, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Lafont (Charente-Inférieure);

KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile clinique Sainte-Anne, à Paris;

ANGLADE, médecin en chef à l'asile de Château-Picon, à Bordeaux.

Membre suppléant : M. le Dr BOURDIN, médecin en chef à l'asile d'aliénés du Mans.

DÉCRET RELATIF A LA RETRAITE DU PERSONNEL SUBALTERNE DES ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX DE BIENFAISANCE.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 20 juillet 1886 et le décret du 28 décembre 1886 sur la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse,

Décrète :

Art. 1er. — Il est prélevé mensuellement à partir du 1er jan-

©BIUM

vier 1909 sur le traitement de chaque agent du personnel subalterne des établissements nationaux de bienfaisance dénommés ci-après, savoir :

Institutions nationales des sourds-muets de Paris, Bordeaux et Chambéry, Institution nationale des jeunes aveugles à Paris, asiles nationaux des convalescents à Saint-Maurice (Seine), du Vésinet (Seine-et-Oise) et de Vacassy, à Saint-Maurice (Seine), hospice national des Quinze-Vingts à Paris, Maison nationale de santé à Saint-Maurice (Seine) :

1° Une retenue de 5 p. 100 sur les gages, en argent ;

2° Une somme mensuelle de 1 fr. 25 à titre de retenue conventionnelle à opérer sur la valeur représentative des avantages en nature.

Le montant de ces retenues est versé trimestriellement à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse à capital réservé ou à capital aliéné, au choix de l'intéressé.

Art. 2. — En même temps qu'il fait inscrire sur le livret de chaque agent le montant des retenues précitées, l'établissement national y verse, à capital aliéné, une part contributive égale.

Art. 3. — Toutefois, le livret de la Caisse nationale n'est constitué au nom de l'agent que lorsque celui-ci a accompli deux ans de service dans l'établissement.

Durant cette période de deux ans, les retenues subies par l'agent restent entre les mains du receveur; en cas de départ de l'agent durant cette période, le montant de ces retenues lui est restitué; en cas de décès il est remis à ses ayants droit; si l'agent reste attaché à l'établissement, le receveur fait constituer le livret individuel le 1er du mois qui suit l'expiration de cette seconde année, et il y verse en une seule fois, d'une part le montant des retenues antérieures subies par l'agent et, en même temps, la part contributive égale de l'établissement.

Art. 4. — L'âge de la retraite est fixé à soixante ans.

Art. 5. — Si l'agent est maintenu en fonctions au delà de soixante ans, l'époque d'entrée en jouissance sera ajournée dans les conditions prévues par les lois et règlements sur la Caisse nationale des retraites.

Dispositions transitoires.

1° Conformément aux statuts de la Caisse nationale des retraites, les agents qui, au 1er janvier 1909, seront âgés de plus de cinquante-cinq ans, ne subiront aucune retenue; des secours pourront leur être alloués lorsqu'ils quitteront l'établissement, sur la proposition des directeurs et l'avis des commissions consultatives.

©BIUM

2° Les agents en service au 1er janvier 1909 ont droit, en sus de la rente provenant des versements prévus aux articles 1 et 2, et s'ils sont encore en service au moment de la liquidation de leur retraite, à une bonification de retraite fixée à 10 francs de rente viagère par année de service accomplie avant le 1er janvier 1909 dans un des établissements nationaux de bienfaisance; cette bonification sera servie par la caisse de l'établissement intéressé.

Art. 6. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret, qui aura son effet à dater du 1er janvier 1909.

Fait à Paris, le 10 décembre 1908.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,

G. CLEMENCEAU.

TRIBUNAUX

Certificats pour placement dans des établissements d'aliénés. Condamnation d'un médecin. — On lit dans l'*Avenir. Moniteur du Loir-et-Cher* (numéro du samedi 5 décembre 1908) :

Un procès intéressant notre région vient d'avoir son dénouement devant le tribunal civil de Blois.

A la suite de difficultés intimes qui devaient bientôt amener une séparation entre les époux M..., le mari pensa qu'il y avait lieu de faire interner sa femme dans une maison de santé. Il pressentit, à ce sujet, trois médecins de notre localité, qui tous se récusèrent.

C'est alors qu'il s'adressa au Dr C... Celui-ci, le 24 août 1904, vint donner des soins au jeune enfant de la maison. Il profita de cette visite pour se rendre compte de l'état de Mme M..., présente à la consultation.

Il ne devait plus la revoir.

Les 13 et 23 octobre 1904, le Dr C... délivrait deux certificats constatant que la dame M... était « atteinte d'aliénation « mentale caractérisée par des alternatives de persécution, des « hallucinations de la vue, des accès d'agitation de plus en « plus menaçants pour son enfant, qu'elle parlait de faire « mourir avec elle, des idées de grandeur, des perversions des « sentiments, etc. ». Il concluait à l'urgence de l'internement dans une maison de santé, pour la sécurité de la malade et celle de son enfant.

A la suite du premier de ces certificats, Mme M... fut con-

©BIUM

duite le 15 octobre à l'asile Saint-Maurice de Charenton, où elle fut placée dans le pavillon des délirantes tranquilles. Elle y resta jusqu'au 22 octobre.

A la suite du deuxième certificat, Mme M... fut conduite, le 24 octobre, à l'asile Lunier, de Blois. Elle n'y resta que quelques heures. Dès le lendemain, le directeur de cet asile la ramenait chez elle et la soumettait à une observation qui ne dura que quelques jours.

C'est à raison de ces faits que Mme M..., estimant que le Dr C... avait commis une faute en délivrant ces deux certificats, cause de son double internement, lui intentait une action en 20.000 francs de dommages-intérêts et en deux insertions dans les journaux de la localité.

Me Louis-Emile Huet, du barreau d'Orléans, a soutenu la demande de Mme M... Me Huet s'appuie tant sur la loi de 1838, dont les prescriptions n'ont pas été observées, que sur les enquêtes devant les magistrats lors de l'instance en séparation et devant le commissaire de police. Il s'élève contre la légèreté avec laquelle ces deux certificats ont été délivrés, sans examen suffisant et sur de simples renseignements donnés par le mari et les voisins.

Examinant l'expertise des médecins commis pour examiner Mme M... ainsi qu'une lettre du Dr Landouzy, du 11 novembre 1904, postérieure au dernier internement, Me Huet s'étonne des conclusions auxquelles ils sont arrivés.

Me Belton se présentait pour le Dr C... Il regrette qu'on ait jeté dans le débat des documents résultant du procès en séparation suivi devant le Tribunal et devant la Cour. Son client n'y était pas partie. Ces documents ne sauraient donc lui être opposés.

Examinant si le docteur a commis une faute, Me Belton déclare qu'il a été étranger aux circonstances de l'internement de Charenton et de Blois. Il a même désavoué ce que les procédés employés auraient pu avoir de regrettable.

Me Belton se retranche derrière l'opinion des trois experts : le professeur Brissaud, le Dr Boileux et le Dr Dubuisson, qui ont estimé que l'internement de Mme M... était amplement justifié ; derrière l'opinion du Dr Ritti, médecin en chef de Charenton, qui atteste qu'au bout de huit jours Mme M... est sortie non guérie ; il invoque la déclaration du Dr Doutrebente, qui a constaté les troubles mentaux dont le Dr C... avait parlé dans ses certificats. Il invoque surtout l'opinion du Dr Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, qui soigne Mme M... depuis de longues années, et même avant son mariage.

M. le Procureur de la République, dans ses conclusions, estime que le Dr C... a été tout au moins imprudent en s'en

©BIUM

rapportant au mari et aux voisins. Bien que son diagnostic ait été confirmé par tous les médecins, il pense qu'une faute a été commise et que les prescriptions de la loi de 1838 n'ont pas été respectées. Les dommages-intérêts ne devront pas être trop élevés et aucune insertion ne peut être ordonnée.

Le Tribunal, dans un jugement très fortement motivé, constate que les certificats des 13 et 23 octobre ont été délivrés dans des circonstances illégales et de nature à impressionner les directeurs des établissements où a été conduite Mme M... Il n'attache pas une grande importance aux constatations faites par les médecins experts qui ont fait état des déclarations du mari et des voisins sans les vérifier. Le tribunal ne peut donc leur attribuer toute l'importance qu'ils devraient avoir.

Après avoir établi la faute entraînant la responsabilité, le tribunal reconnaît la bonne foi du Dr C... et le condamne à 1.500 francs de dommages-intérêts envers Mme M... et aux dépens.

L'aliénation mentale et le divorce. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 20 décembre 1908) :

« A l'encontre du Code civil allemand de 1900, de la législation suédoise et de la loi fédérale suisse du 24 décembre 1874, qui reconnaissent l'aliénation mentale comme cause de divorce, le Code civil français n'a point considéré que cette maladie fût de nature à entraîner la rupture du lien conjugal. Cependant, la quatrième chambre du tribunal de la Seine était saisie hier d'une demande en divorce fondée à l'occasion de l'aliénation mentale de la femme.

« Le mariage avait été célébré en décembre 1898. Trois mois après, la jeune femme était internée à Sainte-Anne, d'où elle ne sortait que pour faire ses couches à la Maternité. Le mari a basé sa demande en divorce sur l'injure grave qu'aurait commise à son égard sa jeune femme en lui dissimulant une crise d'aliénation mentale antérieure au mariage et dont la révélation l'eût empêché de convoler. Me Rapaport, son avocat, a produit en effet un certificat du Dr Bernheim, certificat sur le vu duquel la jeune femme fut internée, et qui établit qu'en 1898, c'est-à-dire quelques mois avant le mariage, Mlle X... avait été atteinte d'une crise d'aliénation mentale qui l'avait laissée demi-consciente.

« Le tribunal a remis à une date indéterminée le prononcé de son jugement...

« Deux députés, M. Maurice Colin et M. Maurice Viollette, ont déposé, on le sait, une proposition de loi tendant à faire de l'aliénation mentale une cause de divorce. »

La suite de cette affaire nous est donnée par *Le Temps* (numéro du samedi 26 décembre 1908) :

©BIUM

« La quatrième chambre du tribunal civil de la Seine a rendu hier son jugement dans un procès en divorce qui soulevait la question de savoir si l'aliénation mentale de la femme pouvait constituer une cause de divorce, alors que l'origine de cette maladie était antérieure au mariage et avait été dissimulée au mari.

« Le tribunal s'est prononcé pour l'affirmative et a rendu le jugement suivant :

« Attendu qu'il résulte des certificats versés aux débats et signés par des professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, que la dame X... était malade et a été soignée par eux deux années avant son mariage ;

« Que dans un intervalle lucide, le 14 avril 1899, elle a contracté mariage avec le sieur X... et que, quelques semaines après la consécration de cette union, son état morbide a été constaté ; qu'en septembre de la même année, elle a été internée dans un asile d'aliénés, et que les divers certificats produits depuis cette époque jusqu'à ce jour déclarent que l'état de la dame X... est incurable ;

« Attendu que la dissimulation de cet état mental qui, s'il avait été connu de X..., aurait été de nature à empêcher le mariage, constitue une injure ;

« Par ces motifs,

« Prononce le divorce au profit de X... ; confie l'enfant au père ; dit que les frais de pension de la dame X... à Sainte-Anne seront supportés par X... »

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN ANGLETERRE

Le Gouvernement anglais vient de faire publier le rapport de M. R. Welsh Branthwaite sur le fonctionnement des établissements créés en vue de l'application des lois contre l'alcoolisme (*inebriates' Acts*, 1879-1900). Ces établissements sont de trois espèces : les maisons de réforme patentées. les maisons de réforme de l'Etat et les asiles pour alcooliques.

Les maisons de réforme patentées (*certified inebriate reformatories*) reçoivent des alcooliques convaincus de crimes ou de délits passibles de détention et commis sous l'influence directe ou indirecte de la boisson, ainsi que des individus condamnés à être internés pour ivresse aggravée de scandale (*disorderly conduct*), ou simplement pour avoir été trouvés en état d'ébriété dans un endroit public. Il existe actuellement 11 de ces établissements, dont 8 pour femmes, 1 pour hommes et 2 mixtes, et qui, dans le cours de l'année 1907, ont admis 493 personnes, dont 65 hommes et 428 femmes.

©BIUM

Les maisons de réforme de l'Etat (*State inebriate reformatories*) sont des annexes des prisons de Warwick et d'Aylesbury. Ce sont des pénitenciers plutôt que des maisons de réforme, et elles servent à l'internement des alcooliques condamnés en vertu de la loi de 1898 et trop indisciplinés pour être reçus ou maintenus dans les établissements patentés, dont les directeurs ne disposent que de moyens de répression limités. En 1907, le reformatory de Warwick, destiné aux hommes, a admis 31 condamnés; celui d'Aylesbury, réservé aux femmes, a reçu 35 détenues.

Enfin, les asiles d'alcooliques (*retreats*), créés en vertu de la loi de 1879, n'admettent guère que des pensionnaires payants. Le prix de la pension varie du reste entre 6 fr. 25 et 250 francs par semaine. Les pensionnaires de ces refuges sont de deux espèces : ceux qui demandent à être admis *under the acts* (sous les lois) et qui doivent se faire donner à cet effet une attestation d'un magistrat, et les patients particuliers (*private patients*) qui n'ont pas besoin de certificat. Dans la plupart de ces établissements, les alcooliques ne sont admis qu'à condition de signer un engagement d'une certaine durée (jusqu'à un an); on leur accorde des congés, mais ils peuvent être l'objet d'un mandat d'arrêt quand ils s'absentent sans y être régulièrement autorisés. Des 22 établissements de ce genre qui existent en Angleterre, 8 sont pour hommes, 12 pour femmes et 2 pour les deux sexes. Ils ont admis l'année dernière 595 pensionnaires, dont 238 hommes et 357 femmes, 210 appartenant à la catégorie des patients « sous les lois » et 385 à celle des patients particuliers.

Au total, les 35 établissements des trois catégories ont reçu dans le cours de l'année passée 1.154 alcooliques, dont 820 femmes et 334 hommes. Si le nombre des femmes admises dépasse de beaucoup celui des hommes, c'est que c'est chez elles que l'on a commencé à combattre l'alcoolisme, et que l'immense majorité des hommes condamnés en vertu des mêmes lois vont encore en prison.

Quoi qu'il en soit, depuis leur création — celle des *retreats* commença en 1880 et celle des *reformatories* en 1899 — les établissements existants ont hospitalisé 10.492 alcooliques, dont 2.770 détenus et 7.722 patients; et les résultats établissent d'une façon péremptoire la supériorité du régime adopté sur celui de la prison. (*Le Petit Temps*, numéro du samedi 7 novembre 1908.)

©BIUM

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Suicide à deux.* — On lit dans le *Petit Courrier*, d'Angers (numéro du samedi 17 octobre 1908) :

Le premier étage de l'immeuble portant le n° 13 de la rue Saint-Maurille a été, dans la nuit de jeudi à vendredi, le théâtre d'un drame navrant.

A cette adresse habitaient, depuis deux ans environ, Mme veuve Hédou, quarante-sept ans, couturière, et sa fille Suzanne, âgée de seize ans, demoiselle de magasin.

D'un caractère difficile, Mme veuve Hédou se figurait constamment persécutée par ses voisins, avec lesquels elle était continuellement en chicane. L'un d'eux l'avait même fait citer à comparaître hier matin devant M. le juge de paix en 50 francs de dommages-intérêts pour diffamation.

En dehors de ses discussions avec ses voisins, Mme Hédou prétendait qu'on la persécutait elle et sa fille dans les magasins, et qu'ainsi elles ne parvenaient pas l'une et l'autre à trouver du travail.

Jeudi soir, la couturière se présenta avec sa fille chez un de nos honorables concitoyens pour le prier de s'occuper d'elles.

La dame Hédou ne put s'empêcher alors de raconter ses mésaventures en se posant naturellement comme victime ; puis, comme notre concitoyen lui annonçait que, pour le moment, il ne connaissait aucun travail à leur procurer, la pauvre femme prit sa fille par le bras et lui dit : « Viens, ma fille, nous n'avons plus qu'à faire comme le Christ et disparaître. »

Naturellement, notre concitoyen chercha à leur remonter le moral, mais ce fut peine perdue.

A peine arrivées chez elles, la mère et la fille, qui étaient absolument d'accord, décidèrent d'en finir avec la vie. Chose extraordinaire, la jeune fille approuvait toujours sa mère dans ses projets, quels qu'ils fussent.

Or, à 9 heures du soir, Mme Hédou écrivit une longue lettre à son fils, carrier à Trélazé, puis, avec sa fille, allait la mettre à la poste, place du Ralliement.

De retour, elles firent leurs préparatifs de suicide.

L'une et l'autre fixèrent, dans une poutre située dans l'alcôve au-dessus de leur lit, plusieurs pitons de forte dimension, y attachèrent des cordes — dites à pain de sucre — puis les essayèrent.

Vers 2 heures du matin, les préparatifs terminés et leurs dernières volontés écrites, elles montèrent l'une et l'autre sur

©BIUM

un chevalet dont se servent les blanchisseuses pour frotter leur linge, se passèrent une des extrémités des cordes qui se terminaient par un nœud coulant autour du cou, et donnèrent un coup de pied dans ledit chevalet qui se renversa.

Elles restèrent suspendues.

Quelques instants après, la mort avait fait son œuvre.

Le fils de Mme Hédou, aussitôt le reçu de la lettre de sa mère, hier matin, prit le tramway et vint à Angers. Il était alors 10 heures.

Il essaya de pénétrer dans le domicile de sa mère, mais, ayant trouvé la porte fermée entièrement, il courut prévenir M. le commissaire de police du Ier arrondissement.

Ce magistrat vint immédiatement au n° 13 de la rue Saint-Maurille et fit ouvrir la porte de Mme Hédou par un serrurier.

On découvrit alors les deux malheureuses, mais aucun secours ne put leur être apporté, on se trouvait en présence de deux cadavres.

M. le Dr Roguet appelé n'a pu que constater le double décès.

Mme Hédou, née Armandine Maillard, était veuve depuis plusieurs années.

Hédou était son deuxième mari, duquel elle eut sa fille Suzanne, mais de son premier mari, M. Drouineau, elle eut le fils qui est aujourd'hui carrier à Trélazé.

Suzanne Hédou a été pendant quelque temps employée chez un grand teinturier de notre ville, et il n'y a que très peu de jours qu'elle était sans travail et qu'elle cherchait à se placer comme demoiselle de magasin.

Le fils de Mme Hédou ne voulut pas faire connaître les termes de la lettre que sa mère lui adressa; toutefois, il reconnaît que celle-ci lui disait : « Quand tu recevras cette lettre, nous aurons cessé de vivre. »

Ce drame a causé une certaine émotion rue Saint-Maurille.

2. *Agression violente.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du dimanche 18 décembre 1908) :

Hier soir, vers huit heures et demie, les voyageurs et les employés qui se trouvaient sur les quais de la gare de Lyon étaient terrorisés par les menaces d'un individu, qui brandissait un couteau et manifestait la redoutable intention de le plonger dans le ventre du premier venu!

Conduit au commissariat de la gare, ce malheureux a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. C'est un nommé Paul Blandin, comptable, trente ans, qui était sorti depuis peu de l'asile des aliénés de Saint-Anne.

3. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Journal* (n° du lundi 2 novembre 1908) :

Un individu abominablement ivre se présentait, hier après-

©BIUM

midi, dans l'hôtel meublé tenu par Mme Lorian, 67, rue des Moines, et demandait à parler à la concierge.

— Il n'y en a pas, lui fut-il répondu.

A ces mots, il entra dans une violente colère, sortit un revolver de sa poche et fit feu à quatre reprises sur l'hôtelière, qui fut atteinte par les projectiles à la poitrine.

Des amis, qui se trouvaient dans une salle voisine, désarmèrent le meurtrier et le remirent aux gardiens de la paix.

C'est un nommé Maurice Degnin, âgé de dix-sept ans, domicilié à Clichy. Il est devenu fou à la suite d'excès de boisson.

Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Mme Lorian est soignée à son domicile.

4. *Suicide.* — On lit dans *Le Temps* (n° du mercredi 4 novembre 1908) :

« Ce matin, vers dix heures, au cours d'une crise de neurasthénie aiguë, une jeune femme d'une trentaine d'années, Mme Cliver, femme d'un employé de la Bourse, est montée dans la chambre qu'occupait sa bonne au sixième étage, 10, boulevard de Clichy, et s'est précipitée par la fenêtre.

« Relevée avec une fracture du crâne et des blessures multiples, elle a rendu le dernier soupir tandis qu'on la transportait à l'hôpital Lariboisière.

« Mère d'une fillette de deux ans et demi, Mme Cliver, qui était installée depuis une quinzaine de jours à peine, 10, boulevard de Clichy, était depuis longtemps atteinte d'une maladie nerveuse. »

5. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie de Toulouse au *Matin* (n° du vendredi 6 novembre 1908) :

A Campagnac (Lot), un domestique de ferme, Barthélemy Escudié, vingt-sept ans, subitement devenu fou furieux, blessa à coups de fourche trois personnes, puis soutint, barricadé dans sa maison, un assaut en règle. Capturé par les gendarmes après une nuit angoissante, il leur échappa pendant qu'on le transportait à Gourdon, attaché à une charrette. Repris et fortement ligoté, le dément a été interné aujourd'hui.

6. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Rouen au *Journal* (n° du vendredi 13 novembre 1908) :

Ce soir, vers cinq heures, M. Emmanuel Tougard, âgé de soixante-dix-sept ans, demeurant à Barentin, près Rouen, a été pris soudain d'un accès de folie. Saisissant un fusil, il a déchargé son arme sur la garde-malade que sa fille, Mme Delamarre, de Rouen, lui avait envoyée. La garde-malade, Mme Marie Guénard, âgée de cinquante-huit ans, a été transportée à l'hospice de Barentin, où elle est morte à son arrivée.

A cinq heures, le pauvre fou succombait à son tour.

©BIUM

7. *Excentricités.* — Tandis que plusieurs groupes de fiancés et leurs parents attendaient leur tour, hier vers midi, dans la salle des mariages de la mairie du dixième arrondissement, un individu correctement vêtu franchissait les degrés conduisant à l'estrade où se tenait l'officier de l'état civil et tint à l'auditoire des propos incohérents.

Il fut saisi par des gardiens et conduit au poste voisin ; c'est un nommé Joseph Artel, âgé de quarante et un ans, domicilié 29, rue du Terrage.

M. Durand, commissaire de police de la Porte-Saint-Martin, l'a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, n° du dimanche 15 novembre 1908.)

8, 9 et 10. *Homicides et suicides.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (n° du vendredi 20 novembre 1908) :

Une véritable épidémie de crimes, dus à la folie, semble sévir à Londres.

Mercredi dernier, un homme tuait sa femme dans un taxi-auto et se suicidait.

Hier, on découvrait à Lewisham le cadavre d'une femme tuée par son mari, dans un accès d'aliénation mentale. Ce matin, à Canning-Town, dans le quartier des Docks, un homme a attaqué, avec un rasoir, ses cinq enfants, âgés de trois à onze ans, en a tué trois et blessé grièvement deux. Après quoi, il s'est coupé la gorge. Il agonise, maintenant, à l'hôpital de Poplar.

Ce crime, comme les précédents, doit être attribué à un accès de folie furieuse. Le meurtrier, un marin, nommé Nadin, a vécu, jusqu'à présent, en parfaite harmonie avec sa femme et s'est toujours montré plein d'affection pour ses enfants. Depuis environ une quinzaine de jours, il souffrait de débilité nerveuse et avait dû abandonner son navire. Mais, se sentant mieux, il avait décidé de s'embarquer à nouveau.

Le matin, après avoir déjeuné avec sa femme, il se rendit, vers sept heures, dans la chambre à coucher des enfants. Sa femme, qui croyait qu'il était allé les embrasser avant de partir, entendit tout à coup des cris perçants et vit son fils aîné, âgé de dix ans, en chemise de nuit, se précipiter vers la rue, laissant derrière lui une traînée de sang. Elle courut après lui et le vit tomber mort sur le trottoir. Folle de douleur, elle se rendit dans la chambre à coucher, où elle vit son mari qui gesticulait un rasoir sanglant à la main, tandis que sur le plancher ou dans leurs lits gisaient ses quatre autres enfants, la gorge coupée ; elle tenta de désarmer le forcené. Elle reçut plusieurs blessures aux mains. Une voisine, qui vint à son secours, fut également blessée. Le meurtrier réussit à les pousser hors de la chambre, où il se barricada.

©BIUM

Quand des passants et des agents de police, attirés par les cris, enfoncèrent la porte, ils trouvèrent le meurtrier râlant sur le parquet, la gorge coupée. Son état est considéré comme désespéré.

Les blessures des deux enfants qui survivent sont dangereuses, mais tout espoir de les sauver n'a pas disparu.

Ce drame a causé dans tout l'est de Londres une émotion indescriptible.

11. *Menaces de mort.* — L'immeuble situé 129, rue de Sèvres, était mis en émoi, hier matin, par un bruit effroyable de lutte et de cris.

Un menuisier nommé Clovis, quarante ans, pris d'un accès subit de folie furieuse, voulait exterminer toute sa famille, composée de sa femme et de quatre enfants.

Aux appels de la malheureuse mère se mêlaient les clameurs désespérées des pauvres petits. Il était temps que les agents et les voisins intervinssent; un peu plus tard, c'en était fait des cinq membres de la famille.

Les gardiens de la paix entamèrent une lutte acharnée avec le forcené. Mais ils ne purent le maîtriser. Ils durent se rendre au commissariat du quartier Notre-Dame-des-Champs. Bientôt le commissaire, M. D'Homme, arrivait lui-même avec du renfort : six agents.

Mais comme le magistrat entrait dans le logement de Clovis, ce dernier brandit un grand couteau de cuisine et un foret dont il voulut le frapper.

Enfin, on réussit à le maîtriser et à l'emmener au commissariat. Dans la soirée, Clovis a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du mardi 24 novembre 1908.)

12. *Parricide et plusieurs tentatives d'homicide.* — On télégraphie de Bordeaux au *Temps* (numéro du mercredi 25 novembre 1908) :

Un drame horrible s'est déroulé hier soir rue Joseph-Abria. Un ouvrier maçon, Henri Duprat, âgé de trente-deux ans, a tué son père, âgé de soixante-quinze ans, blessé mortellement sa sœur Valérie ainsi qu'une cousine, Caroline Bart, qui se trouvait par hasard chez ses parents, blessé très grièvement sa mère, âgée de soixante-douze ans, et deux personnes qui tentaient de l'arrêter dans sa fuite.

L'arme dont s'est servi le criminel est un marteau taillant de maçon qu'il avait apporté.

Il était environ dix heures. Henri Duprat, qui demeure dans un quartier éloigné de celui habité par son père, était venu voir celui-ci et, très excité, lui avait cherché querelle pour une question d'intérêt. En vain essayait-on de le calmer. Il paraissait de plus en plus furieux. Caroline Bart sortit alors

©BIUM

avec sa cousine Valérie pour aller acheter de l'éther pour lui en faire prendre.

A peine étaient-elles dehors que Henri Duprat ôtait son pardessus et, saisissant son marteau taillant, le brandissait au-dessus de la tête de son père. Le septuagénaire voulut fuir. Il n'en eut pas le temps. Le marteau s'abattit sur son crâne. A trois reprises le forcené releva et abaissa son arme sur la tête de son père qui roula sur le carreau de l'appartement.

Se ruant alors sur sa mère terrifiée, le meurtrier lui porta un coup de son marteau au visage. Après quoi, il s'élança dans le corridor à la poursuite de sa sœur et de sa cousine. Il les rejoignit dans la rue. Là, avec une férocité inouïe, il frappa les deux malheureuses, leur faisant d'horribles blessures à la tête et au visage.

Un voisin, M. Henri Brousteau, âgé de cinquante-quatre ans, cordonnier, entendant des cris, s'était levé et apparut sur le seuil de sa porte.

— Toi aussi, tu en veux! lui cria le misérable. Attends, je vais t'en donner.

Il fit un moulinet avec son marteau. Le cordonnier, avec son bras, put parer un peu le coup qui lui était destiné. Il fut néanmoins blessé au front et à la main.

M^me^ Marguerite Aimée, âgée de cinquante-deux ans, marchande ambulante, qui s'était rendue lundi soir chez sa fille, rue Joseph-Abria, 95, sortit dans la rue, elle aussi, pour voir ce qui se passait. Le meurtrier l'apercevant, se précipita sur elle et lui porta un violent coup de son arme derrière le cou.

Il a fallu faire le siège du meurtrier dans son domicile de la rue Nansouty, et c'est au péril de sa vie que le chef de la Sûreté Clément, pénétrant au fond du logement, réussit à l'arrêter. A deux heures du matin seulement on put procéder à son interrogatoire. C'est un individu qui a déjà été interné et qui paraît avoir agi dans un accès de folie furieuse.

13. *Infanticide et suicide.* — On télégraphie de Moulins au *Matin* (numéro du samedi 28 novembre 1908) :

Dans une crise de neurasthénie, la femme Joly, vingt-quatre ans, dont le mari est cultivateur aux Pailloux, commune de Jaligny, étendit sur la cheminée de la cuisine son enfant, âgé de trois mois, et, à coups de hache, lui fit sauter la tête. Puis elle alla ensuite se jeter dans un puits où elle se noya.

14. *Excentricités.* — Les gardiens du cimetière de Colombes eurent, hier matin, un gros émoi. Ils constatèrent que, pendant la nuit, quelqu'un avait pénétré dans la nécropole en fracturant la porte d'entrée. Puis, poursuivant leurs investigations, ils découvrirent qu'on avait tenté de profaner une tombe située à quelques mètres de là. La sépulture était celle d'une fillette

©BIUM

de huit ans, la petite D..., inhumée il y a quelques mois. L'entourage en avait été brisé et la terre piochée sur une profondeur d'une quarantaine de centimètres.

Le commissaire de police de Courbevoie, M. Andrieux, se livra à une active enquête, qui lui fit découvrir l'auteur de ces actes sacrilèges. Ce n'était autre qu'un pauvre dément, un ancien ouvrier maçon, Jules La Chanciaux, âgé de trente-huit ans, déjà interné plusieurs fois et sorti il y a trois mois d'un asile d'aliénés. Ce malheureux, qui errait jour et nuit, vivant de la charité publique, raconta que, chaque fois qu'il passait devant le cimetière, il entendait les morts l'appeler, le suppliant de les aider à sortir de leur sépulture. Il avait répondu à cet appel.

On l'a dirigé sur l'infirmerie du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du 5 décembre 1908.)

15. *Suicide.* — On télégraphie de Toulon au *Matin* (numéro du mardi 8 octobre 1908) :

Un capitaine d'artillerie coloniale, qui était détaché aux ouvrages fortifiés de Porquerolles, vient de se donner la mort.

Ce capitaine, marié à une jeune femme, était sujet à de violentes crises de neurasthénie qui le plongeaient dans un sombre désespoir. Sa femme, en présence de son état, mettait hors de sa portée toutes les armes, mais, trompant sa surveillance, le capitaine parvint à se procurer un rasoir et il se trancha net l'artère carotide.

16. *Suicide.* — Au cours d'un accès de *delirium tremens*, une dame Simonnin, née Mélie Denis, âgée de quarante-trois ans, domiciliée rue de Sussy, à Bonneuil, s'est jetée dans la Marne, hier matin, et s'est noyée. (*Le Journal*, numéro du mercredi 9 décembre 1908.)

17. *Agression violente.* — Un nommé Louis Legrand, quarante-deux ans, porteur aux Halles, domicilié 140, boulevard Richard-Lenoir, et manchot, a tenté d'étrangler, hier, sa femme, Augustine, fleuriste, dans une crise de folie alcoolique. La malheureuse a été cruellement mordue au nez. Legrand a déjà été interné deux fois. (*Le Journal*, numéro du samedi 12 décembre 1908.)

18. *Tentatives d'homicide.* — On télégraphie de Cannes au *Matin* (numéro du samedi 12 décembre 1908) :

Une scène sanglante a eu lieu dans un compartiment de deuxième classe du train quittant Cannes dans la direction de Marseille, à 5 h. 33 du soir.

Un nègre, nommé Ben Kaef Ben Lakdar, ancien tirailleur algérien, journalier à Nice, se précipita, sans provocation aucune, sur deux marins, Eon, maître d'hôtel des officiers du cuirassé *Liberté*, et Le Bideau, quartier-maître sur le cuirassé

©BIUM

Justice, actuellemcnt en rade au golfe Juan. Ben Kaef frappa ce dernier de coups de couteau dans la région du cœur et Eon au visage et aux mains. Un autre voyageur, M. Latil, entrepreneur de voitures à Sisteron, fut blessé au visage, ainsi qu'un chauffeur automobiliste, M. Nervegno, habitant Nice.

Une panique se produisit dans le wagon; le signal d'alarme fut tiré, et le train, qui était arrivé à la station de La Bocca, stoppa brusquement, ce qui fit détacher le wagon-poste, lequel resta en panne.

Le chef de train, aidé par plusieurs voyageurs, parvint à enfermer le nègre dans les cabinets.

Les gardes champêtres de La Bocca, prévenus, mirent l'agresseur en état d'arrestation.

Les matelots et les blessés, sur l'avis des docteurs qui se trouvaient dans le train, ont été dirigés sur l'hôpital Saint-Raphaël.

Le nègre est né à Mascara. On le croit atteint de la monomanie de la persécution.

19. *Homicides.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 16 décembre 1908) :

Un cultivateur de la Rairie, commune de Clinchamps-sur-Vire (Calvados), le nommé Albert Marie, dit Buret, âgé de trente ans, pris d'un subit accès de folie, était sorti samedi soir de chez lui tenant de la main gauche un christ, de la droite un énorme gourdin.

Ayant à quelques pas rencontré un vieillard de soixante-quatorze ans, M. Victor Lemonnier, son voisin, avec qui il était en très bons termes, il le renversa et l'assomma à coups de bâton et à coups de pied. Le malheureux qui avait le crâne fracturé, l'œil gauche enfoncé dans l'orbite et la mâchoire brisée, ne tarda pas à expirer.

Le fou, se dirigeant alors vers une autre partie du hameau, se croisa avec le sieur Guézet, taupier, sur qui il se précipita à coups de bâton. Les habitants effarés fuyaient ou se barricadaient chez eux. Un cultivateur, M. Delahaye, et son fils parvinrent cependant à s'emparer par surprise de l'aliéné et le mirent hors d'état de nuire. Les blessures de Guézet, quoique graves, ne sont pas mortelles.

20. *Homicide.* — On télégraphie de la Roche-sur-Yon au *Temps* (numéro du mercredi 23 décembre 1903):

Un aliéné, nommé Guibaud, parvint à s'échapper de l'asile où il était enfermé, réintégra sa maison au hameau de Renou et s'y barricada.

Des gendarmes tentèrent de s'emparer du fou. Celui-ci tira sur les gendarmes; l'un d'eux, nommé Noiraud, frappé en plein cœur, tomba foudroyé.

©BIUM

21. *Parricide et fratricides.* — On télégraphie de Mayence au *Temps* (numéro du mardi 29 décembre 1908) :

Un quadruple assassinat a été commis à Mayence, dans la nuit du 25 au 26 décembre. L'étudiant Joseph Racke, qui était venu passer chez ses parents les vacances de Noël, a tué, dans un accès de démence, son père et trois de ses sœurs. C'est après une soirée passée paisiblement en famille que le meurtrier a accompli son crime. Armé d'un fusil et d'un couteau de cuisine, il s'est glissé successivement dans les chambres contiguës de son père et de ses sœurs et les a assassinés pendant leur sommeil. Une lutte terrible semble s'être livrée entre le meurtrier et ses deux plus jeunes sœurs, qui, probablement réveillées par les gémissements de leur père et de leur aînée, ont voulu se défendre contre l'assassin et n'ont succombé qu'après une longue lutte. Leurs cadavres ont été retrouvés horriblement mutilés, les visages méconnaissables, les membres disloqués. Son forfait perpétré, Joseph Racke est allé se coucher, épargnant deux de ses frères plus jeunes qui habitaient une autre aile de la maison.

C'est dans sa chambre que le meurtrier a été arrêté par la police de Mayence. Il n'a manifesté aucun remords. Racke, qui avait passé sa jeunesse dans un cloître, paraît avoir été atteint d'une crise de délire religieux, et il a déclaré au juge d'instruction qu'il avait voulu, par son acte, délivrer son père des soucis terrestres. La famille Racke appartient à la bourgeoisie fortunée de Mayence, et le père de l'assassin avait représenté cette ville pendant plusieurs années au Reichstag et au Landtag prussien. Il était député du centre.

FAITS DIVERS

La névrose des télégraphistes. — Le Dr J. Sinclair, médecin de l'administration anglaise des postes, vient d'étudier, dans un document officiel, la cause de nombreuses erreurs commises dans la transmission des télégrammes et qui souvent font le désespoir des journalistes et parfois, lorsque les journalistes n'ont pas réussi à rétablir le sens véritable de la dépêche, causent de la stupéfaction aux lecteurs de journaux.

Il paraît que la plupart de ces erreurs sont dues à une névrose professionnelle, à une sorte de crampe de la main causée par la fatigue qui se produit fréquemment dans la manipulation de l'appareil Morse.

Alors qu'en régime normal, la manipulation de l'appareil est si claire et si bien rythmée qu'une oreille exercée perçoit les mots du télégramme en voie de transmission sans avoir besoin

©BIUM

de les lire, la fatigue d'un télégraphiste peut entraîner une sorte de crampe de la main qui se traduit par des irrégularités fixes de transmission; les signes du T ou de l'R deviennent O, O devient G, G se change en P, K en D et H en J ou E.

Au début de cette névrose professionnelle, les symptômes ne s'accusent pas clairement; mais lorsque les mêmes fautes se reproduisent constamment, on ne peut douter de la cause des erreurs. Il reste à trouver le remède à cette névrose, en dehors du repos hebdomadaire de l'opérateur, qui paraît évidemment être le remède le plus approprié. (*Le Temps*, numéro du lundi 28 décembre 1908.)

Drames dans des établissements d'aliénés. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 15 novembre 1908) :

Dans une maison de santé située près de Lille, pendant le dîner, un fou, nommé Delille, âgé de trente-six ans, s'est jeté sur son voisin, nommé Gournay, et, avec son couteau de table, lui a coupé l'artère carotide.

La mort a été instantanée.

— D'autre part, *Le Temps* (numéro du mercredi 6 janvier 1909), rapporte le fait suivant :

Un commerçant lyonnais, fils d'un médecin, M. Joseph Mouraud, étant allé rendre visite à sa femme, internée dans une maison de santé, à Vaugneray, profita de ce que la démente consignait ses divagations sur un papier pour la tuer de deux balles de revolver. Il tenta ensuite de se suicider, mais ne réussit qu'à se blesser.

Mouraud était à bout d'expédients. Contraint à la faillite, il crut faire acte d'humanité en tuant sa femme avant de se détruire lui-même.

II^e Congrès international de psychologie et de psychopathologie judiciaire. — Le II^e Congrès international de psychologie et de psychopathologie judiciaire se tiendra, du 13 au 18 avril 1909, à Giessen (grand-duché de Hesse), sous la présidence du D^r Sommer, avec l'assistance des professeurs Mittermaier et Dannemann, de Giessen, et Aschaffenburg, de Cologne. — Pour tous renseignements, s'adresser au D^r Sommer, professeur de psychiatrie à l'Université de Giessen.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

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 et fin (1).

Le Horla.

Le Horla est la plainte angoissante et épouvantable du délirant qui souffre. Son intérêt s'élève au-dessus de toute considération littéraire en raison de son puissant intérêt scientifique. Il mériterait de prendre place dans

(1) V. *Annales* de septembre-octobre, novembre-décembre 1908, et de janvier-février 1909.

©BIUM

les traités didactiques à côté ou à la place d'autres descriptions qui sont loin d'avoir sa valeur.

Publié en 1887 dans le recueil du même nom, *Le Horla* est écrit sous forme de journal.

Bien que retiré dans son pays et dans sa maison qu'il aime pour les souvenirs personnels qu'ils évoquent, le héros du conte se sent triste. D'où lui vient cette tristesse ? D'influences mystérieuses, d'inconnaissables puissances dont l'air invisible est plein. « Comme il est « profond, ce mystère de l'Invisible !..... Ah ! si nous « avions d'autres organes..... que de choses nous pour- « rions découvrir encore autour de nous ! » Et il a « sans cesse cette sensation affreuse d'un danger mena- « çant, cette appréhension d'un malheur qui vient ou « de la mort qui approche..... » Il a l'œil dilaté, le pouls rapide, les nerfs vibrants ; l'inquiétude apparaît à mesure qu'approche le soir, elle l'empêche de lire ; une crainte confuse du sommeil l'opprime ; cependant, très tard, il gagne sa chambre, s'enferme à double tour ouvre ses armoires, regarde sous son lit, écoute..... Il se couche, attend le sommeil « comme on attendrait le « bourreau ». Après deux ou trois heures d'un sommeil lourd, un cauchemar l'étreint. Il sent que quelqu'un s'approche de lui, le regarde, le palpe, monte sur son lit, s'agenouille sur sa poitrine, lui serre le cou de toute sa force pour l'étrangler. Incapable de tout effort, paralysé, il s'éveille enfin, affolé, en sueur ; il est seul. Il dort enfin, calme, jusqu'à l'aurore. Cette crise se renouvelle toutes les nuits. Se promenant dans une forêt, l'angoisse se montre, il lui semble que quelqu'un le suit, cependant il est seul et l'allée qu'il suit s'étend à perte de vue, « effrayante ». Il tourne pour s'étourdir et oublie par où il était venu : « Bizarre idée ! bizarre ! « bizarre idée ! Je ne savais plus du tout. » Il entreprend un voyage d'un mois pour se remettre et rentre

©BIUM

guéri (1). Pendant son voyage, au cours d'une excursion au Mont-Saint-Michel, un moine qui lui faisait visiter la célèbre abbaye lui conte les légendes de ce lieu. « Y « croyez-vous ? » lui dit-il. « Il murmura : « Je ne sais « pas ». Je repris : « S'il existait sur la terre d'autres « êtres que nous, comment ne les connaîtrions-nous « point depuis longtemps ; comment ne les auriez-vous « pas vus, vous ? Comment ne les aurais-je pas vus, « moi ? » Il répondit : « Est-ce que nous voyons la « cent millième partie de ce qui existe ? Tenez, voici le « vent..... l'avez-vous vu, et pouvez-vous le voir ? Il « existe pourtant »..... Cet homme était un sage ou peut- « être un sot..... Ce qu'il disait là, je l'avais pensé sou- « vent. » Cette conversation, dont l'allure mystique n'étonne pas sortant de la bouche d'un religieux sans doute assez fruste, comme semble l'indiquer l'argument si mauvais du vent, va devenir le point de départ d'une idée délirante et servir d'aliment à la panophobie du conteur. Dès son retour, les insomnies recommencent, et les cauchemars ; pendant la nuit, quelqu'un s'accroupit sur lui et boit sa vie entre ses lèvres. Trois jours après son retour, après avoir bu dans sa chambre fermée à clef un demi-verre de l'eau de sa carafe pleine jusqu'au bouchon, réveillé par un cauchemar dans lequel il croyait avoir reçu un coup de couteau dans le poumon, il a soif, veut boire et trouve sa carafe vide : « D'abord, je n'y compris rien ; puis, tout à coup, je « ressentis une émotion si terrible que je dus m'as- « seoir.... » Il regarde autour de lui. « On avait donc bu « cette eau ? Qui ? Moi..... ce ne pouvait être que moi ! » Toutes les nuits on boit ainsi toute sa carafe. Alors il fait des « épreuves surprenantes » : il place des aliments

(1) C'est au cours de ce voyage que Maupassant visita le Mont-Saint-Michel, qu'il ne connaissait pas.

©BIUM

variés sur sa table : « On a bu — j'ai bu — toute l'eau « et un peu de lait. On n'a touché ni au vin, ni aux « fraises » ; plus tard, comme il supprime l'eau et le lait, on ne touche à rien. Il enveloppe les carafes de mousseline blanche, ficèle les bouchons, frotte ses lèvres, sa barbe, ses mains de mine de plomb. Réveillé comme toujours par l'atroce cauchemar, ayant si peu remué que ses draps eux-mêmes ne sont pas tachés (?), il constate que les mousselines sont immaculées, les bouchons toujours ficelés, et cependant il ne reste plus ni eau, ni lait.

Il part, et vingt-quatre heures de Paris suffisent pour le remettre d'aplomb. Cependant il assiste à une expérience de suggestion hypnotique et cette expérience l'a bouleversé.

Six jours après son retour chez lui, ses domestiques prétendent qu'on casse les verres, la nuit, dans les armoires et, deux jours après, comme dans son jardin il était arrêté à regarder un rosier portant trois fleurs magnifiques, « je vis distinctement..... la tige d'une de « ces roses plier, comme si une main invisible l'eût tordue, puis se casser, comme si cette main l'eût cueillie ! « Puis la fleur s'éleva, suivant une courbe qu'aurait « décrite un bras en la portant vers une bouche, et elle « resta suspendue dans l'air transparent, toute seule, « immobile, effrayante tache rouge à trois pas de mes « yeux. — Éperdu, je me jetai sur elle pour la saisir ! « Je ne trouvai rien; elle avait disparu. Alors je fus « pris d'une colère furieuse contre moi-même ; car il « n'est pas permis à un homme raisonnable et sérieux « d'avoir de pareilles hallucinations. — Mais était-ce « bien une hallucination ? Je me retournai pour cher- « cher la tige, et je la retrouvai....., fraîchement brisée..... « Alors..... je suis certain, maintenant....., qu'il existe « près de moi un être invisible, qui se nourrit de lait et « d'eau, qui peut toucher aux choses, les prendre et

©BIUM

« les changer de place, doué par conséquent d'une « nature matérielle, bien qu'imperceptible par nos « sens, et qui habite comme moi, sous mon toit... »

Il se demande s'il est fou, discute son cas, se compare à un halluciné raisonnant, pense que peut-être une des imperceptibles touches du clavier cérébral se trouve paralysée chez lui ; quoi d'étonnant, dit-il, que sa faculté de contrôler l'irréalité de certaines hallucinations se trouve engourdie chez lui en ce moment ?

Malgré tous ces raisonnements l'inquiétude persiste : « Il ne se manifeste plus, mais je le sens près de moi, « m'épiant, me regardant, me pénétrant, me domi- « nant..... »

Aussi, bien qu'Il ne se manifeste plus, il a peur, il veut partir pour se libérer de lui, mais il ne peut pas, n'a plus ni force, ni courage, ni volonté, quelqu'un veut pour lui ; il obéit : « Je ne suis plus rien en moi, rien « qu'un spectateur esclave et terrifié de toutes les « choses que j'accomplis..... Oh ! Mon Dieu ! Mon « Dieu ! Mon Dieu ! Est-il un Dieu ! S'il en est un, « délivrez-moi ! Sauvez-moi ! Secourez-moi ! Pardon ! « Pitié ! Grâce ! Sauvez-moi ! Oh ! quelle souffrance ! « Quelle torture ! Quelle horreur ! »

Il est possédé et dominé comme l'hypnotisé qui subit un vouloir étranger. « Est-ce que le monde va finir ? » Les Invisibles existent, mais comment ne se sont-ils pas encore manifestés comme ils le font pour lui, qui n'a jamais rien lu de semblable à ce qu'il éprouve ? Il cherche à s'évader, mais repris par l'autre il rentre chez lui ; or, un soir, il voit sur sa table les feuilles d'un ouvrage sur les habitants inconnus tourner toutes seules. Il veut s'élancer ; son fauteuil, sa table, sa lampe se renversent, la lumière s'éteint, la fenêtre se ferme : « Donc, il s'était sauvé, il avait eu peur..... de moi, « lui ! — Alors..... je pourrai donc..... l'écraser..... »

©BIUM

La lecture d'un article scientifique lui donne la solution du problème : une épidémie de folie sévit en ce moment dans la province de São Paulo ; les habitants se disent poursuivis, gouvernés, possédés par des êtres invisibles bien que tangibles. Il se souvient alors maintenant d'avoir vu passer sous ses fenêtres et sur la Seine, quelques jours avant l'apparition, chez lui, des phénomènes qui l'affolent, un bateau brésilien. « L'être « était dessus, venant de là-bas, où sa race est née!..... « A présent, je sais, je devine. Le règne de l'homme « est fini. Il est venu Celui que redoutaient les pre- « mières terreurs des peuples naïfs....., des hommes « plus perspicaces l'ont pressenti plus clairement..... « Ils ont appelé cela magnétisme, hypnotisme, sugges- « tion..... que sais-je? Je les ai vus s'amuser comme « des enfants imprudents avec cette horrible puis- « sance ! Malheur à nous ! Malheur à l'homme ! Il est « venu, le..... il me semble qu'il me crie son nom....., « oui..... il le crie..... j'écoute..... je ne peux pas..... « répète..... le .... Horla..... — Le Horla va faire de « l'homme ce que nous avons fait du cheval et du « bœuf. »

Il se rappelle alors les paroles du moine du Mont-Saint-Michel. « Un être nouveau ! Pourquoi pas ?..... « Pourquoi serions-nous les derniers? — Nous sommes « quelques-uns, si peu sur ce monde, depuis l'huître « jusqu'à l'homme..... Pourquoi pas un de plus ? Pour- « quoi pas aussi d'autres arbres aux fleurs immenses, « éclatantes et parfumant des régions entières? Pour- « quoi pas d'autres éléments?..... Ils sont quatre, rien « que quatre !..... Quelle pitié ! Pourquoi ne seraient-ils « pas quarante, quatre cents, quatre mille ! Comme « tout est pauvre, mesquin, misérable !..... le papil- « lon..... J'en rêve un qui serait grand comme cent « univers..... Il va d'étoile en étoile..... Qu'ai-je donc?

©BIUM

« C'est lui..... le Horla..... qui me fait penser ces fo-
« lies ! »

Pour échapper à cette emprise, il se propose de le tuer, ce Horla. Un soir, après avoir laissé sa porte longtemps ouverte pour le laisser entrer, il s'enferme dans sa chambre et fait semblant d'écrire ; bientôt il le sent lire par-dessus son épaule ; alors brusquement il se retourne, et, dans une haute glace située derrière lui, il est stupéfait de ne pas voir son image, qui peu à peu finit par apparaître comme dans une brume : « Ce qui « me cachait ne paraissait point posséder de contours « nettement arrêtés, mais une sorte de transparence « opaque s'éclaircissant peu à peu..... Je l'avais vu. »

Il se décide à le tuer ; il fait poser à sa chambre une porte et des persiennes de fer, et un soir, après avoir fait semblant de rester chez lui, il sort et met le feu à sa maison. « La maison n'était plus qu'un « bûcher horrible et magnifique, un bûcher mons-« trueux, éclairant toute la terre..... et où il brûlait.... « Lui....., le Horla. » Mais il se demande maintenant s'il est bien mort, si maux, blessures, infirmités ont prise sur lui « ce corps d'Esprit », s'il peut être la victime de cette destruction prématurée d'où vient toute l'épouvante humaine. « Après l'homme, le Horla, « après celui qui peut mourir tous les jours, à toutes « les heures..... est venu celui qui ne doit mourir qu'à « son jour..... parce qu'il a touché la limite de son exis-« tence ! — Non..... sans aucun doute....., il n'est pas « mort..... Alors..... alors..... il va donc falloir que je « me tue, moi ! »

Le ton de douce résignation qui règne au cours de la nouvelle *Lui*? a maintenant disparu ; de même que la certitude a succédé au doute, de même la passivité dont le malade faisait montre vis-à-vis de ses hallucinations

©BIUM

n'existe plus, elle a fait place à la révolte. Dans l'avant-dernière nouvelle, le phénomène autoscopique qui fait le fond du récit est isolé ; sans les considérations qui suivent le conte, on pourrait, à la rigueur, ne pas donner à *Lui?* une place dans la littérature pathologique. *Le Horla*, au contraire, y entre de plein-pied, parce que nous voyons apparaître là une tentative d'explication et parce que le phénomène morbide donne naissance à des conceptions délirantes.

Le phénomène ne se produit d'ailleurs pas ici tout à coup, il est annoncé par des prodromes, comme tous les épisodes délirants, surtout lorsqu'ils s'accompagnent de troubles sensoriels ; on peut dire que ce qui arrive était prévu, attendu, presque cherché ; il semble que Maupassant fasse tous ses efforts pour rencontrer une inconnaissable puissance, pour se mesurer avec elle et tomber enfin sous son joug. Il nous représente lui-même son état physique et moral comme étant particulièrement mauvais. Les préparatifs dont il entoure son coucher, qui sera suivi, il le sait, d'un sommeil peuplé de cauchemars, nous le montrent en proie à cette inquiétude que ressentent ceux qui font difficilement le départ entre le rêve et la réalité et qui bientôt rêveront tout éveillés.

Tout est-il délire dans *Le Horla* ? N'y a-t-il pas une part d'invention ? C'est ce qu'il est difficile de déterminer. L'épisode des boissons qui disparaissent pendant la nuit est assez déconcertant ; le plus simple, et c'est toujours au plus simple qu'il faut se résoudre dans ces cas-là, est de croire que le coupable est Maupassant lui-même, les « épreuves surprenantes » qu'il mentionne ayant été peut-être inventées après coup pour corser le récit et lui donner plus de tenue. Quant à l'épisode de la rose, il est bien dans les allures de ce qui arrive aux paralytiques généraux.

©BIUM

Le récit du moine du Mont-Saint-Michel, qui est dans son rôle de prêtre en parlant de tout ce qui arrive que nous ne voyons pas et que nous ne comprenons pas, les expériences d'un médecin qui est dans le sien, en épiloguant sur la suggestion hypnotique, servent de point de départ à un délire d'emblée chez un individu souffrant, inquiet, présentant une tendance marquée aux idées délirantes. Ce délire s'oriente dans le sens le plus simple comme chez les déments et les candidats à la démence. Nous assistons ainsi à la naissance d'idées de possession pauvrement expliquées à la fois par la puissance invisible et par l'hypnotisme. Reste à savoir l'explication qui aurait été choisie sans le récit du moine et sans les expériences du médecin ?

L'égoïsme profond du paralytique général se manifeste ici. Il rapporte tout à lui ; pour n'avoir pas, sans doute, à expliquer le lien qui le rattache à la puissance invisible qui l'obsède, qui le persécute, il fait entrer cette puissance en lui-même, de telle manière qu'il est pour ainsi dire plus possédé que persécuté et que, avec raison assurément, il cherche beaucoup plus en lui qu'en dehors de lui. Cette égocentrie que l'on remarque plus qu'ailleurs dans la paralysie générale nous paraît devoir reconnaître pour causes les troubles intenses de la cénesthésie qui font que le malade finit par ne plus sentir que lui-même ; il arrive ainsi à faire de son propre moi le centre de l'univers : alors naissent chez lui les idées de grandeur et d'énormité. Voilà pourquoi la victime du Horla en vient à se demander si le monde ne va pas finir, si le règne de l'homme n'est pas fini, idées de négation. Alors viennent les idées d'énormité, de nouveaux êtres, de nouvelles espèces vont faire suite à celles qui existent déjà, il n'y a que quatre éléments, pourquoi ne seraient-ils pas quatre mille, ne pourrait-on rêver d'un papillon immense, etc., etc...

©BIUM

On voit ainsi se succéder en quelques lignes tous les éléments qui constituent le syndrome de Cotard. Il est bon de noter en passant un épisode que l'on peut regarder comme l'ébauche du délire à deux, lequel n'est qu'une variété de la folie épidémique : parce qu'il a vu récemment un bateau brésilien près de chez lui, le conteur pense que le Horla est venu par cette voie de Sâo-Paulo, où sévit en ce moment une épidémie de folie.

Remarquez qu'un moment, Maupassant se reprend, c'est le Horla, dit-il, qui lui fait penser ces folies ; et ceci est une excuse bien timide, car ce n'est dans tous les cas pas le Horla qui les lui fait écrire, et d'ailleurs le récit ne se termine pas là. Il va chercher à se débarrasser de lui en brûlant sa maison ; l'incendie de la demeure d'un paralytique général ne peut être que monstrueux ; c'est, en effet, un bûcher qui éclaire toute la terre ; malgré cette reprise dont nous parlions tout à l'heure, les idées d'énormité ne le quittent donc pas et, pour que tout soit complet, nous assistons finalement à une ébauche d'idées d'immortalité, car le Horla ne peut pas mourir, étant « celui qui ne doit mourir qu'à son « jour, parce qu'il a touché la limite de son existence ».

Le Horla est donc la description d'une véritable hallucination interne qui présente un intérêt majeur pour l'aliéniste ; il peut y rencontrer toutes les modalités du délire des négations annotées par le malade lui-même. Mais il renferme encore, sinon la description, du moins l'esquisse d'un autre phénomène intéressant : l'autoscopie négative (1), qui est la contre-partie de l'hallucination autoscopique positive, que Maupassant a probablement décrite dans *Lui?* Se retournant brusquement pour tâcher de surprendre le Horla, il aura

(1) Paul Sollier, *loc. cit.*

©BIUM

l'étonnement de ne pas rencontrer dans une glace placée derrière lui son image qui n'apparaîtra que peu à peu comme dans une brume. Il est possible que la tension d'esprit de celui qui s'attendait à voir autre chose ne soit pas étrangère à la production de ce phénomène ; mais dans tous les cas, il est difficile de séparer l'autoscopie négative de l'autoscopie positive ; elles coïncident généralement chez le même sujet ; cela permet d'incriminer ici aussi les troubles de la cénesthésie.

Qui sait ?

(*Qui sait?* publiée en 1890 dans le recueil *L'Inutile Beauté*, passe pour être sinon la dernière nouvelle qu'il écrivit, du moins pour la dernière qu'il publia (1). Elle est bien la dernière du dernier volume de contes publié par Maupassant lui-même, mais rien ne permet de supposer qu'elle soit véritablement la dernière publiée ; Maupassant ne suivait ordinairement par l'ordre chronologique ; il arrive souvent chez lui que les dernières nouvelles d'un volume sont les plus anciennes. Ceci n'a qu'une importance minime ; mais il est curieux de constater que Maupassant, qui a été et restera peut-être notre plus illustre conteur, a de lui-même clos son œuvre principale par une manifestation délirante ; il avait, il est vrai, officiellement débuté en 1875 par *La main d'écorché*, mais ceci n'était qu'un jeu d'esprit et n'approche point pour l'extravagance de la nouvelle dont nous nous occupons ici.

Cette nouvelle débute par une peinture exacte de l'état d'esprit de Maupassant : il déclare, en effet, que la présence des autres insinue en lui une sorte de gêne,

(1) Voir Edouard Maynial, *loc. cit.*, p. 253.

©BIUM

que le monde et les amis, même les plus familiers, le lassent, le fatiguent, l'énervent jusqu'à lui donner l'envie angoissante d'être enfin seul ; il supporte même difficilement le voisinage d'autres êtres dormant sous son toit ; il rapporte la cause de tout ceci à ce fait qu'il se fatigue très vite de tout ce qui ne se passe pas en lui et ceci est tout à fait bien Maupassant.

Quoi qu'il en soit, le héros de cette nouvelle rentrant un soir chez lui, éprouve une sorte de malaise à pénétrer sous le gros tas d'arbres qui comme un tombeau ensevelissent sa maison. A mesure qu'il approche, un trouble bizarre le saisit : « Le pressentiment mystérieux « qui s'empare des sens des hommes quand ils vont « voir de l'inexplicable? Peut être? Qui sait? »

Avant d'entrer, il s'asseoit sur un banc, sous ses fenêtres, « un peu vibrant », ayant dans les oreilles quelques ronflements. Il lui arrive ainsi souvent d'entendre des trains, des cloches, la foule. Cependant ces ronflements deviennent plus distincts ; c'est un bruit qui sans nul doute vient de la maison ; agitation d'ailleurs plutôt que bruit. Il acquiert donc la certitude qu'il se passe chez lui quelque chose d'anormal, d'incompréhensible. Il attend longtemps, puis, honteux de sa lâcheté, il ouvre brusquement sa porte. A ce bruit répond du haut en bas de la maison un formidable tumulte ; il recule, entend un piétinement sur les marches, un piétinement « de béquilles de bois et de béquilles de « fer qui vibraient comme des cymbales » ; tout à coup il aperçoit son fauteuil de lecture qui sort en se dandinant et s'en va par le jardin, bientôt suivi par tout son mobilier. Emu, il se cache dans un massif et assiste ainsi à la fuite de tous ses meubles et de tous les objets que renferme sa maison. Cependant voyant passer son bureau qui renferme les épaves d'un amour dont il a bien souffert, il n'hésite pas et s'élance sur lui comme

©BIUM

sur un voleur, mais il est renversé, roulé, traîné, bientôt piétiné et meurtri par les meubles suivants. Puis toutes les portes de la maison se referment.

Sans rien dire de ce qu'il avait vu, « on m'aurait « enfermé, moi, » il fait prévenir la police. L'enquête ne permet pas de rien découvrir. Il rentre à Paris, voyage, mais ne remeuble pas sa maison, « cela était « bien inutile, cela aurait recommencé toujours ».

Plusieurs mois après, flânant dans Rouen, il trouve son mobilier chez un brocanteur ; il y trouve tout, sauf le bureau des lettres d'amour. Il a beau appeler, on ne répond point ; il était seul, dans une maison vaste et tortueuse comme un labyrinthe. La nuit vint ; enfin, après plus d'une heure d'attente, il entend des pas légers, lents, et aperçoit une lueur dans une chambre voisine : « Eh bien ! Venez-vous ? Je vous attends. »

Il se lève et va : « Au milieu d'une grande pièce « était un tout petit homme, tout petit et très gros, « gros comme un phénomène, un hideux phénomène.

« Il avait une barbe rare, aux poils inégaux, clairse- « més et jaunâtres, et pas un cheveu sur la tête ! Pas « un cheveu ! Comme il tenait sa bougie, élevée à bout « de bras pour m'apercevoir, son crâne m'apparut « comme une petite lune dans cette vaste chambre « encombrée de vieux meubles. La figure était ridée et « bouffie, les yeux imperceptibles. »

Il marchande trois de ses chaises, les paie une grosse somme et va raconter son histoire au commissaire de police. Mais le marchand avait disparu ; ses meubles, lors de la perquisition le lendemain, n'étaient plus dans la boutique, où rien cependant ne semblait manquer. Puis, quelques jours après, le jardinier de sa maison pillée lui faisait savoir que la nuit précédente tous ses meubles étaient revenus, tous sans exception.

« Nous pincerons l'homme un de ces jours », dit le

©BIUM

commissaire de police. « Mais on ne l'a pas pincé.
« Non, ils ne l'ont pas pincé, et j'ai peur de lui, main-
« tenant... Introuvable! Il est introuvable, ce monstre
« à crâne de lune. On ne le prendra jamais. Il ne
« reviendra point chez lui. Que lui importe à lui! Il
« n'y a que moi qui peux le rencontrer, et je ne veux
« pas. — Je ne veux pas! je ne veux pas! je ne veux
« pas!... Il n'y a contre lui que mon témoignage, et je
« sens bien qu'il devient suspect. »

Le héros de cette nouvelle est entré volontairement dans une maison de santé « par prudence, par peur »; il a déclaré au médecin qu'il ne voulait recevoir aucune visite : « L'homme de Rouen pourrait oser, par ven-
« geance, me poursuivre ici. . . . . .
« . . . . . .
« . . . . . Je n'ai qu'une peur... Si l'antiquaire
« devenait fou... et si on l'amenait en cet asile... Les
« prisons elles-mêmes ne sont pas sûres... »

La nouvelle *Qui sait ?* est loin de présenter pour nous le même intérêt que *Le Horla*. Cette fuite éperdue des meubles est un véritable rêve, pour ne pas dire un véritable délire, simplement exposé, sans explication aucune. D'où vient le petit homme? Pour le compte de qui agit-il? Pourquoi ne retrouve-t-on pas le bureau aux lettres d'amour? Nous voyons là simplement une peinture très exacte des angoisses de Maupassant qui souffre du voisinage des autres, bien que, cependant, il ait peur d'être seul; nous y retrouvons aussi l'aveu d'hallucinations de l'ouïe. Le reste est complètement fantastique et ne peut se terminer que dans une maison de santé; c'est là ce qui arrive dans le conte et c'est aussi ce qui arriva dans la réalité.

Mais il y a dans *Qui sait?* un certain nombre de caractéristiques de formes qui existent aussi dans *Le*

©BIUM

Horla et dont nous allons nous occuper pour terminer.

Nous avons précédemment rapporté la nouvelle *Sur l'Eau* à sa véritable cause et nous avons vu qu'elle n'avait, somme toute, aucun lien immédiat avec la maladie dont mourut Maupassant. Cette nouvelle est d'ailleurs écrite simplement, sobrement, et on retrouve chez elle, quant à la forme, toutes les qualités qui assurèrent le succès des productions de Maupassant. Cette forme est déjà un peu modifiée dans *Lui?* On commence, en effet, de voir apparaître là des répétitions, des interjections, qui sont la preuve matérielle de l'émotion qui étreint le conteur : l'impassibilité va cesser. Elle n'existe plus dans *Le Horla* et dans *Qui sait?*

Ce sont des répétitions, des interrogations, des points de suspension qui à tout instant coupent le récit. Il y a des moments où le conteur cherche ou semble chercher à se gargariser avec certains mots, certaines expressions : dans *Le Horla*, perdu dans un bois, il s'écrie : « Bizarre idée! Bizarre! Bizarre idée? » Il semble que ce mot « bizarre » l'ait frappé et lui ait plu. Dans *Qui sait?* le petit homme « gros comme un phénomène, un « hideux phénomène », n'a « pas un cheveu sur la tête! « Pas un cheveu! » Dans ce dernier conte aussi « Qui sait? » revient à tout instant comme un leit-motiv; c'est là ce que M. Réja (1) appelle si justement des formules de redoublement et de stéréotypie.

En somme, dans ces deux derniers contes surtout, l'élément personnel prédomine de plus en plus, parce que de plus en plus aussi le malade devient étranger au monde extérieur.

---

(1) Marcel Réja. L'art chez les fous. *Société du Mercure de France*, Paris, 1908.

©BIUM

Cette littérature de paralytique général au début, dans ce qu'elle a de morbide ne diffère sensiblement pas, quant à la forme, de la littérature des autres formes d'aliénation mentale. Elle ne revêt de caractères spéciaux que lorsque Maupassant traite de son délire, et rien, pas plus dans le fond que dans la forme, ne différencie les contes écrits entre *Lui?* *Le Horla* et *Qui sait?* de ceux publiés avant. De même chez beaucoup d'aliénés on peut trouver, datant de la même époque, à la fois des écrits raisonnables et des écrits incohérents. Il arrive évidemment un moment où, surtout chez les vieux délirants et particulièrement dans les affections qui s'acheminent rapidement vers la démence organique, cette distinction ne peut plus exister et où toutes les productions ont un caractère morbide. Il était intéressant de noter que même dans la paralysie générale, cette dualité peut exister à une certaine époque; elle contribue ainsi à faire illusion. Ce n'est pas parce que son cœur s'est réveillé, mais parce que son cerveau se désagrégeait, que Maupassant après longtemps n'eut « plus la force que pour souffrir (1) ».

Guy de Maupassant a donc subi la loi commune; les qualités qui ont fait de lui un maître écrivain, les ressources immenses de son cerveau n'ont pu l'empêcher d'entrer « vivant dans l'irrémédiable nuit ». Si nous sommes redevables à sa folie de ce beau cri de l'âme qu'est *Le Horla*, nous ne pouvons qu'à peine soupçonner ce dont un arrêt si brusque de sa destinée nous a privés; mais nous sommes certains dans tous les cas que la paralysie générale n'a rien ajouté à sa gloire: la maladie n'est jamais que diminution. Ce cas ne présente donc d'intérêt que parce qu'il nous apporte des preuves écrites qui jalonnent et éclairent la marche

(1) Paul Ginisty. *Gil Blas* du 24 mai 1889.

SBIUM

d'une maladie dont les premières manifestations sont encore peu précises.

Dans cette observation et dans les commentaires qui l'accompagnent et qui la suivent, seules certaines interprétations sont nouvelles : c'est dire que ce travail ne repose que sur des faits tous anciennement connus ; il n'y a donc là rien qui soit inédit, rien qui ne soit l'expression contrôlée et reconnue de « *l'humble vérité* ».

©BIUM

Pathologie.

PSYCHOSES GRIPPALES ET PSYCHOSES CATARRHALES

Par le Dr C. ROUGÉ

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

I

L'étude des psychoses grippales est récente ; elle a suivi immédiatement l'épidémie de 1889-1890.

Il était naturel qu'une maladie dans laquelle le système nerveux central est particulièrement atteint donnât souvent naissance à des troubles intellectuels et la fréquence extraordinaire des cas d'influenza devait aussi permettre l'observation fréquente de ces troubles. C'est, en effet, ce qui est arrivé pour l'épidémie de 1889-90. Cependant les psychoses grippales avaient été à peine signalées avant cette épidémie. A part quelques cas relatés par Petrequin, après l'épidémie de 1837, toutes les observations relatives à ces psychoses ont été publiées en 1890 et 1891 ; elles avaient été, toutes, recueillies pendant l'épidémie qui venait de finir.

Il n'est pas à ma connaissance qu'il ait été publié d'autres observations de psychoses grippales observées postérieurement à l'année 1890. Je me propose de donner, à la fin de cet article, l'observation de dix cas de psychoses dites grippales, recueillies dans ces dernières années et, par conséquent, étrangères à l'épidémie de 1889-90.

©BIUM

Mais ces psychoses, écloses plusieurs années après la grande épidémie, méritent-elles bien la dénomination de « grippales » ?

Ne serait-il pas plus logique de les appeler « catarrhales » ?

Peut-on assimiler à la grippe, maladie épidémique et pandémique, les petites épidémies saisonnières catarrhales ou les cas isolés de nature catarrhale dont la symptomatologie ressemble, parfois, d'une manière frappante, à la grippe influenza ?

Cette question, que j'ai eu à me poser dès le début de cet article, n'est pas nouvelle. Elle avait été déjà traitée par le professeur Fuster, de Montpellier (1). Mais j'ai été très heureux de la trouver de nouveau posée et magistralement discutée, en mettant à profit les notions nouvellement acquises, par le professeur André, de Toulouse, dans sa récente monographie de la grippe (2), à laquelle j'emprunterai, en grande partie, les quelques considérations qui vont suivre.

Dès les premières pages de son livre, M. André se pose cette question, qu'il juge d'une importance clinique de premier ordre, dans les termes suivants : « Est-ce vraiment commettre une erreur nosologique que d'assimiler la grippe à ces trachéo-bronchites vulgaires qui sévissent endémiquement pendant l'hiver? »

Le professeur Grasset (3), qui a effleuré incidemment cette question, s'exprime ainsi : « La fièvre catarrhale, dans l'acception ancienne du mot, offre de grandes analogies avec la grippe. On peut même dire que les affections catarrhales sont la représentation

(1) Fuster. *Monographie de l'affection catarrhale*, 1865.
(2) Dr G. André. *La grippe ou influenza*, 1908.
(3) Grasset. *Leçons sur la grippe de l'hiver* 1889-90, recueillies par Rauzier, 1890.

©BIUM

endémique ou sporadique de la grippe, celle-ci constituant une manifestation épidémique et pandémique. Cette conception est une œuvre montpelliéraine, on la retrouve dans tous les traités de pathologie générale de nos pères. Elle est exposée en détail dans la monographie de l'affection catarrhale de Fuster. »

Il est, en effet, généralement reconnu que les caractères tirés de la symptomatologie de la grippe pandémique ne diffèrent pas suffisamment de ceux constatés dans certaines constitutions médicales catarrhales et, même, dans certains cas isolés de fièvre catarrhale avec ou sans localisations, pour permettre de distinguer les unes des autres.

La découverte du bacille de Pfeifer n'a pas donné les espérances qu'on en attendait pour faire cette distinction, puisque sa spécificité n'est pas démontrée et qu'on l'a rencontré dans l'expectoration d'affections pulmonaires banales.

Pour le professeur André, « la question est loin d'être tranchée et, il faut bien le dire, l'opinion uniciste de Fuster rallie, depuis quelque temps, de nombreux partisans »

Netter (1) paraît partager la même opinion.

Et, cependant, je n'ai pas pu m'empêcher d'être frappé par cette phrase de M. André (*loc. cit.*, p. 10) : « En se reportant à l'extraordinaire épidémie de 1890, on sent fort bien qu'il s'est passé là quelque chose d'insolite, de non vu, de déconcertant pour le praticien », et je comprends parfaitement que certains auteurs tiennent à la spécificité de la grippe. Il m'a paru évident, en effet, que cette épidémie a imprimé un caractère de malignité à beaucoup des affections catarrhales que j'ai été appelé

(1) Netter, in *Nouveau traité de méd. et de thérap.* de Brouardel et Gilbert, IX, Grippe, etc.

©BIUM

à soigner les années suivantes ; et ce caractère « grippal » n'a pas encore disparu complètement.

Quoi qu'il en soit de toutes ces considérations, j'ai cru devoir désigner sous la dénomination de « catarrhales » mes observations de psychoses qui se rapportent à des cas de fièvre catarrhale saisonnière et, même, à des cas isolés, indépendants de toute constitution médicale, ne fût-ce que pour les distinguer des observations de psychoses « grippales » recueillies pendant l'épidémie de 1889-90.

Je m'occuperai, d'abord, des vraies psychoses grippales, celles qui ont été observées pendant l'épidémie de 1889-90. Le chapitre suivant sera consacré aux psychoses catarrhales.

II. — PSYCHOSES GRIPPALES.

Elles doivent être étudiées à la période d'invasion, à la période d'état et à la période de convalescence.

A. — Délires initiaux.

Comme dans d'autres infections aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie, etc.), le délire peut apparaître, dans l'influenza, avant toute autre manifestation, à la période prodromique, ou, en même temps que les premiers symptômes, au début de la grippe.

Période prodromique.

Obs. I. — Le Dr Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille, cite le cas suivant emprunté au Dr Pick, de Prague (1) :

Servante, âgée de vingt et un ans, bien portante jusque-là,

(1) Bidon. Etude clin. sur la grippe, in *Revue de médecine*, 1890, p. 665.

©BIUM

qui, sans avoir accusé de douleurs, déraisonne tout à coup, crie, se fâche, 38 degrés. Le soir, plus calme. Le lendemain, forte fièvre et signes de grippe sans trouble intellectuel. Guérison en quatre jours.

Obs. II. — Le Dr Ewald, de Berlin (1), a rapporté un exemple encore plus frappant : Il s'agit d'un enfant de sept ans, qui s'était rendu à l'école en pleine santé apparente. Mais, au sortir de la classe, au lieu de rentrer comme d'habitude à la maison, il se rend à la gare, monte dans un train, disant qu'il voulait partir pour Leipzig. On le fait sortir de wagon et, comme il ne pouvait indiquer ni son nom, ni son adresse, on le conduisit à la police qui l'adressa au recteur. Celui-ci le fit ramener chez ses parents. L'enfant ne reconnaît pas la maison paternelle, ni son entourage. Dès lors, il reste plusieurs jours en proie à un violent délire, sans reprendre connaissance. C'était le début de l'influenza.

Obs. III. — Le professeur Mairet, de Montpellier (2), a observé le cas suivant chez un malade de son service : B..., atteint d'idiotie incomplète : « Le 8 janvier, B... paraît devant moi sans que je m'aperçoive de rien de particulier dans son état; il n'avait pas fait 200 mètres qu'il était pris d'une agitation telle que quatre hommes furent nécessaires pour le maintenir. » Le lendemain, l'agitation persistait; la température, qui était normale le matin (36°5), s'éleva dans la soirée et atteignit 39°5. Congestion pulmonaire aux deux bases. Le diagnostic de grippe s'imposait. Dès le lendemain, l'agitation diminua pour disparaître le surlendemain et faire place à un état de demi-stupeur qui disparut à son tour avant la cessation de la fièvre.

Période d'invasion.

Obs. IV. — M. Mairet rapporte encore l'observation suivante : « X..., homme d'une intelligence distinguée, a dû, depuis deux ans environ, quitter tout travail à la suite de troubles cérébraux graves (aphasie, puis amnésie et diminution de l'intelligence) se rattachant à une artério-sclérose acquise... Il était au second jour de la maladie lorsque, dans le courant

(1) Ladame. Des psychoses de l'influenza, in *An. méd. psych.*, 1890, p. 21.
(2) Mairet. *Grippe et aliénation mentale*, 1890, p. 7.

©BIUM

de l'après-midi, il se met brusquement à délirer : il félicite les personnes qui l'entourent d'avoir fait venir un ouvrier pour arranger la suspension de sa chambre et, quand on lui dit que personne n'est venu, il se met en colère, prétextant qu'on se moque de lui, qu'il a vu l'ouvrier. A partir de ce moment, les hallucinations se prononcent ; il se plaint de voir des bêtes et plus particulièrement des lézards sur la tapisserie et sur son lit ; il entretient une conversation suivie avec les ouvriers de sa campagne auxquels il donne des ordres ou avec des personnes de sa connaissance qu'il voit et entend ; la physionomie est animée et congestionnée, l'agitation considérable. X... ne dort ni jour ni nuit et veut constamment quitter son lit. » Ce délire continue pendant trois jours. M. Mairet est alors appelé et constate les faits qui précèdent et la cessation de la fièvre. Une particularité le frappe : « C'est l'embrouillement intellectuel, et cela même dans les périodes de calme ; l'intelligence est profondément obnubilée, le malade ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, ne peut suivre le fil d'une idée, dit un mot pour un autre. » Deux mois environ après l'apparition du délire, X... est revenu, au point de vue intellectuel, ce qu'il était avant la grippe.

Obs. V. — Le 8 janvier dernier (1890), entrait à la clinique psychiatrique de Prague une jeune fille de vingt ans, dont les parents ont présenté diverses affections nerveuses. Sa mère est épileptique. Le 4 janvier, étant indisposée, elle est prise de frissons en rentrant d'une promenade, chaleur, maux de tête et de dos, suspension des époques qu'elle n'avait pas revues depuis plusieurs mois. Pendant la nuit, délire gai. Le lendemain, l'influenza était déclarée. Mais le délire et l'agitation continuent, avec insomnie et refus de nourriture ; on la fait entrer à la clinique. On constate que la malade, complètement embrouillée, dit des paroles insensées et tout à fait incohérentes. Elle rit et pleure presque sans transition. La température est normale. Pouls petit, 96. Facies pâle, expression gaie. Réflexes patellaires assez vifs. Pas de troubles de la sensibilité. L'humeur est changeante, gaie ou calme ; l'excitation motrice s'observe dans la parole, accompagnée parfois de gesticulations. Idées tumultueuses. Le trouble mental dure presque jusqu'au 13 janvier où la malade commence à se calmer... Elle sort guérie le 18 (Ladame, *loc. cit.*).

Considérations cliniques. — L'invasion brusque

©BIUM

du délire pourrait faire croire à une folie commençante et provoquer un internement regrettable dans un asile d'aliénés. Dans un précédent mémoire (1), j'ai insisté sur ce diagnostic différentiel. En parlant des délires initiaux des maladies infectieuses aiguës qui simulent l'aliénation mentale, j'ajoutais : « Dans la catégorie des maladies infectieuses aiguës, la grippe et la pneumonie comptent parmi celles qui donnent lieu assez souvent à des erreurs de ce genre. Mais il n'en est aucune qui, sous ce rapport, atteigne la fièvre typhoïde, aucune dont le délire initial revête aussi bien et aussi fréquemment la physionomie, les caractères d'une aliénation mentale. » Le fait est que, pour ma part, je ne connais aucun cas où le délire initial de l'influenza ait provoqué l'internement dans un asile d'aliénés, tandis que, dans la fièvre typhoïde, cette erreur a été souvent commise : sur les 32 cas que j'ai rapportés, il en est, au moins, 22 qui ont amené l'internement injustifié du malade.

Le pronostic de ces délires est loin d'avoir, dans l'influenza, la gravité qu'il a dans la fièvre typhoïde : tous les cas que je viens de rapporter se sont terminés par la guérison de la grippe et du délire qu'elle avait provoqué.

Il en a été autrement pour la fièvre typhoïde. Ici, la mortalité a été effrayante : sur les 27 sujets dont la terminaison de la maladie avait été mentionnée, il y a eu 19 décès, soit 70 p. 100.

Il résulte évidemment de ce qui précède que les délires initiaux sont, généralement, bénins dans l'influenza et, généralement, très graves dans la fièvre typhoïde. Il est permis de croire, avec le professeur Joffroy (2), que cette différence est due à ce que l'in-

(1) C. Rougé. Des fébricitants délirants pris pour des aliénés (*Ann. méd. psych.*, 1903).
(2) *Bull. de la Soc. méd des hôp. de Paris*, 1890.

©BIUM

toxication des éléments nerveux est moins accusée, moins profonde dans l'influenza que dans la fièvre typhoïde.

B. — Délires de la période d'état.

Le délire de la période d'état, dans la grippe comme dans la fièvre typhoïde, présente peu d'intérêt au point de vue de l'aliénation mentale. Le diagnostic est déjà posé, il n'y a pas lieu à confusion et le délire est purement un délire fébrile, il a rarement la forme vésanique. Cependant, on a pu la constater et je me bornerai à citer les deux observations suivantes. La première, due à M. le professeur Grasset (*loc. cit.*), est intéressante en ce sens qu'il n'y a eu qu'une seule conception délirante.

Obs. VI. — Une fillette de dix ans parle, durant une journée entière, de ses funérailles ; elle insiste avec complaisance sur cette idée, donne tous les détails et fait avec soin le dénombrement des personnes qui devront assister à la cérémonie.

Obs. VII. — Un homme de trente-quatre ans, bien portant, sobre, d'un tempérament nerveux, très impressionnable, est atteint, subitement, d'une fièvre très vive avec céphalalgie intense. On croit d'abord à une scarlatine, ensuite à une fièvre typhoïde, en dernier lieu à une méningite. C'est alors que M. le professeur Joffroy est appelé. Le diagnostic resta en suspens et ce ne fut que plus tard, par l'observation d'un certain nombre de cas graves d'influenza, que fut porté le diagnostic de grippe.

Quand M. Joffroy vit ce malade pour la première fois, il présentait un délire intense avec agitation maniaque : « Il y avait une perte absolue de mémoire, le malade ne se rappelait absolument rien, ni des actes récents, ni des actes anciens ; il ne reconnaissait personne, méconnaissait ses parents les plus proches, prenait pour ses amis des personnes qu'il voyait pour la première fois, ignorait s'il faisait jour ou nuit..... » Ces troubles durèrent deux semaines et, pendant tout ce temps, la température resta fort élevée, au voisinage ou même dépassant

©BIUM

40 degrés malgré l'usage, à doses élevées, de quinine et d'antipyrine. La fièvre disparut vers le dix-huitième jour de la maladie et avec elle le délire. Peu à peu et en quelques jours la mémoire revint et, avec elle, l'intelligence dans toute son intégrité (professeur Joffroy, *loc. cit.*).

Considérations. — Les délires de la période fébrile (période d'invasion et période d'état) me paraissent comporter les remarques suivantes :

Ce qui ressort le plus clairement de l'étude de ces observations, c'est qu'elles ont un fond commun : l'obnubilation de l'intelligence, le désordre, la confusion des idées, la complète désorientation des malades. Pendant l'accès d'agitation, comme dans la période de calme, la plupart de ces malades n'ont pas reconnu les personnes qui les entouraient, leurs plus proches parents ; ils ont été incapables de répondre aux questions les plus simples, leur intelligence a subi une nuit complète ; ils n'avaient pas conscience du temps, des lieux. Cet état démentiel est survenu d'emblée pour disparaître bientôt et complètement. Le délire était actif, les hallucinations étaient surtout visuelles, parfois terrifiantes et ressemblaient d'une manière si frappante aux hallucinations du délire alcoolique que des médecins expérimentés ont pu s'y tromper.

En somme, dans tous ces cas, l'appareil symptomatique se résume dans l'association de la confusion mentale avec un délire onirique hallucinatoire, comme dans les délires toxiques.

Il est généralement admis, aujourd'hui, que les psychoses de la période fébrile de l'influenza ont, comme celles de toutes les autres infections aiguës à la même période, une origine microbienne ; qu'elles ont aussi un caractère commun, celui de ressembler symptomatiquement à tous les délires toxiques et, en particulier, au délire alcoolique

©BIUM

Est-ce à dire que l'hérédité et la prédisposition vésanique n'ont aucune action dans l'éclosion de ces délires? Certainement non. Dans plusieurs de ces observations nous trouvons notés la tare héréditaire ou des antécédents vésaniques personnels. Dans ces derniers cas, la grippe n'a fait que jouer le rôle d'agent provocateur, de cause occasionnelle, tout en imprimant au délire un caractère spécial.

C. — Délires de collapsus.

Avant d'aborder l'étude des psychoses de la convalescence je tiens à rapporter, à part, deux observations de Kraepelin, dénommées par lui « délires de collapsus ». Ces délires de collapsus sont compris par Ladame (*loc. cit.*, p. 36) « dans les psychoses qui se déclarent après l'influenza, pendant la convalescence, alors que la fièvre est tombée ». Ladame divise, en effet, les psychoses grippales de la convalescence en trois groupes : 1° Mélancolie et hypocondrie ; 2° psychoses asthéniques ; 3° autres formes mentales. Dans le groupe des psychoses asthéniques ou d'épuisement aigu, Ladame, après Kraepelin, admet quatre sous-groupes qui ne me paraissent pas bien définis, ni bien distincts ; ce sont : le délire de collapsus ; la démence ou délire ou stupeur hallucinatoire ; la démence asthénique et la démence aiguë ou stupidité.

Je crois devoir observer que dans les observations de Kraepelin, bien peu nombreuses (une douzaine) pour permettre de créer tant de types différents, les anamnestiques font souvent défaut ; quant à l'époque de début des troubles mentaux, elle n'y est jamais indiquée et la lecture attentive de ces observations me porterait plutôt à croire que, dans quelques-unes au moins, le délire a débuté pendant la période fébrile.

©BIUM

Or les psychoses qui apparaissent pendant la période fébrile de l'influenza diffèrent beaucoup de celles qui surviennent pendant la convalescence ou peu de temps après la cessation de la fièvre. Au point de vue de la pathogénie, c'est l'influence microbienne qui se manifeste surtout dans les premières; tandis que, dans les secondes, ce sont, avec la dénutrition et l'asthénie, les causes banales de la folie, l'hérédité principalement, qui ont une action prédominante. Ces différences existent aussi dans leur symptomatologie : c'est la confusion mentale, avec ses diverses formes, qui prédomine manifestement dans les psychoses de la période fébrile, notamment dans les observations de Kraepelin. Nous verrons, au contraire, que ce sont les formes anciennes de l'aliénation mentale, la mélancolie, la manie, qui dominent la scène dans ces psychoses de la convalescence.

Aux deux observations de Kraepelin, dont l'une, la deuxième, a débuté certainement en pleine fièvre, j'ajouterai une observation de M. Mairet qui a, avec elles, plusieurs points de ressemblance.

J'ose espérer que le rattachement des délires de collapsus aux psychoses de la période fébrile et les considérations que je viens d'exposer me permettront d'apporter un peu de clarté dans la description des psychoses grippales de la convalescence que, pour ma part et sans jeu de mots, j'ai trouvé bien confuse. Je reviendrai un peu plus loin sur cette question.

Obs. VIII. — Un homme de quarante-deux ans, faible de naissance, dans les antécédents héréditaires duquel on note une tante morte aliénée. Pas d'alcoolisme. Influenza au commencement de décembre. Là-dessus un refroidissement. Le malade commence à manifester des idées religieuses exagérées. Il prie beaucoup, prononce des paroles insensées sur le globe, les tremblements de terre. Il devient menaçant et veut frapper ses

©BIUM

alentours. On l'attache. Insomnie et agitation. Il est conduit à la clinique le 17 décembre. Bronchite généralisée. Cyanose. Température normale. Amaigrissement. Confusion mentale complète. Le malade donne des réponses insensées; il ne reconnaît pas son entourage; il parle et gesticule beaucoup; son humeur est changeante; il est tantôt angoissé, tantôt expansif avec idées de grandeur. Le jour suivant, grande agitation, refus de nourriture. A minuit, collapsus et mort. A l'autopsie, outre la bronchite avec plusieurs foyers de pneumonie lobulaire, on trouve une atrophie brune du cœur et une hyperémie du cerveau. Les circonvolutions sont amincies dans les lobes antérieurs.

Obs. IX. — Servante, trente ans, anémique. Le 27 décembre, grippe. Le 29, dépression, idées de mort; le 30, au soir, forte excitation; le 31, un peu plus calme, elle refuse de manger et ne dort pas. Ses parents la font transporter à 70 kilomètres; le 2 janvier, le voyage se fait bien; le soir, à 9 heures, nouvel accès d'agitation et mort subite.

Obs. X. — Z..., quarante ans, entrepreneur de maçonnerie, fut pris, pendant l'épidémie, de lumbago avec sentiment de fatigue générale et d'inappétence. Pendant deux jours Z... lutte contre la maladie et continue son travail. Le troisième jour, il s'alite et fait appeler son médecin qui est frappé de son état de surexcitation psychique. Le soir même Z... est pris d'un violent accès d'agitation; plusieurs hommes sont nécessaires pour maintenir le malade qui a des hallucinations de la vue et présente un égarement intellectuel complet; il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent. Le lendemain, le délire continue et M. Mairet, appelé, constate les phénomènes suivants : facies animé, pommettes fortement congestionnées et, cela activement et passivement; le malade cherche à se lever et parle constamment en s'adressant à des êtres imaginaires. Il semble être au milieu de ses ouvriers auxquels il donne des ordres, gronde l'un, stimule l'autre; puis, tout à coup, il se demande quelle est cette étoffe rouge qui passe devant ses yeux, ou bien il prie qu'on lui enlève une araignée qui est au-dessus de son lit ou des bêtes qui courent sur ses couvertures. Parfois il se tait, prend l'attitude d'un homme qui écoute; sa physionomie exprime alors l'angoisse et l'on est obligé de le maintenir de force dans son lit parce qu'il veut se lever pour fuir quelque danger; il refuse de manger. L'attention du malade ne peut être fixée que d'une manière fugitive tant il est emporté par

©BIUM

son délire ; enfin, il existe un peu de tremblement des extrémités, 38°4, 86 pulsations, quelques râles sous-crépitants aux deux bases. Tous les autres organes sains.

Les symptômes et les renseignements — qu'on a su plus tard erronés — font porter le diagnostic de délire alcoolique mis en activité par la grippe.

Le lendemain, M. Mairet est appelé brusquement auprès du malade qui venait d'avoir une syncope dont on ne pouvait le tirer : respiration très irrégulière avec des pauses prolongées et revêtant jusqu'à un certain point le caractère de la respiration de Cheyne-Stocke, un pouls lent avec intermittences, un léger entraînement des traits d'un côté, une déglutition impossible et de la fixité du regard, bref, un ensemble de symptômes que ne pouvait plus expliquer l'alcoolisme et qui m'obligeraient à admettre l'existence d'une lésion de la base avec prédominance du côté du bulbe. Le malade succombait quelques heures après à une seconde crise semblable à la première. (Mairet, *loc. cit.*, p. 10.)

Il n'existe rien dans ces trois observations qui paraisse tenir à un état d'affaiblissement, d'épuisement, rien qui justifie, à mes yeux, la place que Kraepelin et les auteurs déjà cités leur ont donnée comme appartenant à la période de convalescence. Leur symptomatologie est bien celle des délires de la période fébrile : confusion mentale parfaitement caractérisée, avec agitation, hallucinations de la vue et de l'ouïe, parfois professionnelles ou terrifiantes, jusqu'aux lésions nécroscopiques nous montrant des congestions actives qui expliquent bien la mort des malades.

(*A suivre.*)

©BIUM

LES ICTUS AMNÉSIQUES

DANS LES DÉMENCES « ORGANIQUES »

Par le Dr R. BENON

Interne de la Clinique des maladies mentales,
Médecin adjoint des Asiles publics.

L'ictus amnésique est un état clinique psychopathique à début brusque, de courte durée, avec amnésie rétro-antérograde diffuse, étendue, plus ou moins profonde.

Fournier (1), P. Marie (2), Pick (3), etc., se sont servis de ce mot pour désigner l'évolution rapide de la démence après les ictus apoplectiques.

P. Garnier (4) et ses élèves, MM. Dromard et Levassort (5) notamment, paraissent faire usage de ce mot dans le sens de notre définition, déjà formulée et développée antérieurement (6).

En psychiatrie, on appelle *démences « organiques »*, en dehors de la paralysie générale, les démences liées à des lésions circonscrites (hémorragie, ramollissement, lacunes, etc.), à l'artério-sclérose cérébrale, à l'athé-

(1) Fournier. *Syphilis cérébrale*. Leçons recueillies par Brissaud, 1879, p. 279.
(2) P. Marie. Art « Hémiplégie ». *Traité de méd. et de thérap.*, 1re édit. 1899, p. 505.
(3) Pick. cité par P. Marie, *loc. cit.* Pas d'indication bibliographique.
(4) P. Garnier. Les amnésies. *Bull. méd.*, 1905, p. 9.
(5) Dr mard et Levassort. L'*Amnésie*. F. Alcan, 1907, p. 21 et 212 (ictus amnésique émotionnel).
(6) R. Benon. Les amnésies (étude clinique). *Gaz. des Hôp.*, 1908, p 798.

©BIUM

rome, etc. Cette appellation de « démences organiques » est évidemment fort critiquable ; mais l'étude et l'étiologie des démences des vieillards est encore si incomplète et si difficile que nous devons provisoirement la conserver.

Les *ictus amnésiques* au cours des *démences « organiques »* paraissent plus fréquents que dans la paralysie générale (1). Nous en apportons ici *quatre observations.*

OBS. I. — Deux ictus amnésiques ; puis, plus tard, un ictus apoplectique. Affaiblissement des facultés mentales : amnésie rétro-antérograde diffuse, lacunaire, peu profonde. Conscience de sa situation : tentative de suicide. Emotivité morbide. Alcoolisme chronique.

C..., Bernard-Gustave, cordonnier, quarante-neuf ans, entre à l'Asile Clinique le 9 janvier 1907 ; nous l'observons à l'Admission.

Un peu déprimé, triste, il pleure fréquemment.

Sa femme a complété ou confirmé les renseignements fournis par le malade sur ses antécédents.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Ses antécédents héréditaires n'offrent rien à noter.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — C... n'a jamais été malade, mais c'est un *alcoolique chronique*. Marié à trente-quatre ans, sa femme a eu quatre enfants dont deux jumeaux, mort-nés ; les deux autres enfants sont bien portants.

Depuis janvier 1906, C... ne travaille plus, non seulement parce qu'il a de la faiblesse dans les jambes, mais encore à cause de ses *troubles cérébraux*. C'est à cette époque qu'il doit abandonner son métier : il oublie les noms des clients ; quand on cause avec lui, il s'arrête au milieu de la conversation et ne peut continuer, ou bien il embrouille tout, et cela le désole fort.

Au début de sa maladie, il a présenté deux ictus amnésiques. Un jour, il se rend, d'Alfortville où il habite, à Paris, pour s'y faire soigner de durillons des pieds, chez un spécialiste de la

(1). R. Benon. Les ictus amnésiques dans la paralysie générale. *Gaz. des Hôp.*, 1908, p. 1335.

©BIUM

rue des Rosiers, qui l'avait déjà traité. Il est bien allé dans le quartier, raconte-il, mais c'est en vain qu'il a cherché l'établissement du pédicure, il n'a jamais pu le trouver, il se demandait où il était, sans arriver à s'orienter. Cela l'a beaucoup frappé. Il ne sait pas s'il a eu un étourdissement. Il a pu rentrer chez lui, mais très en retard et désappointé.

C'est à cause de ces troubles psychiques et notamment mnésiques qu'en mars 1906 il fait une tentative de suicide : il se tire, sans succès, deux balles de revolver dans la bouche.

Au mois de juin de la même année 1906, étant à Paris encore, sa mémoire, dit-il, lui fait brusquement défaut, et, au lieu de rentrer chez lui à Alfortville, il se rend dans une maison rue X..., qu'il avait habitée autrefois, étant garçon, durant environ dix années. Le concierge, qui ne le connaissait pas, lui affirme qu'il n'habitait pas là. Le malade discute un instant, mais ne résiste pas et s'en va. Il nous explique que lorsque le concierge lui a dit : « Qu'est-ce que vous voulez ? » il a répondu : « Je vais chez moi, j'habite au cinquième une chambre de garçon. » — « J'avais la conviction, ajoute-t-il, que c'était chez moi, que je restais là... C'est bizarre cela... J'ai trouvé cela drôle de ma part. »

Il est rentré seul quand même à Alfortville, plus tard ; il ne sait pas comment il a été amené à aller là-bas, à son ancienne demeure, rue X..., ni comment il a regagné Alfortville. En tout cas, personne ne l'a aidé à retrouver son chemin.

Peu de temps après, en juillet, il présente un *ictus apoplectiforme* ; il n'en sait que ce qu'on lui en a raconté. Quand il a vu le médecin, quelques jours après son ictus, il lui a dit : « Je ne sais pourquoi ma femme vous a envoyé chercher, je ne suis pas malade. » Il n'était pas paralysé.

Il a fait autrefois, il y a longtemps, des *excès de boisson*. Depuis un an, il se plaignait souvent de crampes, de céphalées, d'étourdissements, etc. Excité et violent par intervalles, on a dû l'amener à l'Asile Clinique.

Peu affaibli, émotif, se rendant actuellement assez compte de sa situation, il est un peu désorienté dans le temps et dans l'espace, offre quelques troubles dysarthriques, de l'inégalité pupillaire sans signe d'Argyll-Robertson, et de l'exagération des réflexes rotuliens ; il n'est pas hémiplégique.

©BIUM

Obs. II. — Ictus amnésiques répétés à soixante-six ans, avec amnésie rétro-antérograde diffuse, lacunaire, relativement profonde; phénomènes d'agnoscie visuelle. Durée: quatre à cinq heures. Retour à l'état normal, avec amnésie complète, localisée à la période de l'ictus amnésique. Peu d'affaiblissement des facultés mentales.

Dix ans avant ces ictus amnésiques, plusieurs ictus apoplectiques. Artério-sclérose.

Mme X..., âgée de soixante et onze ans, rentière, est une malade de la clientèle d'un confrère de Paris, qui a présenté des troubles mnésiques subits à plusieurs reprises.

C'est une personne actuellement bien portante, maigre, encore active malgré son âge. En dehors de ses crises, très courtes d'ailleurs, de pertubations de la mémoire, elle est très lucide, elle aime beaucoup à lire et à écrire : elle s'intéresse même particulièrement aux faits et choses de la littérature. Le style de ses lettres est d'une correction absolue et d'une tournure fort élégante.

Elle vit avec son mari, âgé de soixante-seize ans, homme très bien portant, bon observateur et nullement affaibli au point de vue intellectuel.

Antécédents héréditaires. — Dans ses antécédents héréditaires, on ne trouve rien à noter, soit au point de vue mental, soit au point de vue nerveux.

Antécédents personnels. — Personnellement la malade est une arthritique, sujette aux céphalées, aux douleurs rhumatismales; pendant longtemps elle a été atteinte d'entérocolite muco-membraneuse, etc.

Elle a eu cinq enfants, deux seulement sont vivants et bien portants; les trois autres sont morts, deux de méningite tuberculeuse, l'autre à la suite de mal de Pott.

Vers l'âge de cinquante ans, la malade a présenté des hémorragies intestinales dont la cause n'a pas été précisée (entéro-colite?).

Quelques années plus tard, vers cinquante-six ans, elle a eu 4 ou 5 ictus apoplectiques; elle est tombée parfois dans un état comateux tel qu'on crut sa mort prochaine. Jamais elle n'a été paralysée à la suite de ces attaques.

Assez souvent aussi, elle se plaignait d'étourdissements.

On n'a observé aucun trouble psychique, soit avant, soit après ces ictus apoplectiques.

©BIUM

Mais, environ dix ans après ces accidents, à soixante-six ans, elle a présenté à intervalles éloignés, quatre ou cinq fois en deux années, des troubles amnésiques aigus, subits, de durée relativement courte, autrement dit des ictus amnésiques.

Ces troubles se produisaient le plus souvent le matin au réveil, après une nuit calme.

A ce moment, la malade, plus ou moins bien en état de veille, se frottant les yeux, dit à ceux qui l'entourent : « Mais où suis-je ici? où suis-je donc ici? où suis-je donc ici? » On le lui explique, mais elle continue à interroger; elle n'est pas à ce qu'on lui dit et l'agnoscie visuelle persiste.

Elle sait, durant cet état amnésique, qui elle est, mais elle ignore son âge. Elle reconnaît son mari, ses enfants; toutefois elle ne reconnaît pas tout le monde de la maison; c'est ainsi qu'elle a dit un jour à la femme de chambre de ses enfants, qui lui apportait de l'eau pour sa toilette : « Mais, madame, qui êtes-vous donc? Qu'est-ce que vous venez faire ici, je ne vous connais pas. » Elle n'a pas davantage reconnu une autre fois le garçon boucher, qui venait chaque jour pourtant chercher la commande de la maison et auquel elle avait maintes fois parlé.

Si, comme elle ne reconnaît pas l'endroit où elle se trouve, on lui dit : « Mais vous êtes à Paris, chez vos enfants », elle répond : « Ah oui! rue N... » Or, rue N..., ce n'est pas le lieu où elle se trouve; c'est une rue où elle a habité autrefois, en personne, à Paris, il y a fort longtemps. Et à ce propos, elle demande des nouvelles de tous ses enfants, même de ceux qui sont morts il y a plus de trente ans. L'entourage remarque qu'elle revit son existence de cette époque si ancienne.

Elle ne peut, dans son état amnésique, fournir aucun détail sur les événements récents; mais elle peut parler du passé. Elle ne sait pas, par exemple, depuis quand elle se trouve chez ses enfants, mais elle peut raconter très exactement un fait ancien de la famille.

On n'a pas pu préciser sur combien d'années s'étendait en arrière son amnésie.

Enfin, elle a, dans sa crise, de l'amnésie antérograde de conservation : elle oublie d'un moment à l'autre les paroles qu'elle vient de prononcer ou les actes qu'elle exécute.

Elle n'exprime pas de paroles déraisonnables et ne présente pas de réactions violentes.

On remarque enfin que la parole de la malade est saccadée,

©BIUM

mais non pâteuse ni bredouillante. Ses yeux expriment l'étonnement, la confusion.

Elle n'a ni idées délirantes, ni hallucinations. Cet état d'amnésie ne dure que quatre à cinq heures et la malade revient à son état normal. Elle est un peu fatiguée et n'a aucun souvenir de ce qui lui est arrivé.

Durant sa crise, elle paraît avoir conscience (?) de son trouble : « Est-ce bête, dit-elle, d'être comme cela! » Après la crise, elle a cependant tout oublié.

La malade est atteinte d'artério-sclérose manifeste sans insuffisance rénale, hépatique, cardiaque, etc.

Deux ans après ces ictus amnésiques, ses facultés mentales sont fort peu affaiblies : elle n'offre qu'une légère amnésie rétro-antérograde de conservation ou de reproduction et cela seulement pour les menus faits actuels ou récents...

Obs. III. — Ictus amnésique, fugue amnésique. A ce moment, amnésie rétro-antérograde de conservation et de reproduction diffuse, lacunaire, profonde. Puis, au bout de quelques jours, retour à un état voisin de l'état antérieur, c'est-à-dire léger affaiblissement des facultés mentales, avec amnésie rétro-antérograde, surtout marquée pour les faits récents. Artério-sclérose.

Mme H... N..., Madeleine, âgée de quatre-vingt-quatre ans, rentière, trouvée égarée dans la rue, est amenée le 30 juillet 1907 à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, où M. le Dr Legras a bien voulu nous permettre de l'examiner. Les renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels de cette malade nous sont fournis par son gendre.

Antécédents héréditaires. — Il ne sait rien sur les parents de sa belle-mère. Toutefois, il dit que depuis près de trente ans qu'il la connaît, il ne lui a jamais entendu parler de maladies nerveuses ou mentales dans la famille.

Antécédents personnels. — Nous n'avons pas non plus de renseignements précis sur la jeunesse de Mme H... N... Son gendre ne l'a jamais vue malade à aucun moment depuis trente ans. Elle a été mariée deux fois. Elle a eu deux filles qui, toutes deux, sont bien portantes.

Elle vivait avec son gendre et sa fille.

Jamais elle n'a présenté aucun signe de dérangement cérébral depuis quinze ans qu'elle vit avec eux. Elle sortait presque tous les jours seule. Parfois, elle conduisait ses petits-enfants à

©BIUM

la promenade. Jamais, autant que son gendre peut le savoir, elle n'eut besoin de demander le moindre renseignement pour rentrer à son domicile ; jamais elle ne s'est perdue dans la rue. A la maison, elle n'a jamais eu d'attaques ni d'étourdissements. Elle n'a jamais offert non plus de signes de paralysie. Depuis longtemps, elle ne travaillait plus guère ; on lui disait toujours de se laisser vivre. A aucun moment, sa raison n'a paru diminuée. Elle n'a pas davantage commis d'actes dangereux ou extravagants. Parfois, elle égarait de menus objets : ses lunettes, son mouchoir, cela notamment en cette année 1907, à la campagne, dans le courant de juin-juillet, avant son aventure.

C'est le 29 juillet 1907 qu'elle n'est pas rentrée chez elle. En vain sa famille a essayé de savoir où elle était passée. La veille de ce jour, on n'avait rien observé de particulier dans sa manière d'être.

Le rapport de police relate que la malade a été trouvée le 30 juillet sur la voie publique, où elle avait produit un attroupement à 10 heures du matin. Elle n'a pu dire ni son nom, ni sa qualité, pas plus que l'endroit où elle habitait. Elle ignorait où elle était et où elle allait.

Amenée à l'Infirmerie Spéciale le 30 juillet 1907, elle offre des troubles mnésiques des plus caractérisés.

La malade disait s'appeler N... C'est en effet son nom de fille, mais son nom de femme est H... Elle n'a pas trouvé spontanément ce nom de H...

Le lendemain de son entrée à l'Infirmerie, on a prononcé ce nom de H... devant elle, à la suite de la lecture d'un journal du matin, qui relatait la disparition d'une femme âgée, répondant par son signalement à notre malade, et elle l'a reconnu immédiatement.

Aujourd'hui, 31 juillet, elle ne le retrouve pas encore spontanément. Pour qu'elle le prononce, il est nécessaire d'articuler devant elle la première syllabe de ce nom. En le prononçant, elle fait remarquer que c'est un nom difficile à prononcer, ce qui est exact.

Elle se trompe au sujet de son prénom : Madeleine. Sur notre demande, elle répond qu'elle n'en a qu'un.

Lorsque nous l'interrogeons sur sa profession, elle nous déclare qu'elle vit de ses rentes, ainsi que son gendre et sa fille (exact en partie).

A propos de son gendre, elle ajoute que depuis déjà quelques

©BIUM

années, il a cessé de travailler, lui aussi, et que c'est un homme très intelligent, très actif.

D. Quel âge avez-vous?

R. Soixante-neuf ans. Or, la malade a quatre-vingt-quatre ans. Elle accompagne cette dernière réponse de quelques éclats de rires.

D. En quelle année sommes-nous?

R. Je ne sais pas.

Elle ignore également le mois, la date de ce mois et le jour.

D. En quelle année êtes-vous née?

R. Je ne sais plus... je ne sais pas... J'ai eu une maladie du cerveau qui m'a tourné la tête... je ne sais plus ce que je dis.

D. En quel endroit êtes-vous ici?

R. Je ne sais pas.

Elle précise au contraire immédiatement le lieu de sa naissance, avec le département.

Elle ne sait pas depuis quand elle est ici.

Elle ignore comment elle y est venue.

Au point de vue du calcul, nous avons obtenu quelques renseignements très intéressants :

Elle additionne bien quelques chiffres simples : $2+2$, $4+4$; mais elle ne peut additionner $8+5$. Cependant, si on insiste, soit qu'on réveille ou qu'on excite ses facultés psychiques, elle arrive à ne pas se tromper. Elle fait manifestement un travail intellectuel lent, laborieux, mais qui aboutit partiellement : c'est ainsi que nous avons pu obtenir d'elle quelques réponses exactes.

Lorsqu'on lui demande de nous dire combien elle a de rentes, elle ne peut nous renseigner. Mais, si on lui dit : « Est-ce qu'elles s'élèvent à 500 francs? » elle sait bien nous répondre qu'avec cette somme elle ne pourrait pas vivre à Paris.

Lorsque nous insistons auprès d'elle, pour le calcul, quelqu'un lui dit, à un moment donné : « Voyons, encore un peu de calcul. » Elle répond vivement : « Ah! pour ce que cela me rapportera! »

La lecture et l'écriture sont normales, quoique difficiles et lentes.

La malade nomme exactement tous les objets que nous lui présentons.

Au point de vue stéréognosique, elle n'a fait qu'une erreur, et cette erreur se produit seulement pour le premier objet. Elle

©BIUM

dit, au lieu de clefs : « Ce sont des ciseaux... ce sont des serrures... c'est pour ouvrir les serrures... j'ai le mot sur le bout de la langue... clefs. »

Les troubles de la mémoire immédiate de conservation sont assez marqués. Nous lui exprimons le chiffre cinq, et nous lui expliquons qu'elle devra nous le répéter dans un moment. Elle n'a pu le faire à plusieurs reprises.

Elle ne peut répéter immédiatement une phrase quelconque qu'on lui cite. Au lieu de dire : « Je vais partir ce soir de l'Infirmerie du Dépôt », elle dit : « Je vais partir ce soir de la mairie du Dépôt. » Et au lieu de dire : « Je verrai mon gendre avec plaisir dans trois jours », elle dit : « Je verrai mon gendre avec appétit dans trois jours. » Elle fait plusieurs fois des fautes analogues.

Elle peut nous donner quelques renseignements sur sa vie passée, sur ses enfants : spontanément, elle nous raconte de menus faits anciens qui paraissent exacts : « Le cheval que conduisait son mari s'était cassé une patte dans un accident... Ils ont perdu toute leur fortune dans un incendie, mais des gens leur ont prêté de l'argent et ils ont pu se relever. On est bien content de trouver des gens comme cela ! »

Elle présente dans ses réponses parfois nettement de l'automatisme verbal. Elle exprime des réponses toutes faites.

Elle ne sait pas où elle habite, mais elle propose de nous conduire chez elle. Elle dit d'ailleurs qu'elle nous a déjà vus et qu'elle nous reconnaît bien.

Au point de vue physique, la force musculaire est égale et bonne dans les membres supérieurs et inférieurs. On note quelques mouvements syncinésiques, surtout à gauche.

Le réflexe rotulien gauche est plus fort que le droit : il n'y a pas d'extension des orteils, ni à droite ni à gauche. On n'observe pas de clonus.

La langue est déviée légèrement à droite.

La face est asymétrique, la joue gauche est légèrement affaissée.

Les pupilles sont petites; la gauche est un peu plus grande que la droite. Elles réagissent assez mal à la lumière, mais bien à l'accommodation.

La sensibilité objective est normale.

Les artères radiales, temporales sont dures; les sous-clavières sont surélevées, Les bruits du cœur, à la base, ne sont pas clangoreux.

©BIUM

La malade fut rendue à sa famille quelques jours après son entrée à l'Infirmerie spéciale. Elle commençait à s'orienter de mieux en mieux, mais ignorait complètement ce qui lui était arrivé au cours de sa fugue.

Le gendre, que nous avons revu en novembre 1907, nous a dit que la malade avait repris rapidement sa vie habituelle. On ne la laisse plus sortir seule. Ses actes ne sont pas désordonnés. Elle oublie les faits récents et n'a plus autant de suite dans les idées. L'affaiblissement des facultés progresse donc, mais bien lentement.

Obs. IV (1). — Ictus amnésique; fugue amnésique; amnésie rétro-antérograde diffuse, lacunaire, assez profonde. Retour progressif des souvenirs. Deux mois auparavant, ictus apoplectique. Affaiblissement des facultés mentales. Artériosclérose.

Mme Duf..., quatre-vingt-quatre ans, fut trouvée à Neuilly, avenue du Roule, à 11 heures du soir, couchée sur un trottoir, le jeudi 7 mai 1908. Elle portait une blessure à l'œil gauche.

Elle disait s'appeler Duf..., demeurer chez son fils, à Bois-Colombes. Elle porte sur elle une enveloppe à ce nom. A cette adresse, on apprend que son fils a déménagé et on ne connaît pas sa nouvelle adresse.

A l'Infirmerie spéciale du Dépôt, le 8 mai, elle dit qu'elle ne se souvient plus de son adresse; qu'elle a eu un étourdissement, qu'elle est tombée; après quoi, elle ne s'est plus souvenue de rien.

La mémoire est en effet très diminuée. La malade se localise mal dans le temps et dans l'espace. Elle compte péniblement. Les souvenirs anciens paraissent mieux conservés; elle se souvient bien de la date de sa naissance, de son lieu de naissance, des années de sa jeunesse, etc.

Les souvenirs récents n'existent plus; elle ne sait pas depuis combien de temps elle est hospitalisée. Elle ne peut dire le nombre de ses enfants, ni si elle demeurait avec son fils aîné ou cadet.

La déficience mnésique est surtout marquée en ce qui concerne les éléments de sa personnalité et de son identité; elle

(1) Observation en collaboration avec notre collègue, le Dr Froissart, de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police. Remercions ici vivement M. le Dr Legras, médecin en chef, qui a mis cette malade à notre disposition.

©BIUM

porte au maximum sur son adresse, sa vie récente, ses occupations actuelles, le trajet qu'elle a suivi pour venir jusqu'à l'hôpital. Cette amnésie est consciente.

Il faut dire que l'attention est difficile à fixer; la malade se fatigue très vite. D'autre part, elle semble, par moments, ne pas comprendre les questions qu'on lui pose, et y répondre à côté.

Elle est d'ailleurs légèrement sourde; elle n'entend pas bien le bruit d'une montre. Mais, en plus, elle présente quelques troubles du langage; elle retrouve lentement et difficilement les noms des objets qu'on lui présente, faisant le geste de l'usage auquel ils servent.

Elle reconnaît assez bien les objets au toucher et les nomme assez vite.

Elle obéit difficilement aux ordres qu'elle semble, par moments, avoir de la peine à comprendre.

En outre de la plaie du cuir chevelu, se développe, les jours suivants, une ecchymose orbitaire double.

La commissure labiale est légèrement déviée à gauche, de même que la langue. Le pli naso-génien est plus marqué de ce côté.

Les réflexes pupillaires sont bien conservés et égaux; pas de ptosis.

Les réflexes rotuliens sont forts, surtout à gauche. Les achilléens également, ainsi que les radiaux.

Le réflexe plantaire est beaucoup plus nettement en flexion à droite qu'à gauche : le gros orteil gauche reste immobile, avec plutôt une tendance à l'extension.

La force musculaire, très faible, est égale des deux côtés.

Le pouls est petit, faible et lent. Les artères sont dures.

Le 9 mai, la malade est un peu moins confuse, elle peut dire qu'elle reste du côté de la place d'Italie. Elle ne peut dire comment elle est venue de là à Neuilly. Elle croit être tombée avenue d'Italie.

Le pouls est meilleur. L'état physique s'améliore, en même temps que la malade s'oriente mieux et précise plus nettement les faits de son existence.

Les deux fils, avec lesquels elle habite avenue d'Italie, se présentèrent le lendemain pour réclamer leur mère et donnèrent les renseignements suivants : elle a quatre-vingt-trois ans, n'a jamais fait de graves maladies ni commis d'excès de boissons. En février 1908, elle vaquait encore à ses occupations

©BIUM

et se promenait seule presque chaque jour. Il y a deux mois et demi environ, depuis mars 1908, qu'elle habite avenue d'Italie. Il y a deux mois, elle a eu une attaque dans la rue avec perte de connaissance et hémiparésie faciale droite. On l'a reconduite chez elle. Ses fils n'ont pas remarqué qu'elle fût paralysée des membres. Ils n'ont pas constaté de troubles de la mémoire. Elle a présenté quelques vagues idées de persécution, puis s'est remise rapidement.

Elle sortait seule de nouveau depuis plusieurs semaines. Jeudi, elle est partie de chez elle vers 3 heures après-midi pour aller voir une personne dans le quartier d'Italie. Depuis, on ne sait plus ce qu'elle est devenue.

Elle restait un peu affaiblie intellectuellement depuis le premier ictus, mais se remettait progressivement et vaquait seule à ses affaires.

Chez notre premier malade, les ictus amnésiques précèdent et annoncent en quelque sorte la déchéance des facultés mentales : les ictus amnésiques peuvent donc être rangés parmi les prodromes des maladies « organiques » cérébrales. A brève échéance, ils sont généralement suivis d'ictus apoplectiques et l'affaiblissement psychique ne tarde pas à s'accroître (obs. I).

Notre seconde malade a présenté des ictus apoplectiques avant ses ictus amnésiques : les premiers ont précédé de près de dix ans les seconds. La malade, d'ailleurs, était encore extrêmement peu affaiblie mentalement lors de l'examen. Chez elle, les ictus amnésiques sont d'autant plus intéressants qu'ils sont mieux décrits par l'entourage. Il est à noter qu'elle avait surtout, durant ces états aigus amnésiques, de l'agnoscie visuelle et spécialement de l'agnoscie topographique (obs. II).

Quant aux ictus amnésiques de nos deux dernières observations, ils présentent cette particularité que tous les deux ont été suivis ou accompagnés de fugue. Les malades qui ont présenté dans la rue, soit un étourdis-

©BIUM

sement, soit un ictus apoplectique léger, se sont trouvés alors désorientés, confus, amnésiques, et incapables de rentrer à leur domicile. Alors, ils se sont mis à errer à l'aventure, sans but. Arrêtés très loin de chez eux, fatigués, épuisés, ils n'ont pu fournir des renseignements précis sur leur identité, leur domicile, leur profession, leur existence, etc., et ils ont été dirigés sur l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police. Ces malades offrent, en général, de la confusion dans les idées, de l'amnésie rétro-antérograde de conservation ou de reproduction, diffuse, lacunaire, plus ou moins profonde. Au bout de quelques jours, les phénomènes confusionnels et amnésiques ne tardent pas à s'amender et le sujet revient à un état voisin de l'état antérieur. Le plus souvent, l'affaiblissement des facultés psychiques se confirme, quelquefois très lentement, quelquefois avec rapidité.

Quoi qu'il en soit, ces ictus amnésiques, ainsi que chez les paralytiques généraux, apparaissent comme des épisodes aigus du début ou de la première période des états démentiels « organiques ». Ils sont importants à connaître au point de vue médico-légal (1), étant donné le retour du sujet à son état antérieur ou à un état voisin de cet état antérieur, pendant un temps plus ou moins long.

---

1) R. Benon et Vladoff. Evolution des états démentiels (artério-sclérose) : considérations cliniques et médico-légales, l'*Encéphale*, juin 1908, p. 502; et R. Benon. Etats démentiels et mesures judiciaires. Soc. de méd. lég., séance du 9 novembre 1908. *Bull. de la Soc. de méd. lég.*, 1908.

©BIUM

Médecine légale

LA SIMULATION DE LA FOLIE

D'APRÈS UN LIVRE DU PROFESSEUR MAIRET (DE MONTPELLIER)

Par le Dr A. GIRAUD

Nous avons, dans une précédente revue, examiné les études *psycho-physiologiques* du professeur Mairet sur la responsabilité et sur la jalousie. M. Mairet vient de publier un nouveau livre ayant pour titre : *La simulation de la folie*. Ce livre doit nous intéresser à un double point de vue. D'abord, l'étude de la simulation de la folie est fort importante en elle-même, et ensuite, nous trouvons dans cet ouvrage un exposé de l'enseignement donné par le professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Montpellier.

Dans son avant-propos, M. Mairet signale que, pour la pratique de la médecine légale, le médecin n'est plus dans les conditions ordinaires de la pratique médicale, où il n'a pas à mettre en doute la nature pathologique des symptômes observés, et où il peut se fier aux renseignements fournis par le malade. Dans la pratique médico-légale, dit M. Mairet, « l'individu que le médecin a devant lui est ordinairement un prévenu ayant commis quelque acte délictueux ou criminel, et

©BIUM

pouvant avoir, par suite, des raisons de simuler la folie, c'est-à-dire de simuler une maladie qui, si son stratagème réussit, lui assurera la non-imputabilité, l'irresponsabilité ». En dehors du mobile qui peut pousser les délinquants à simuler, se trouve le désir qu'ont certains jeunes soldats de se faire exonérer du service militaire.

M. Mairet a divisé son étude en quatre parties :

1° L'historique de la simulation de la folie ;
2° La folie simulée ;
3° La folie alléguée ;
4° La responsabilité du simulateur.

La simulation de la folie a existé de tout temps et on en trouve des exemples chez les peuples de l'antiquité. Ainsi David, obligé de fuir Saül, simula la folie ; Ulysse, ne pouvant se résoudre à quitter Pénélope, aurait contrefait l'insensé pour ne pas aller à la guerre de Troie ; Solon a simulé la folie pour agir sur le peuple ; Brutus a contrefait l'imbécile pour échapper aux défiances de Tarquin. Après avoir passé rapidement sur ces faits, M. Mairet s'est arrêté longuement sur l'étude de la simulation portée au théâtre par Shakspeare dans le drame d'*Hamlet*.

Le personnage d'*Hamlet* est à la fois celui d'un simulateur et celui d'un malade de l'esprit. C'est un déprimé mélancolique qui, en temps ordinaire, conserve toute sa raison, mais verse volontiers dans le délire, et apparaît alors comme un véritable aliéné. C'est un type clinique, reconnu seulement depuis une date assez récente, l'*aliéné simulateur*. Il est assurément intéressant de suivre l'étude faite par M. Mairet du personnage créé par le génie de Shakspeare.

M. Mairet voit que, durant toute la pièce, Hamlet se présente comme un mélancolique ; sa tristesse a comme point de départ une cause naturelle, la mort

©BIUM

rapide et tragique de son père, et la conduite de sa mère, qui se remarie quelques semaines seulement après cette mort. Mais la tristesse d'Hamlet est exagérée ; il ne peut s'en dégager, le souvenir de son père l'absorbe ; il revoit celui-ci « avec les yeux de l'âme ». Toutefois, M. Mairet ne considère pas encore cette tristesse comme étant d'ordre pathologique. Les idées de suicide qui apparaissent sont fugaces et sont celles que peut avoir un homme accablé par le chagrin. Hamlet voit apparaître le spectre de son père. Cette apparition n'est pas encore considérée par M. Mairet comme étant d'ordre pathologique, parce qu'à l'époque où vivait Shakspeare, la croyance que les morts pouvaient sortir de leurs tombeaux et visiter les vivants était générale et Shakspeare n'a pas cherché à décrire une hallucination. Mais l'apparition fait une profonde impression sur l'esprit d'Hamlet ; sa tristesse passe à l'état pathologique et devient une véritable *dépression mélancolique*. A partir de ce moment, on trouve, dit M. Mairet, dans l'état psychique d'Hamlet les principaux caractères de cet état morbide, cette manière de sentir, si clinique, qui fait que toutes les impressions venant de l'extérieur, même celles qui devraient être le plus agréables, sont ressenties tristement ; des rémissions et des exacerbations, avec parfois des crises délirantes ; des idées de suicide plus ou moins pressantes ; enfin la conservation de l'intelligence malgré l'endeuillement de la sensibilité morale.

En même temps qu'un malade, Hamlet est un simulateur. La simulation est évidente dans une scène où Polonius, le père d'Ophélia, aborde Hamlet et n'obtient que des divagations incohérentes. Hamlet paraît croire que Polonius est un marchand de poisson ; il lui demande s'il a une fille et tient des propos sans suite. La simulation est non moins évidente dans une autre scène où Hamlet, mis en présence d'Ophélia, ne paraît

©BIUM

pas la reconnaître, et lui tient à elle aussi des propos tout à fait incohérents.

M. Mairet a analysé les caractères de la simulation dans le personnage d'*Hamlet*. Alors que le dialogue indique une intelligence paraissant profondément troublée et un esprit complètement bouleversé, on peut reconnaître que tout cela est voulu, tout cela n'est qu'apparence. Au moment où Hamlet ne paraît reconnaître ni Polonius ni Ophélia, il reconnaît des camarades d'enfance, et même des comédiens qu'il n'a pas vus depuis longtemps. Il n'y a pas là chez lui une de ces crises délirantes parce qu'on ne retrouve, dit M. Mairet, ni l'exaltation poussée jusqu'à la rage et au vertige, ni, au contraire, la tristesse profonde s'exhalant en soupirs qui fendent l'âme, ni les hallucinations qui caractérisent ces crises.

Au point de vue purement médical, la simulation d'Hamlet présente des défauts. Elle est intermittente. Hamlet ne simule que lorsqu'il est en présence de certaines personnes auxquelles il a intérêt à faire croire qu'il est fou. L'affaiblissement de l'intelligence, au point de ne plus reconnaître Polonius, a atteint trop rapidement ce degré d'intensité, et il reste trop d'esprit de suite dans les divagations, ce qui ne se voit pas en clinique.

Où Shakspeare a-t-il connu le type de l'aliéné simulateur représenté par le personnage d'*Hamlet*? C'est une question qui reste sans réponse. Toutefois M. Mairet fait remarquer que Shakspeare a écrit deux Hamlet, l'un vers l'âge de vingt et un ans, l'autre vers l'âge de trente-six ans, et c'est dans le second Hamlet que ce type de l'aliéné simulateur se trouve bien décrit ; en effet, dans le premier Hamlet, Shakspeare ne parle ni de la prédisposition héréditaire, ni de l'impossibilité de définir la folie, et les modifications apportées au person-

©BIUM

nage du héros, dans le second Hamlet, marquent les emprunts faits par l'auteur à la pathologie mentale.

Après avoir présenté le personnage d'*Hamlet* comme un type d'aliéné simulateur, M. Mairet reprend l'historique de la simulation de la folie en médecine. Il n'a dans l'antiquité trouvé à peu près rien sur la simulation de la folie, envisagée au point de vue médical. Tout ce qu'il a trouvé se résume dans les quelques mots suivants de Galien : *Delirare quoque nonnulli desipereque se finxerunt, quum alios potius stultos offenderent.* On aurait pu attendre davantage, dit M. Mairet d'un auteur qui intitule le mémoire consacré par lui à la simulation : *Quomodo morbum simulantes sint deprehendi libellus.*

Il a trouvé dans Ambroise Paré, dans l'ouvrage intitulé : *Monstres et Prodiges*, et paru en 1573, une observation qu'on peut considérer comme un cas de simulation de folie et qui vise une *grosse garce de Normande qui feignait avoir un serpent dans le ventre.* Ambroise Paré rapproche ce cas d'autres faits de simulation et fait la réflexion suivante : « Ceux qui contre-
« font les muets replient et retirent leur langue en la
« bouche. Aussi ceux qui contrefont le mal Saint-Jean
« se font mettre des menottes aux mains, se vautrent
« et plongent dans la fange, et mettent du sang de
« quelques bestes sus leur teste, disans qu'en leur
« débattant se sont ainsi blessés et meurtris : estans
« tombés par terre, remuent les bras et les jambes et
« débattent tout le corps, et mettent du savon dans
« leur bouche pour se faire écumer, ainsi que font les
« épileptiques en leur accès. »

M. Mairet aurait pu compléter la citation et donner la conclusion d'Ambroise Paré qui n'est pas tendre pour les simulateurs.

« Autres font une certaine colle avec farine délayée,

©BIUM

« et la posent sus tout leur corps, crians qu'ils sont « malades du mal de saint Main. Or longtemps il y a « que ces larrons imposteurs ont commencé le train « d'abuser le peuple, car ils étaient jà du temps d'Hip- « pocrate en l'Asie, comme il est escrit au livre de « l'*Air et des eaux* : partant, il les faut découvrir tant « qu'il sera possible, et les déférer au magistrat, à ce « que punition en soit faite ainsi que l'énormité du cas « le requiert. »

En 1595 Silvaticus, fit paraître un ouvrage intitulé : *De ijs qui morbum simulant deprehendis*, et dans lequel se trouve un chapitre consacré à l'étude du diagnostic de la folie simulée, chapitre sur lequel M. Mairet appelle tout particulièrement l'attention.

Silvaticus, dit M. Mairet, distingue deux espèces de folie simulée. L'une est celle des individus qui feignent d'être insensés en imitant les fous, dans leur parole, leurs gestes, leur démarche ; l'autre est celle de ceux qui provoquent chez eux l'aliénation d'esprit par des substances diverses comme le vin, la mandragore, les menstrues de femme mélangées avec un cerveau de jeune chat, les vapeurs de charbon, etc... Pour démasquer la simulation, Silvaticus recommande la plus grande attention. Il faudra tout d'abord rechercher les caractères qui, d'après Hippocrate, sont particuliers à la folie, à tel point que sans eux, il ne peut y avoir de folie.

L'étude du livre de Silvaticus provoque de la part de M. Mairet les réflexions suivantes : En 1595, les connaissances médicales sur la folie se résumaient dans les enseignements d'Hippocrate et de Galien.

Puis les éléments sur lesquels est basé le diagnostic sont : la connaissance de la vie antérieure de l'individu ; celle des différentes manifestations symptomatiques de la folie ; un examen attentif et prolongé, examen indispen-

©BIUM

sable pour étudier les symptômes de la folie et dépister ceux appartenant à la simulation, le simulateur ne pouvant longtemps, pense Silvaticus, maintenir son rôle sans se trahir. C'est la ligne de conduite que nous suivons aujourd'hui et qui était déjà indiquée au XVI^e^ siècle.

Un siècle plus tard, en 1688, Paul Zacchias, dans son livre : *Quæstionum medico-legalium opus*, a étudié la folie et a passé en revue les moyens propres à dépister la simulation de la folie. Ces moyens sont : étude de l'habitude extérieure ; état du sommeil ; symptômes propres aux diverses formes de la folie, symptômes que le simulateur ne saurait si bien imiter, « qu'un médecin intelligent ne sache distinguer la vérité de l'imposture » ; recherche des causes de la maladie et de leur intensité d'action ; étude des prodromes, lesquels n'existent pas dans la simulation, tandis qu'ils existent dans la folie vraie ; expression symptomatique comparée du délire dans la folie véritable et dans la folie simulée ; ce délire est généralement absurde et exagéré chez le simulateur. A cela Zacchias ajoutait les moyens directs tels que menaces, bastonnades, ayant pour but d'obliger le simulateur à avouer sa feinte ; enfin, mise en activité de certaines émotions.

L'étude de Zacchias a fait loi jusqu'au commencement du XIX^e^ siècle à tel point que Mahon, dans le traité paru en 1801, et Foderé, dans le livre publié en 1813, se sont bornés à reproduire ce qu'avait dit Zacchias. Foderé a seulement, dit M. Mairet, ajouté une observation d'un cas où il a eu recours, pour arriver au diagnostic, aux moyens directs préconisés par Zacchias, c'est-à-dire aux seuls moyens qui soient abandonnés de nos jours. Une fille âgée d'environ vingt-cinq ans, voleuse de grands chemins, avait eu le talent, en contrefaisant la folie, d'échapper à la justice de différents tribunaux de la Savoie et de Genève. Foderé fut commis

©BIUM

pour constater son état, et elle contrefit si bien la maniaque lors de la première visite, qu'il fut sur le point de la déclarer telle ; mais se rappelant les moyens indiqués par Zacchias, il voulut en faire l'essai, et dit au concierge devant la détenue : « Demain je la verrai ; si elle continue à hurler, si elle ne s'habille pas et si sa chambre n'est pas propre, vous lui appliquerez un fer rouge entre les épaules. » Le lendemain tout était en ordre, la chambre, tapissée d'excréments la veille, avait été lavée, la prétendue folle avait laissé dormir les prisonniers. Foderé la trouva vêtue.

La seconde partie du livre, intitulée : *Folie simulée*, est très développée et est subdivisée en huit chapitres qu'il est intéressant de passer en revue.

Quels sont les mobiles qui poussent à simuler la folie? Ils sont très divers. Des délinquants simulent pour échapper à une condamnation ; des jeunes gens pour éviter le service militaire ; des prisonniers de guerre pour se faire libérer. Certaines femmes nerveuses simulent des tentatives de suicide pour arriver à ce qu'elles désirent. Des individus ont simulé pour rompre un contrat de travail. D'anciens aliénés guéris, ne trouvant pas dans leur pays la vie facile qu'ils avaient à l'asile, ont feint la folie pour y retourner. Des détenus simulent la folie pour se faire transférer à l'asile où ils se trouveront mieux qu'à la prison.

Quels sont les actes criminels à la suite desquels on observe le plus souvent la simulation de la folie? D'après la statistique dressée par M. Mairet, on ne trouve que vingt-six assassins sur cent délinquants simulateurs, ce n'est donc pas la gravité du crime qui fait le simulateur.

Quelle est la fréquence de la simulation? Elle paraît avoir été grande à l'époque de Zacchias. Elle est rare aujourd'hui par rapport à l'ensemble des délinquants,

©BIUM

tout en paraissant avoir augmenté à la suite de la loi sur la relégation.

La simulation de la folie est très difficile, et tous les criminels ne sont pas susceptibles de simuler la folie. Dans la grande majorité des cas, le simulateur est un prédisposé ; c'est un taré dans son système nerveux. Toutefois ce n'est pas une règle absolue, et M. Mairet a trouvé des observations où il est noté que le simulateur était indemne de toute tare.

Quelles sont les expressions symptomatiques de la folie simulée? M. Mairet les divise en deux catégories : les formes qui imitent plus ou moins bien la folie vraie, maniaque, stupide, mélancolique, folie des persécutions, mégalomaniaque, démentielle, surdi-mutité ; les formes qui ne peuvent être classées sous aucune étiquette clinique, que M. Mairet étudie sous la rubrique de forme atypique, et dont il donne comme exemple l'observation de Dérozier, publiée par Morel dans les *Annales médico-psychologiques*. L'incohérence du prévenu n'avait rien de clinique ; les manifestations psychiques accusées ne permettaient de classer cet homme dans aucun des groupes d'aliénation mentale établis. Il présentait des symptômes en contradiction les uns avec les autres. La conclusion de simulateur s'imposait.

La forme maniaque est celle qu'affectionne le plus volontiers le simulateur. Dans certains cas, dit M. Mairet, c'est la manie simple avec agitation plus ou moins considérable qui est simulée : *manie avec agitation*, *manie avec fureur* et *manie avec surexcitation* ; d'autres fois, le simulateur y ajoute des *idées délirantes* et des *hallucinations* ; dans d'autres cas, on croirait avoir affaire à une *manie* chronique, ou, au contraire, à une *manie transitoire*. M. Mairet cite pour chacun de ces cas des observations empruntées aux auteurs.

La forme stupide, qui est l'opposé de la forme ma-

©BIUM

niaque, a tenté certains simulateurs ; mais cette simulation demande une volonté peu commune. Cette volonté, certains simulateurs l'ont eue et M. Mairet en donne des exemples.

La mélancolie est une des formes de folie qu'on rencontre le moins souvent dans la simulation.

Le délire des persécutions qu'on rencontre chez les simulateurs se rapproche plus ou moins de la folie des persécutions et revêt les caractères d'un délire systématisé.

La forme mégalomaniaque a été prise par certains individus comme type de simulation.

De même la forme démentielle, démence simple ou démence organique, ainsi que la surdi-mutité, et des exemples sont toujours cités dans le livre de M. Mairet pour chacune de ces formes.

Un chapitre est consacré aux éléments de doute et de diagnostic. Ces éléments sont fournis par l'examen direct du prévenu et par l'examen indirect.

M. Mairet commence par l'examen indirect. On doit examiner les antécédents du prévenu, les mobiles du crime, l'époque d'apparition des troubles psychiques par rapport au crime, le mode d'apparition de ces troubles.

Dans les antécédents, il y a à tenir compte d'une part des antécédents héréditaires, et, d'autre part, des antécédents criminels.

M. Mairet donne comme règle que « lorsque, chez « un prévenu suspecté d'être atteint d'aliénation men- « tale, on ne trouve ni hérédité, ni prédisposition, on « doit avoir des doutes sur la réalité de la folie ».

Pour les antécédents criminels, il est fréquent que le simulateur ait déjà à son actif de nombreux méfaits ; parfois il a simulé antérieurement une autre infirmité, et parfois il a déjà simulé antérieurement la folie.

Les mobiles qui poussent l'aliéné au crime sont de

©BIUM

nature délirante. Il en est différemment chez le simulateur.

L'époque d'apparition du délire par rapport au crime varie. Elle peut être antérieure, de la même époque que le crime ou postérieure.

La *pré-simulation* est moins fréquente que les deux autres, mais elle existe et a pour but de préparer les esprits à l'idée que l'acte a été accompli sous l'influence d'un délire. C'est ce que Vallon a appelé la simulation préventive. M. Mairet préfère l'appeler la pré-simulation. Il donne le nom d'intra-simulation à la simulation de même époque que le crime. Le délinquant simule dès son arrestation ou même dès qu'il se sent soupçonné. La post-simulation est la plus fréquente. Elle débute plus ou moins longtemps après le crime et, dans l'intervalle, le prévenu s'est montré complètement lucide.

Le mode de développement de la folie simulée peut fournir un élément de doute. Rien n'est plus rare que l'apparition subite de la folie. L'observation clinique des aliénés montre une période d'incubation et une période prodromique, qui, naturellement, manquent chez le simulateur ; et, à ce propos, M. Mairet conseille à l'expert, lorsqu'il ne trouve pas de renseignements suffisants dans le dossier judiciaire, de ne pas faire son enquête à lui seul, mais de demander au magistrat instructeur un complément d'information.

L'examen direct fournit d'autres éléments de doute et de diagnostic, mais une question se pose : Quel doit être le milieu d'observation ? La prison ne réalise pas les conditions requises pour l'observation et la surveillance, et on ne trouve qu'à l'asile un personnel habitué à observer les aliénés. Le médecin, à la prison, ne peut asseoir son diagnostic que par les visites faites au prévenu. D'un autre côté, à l'asile, le simulateur trouve

©BIUM

des modèles à imiter et peut perfectionner sa simulation. On a fait, pour le placement en observation à l'asile, l'objection que la loi de 1838 ne permettait le placement à l'asile que pour les individus dont la folie était nettement établie. Cette objection paraît avoir peu de valeur, car la sauvegarde de la liberté individuelle d'un prévenu n'a pas ici à entrer en jeu.

Dans l'étude des éléments fournis par l'examen direct, M. Mairet passe de nouveau en revue la forme d'aliénation présentée par le prévenu.

Quand la forme est atypique, la conclusion de simulation s'impose.

Dans la forme maniaque, les éléments de doute peuvent porter sur l'expression de la physionomie, la tenue, la modalité des mouvements, l'habitude extérieure, sur l'attention, l'agitation, le sommeil, sur la circulation, la coordination des symptômes, enfin sur les caractères de certaines réponses et de certains actes qui peuvent être atypiques.

Dans la forme stupide, il y a le plus souvent chez les simulateurs des notes discordantes dans les symptômes de la maladie, et des réponses atypiques.

Les observations de mélancolie simulée sont peu nombreuses, et ce qui ne peut pas être simulé dans la forme mélancolique, c'est le trouble général de la nutrition. Dans la forme de délire de persécution simulé, les éléments de doute peuvent naître quand l'expression de la physionomie n'a rien de celle du persécuté halluciné, et quand il y a des contradictions flagrantes dans la description que le prévenu fait de ses hallucinations.

La simulation des idées de grandeur est démasquée quand il y a un début brusque sans période prémonitoire, une habitude extérieure non en rapport avec les idées délirantes, des inconséquences dans le délire, des

©BIUM

symptômes hétérogènes, un mobile criminel non pathologique. La démence simulée apparaît généralement rapidement, parfois brusquement et atteint rapidement un très haut degré d'intensité. On peut observer chez le simulateur une variabilité d'intensité de la démence, et dans la simulation de la démence organique on observe facilement des incorrections, parce que le simulateur doit en même temps que la démence simuler des paralysies en harmonie avec l'état mental.

De même, pour l'imbécillité et la surdi-mutité, il existe généralement chez le simulateur une désharmonie entre l'expression de la physionomie et le degré d'arrêt de développement simulé. Pour la surdi-mutité, les antécédents devront révéler la fraude.

L'évolution des symptômes fournit d'autres éléments de diagnostic, et M. Mairet divise en trois classes les incorrections présentées dans la simulation de telle ou telle forme de folie.

A. Symptômes anormaux dans leur expression ; atypiques, exagérés, non en rapport avec la forme clinique, anormaux dans leur manifestation, par exemple survenant seulement à certains moments et devant certaines personnes ; contradictions dans la description des symptômes, incorrections dans l'exposé des symptômes.

B. Désharmonie symptomatique ; habitude extérieure en harmonie avec la forme clinique, absence de certains symptômes nécessaires, demandes et réponses non en harmonie avec la forme clinique, incoordination des symptômes, inconséquences dans le délire.

C. Évolution anormale ; évolution trop rapide des symptômes ou disparition trop rapide du délire.

M. Mairet a consacré un chapitre à l'examen des procédés complémentaires indiqués par les auteurs. Ces procédés, dit M. Mairet, « ont pour but soit d'ajouter

©BIUM

des signes diagnostiques à ceux fournis par l'examen direct, soit d'annihiler la volonté du prévenu en provoquant un délire toxique, soit de l'amener à avouer qu'il simule ». On n'admet plus aujourd'hui qu'on ait le droit d'annihiler la volonté du prévenu en provoquant un délire toxique, ni d'employer les moyens douloureux. Mais M. Mairet est d'avis que les menaces, les ruses et la persuasion sont à conserver. J'avoue qu'en ce qui concerne les menaces, je ne partage pas l'opinion de M. Mairet. Quant aux ruses, la plus habituelle consiste à dire, devant le prévenu en observation, que s'il présentait tel ou tel symptôme, on n'aurait pas de doute sur la réalité de la folie. S'il tombe dans le piège, la simulation est évidente ; un aliéné ne présente pas un symptôme dont on a parlé devant lui.

Le diagnostic se déduit du tableau clinique, mais, dit M. Mairet, il ne suffit pas au médecin « d'avoir constaté chez un prévenu quelques incorrections cliniques pour l'amener à admettre *ipso facto* la simulation. En agissant ainsi, il pourrait grossièrement se tromper... Constater des incorrections ne suffit donc pas pour établir le diagnostic ; il faut pour cela :

1° Apprécier leur valeur, les transformer en signes diagnostiques ;

2° Montrer qu'elles sont incompatibles, soit avec la folie en général, quand il s'agit de formes atypiques, soit avec la forme revêtue par la simulation, quand il s'agit de formes cliniques.

M. Mairet a étudié dans un chapitre spécial les aliénés simulateurs dont il avait trouvé un beau type dans le personnage d'Hamlet. Griesinger, en 1865, avait écrit : « Une chose très importante à noter, « c'est que la constatation des faits de simulation n'est « nullement une preuve certaine que l'individu jouisse « de toute sa raison, que quelquefois les aliénés eux-

©BIUM

« mêmes simulent la folie, et qu'il y a même pour eux « un certain plaisir morbide évident à simuler ainsi, « circonstance qui peut être comparée à une disposition « analogue que l'on observe chez les hystériques, mais « qui cependant ne lui est pas identique. On peut « donc être en position de démontrer que l'individu « simule la folie, et que, malgré cela, il est bien fou, « mais seulement d'une autre manière que celle qu'il « simule et que sa folie se reconnaît à d'autres signes « que ceux qu'il met en avant. »

M. Mairet distingue dans les aliénés simulateurs deux groupes, les aliénés exagérateurs et les aliénés simulateurs proprement dits.

Le groupe des aliénés exagérateurs compte des cas fréquents. La plupart des aliénés criminels, se rendant plus ou moins bien compte de la gravité pénale de l'acte qu'ils ont commis, ont, de l'avis de M. Mairet, de la tendance à exagérer leur délire. Les faibles d'esprit exagèrent leur débilité intellectuelle ; les imbéciles exagèrent leur délire.

Les aliénés simulateurs proprement dits créent de toute pièce, à côté de leur délire réel qu'ils méconnaissent en tant qu'état pathologique, tout un délire simulé. M. Mairet cite le cas observé par lui d'un aliéné ayant un délire mégalomaniaque et simulant une forme atypique. Il cite une observation de Lombroso, un persécuté simulant une forme maniaque ; une observation de Nichols, un halluciné à idées délirantes mystiques simulant l'imbécillité ; une observation d'Hospital, un déprimé mélancolique simulant la démence.

M. Mairet tire alors de son étude les déductions suivantes :

« 1° L'aliéné simulateur est un aliéné qui n'a pas « conscience de son état de folie réelle et pas davan- « tage de la valeur morale du crime commis par lui,

©BIUM

« mais qui se rend compte de la gravité pénale de ce « dernier.

« *a*) L'aliéné simulateur n'a pas conscience de son « état de folie réelle. Toutes les observations le « prouvent. Pourquoi, en effet, simule-t-il ? Pour « échapper à la punition, la folie créant, il le sait, « l'irresponsabilité. Or, s'il avait conscience de sa « folie, il ne simulerait pas.

« *b*) Il n'a pas conscience de la valeur morale de « l'acte criminel commis par lui, mais il se rend « compte de sa gravité pénale. Par la simulation « même, l'aliéné criminel affirme qu'il a la connais- « sance de la gravité pénale de son acte, mais par son « attitude vis-à-vis de celui-ci et de ses conséquences, « il affirme non moins son inconscience morale. Voici « ce que le Dr Hospital dit de Barthélemy S... à ce « sujet : « Tous les discours tendant à lui faire com- « prendre l'énormité de son crime, à *faire vibrer sa* « *sensibilité* le laissent dans *une indifférence absolue.* »

« 2° L'aliéné simulateur se rencontre parmi les « aliénés chez lesquels le délire permet, en dehors de « lui le fonctionnement de la raison. Ceci se dégage de « toutes nos observations, et est trop naturel pour que « nous insistions.

« 3° L'aliéné simulateur, ignorant son délire vrai, ne « fait pas servir celui-ci à la constitution de son « délire simulé. Dans l'observation rapportée par le « Dr Nichols, le délire vrai ne fut même découvert que « par hasard, alors que la simulation était déjà dépis- « tée. De sorte qu'on a ainsi affaire à deux folies, « l'une vraie, l'autre simulée, évoluant chacune pour « leur compte chez un même individu. »

La troisième partie du livre de M. Mairet est consacrée à la *Folie alléguée*. Dans la folie simulée, le médecin se trouve en présence d'individus ayant l'apparence

©BIUM

d'aliénés ; dans la folie alléguée, il se trouve en face de prévenus ayant tout leur bon sens, mais alléguant pour leur défense qu'ils étaient en état de « démence au temps de l'action », ce qui leur assure, si cet état était réel, le bénéfice de l'article 64 du Code pénal. D'après les faits observés, les prévenus traduisent cet état de folie alléguée, soit par une amnésie qui leur a fait oublier complètement l'acte commis, et montrerait combien le fonctionnement de leur cerveau était troublé, soit par un délire dont ils se souviennent plus ou moins, d'où deux formes, la forme amnésique, la forme délirante.

L'amnésie invoquée peut être passagère ou prolongée, c'est-à-dire s'étendre à une période de temps plus ou moins longue. Pour avoir une base d'appréciation, on doit rechercher à quel trouble mental on pourrait la rattacher, folie partielle, délire alcoolique, délire aigu, épilepsie larvée, ou autres affections mentales.

Quant aux formes délirantes de la folie alléguée, on a vu invoquer le délire alcoolique, le délire morphinique, le délire de peur, la fureur sexuelle. Le diagnostic doit être établi en étudiant l'ensemble de la vie psychique du prévenu, et la simulation se reconnaît par les incorrections du délire allégué.

M. Mairet a terminé son étude par une quatrième partie fort courte, ayant pour titre : *Simulation et responsabilité*.

Simuler la folie, dit M. Mairet, c'est-à-dire chercher à tromper, est un acte blâmable, et, par suite, il semble que cet acte doive aggraver la faute, et que le simulateur mérite une punition plus sévère que celle qu'il aurait encourue pour le seul délit commis par lui. Le législateur ne l'a pas pensé, ajoute M. Mairet, du moins en ce qui concerne la criminalité. Et l'auteur cite Chavigny, d'après lequel la simulation peut profiter à

©BIUM

l'inculpé si le médecin s'est laissé tromper, et ne peut lui causer aucun dommage si la vérité est reconnue. La simulation serait une arme de défense, de même qu'on ne tient pas rigueur du mensonge employé pendant l'instruction.

M. Mairet ne partage pas l'avis d'Ingegnieros, qui voudrait que la simulation aggravât la peine, et qui pense que cette aggravation suffirait pour faire disparaître la simulation. M. Mairet croit que le meilleur moyen de la faire disparaître est de la dépister. Il ajoute une autre considération pour ne pas faire de la simulation un motif d'aggravation de la peine. Le simulateur est généralement un individu taré dans son système nerveux et ses tares diminuent sa responsabilité.

Je crois qu'en pratique, les juges se montrent sévères pour les simulateurs. Sans doute, il n'y a pas d'article de loi pour frapper d'une peine la simulation, ou, en d'autres termes, la simulation ne tombe pas sous le coup de la loi ; mais les juges ont généralement une certaine latitude pour fixer la durée de la peine, de même que les jurés peuvent, à leur gré, accorder ou ne pas accorder de circonstances atténuantes. D'après l'expérience que je puis avoir, les individus qui ont cherché à éviter une condamnation en simulant la folie sont, pour employer une expression vulgaire, bien salés. L'exemple le plus frappant que j'ai vu est celui d'un récidiviste, poursuivi au Havre pour menaces de mort, et qui simulait d'une manière remarquable l'épilepsie (il avait, à cet effet, suivi des cours spéciaux à Paris). La supercherie ayant été reconnue, le tribunal du Havre prononça une condamnation à dix années d'emprisonnement, peine énorme pour un tribunal correctionnel. Le maximum pour menaces de mort est cinq années ; mais le tribunal avait fait application en

©BIUM

outre de l'article de loi permettant de doubler les peines en cas de récidive.

L'étude faite par M. Mairet est très intéressante. On peut résumer les préceptes donnés par le Professeur de Montpellier, en disant : Le médecin chargé d'examiner un individu donnant des signes de folie, mais ayant intérêt à être considéré comme aliéné, doit s'assurer qu'il trouve le tableau clinique d'une forme de folie déterminée, en tenant compte que des aliénés peuvent simuler une forme de folie qu'il n'ont pas, et que les simulateurs sont généralement des êtres tarés dans leur système nerveux. La simulation est décelée par le fait que le pseudo-aliéné imite des symptômes insolites dans la forme d'aliénation mentale où il a cherché des modèles.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS ALGÉRIENS

DANS UN ASILE MÉTROPOLITAIN

Par le Dr LEVET

Médecin-directeur de l'asile de la Charité,
Ancien médecin de l'asile d'Aix.

Suite et fin (1).

L'aliénation mentale des Arabes affecte des formes spéciales qui déroutent le clinicien ; et je crois que pour bien pénétrer ces malades, il faudrait non seulement avoir une grande habitude de l'aliéné arabe, mais encore une parfaite connaissance de la vie, du milieu de l'indigène normal, connaissance que ne peuvent avoir les médecins des asiles métropolitains qui, pour la plupart, n'ont eu l'occasion de connaître l'Algérie qu'au cours d'un rapide voyage d'agrément.

Il ne saurait être question, dans le présent travail, de reprendre la très intéressante étude du Dr Meilhon : je ne puis qu'incidemment signaler que tout ce que j'ai pu observer des aliénés arabes à Aix, confirme absolument ses observations faites il y a près de vingt ans. Comme M. Meilhon, je n'ai pu que noter l'extrême rareté de la paralysie générale chez l'indigène, tant

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1909.

©BIUM

kabyle qu'arabe. A l'époque où j'étais à Aix, il n'y avait pas un seul indigène paralytique général. En repassant toutes les observations d'indigènes depuis 1889, époque où le Dr Meilhon avait arrêté sa statistique, jusqu'en 1906, je n'ai trouvé qu'une seule observation de paralysie générale. A noter cependant que, de 1889 à 1906, la statistique ne porte que sur onze années, car, comme je le dirai plus tard, il y a eu une période de cinq ans (de 1899 à 1905) où il n'y a pas eu d'admission d'Arabes à Aix.

Mais indépendamment des questions ethniques, ce qui déroute le clinicien, dans l'observation de ce genre d'aliénés, c'est l'extrême fréquence de l'intoxication kiffique.

L'appoint kiffique est au moins aussi fréquent chez l'aliéné arabe que l'appoint alcoolique chez l'aliéné métropolitain de certains départements où sévit plus particulièrement l'alcoolisme. Comme l'alcool, le haschisch masque et dénature la forme mentale, et ce n'est qu'une fois cet appoint disparu que celle-ci apparaît pure, et encore n'est-il pas certain pour moi que l'imprégnation kiffique ne soit pas plus longue à disparaître, ne marque pas plus longtemps et plus définitivement sur la psychose que l'imprégnation alcoolique. Quand j'étais médecin à l'asile d'Aix, sur 84 aliénés indigènes, tant hommes que femmes, j'ai relevé 48 malades qui avaient été, de leur propre aveu, des fumeurs ou des chiqueurs de kiff avant leur internement. Faute de renseignements, je n'ai pu baser cette statistique que sur l'aveu des malades, interrogés par interprète. Mais il est certain que parmi les autres, certains ont nié comme nient souvent nos alcooliques, et enfin, il faut tenir compte du grand nombre qui n'ont pu ni nier ni avouer du fait de leur inconscience absolue, de leur état dementiel profond. A noter encore

qu'au kiffisme s'ajoute souvent aussi et parallèlement l'alcoolisme concomitant.

On conçoit donc l'embarras du médecin en présence d'un malade aussi difficile à bien connaître, et on conçoit combien, en dépit de toute sollicitude, il est difficile de soulager l'infortune d'un malheureux dont on ne sait jamais si les réactions sont commandées directement par la psychose ou ne proviennent pas d'une cause tout à fait étrangère à cette dernière.

Voici des exemples :

Un indigène peut refuser toute alimentation sous un prétexte religieux : rhamadan, crainte de manger une viande d'une bête tuée contre les prescriptions du Coran (1), et ce ne sera pas de la sitiophobie.

Il peut déchirer ses habits (il le fera même souvent) sans autre motif que l'impatience d'être vêtu d'habits qui le gênent.

Il pourra salir çà et là par sans-gêne d'enfant du désert et ce ne sera pas du gâtisme.

Il pourra frapper un infirmier, un médecin et ce ne sera pas de la violence pathologique : ce sera tout simplement parce que le médecin aura voulu pratiquer un examen intime (exploration de l'anus, par exemple), ou parce que l'infirmier aura insisté pour lui faire prendre une médication rectale ordonnée à la visite, ou encore lui aura servi par inadvertance, de la viande de porc ou du vin, alors que les explorations, les médications, les

(1) Les animaux morts, le sang, la chair du porc, tout ce qui a été tué sous l'invocation d'un autre nom que celui de Dieu, les animaux suffoqués, assommés, tués par quelque chute ou d'un coup de corne, ceux qui ont été entamés par une bête féroce, à moins que vous ne les ayez purifiés par une saignée, ce qui a été immolé aux autels des idoles, tout cela vous est défendu. Ne vous les partagez pas en consultant les flèches, car ceci est une impiété. Le désespoir attend ceux qui ont renié votre religion. « Ne les craignez point, craignez-moi. » (*Coran*, verset 24, chapitre v.)

©BIUM

aliments sont contraires à la religion coranique et considérés par lui comme des insultes demandant la vengeance immédiate. Enfin, cette vengeance, surtout chez le Kabyle, « rancunier à l'excès », remarque le Dr Meilhon, peut très bien être couvée jusqu'au moment où le gardien, coupable involontaire, sera isolé de ses collègues, et l'agression, dans ce cas, sera mise sur le compte d'un accès d'agitation, puisque personne ne comprendra les propos du malade.

L'aliéniste chargé d'un service semblable doit en arriver à une sorte de spécialisation ; mais en attendant, il n'en est pas moins vrai que le malheureux indigène qui arrive à l'asile métropolitain dans un mauvais état physique a peu de chances d'y réparer rapidement ses forces. Or, il arrive souvent très débilité, du fait de la misère physiologique antérieure à sa maladie mentale, les mêmes causes (misère matérielle, kiffisme, alcoolisme aussi, etc.), ayant engendré à la fois la misère physiologique et la psychose, du fait des fatigues de l'attente du transfert et des mauvaises conditions du voyage.

Etant données les conditions qu'il trouve à son arrivée à l'asile métropolitain, non seulement tout traitement moral est impossible, mais il en est bientôt de même de tout traitement physique. L'Arabe arrivé excité, agité, ne tarde pas le plus souvent à se déprimer. Sa résistance physique déjà très diminuée ne résiste pas au changement de climat, de milieu et de régime ; la tuberculose fait des ravages considérables chez ces aliénés, 20,54 p. 100, dit le Dr Meilhon. Actuellement c'est 50 p. 100, si l'on s'en rapporte à la statistique de 1906 où, sur 14 indigènes décédés dans l'année, 7 ont succombé à la tuberculose.

Nombre de ces malades arrivent d'ailleurs à l'asile en puissance de tuberculose, certains ont même des

©BIUM

lésions avancées, mais à l'asile ces lésions évoluent avec une rapidité foudroyante.

La statistique médicale de l'asile d'Aix pour l'année 1906 est intéressante à consulter. En 1906, il est entré à l'asile d'Aix 104 aliénés coloniaux, dont 28 indigènes et 76 Européens ; il est décédé 38 coloniaux dont 14 indigènes et 24 Européens. Si, relativement aux Européens, la proportion des indigènes admis est de 26, 92 p. 100, la proportion des indigènes décédés est de 58 p. 100. A remarquer que sur les 14 indigènes, 11 sont décédés dans la première anuée de leur séjour à l'asile, alors que sur les 24 colons, 8 seulement ont succombé dans leur première année de séjour. Cette proportion de décès d'aliénés indigènes relativement aux décès d'aliénés coloniaux européens, semble, après ce qui vient d'être dit, très démonstrative et si on la compare à la proportion des admissions, elle confirme l'infériorité des conditions du placement des aliénés indigènes par rapport à celles identiques cependant des placements de colons dans un asile métropolitain ; c'est que si ces conditions sont égales, les individus ne sont pas égaux devant elles.

Sur ces 38 décès de coloniaux, 13 sont imputables à la tuberculose pulmonaire ; mais sur ces 13 tuberculeux coloniaux décédés, 7 étaient des indigènes !

En résumé, la mortalité énorme des indigènes dans cet asile métropolitain est peu imputable à leur forme d'aliénation (nous avons vu que la paralysie générale, par exemple, n'existe pour ainsi dire pas chez ces malades), mais à la tuberculose.

Nous avons suivi cet aliéné indigène depuis son départ d'Alger jusqu'à sa mort à l'asile métropolitain.

Signalons, à ce propos, que les corps non réclamés sont vendus à la Faculté de Montpellier pour études

©BIUM

anatomiques. C'est un profit pour l'asile puisque : 1° il n'y a pas de frais d'enterrement à payer ; 2° qu'il y a une recette en remplacement.

Bien qu'attentatoire au dernier chef à la doctrine de l'Islam, la livraison de ces corps au scalpel serait sans inconvénient, puisque les malades l'ignorent, la chose étant faite avec toute la discrétion possible. Et pour ma part, je ne verrais aucun mal à ce que cette livraison soit faite gratuitement. Mais ce profit macabre, *perinde ac cadaver*, tiré par l'asile sur l'aliéné, m'a toujours paru un peu cynique et amoral, et je ne connais pas d'autre asile que celui d'Aix qui l'emploie.

Tous ces aliénés indigènes ne succombent cependant pas dans les conditions rapides qui viennent d'être exposées : il en est de chroniques qui vivent de longues années à l'asile. Il en est même qui guérissent. En 1905, sur vingt sorties par guérison ou amélioration, il y en eut une d'indigène par guérison.

En 1906, sur 35 sorties, il y en eut 4 d'indigènes par guérison encore.

En effet, ces malheureux ne peuvent guère être mis en liberté pour amélioration.

Tous les médecins d'asile savent par expérience combien est délicat le problème de la sortie d'un aliéné pour amélioration ; combien il est difficile de savoir le moment précis où, pour hâter ou déclancher la guérison, il est préférable de ne plus maintenir le malade dans un asile. Or, ce problème, chez l'indigène, dans un asile métropolitain, est, on peut dire, toujours insoluble : difficultés d'examen mental, ignorance des antécédents du sujet, ignorance du milieu d'où il est sorti et où il devrait rentrer, ignorance des influences réactionnelles que peut avoir sur sa mentalité la vie contraire à ses habitudes, à ses mœurs, à ses préjugés qu'il mène à l'asile, tout cela fausse tout et le médecin ne peut

©BIUM

demander la sortie qu'en présence d'une guérison bien confirmée.

Or, les statistiques des années 1905 et 1906 montrent que pour les indigènes ces guérisons sont plutôt rares.

Ce qui précède donne le droit de conclure que le traitement des aliénés coloniaux surtout des indigènes dans un asile métropolitain est une erreur médicale et humanitaire. C'est, je crois, l'avis de beaucoup de médecins qui ont vu ces tristesses de près. C'est, je crois, l'avis des Drs Gérente et Meilhon, tous les deux qualifiés pour avoir une opinion autorisée sur cette question. S'il faut en croire la citation du Dr Dauby, ancien directeur et médecin de l'asile d'Aix, citation qui se trouve dans le travail du Dr Gervais, c'était aussi l'avis de ce distingué collègue. Voici la conclusion du Dr Dauby :

« Comment les traiter (les aliénés indigènes placés à l'asile d'Aix) en dehors de tout renseignement, en dehors de toute visite possible de la famille, des parents, des amis, des compatriotes, étant données leurs idées, leurs traditions, leurs habitudes ? Aussi la guérison devient impossible. Il en sera toujours ainsi, quel que soit le médecin, pour les aliénés algériens dans les asiles de France. »

C'était aussi certainement l'avis du Dr Rey, qui, à l'époque où il était médecin-directeur de l'asile d'Aix, avait provoqué, en 1899, la résiliation du traité passé entre l'asile et la Colonie.

Si le Dr Rey provoqua la résiliation de ce traité avantageux pécuniairement pour l'asile, c'est probablement que, comme son prédécesseur Dauby, comme certains de ses successeurs, il avait la conviction que ce mode d'assistance, vicié à l'origine, était impossible à organiser d'une façon satisfaisante dans un asile métropolitain.

©BIUM

L'asile d'Aix resta, en effet, cinq ans sans recevoir d'aliénés algériens.

En 1905, la nouvelle administration de l'asile, ne tenant aucun compte de l'expérience faite par ses prédécesseurs, commit la faute de renouveler le traité ancien avec le département d'Alger. La faute médicale est suffisamment démontrée peut-être par les documents qui précèdent.

Si j'en crois le rapport médical de l'année 1904, déposé par le Dr Monestier, le corps médical de l'asile avait cependant poussé un cri d'alarme. En conclusion de son rapport, le Dr Monestier, alors médecin-adjoint, faisant fonction de médecin en chef, appréciant la mortalité relativement peu élevée de 1904, estimait qu'en présence des tendances économiques de la nouvelle administration, cette mortalité n'allait pas tarder à prendre des proportions plus élevées. La prévision du Dr Monestier était une prédiction ; c'est, du reste, en l'état actuel des règlements, tout ce que peut faire un médecin quand une administration prend des initiatives grosses de conséquences médicales en usant de son droit absolu, qui est de passer outre à l'avis du médecin. Il reste ensuite au médecin à se soumettre ou à se démettre, simple question d'amour-propre, dans certaines conditions toute lutte ne pouvant être que stérile.

Mais je n'ai nullement l'intention de faire le procès d'une administration qui n'a péché que par excès de zèle et par manque d'expérience. D'ailleurs, d'autres asiles que l'asile d'Aix reçoivent des aliénés algériens ; il est infiniment probable que les mêmes tristesses s'y retrouvent au moins ; je dis au moins, car, d'accord avec Gervais, il y a lieu de reconnaître toute la sollicitude affectueuse de l'administration de l'asile d'Aix pour les déshérités qu'elle a à soulager, sollicitude affectueuse qui peut ne pas se retrouver partout. Il est infiniment

©BIUM

probable que dans tous ces asiles les résultats immédiats de cette erreur sont les suivants :

D'un côté, un bénéfice pécuniaire léger.

De l'autre, un trouble profond dans l'asile, par suite de la promiscuité avec les hôtes ordinaires de l'asile d'aliénés exotiques, difficiles, à mœurs spéciales, impossibles à soigner convenablement, constituant dans l'asile un foyer de contagion tuberculeuse.

Voilà le bilan de l'asile.

Mais la question s'élargit, car à côté d'elle se greffe la question, bien vieille déjà, de l'assistance des aliénés algériens en Algérie. L'assistance des aliénés algériens en Algérie est évidemment la seule, la vraie solution de l'assistance de ces malheureux : toute autre solution est tellement défectueuse que son provisoire devrait être très court au lieu de risquer de devenir définitif.

Or, les asiles métropolitains, en recevant les aliénés algériens, reculent la solution de l'assistance de ces aliénés par un asile en Algérie, au grand détriment de ces malheureux aliénés et de l'intérêt bien entendu de la colonie. Ils risquent de perpétuer un état de choses douloureux. Que, dans certains asiles départementaux où la pression d'un conseil général, désireux d'obtenir une diminution du prix de journée de ses aliénés, grâce à l'appoint économique d'aliénés étrangers, force la main à l'administration et que celle-ci ne puisse se dérober, cela se comprend. Mais dans un asile autonome, comme celui d'Aix, où l'administration a toute puissance pour passer ou dénoncer un traité, où elle peut d'un trait de plume mettre un terme à une situation regrettable, dût l'asile en arriver à réduire des frais généraux exagérés pour son importance, la perpétuité d'une telle erreur se comprend moins.

Actuellement, si cette idée de l'asile algérien était reprise, peut-être ne rencontrerait-elle plus les mêmes

©BIUM

obstacles qui l'ont empêchée d'aboutir il y a quelque quinze ans. L'avantage pécuniaire et moral de la colonie à avoir son asile persiste toujours, peut-être plus que jamais. Il serait évidemment intéressant de faire, en fait de constructions, quelque chose de scientifique et de rationnel, en s'inspirant des idées qui commencent à se fixer sur la façon dont les asiles d'aliénés doivent être adaptés à leur destination, qui n'est plus la sauvegarde de la société, mais le traitement du malade, et en les adaptant aux malades spéciaux de cet asile spécial.

Il est incontestable que l'asile algérien devrait comporter deux asiles : l'asile européen pour les colons, les indigènes civilisés et les femmes, et l'asile arabe pour indigènes mâles restés arabes de mœurs et de vie.

Chaque groupe de constructions devrait évidemment être établi d'après la méthode allemande, c'est-à-dire comprendre les quatre grandes divisions architecturales adaptées au genre psychiatrique de malades qu'elles devraient recevoir : l'observation, la surveillance, l'hospice et la colonie, plus un lazaret pour contagieux. Mais il est bien certain que l'asile arabe, dans ces divisions, devrait autant que possible, comme installation, mobilier, être agencé de façon à ce que l'indigène change le moins possible ses habitudes et se sente chez lui.

Étant donné le petit nombre de femmes indigènes internées, étant donné que le plus grand nombre de celles-ci sont des européanisantes, l'urgence d'une installation arabe pour les femmes ne paraît pas immédiate et cela simplifierait bien des choses, notamment le recrutement d'un personnel féminin indigène qui doit être à peu près impossible.

Car il serait de toute nécessité que le personnel de l'asile arabe soit indigène.

Somme toute, ces deux asiles n'auraient de commun

©BIUM

que l'administration, les médecins, certains services généraux, tels que buanderie, lingerie et quelques ateliers. Les cuisines seraient distinctes. Il y aurait un gros intérêt économique et moral à nourrir l'indigène à la façon arabe. L'alimentation indigène est surtout faite de laitage, de kouskous, de pâtes, d'orge, de mill, de dattes, toute nourriture facile à se procurer, et à bon marché, sur place, alimentation beaucoup plus coûteuse en France, et qui y serait d'ailleurs insuffisante à cause du climat même.

La vêture serait moins chère, le climat étant moins variable et moins froid même que dans nos régions métropolitaines les plus méridionales.

Le prix de revient de l'aliéné arabe dans un asile algérien réaliserait un gros bénéfice sur le prix d'entretien du même aliéné dans un asile métropolitain. Il est hors de doute qu'on ferait mieux et beaucoup moins cher dans un asile ainsi compris et que, dans ces conditions moins onéreuses, l'aliéné algérien recevrait une assistance éclairée, humanitaire. Il est tout à fait supposable que, comme pour les infirmeries indigènes dont parle M. le médecin-major Boigey, « le fonctionnement de cet asile serait couronné de succès précisément parce qu'il répondrait à une organisation rationnelle, parce que l'indigène y trouverait un milieu adéquat à sa mentalité, s'y plairait et s'y soumettrait volontiers au traitement du médecin européen ».

Nous ajoutons que les aliénés, hôtes normaux des asiles métropolitains qui reçoivent actuellement des aliénés arabes, voire algériens, trouveraient également leur compte à ne plus avoir la promiscuité pénible qu'on leur impose.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1908.

Présidence de M. SÉGLAS.

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

M. René Charpentier, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Ritti, s'excusant, pour cause d'indisposition, de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Ravarit, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Des lettres de remerciements de MM. Fornaca et Coelho, nommés membres associés étrangers à la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Précis des maladies mentales*, par M. le professeur A. Rémond (de Metz) ;

2° *Recherches sur la respiration des aliénés*. Première partie : *La respiration comme mesure des échanges d'énergie*, par le Dr A. Bornstein ;

3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéros d'octobre et de décembre 1908.

Élection du bureau de 1909.

M. LE PRÉSIDENT annonce que conformément à l'ordre du jour, il va être procédé à l'élection du Bureau de 1909.

M. VALLON fait remarquer que d'après l'article 8 du

©BIUM

règlement de la Société, le « trésorier rend compte chaque année de sa gestion à une Commission spéciale, dans la seconde quinzaine de décembre », par conséquent avant l'élection du bureau ; ce qui est logique. On aurait dû nommer cette commission dans la séance de novembre. M. Vallon renouvelle aujourd'hui la remarque qu'il avait faite l'année précédente.

M. PACTET. — Le trésorier devrait présenter ses comptes à la Commission des Finances dans la seconde quinzaine de décembre ; mais il ne peut arrêter les comptes à cette époque puisqu'il ignore quel sera le nombre des jetons de présence de la séance de décembre.

M. COLIN. — Ces articles du Règlement sont inconciliables.

M. LE PRÉSIDENT. — La Société propose de désigner les membres de la commission des finances et de procéder à l'élection du trésorier à la séance de janvier. Adopté.

Le résultat du vote est le suivant :

Sur 17 votants :

M. SÉMELAIGNE obtient	17	voix.
M. VALLON.	16	—
M. MOREAU (de Tours).	1	—

Il est ensuite procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président :

Sur 19 votants :

M. ARNAUD.	16	voix.
M. KLIPPEL	1	—
Bulletins blancs.	2	—

M. ARNAUD est proclamé vice-président pour l'année 1909. Il est procédé au scrutin pour l'élection du Secrétaire général.

Sur 19 votants :

M. RITTI	17	voix (élu)
Bulletins blancs	2	—

©BIUM

Il est procédé au scrutin pour l'élection des secrétaires des séances :

Sur 21 votants :

M. DUPAIN	20 voix	(élu)
M. VIGOUROUX.	20 —	—
M. TRÉNEL.	2 —	

Conformément à la décision de la Société, l'élection du trésorier est remise à la séance de janvier 1909.

Il est procédé au scrutin pour l'élection du bibliothécaire :

M. BOISSIER est élu à l'unanimité des suffrages exprimés.

Rapport sur les candidatures à une place de membre titulaire.

M. TRENEL. — J'ai l'honneur de vous présenter le rapport de la commission composée de : MM. Briand, Colin, Klippel, Picqué, Trénel, sur la candidature de MM. de Clérambault et Mignot, au titre de membre titulaire. M. de Clérambault, après avoir acquis le grade de licencié en droit, se tourna vers l'étude de l'aliénation mentale. Interne des asiles de la Seine, il s'attacha au service de cet éminent clinicien que fut P. Garnier. Il fut nommé en 1905 médecin adjoint de l'Infirmerie du dépôt, poste pour lequel ses connaissances en droit le désignaient particulièrement, et où il devait s'attacher à l'étude des questions médico-légales.

Le premier travail de M. de Clérambault, sa thèse sur l'othématome, renouvelle surtout au point de vue anatomo-pathologique et clinique un sujet toujours discuté. Il y démontre l'existence dans la tumeur d'une néo-formation de cartilage à type hyalin et d'os adulte et insiste sur l'utilité d'une intervention précoce dont il indique le manuel opératoire.

Les autres travaux de M. de Clérambault ont tous trait, nous l'avons dit, à des questions médico-légales, tant au point de vue clinique qu'administratif.

Parus en partie dans les *Annales médico-psycholo-*

©BIUM

giques, ils vous sont bien connus et se font remarquer par la précision de l'observation et la recherche du fin détail. Ce sont : Un cas de délire collectif, où figure un paralytique général; Contribution à l'étude de la folie communiquée et simultanée en collaboration avec Guiard ; Un cas de délire à deux ; L'ivresse psychique avec transformation de la personnalité d'après le Dr P. Garnier ; Passion érotique des étoffes chez la femme. Enfin, M. de Clérambault a collaboré au travail de M. Garnier sur les hystériques accusatrices. Tout récemment, M. de Clérambault exposait le régime des aliénés en Angleterre, qui vient à point au moment où la loi de 1838 est remise en question.

M. de Clérambault est membre correspondant de votre Société depuis 1907.

M. Mignot, après son internat des asiles de la Seine, devint chef de clinique des maladies mentales, médecin adjoint des asiles, médecin suppléant, puis médecin en chef de la maison nationale de Charenton. M. Mignot, plusieurs fois lauréat de votre Société et de l'Académie de médecine, diplômé de l'Institut de médecine légale, a donné en particulier aux *Annales médico-psychologiques* d'intéressants travaux.

Sa thèse: Etude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales, fut récompensée par la Faculté de médecine. Nous avons à citer ensuite une série de travaux en collaboration avec M. Sérieux : Surdité corticale avec paralexie et hallucinations de l'ouïe dues à des kystes hydatiques du cerveau ; Sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés ; Observation clinique d'un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à la pendaison ; Notes thérapeutiques sur l'emploi du Véronal chez quelques aliénés ; Instructions concernant l'organisation d'un service médical et les soins à donner aux personnes atteintes de maladies mentales.

Valeur diagnostique des troubles oculaires aux diverses périodes de la paralysie générale, en collaboration avec MM. les Drs Schrameck et Parrot.

Puis en collaboration avec M. Antheaume : Remarques sur la stéréotypie graphique; La période médico-

©BIUM

légale prodromique de la démence précoce; La genèse des réclamations injustifiées en matière de placement; Néphrite cantharidienne et délire toxialcoolique tardif; L'hyperhydrose dans la démence précoce.

Enfin en dernier lieu : Les troubles phonétiques dans la démence précoce; L'atoxyl dans deux cas de paralysie générale; Sur un cas de basophobie à type myotonique; Enquête sur la fréquence des troubles mentaux dans le personnel des asiles d'aliénés; Observation d'un cas de cysticercose cérébrale.

Observations diverses publiées dans des travaux de Roques, Capgras, Guérin, Lucien.

M. Mignot a en outre fait paraître avec M. Triboulet un Traité de l'alcoolisme, dont de nombreux chapitres sont son œuvre exclusive.

M. Mignot est membre correspondant de la Société médico-psychologique depuis 1905.

Considérant l'égalité des titres professionnels des candidats, votre Commission vous propose sur le même rang MM. de Clérambault et Mignot.

Le scrutin donne les résultats suivants :

Sur 23 votants :

M. G. DE CLÉRAMBAULT obtient. .	13	voix.
M. MIGNOT.	8	—
Bulletins blancs	2	—

En conséquence, M. de Clérambault est élu membre titulaire.

Rapport de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Legrain, Magnan et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Carlos Eiras, médecin à Rio-de-Janeiro (Brésil), qui sollicite le titre de membre associé étranger.

Après avoir soutenu sa thèse de doctorat intitulée : Des indications et contre-indications de l'hydrothérapie dans les maladies nerveuses et mentales, M. le Dr Carlos Eiras vient suivre les leçons de clinique mentale de

©BIUM

M. Magnan et publie deux observations de délire aigu qui s'appuient sur les recherches de M. Briand. Plus tard il présente au Congrès de médecine et de chirurgie de Rio-de-Janeiro un mémoire sur la paralysie générale chez les dégénérés avec des observations à l'appui.

En 1893, M. le Dr Carlos Eiras fait paraître dans *le Brazil médico* un remarquable article sur : « La fièvre jaune et la folie », présentant plusieurs cas de folie succédant à cette maladie qui sévissait alors à Rio-de-Janeiro. Dans *La Revista d'Anthropologia* (1899) nous trouvons un article sur la paralysie générale chez les dégénérés, avec de nouvelles observations. En 1902 : Mémoire présenté au Congrès de médecine et chirurgie de Rio-de-Janeiro sur l'éducation médico-pédagogique des idiots. En 1903, M. le Dr Eiras est chargé de la partie technique du rapport sur les réformes à introduire à l'asile d'aliénés de Rio-de-Janeiro (*Hospicio Nacional de Alienados*).

Plusieurs rapports médico-légaux sont encore à l'actif de notre confrère.

Collaborateur à la *Revue d'Anthropologie* et à la *Revue de Psychiatrie et Neurologie* de Rio-de-Janeiro, M. le Dr Carlos Eiras est membre de la Société de médecine et de chirurgie, membre de la Société d'anthropologie et de psychiatrie, vice-président de la Société de psychiatrie et de neurologie, toutes sociétés savantes de Rio-de-Janeiro. Notre confrère possède au Brésil une notoriété de médecin aliéniste. Il est venu en France pour écouter les leçons de nos maîtres et faire profiter sa patrie de cet enseignement. Il demande aujourd'hui comme consécration scientifique de faire partie de votre Société dont la renommée s'étend par-delà les mers.

Messieurs, votre Commission vous propose de décerner à M. le Dr Carlos Eiras le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

M. Carlos Eiras est élu membre associé étranger par 20 voix et un bulletin blanc.

©BIUM

Deux cas de psychose hallucinatoire,

par M. Lucien Cotard, interne à l'hospice de la Salpêtrière.

M. le Dr Séglas a rapporté, dans ses *Leçons cliniques* (1), l'observation d'une malade présentant de multiples hallucinations sans aucun phénomène délirant. Il range ce cas à côté de la paranoia aiguë et de la confusion hallucinatoire, sans toutefois l'y faire entrer.

Les deux malades dont suivent les observations et qu'il nous a été donné d'observer, pendant notre internat dans le service de M. le Dr Séglas à Bicêtre, nous paraissent appartenir à la même catégorie qu'on peut actuellement, d'après Farnarier (2), désigner sous le nom de psychose hallucinatoire. Cette psychose est essentiellement constituée par l'apparition d'hallucinations multiples, revêtant toutes les formes possibles, et, fait caractéristique, ne s'accompagnant d'aucun délire ; « car, comme le dit M. Séglas dans ses *Leçons cliniques*, on ne peut guère appliquer ce nom aux interrogations que se pose le malade à propos de ses hallucinations ».

Obs. I. — K... (Ernest), âgé de cinquante et un ans, est entré à Bicêtre le 6 avril 1894. Il présente de multiples hallucinations.

Voici comment il les exprime :

Ce sont d'abord des hallucinations auditives élémentaires : bruits de sifflets, de fifre, de musique, puis verbales : « Ça vient, dit-il, causer tout doucement comme la voix d'une personne qui serait à côté de vous, ou bien tout d'un coup, ça « gueule » dans les airs : Boum. — C'est une voix travaillée ; cela dure depuis l'exposition de 89 ; le début de tout, c'est la voix que je ne comprenais pas. C'est venu avec un tas de saloperies. »

Il entend des voix qui viennent du dehors, et d'autres qui viennent du dedans ; ce sont des hallucinations auditivo-

(1) Séglas. *Leçons cliniques*. Paris, 1895, p. 451.

(2) Farnarier. La psychose hallucinatoire aiguë. *Thèse*, Paris, 1897.

motrices : C'est comme un tuyau qu'il a dans le gosier, et qui parle; c'est comme un tramway qu'il a dans la gorge ou la tête et qui fait *coin, coin*. Cela lui sort du nez, comme un souffle. Souvent quand il parle, ce n'est pas lui, mais on lui fait remuer la langue. « Quand je lis mon journal, si je ne le lis pas moi-même, ça le lit en changeant de voix ; quand je m'arrête, je sens que ça continue dans le gosier comme la parole même. » C'est comme un tonnerre qui lui sort du ventre. On le force à parler, à dire des choses sales, un « tas de cochonneries ». « Autrefois, quand je travaillais par exemple, je sentais ma bouche et ma langue qui marchaient et ce n'était pas moi qui parlais : c'était comme si c'était moi, mais je savais bien que ce n'était pas moi. »

D'autre part, K... présente également des troubles de la sensibilité générale : il se plaint de secousses, « comme si on lui tirait des ficelles, et cela lui saute dans les membres ». « Je lâche des gaz qui ne sont pas réguliers : petits, forts, faibles. Dans l'anus, c'est comme si j'avais un étron qui marche. » Il a dans le corps une espèce de tube qui va de l'anus au gosier ; ce tube se déplace et gueule en même temps. Il se plaint aussi de « la pile » dans les jambes. Cette pile lui produit l'effet d'une « chaudière qui ronge, d'une marmite bouillante », d'une espèce de voile, de fumée, de plaque, et ça vient ensuite causer tout doucement, ou bien ça « gueule » tout haut dans les airs.

« Une fois, sur le boulevard de l'Hôpital, ma langue et ma bouche, ça marchait tout seul, c'était comme une « ganache » (*ganache* signifie en terme d'argot *mâchoire*) ; et il imite avec ses deux mains un bec qui s'ouvre et se ferme.

K..., d'autre part, n'interprète pas ses hallucinations; personne ne lui en veut, il ne se connaît pas d'ennemis. Les sensations bizarres qu'il ressent, il les constate, il ne les explique pas. Lui demande-t-on, par exemple, pourquoi il entend des voix, il répond qu'il ne sait pas; comment il se peut qu'il entende des voix, il ne sait pas non plus ; si on le persécute et qui, il ne sait pas. Bref, il se borne à constater et à enregistrer ses hallucinations. Jamais à aucun moment K... n'a donné d'autre renseignement à ce sujet ; jamais il n'a bâti aucun système délirant.

Ces phénomènes ont duré pendant tout le séjour de K... à Bicêtre, jusqu'en 1906, c'est-à-dire pendant douze ans, au bout desquels il est rentré dans sa famille, sans aucune modification dans son état.

Si maintenant nous analysons cette observation, nous pouvons constater tout d'abord que K..., loin d'être

©BIUM

réticent, s'étend au contraire avec complaisance sur les différents troubles qu'il ressent et qu'il s'efforce de traduire de son mieux. C'est là un premier caractère.

Il en est un second non moins important, c'est l'absence de toute tentative d'interprétation. K... répète souvent, en effet, qu'il ne sait, et n'a jamais su, ni pourquoi ni comment ces phénomènes bizarres se produisaient. Il se borne à les constater.

Ces premières remarques nous indiquent déjà que K... n'est pas un persécuté. K... n'en a nullement le caractère méfiant et égocentrique. De plus K... est sociable, plutôt aimable.

Notons enfin que le malade était très calme, qu'il travaillait régulièrement. Plusieurs congés d'essai lui ayant bien réussi, il fut enfin rendu à sa femme qui le réclamait.

Obs. II. — F..., Maurice, âgé de vingt-cinq ans, est entré dans le service du Dr Séglas le 13 juin 1908, après avoir passé quelque temps dans le service du Dr Pierre Marie, où il avait été admis à cause de ses hallucinations. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ; lui-même s'est toujours bien porté avant sa maladie actuelle. Il était, au dire de son père, d'un caractère vif et volontaire. Il avait jusqu'alors été employé dans une compagnie d'assurance.

Le début de l'affection remonte au mois de juin 1907. A cette époque, on remarqua un certain changement dans sa manière d'être ; il riait parfois sans raison, ou bien restait le nez dans son assiette pendant les repas. Peu de temps après, il avoua pour la première fois à sa tante qu'il entendait des voix ; ces voix l'appelaient, soit le jour, soit la nuit, et alors il se levait. Quand les voix lui parlaient, il fallait qu'il leur réponde. A la suite d'un séjour de deux mois dans la maison de santé du Dr Pottier, à Picpus, l'état de F... s'était sensiblement amélioré, si bien qu'il put se remettre au travail ; mais cette amélioration ne persista pas, et F... entendit de nouveau des voix. Quand il s'endormait, il croyait voir une personne auprès de son lit. Il croyait qu'on l'électrisait.

F... entra le 17 novembre dans le service du Dr Pierre Marie. Il s'y montra d'abord très tranquille, quoique d'humeur changeante. Au mois de juin, F... commença à refuser de manger, disant qu'il n'avait pas faim. Les jours suivants il manifesta une certaine excitation, et notamment tenta de se suicider en se jetant par la fenêtre. C'est à la suite de cet

événement qu'il fut transféré dans le service de M. le Dr Séglas.

Interrogé à son entrée, F... raconte comme il suit les diverses péripéties de sa maladie.

Une nuit, dit-il, il a vu comme des traits noirs qui passaient à côté de lui. Il s'est aussitôt réveillé en sursaut, il s'est dit : « Mais qu'est-ce qu'il y a ? Je suis donc halluciné ? » Puis il se souvient d'avoir été se promener aux Galeries Lafayette, sur les bateaux mouches et dans le Métro, où il a reçu « une décharge épouvantable ». Il se sentait alors comme commandé, comme poussé à aller devant lui ; il entendait même des voix qui lui disaient : « Je veux que tu ailles là. »

Maintenant il voit souvent trois personnes d'un côté et trois de l'autre ; celles de droite disent le contraire de celles de gauche. Ces personnes entrent par les murs. Elles existent, on pourrait les toucher ; l'une d'elles est maigre, l'autre grosse, habillée en redingote. Elles prennent souvent la tête d'un député ; elles le traitent de fumier, de « rondibé » (*sic*).

Parfois aussi F... avait des hallucinations verbales visuelles : il voyait une main écrire sur le mur le mot « m.... » soit en rouge, soit en bleu, soit en noir, ou bien tracer des opérations arithmétiques.

F... sent encore des « pointes électriques qui lui sortent du corps » ; il perçoit souvent des odeurs de vin, de fromage, de raifort iodé, d'iodoforme.

Il voit souvent des bras coupés, des têtes fendues. Il sent dans la poitrine comme un fil tendu du sein au cœur ; il a vu un feu violet qui lui est entré dans le nombril. Sa tête change, tantôt elle devient énorme, tantôt, au contraire, toute petite. Il a des mouches devant les yeux ; elles sortent des fleurs du jardin. Il sent du « froid dans les parties ». Il y a des flammes qui traversent le mur et lui entrent dans le dos.

Toute la journée des voix lui parlent. Il en est abruti. Elles lui causent politique ou affaires, et s'il voulait leur répondre, il y perdrait la tête.

Par moments il sent son corps grossir. Il a dans la bouche de mauvais goûts.

Telles sont les principales hallucinations dont souffre F... Ce ne sont pas les seules, et si on le laissait parler, on pourrait constater qu'elles sont en quelque sorte innombrables, si bien qu'il y aurait presque lieu de se demander s'il ne s'agit pas là, au moins dans une certaine mesure, d'une confabulation développée ou entretenue par les quelques interrogatoires auxquels a été

©BIUM

soumis F... D'ailleurs, en faisant la part de cette confabulation possible, il n'en reste pas moins certain que F... a de véritables hallucinations, c'est-à-dire qu'actuellement F... a complètement perdu la notion de la nature exclusivement subjective des sensations qu'il perçoit, notion qu'il paraissait au contraire posséder au début de son affection, alors qu'il se demandait si véritablement il était halluciné.

Actuellement F... est profondément persuadé que les voix qu'il entend ont une cause extérieure à lui-même, et que les personnages qu'il voit ont une existence réelle, puisque, dit-il, « on pourrait les toucher ».

Or, pas plus que le malade précédent, F... n'interprète ses hallucinations ; il déclare qu'il ne comprend absolument rien à ce qu'il ressent, et si on lui fait remarquer que tout ce qu'il raconte est absurde, il en convient facilement, sans toutefois jamais admettre qu'il s'agit là de phénomènes purement subjectifs.

En présence de ces multiples hallucinations, on pourrait, il est vrai, penser à l'alcoolisme. C'est une hypothèse que nous croyons pouvoir éliminer.

En effet, en ce qui concerne le premier de nos malades, qui a été observé pendant douze ans, il est à remarquer que ses hallucinations ont persisté sans modification aucune ; d'autre part, son état mental n'a pas varié non plus. K... est un débile, et son état intellectuel n'a présenté aucun changement. S'il avait été alcoolique, il est plus que probable, ou bien qu'il aurait guéri, ou bien, au contraire, qu'il aurait versé dans la démence.

En ce qui concerne le second, l'hypothèse de l'alcoolisme n'est pas plus admissible, et cela pour les mêmes raisons que précédemment. De plus, F... ne présente aucun signe physique d'intoxication éthylique.

Nous pouvons donc admettre qu'il s'agit de psychose hallucinatoire, essentiellement caractérisée par de multiples hallucinations, par l'absence de tout système délirant et, enfin, c'est un dernier point sur lequel il convient d'insister, par la conservation à peu près intacte des facultés intellectuelles. En effet, nos malades sont entrés à Bicêtre par des placements volontaires. Tous deux étaient conscients sinon de la nature subjective

©BIUM

de leurs hallucinations, du moins de leur caractère pathologique. C'est ainsi que le premier de nos malades disait qu'il préférait rester à l'hospice de Bicêtre plutôt que de retourner chez lui, se rendant compte qu'il n'était pas comme tout le monde. Quant au second, il dit lui-même qu'il est entré à Bicêtre pour se soigner.

Il n'existe donc pas plus d'affaiblissement intellectuel que de délire. Et c'est ce qui permet de distinguer ces deux cas, soit de la confusion mentale hallucinatoire, soit de la paranoia aiguë.

DISCUSSION

M. ARNAUD. — Je crois ces observations assez rares. M. Cotard dit que ces cas sont caractérisés par l'absence de tout délire ; mais cependant le fait d'exposer ses hallucinations comme une réalité objective est déjà un délire.

M. COTARD. — Par le mot délire, j'ai voulu désigner toute conception, toute interprétation délirante.

M. SÉGLAS. — L'objection de M. Arnaud me paraît porter surtout sur une question de mots. Si, au point de vue psychologique, l'hallucination en elle-même peut être considérée comme un véritable délire, cependant dans le langage courant les deux termes, hallucination et délire, s'appliquent à des symptômes cliniques différents, le second désignant plus spécialement les idées délirantes, et c'est dans ce sens que le mot délire a été employé par le Dr Cotard.

En effet, les malades dont il s'agit se bornaient simplement à enregistrer leurs hallucinations, à les décrire telles qu'ils les éprouvaient dans leur langage d'ouvriers peu éduqués ; mais ils n'y ajoutaient pas d'interprétations, ne les faisaient pas intervenir, comme point de départ ou comme preuve, dans l'édification d'un système plus ou moins cohérent de conceptions délirantes ; et c'est en cela qu'ils se distinguaient des persécutés hallucinés délirants.

Cette particularité est d'autant plus curieuse que ces malades reconnaissaient à leurs hallucinations une cause extérieure, sans pouvoir d'ailleurs la préciser, et ne se rendaient nullement compte du caractère pure-

©BIUM

ment subjectif de ce symptôme, différant en cela des hallucinés dits conscients.

Une dernière remarque à propos du sujet de la première observation. Certains auteurs considèrent que les hallucinations, surtout lorsqu'elles s'installent à l'état chronique, entraînent toujours la démence.

Or, le malade en question, observé pendant une douzaine d'années, est resté à la fin ce qu'il était au début. Malgré la répétition, la persistance de ses hallucinations, ses facultés intellectuelles n'avaient nullement baissé. En dehors de ce qui avait trait à ses hallucinations, il se rendait même compte de son état. C'est ainsi qu'il préférait vivre à l'asile parce que les mouvements de colère, d'impatience, les jurons, les apostrophes auxquels il se laissait aller lorsqu'il était trop obsédé par ses hallucinations pouvaient, au dehors, attirer sur lui l'attention. A l'asile, disait-il, au milieu de fous, je n'ai pas à m'observer à tout instant et cela passe inaperçu. Calme, poli, il travaillait à l'asile, cherchant à gagner un petit pécule qu'il donnait régulièrement à sa femme pour lui venir en aide. Il recevait avec plaisir ses visites, sortait avec elle en permission ; et c'est en la voyant à un moment tomber dans la gêne qu'il a demandé sa sortie définitive pour essayer de se remettre au travail et d'alléger ainsi, dans la mesure du possible, les charges de sa famille.

Un cas de psychose polynévritique,

par MM. J.-M. Dupain et G. Lerat.

La psychose polynévritique, formée d'un ensemble de troubles mentaux associés à des troubles polynévritiques dans des proportions généralement inégales, n'a rien de spécifique, ni dans son étiologie, ni dans sa symptomatologie ; l'intérêt qui s'y attache est dû justement à cette atteinte simultanée des deux pôles du système nerveux, dont, probablement, à ce sujet, il faut accuser la particulière et congénitale faiblesse vis-à-vis de l'intoxication ou de la toxi-infection.

©BIUM

Il nous a semblé intéressant d'apporter ici la relation d'un de ces cas se rattachant au syndrome de Korsakoff et où l'examen du liquide céphalo-rachidien nous a permis de faire des constatations qui ne concordent pas avec les faits classiques.

Il s'agit d'une malade, C..., âgée de quarante ans, entrée à l'asile de Vaucluse le 1er octobre 1907.

Nous ne savons rien au sujet de ses antécédents héréditaires possibles. Par contre, au sujet de ses antécédents personnels, nous notons que, pendant l'année qui précède son internement, elle s'alcoolisait abondamment : elle prenait un demi-litre de vin par repas, du rhum avec ses deux tasses de café quotidiennes, un amer citron tous les jours et quelquefois, en plus, un vermouth.

Il nous a été impossible de savoir si elle avait eu antérieurement des affections ou des maladies importantes, la syphilis en particulier.

Depuis les premiers jours du mois de juillet 1907, cette malade souffrait de cauchemars fréquents, d'étourdissements ; elle ressentait très souvent dans les membres inférieurs des fourmillements, des picotements, de l'engourdissement et, à intervalles variables, des douleurs très vives dans les mollets, sous forme de crampes.

Peu à peu la marche devient gênée, puis impossible, et, le 26 septembre 1907, la malade est transportée à la Pitié, d'où, son agitation principalement nocturne troublant le repos des autres malades, on l'envoie à Sainte-Anne, le 28 septembre. Là, le Dr Simon rédige le certificat suivant : « Alcoolisme chronique avec affaiblissement des facultés mentales, cauchemars, étourdissements, crampes et polynévrite des membres inférieurs. Escarre sacrée. »

A son entrée dans le service de M. Dupain, à l'asile de Vaucluse, on note qu'elle présente des signes de confusion mentale, des hallucinations visuelles (elle croit voir son enfant dans son lit à côté d'elle) et qu'elle parle par propos incohérents : « J'ai des engelures, on me fait beaucoup de cadeaux ! Je n'ai fait de mal à personne ! »

En outre, elle pleure par instants et défait son lit, manifestant une agitation très grande, surtout marquée la nuit, pendant laquelle elle continue à divaguer.

Les douleurs dans les membres inférieurs sont toujours très vives, la pression des masses musculaires du mollet provoque des cris et des mouvements de défense.

Les jambes sont atrophiées dans leur ensemble et les réflexes tendineux affaiblis.

©BIUM

La marche et les mouvements spontanés des membres inférieurs sont impossibles.

Nous avons réexaminé avec soin cette malade à la fin de mai dernier ; à ce moment, les troubles mentaux ont perdu de leur acuité première : plus de bavardage incohérent, plus d'agitation nocturne, ni d'hallucinations. Mais, ce qu'il est surtout frappant d'observer, c'est l'altération profonde de la mémoire de fixation que révèlent les constatations suivantes : la malade ne se rappelle pas ce qu'elle a mangé quelques minutes auparavant ; si on lui fait lire dans un journal quelque fait divers court et simple en la priant d'y bien fixer son attention, immédiatement après, elle ne s'en souvient plus que par lambeaux avec lesquels elle reconstitue une histoire différente.

De même nous lui apprenons l'année actuelle, notre nom, etc., et elle est incapable de les redire au bout de quelques moments. Enfin, elle ne se rappelle pas, même approximativement, depuis combien de temps elle est internée ici, ni le moment de l'année où elle y est entrée, ni les hallucinations qu'elle avait au début ; elle ne se rappelle pas non plus quels sont les jours où son ami vient la voir.

La mémoire de reproduction, assez bien conservée, puisque la malade évoque d'une manière suffisamment nette les divers incidents de sa vie, est cependant un peu affaiblie : M^me^ C..., qui a bien appris à compter, se trompe plusieurs fois dans ses opérations, quand on lui fait faire quelque calcul arithmétique simple ; de plus, elle est incapable de nous dire le nom de la rue où se trouvait le restaurant dans lequel elle était cuisinière pendant l'année qui a précédé son internement, etc.

Avec ces troubles si caractéristiques de la mémoire, l'état de désorientation partielle de la malade attire également notre attention :

D. En quelle année sommes-nous?

R. En 1893.

D. Quel mois?

R. Septembre.

D. Quel jour?

Réponse erronée.

On ne constate pas nettement de désorientation dans l'espace : la malade ne sait pas exactement dans quelle maison elle se trouve, mais elle sait cependant qu'elle y est soignée ; elle sait que ce sont des malades qui l'entourent et reconnaît le médecin, la surveillante, les infirmières.

Ces différents troubles psychiques que nous venons de décrire n'échappent pas à sa conscience, car, à certains moments de l'interrogatoire, elle dit : « Je ne peux pas vous répondre, excusez-moi, j'ai perdu la mémoire, je suis malade ! »

©BIUM

Ajoutons que le jugement, un peu affaibli, comme c'est la règle de le constater chez les alcooliques chroniques, n'est néanmoins pas faussé ; il n'y a pas d'idées délirantes, de jalousies, ni d'idées hypocondriaques, de grandeur, de richesse, d'auto ou d'hétéro-accusation.

La malade n'est pas indifférente à son état ; elle dit désirer vivement sortir de l'asile et retrouver l'ami avec lequel elle vit ; mais son affectivité paraît mal équilibrée ; tantôt elle rit bruyamment à l'occasion de sujets qui ne méritent pas une pareille expansion ; tantôt, au contraire, elle pleure abondamment quand on évoque devant elle des souvenirs tristes (par exemple, la mort de ses deux enfants), mais suffisamment éloignés pour ne pas déterminer une aussi vive réaction. Et ces deux manifestations opposées de gaieté et de tristesse alternent chez elle avec une très grande rapidité.

Nous devons encore attirer l'attention sur l'évolution qu'ont subie les troubles des membres inférieurs et l'escarre sacrée signalés au moment de l'entrée de la malade.

Tout d'abord, la guérison de l'escarre sacrée s'est effectuée dans les premiers jours de mai.

Quant à l'examen des membres inférieurs, il révèle immédiatement une attitude particulière ; le membre inférieur gauche est posé sur le lit en extension normale ; mais la jambe droite est en légère flexion sur la cuisse ; de plus, le pied de ce même côté est en varus équin : la pointe est abaissée, la plante tournée en dedans, la saillie des deux talons et de la malléole externe exagérée.

Cette attitude paraît déterminée par une rétraction fibro-tendineuse qui empêche que l'on puisse mettre la jambe droite complètement en extension sur la cuisse. La motilité est affaiblie ; la malade ne peut marcher, ni se tenir sur les jambes ; dans le lit, elle ne peut qu'élever légèrement les jambes et les fléchir un peu sous les cuisses.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis et les orteils ne réagissent ni par la flexion, ni par l'extension, au chatouillement de la plante du pied.

Enfin, il existe une amyotrophie évidente des deux jambes portant sur les muscles du mollet, sur les péroniers et les extenseurs, sans prédominance appréciable sur l'un de ces groupes. Les cuisses sont également très amaigries.

La sensibilité des membres inférieurs, surtout aux jambes, n'est pas normale ; la malade réagit par des mouvements très vifs et amples au moindre chatouillement, au pincement de la peau, à la piqûre d'une épingle. A cette hyperesthésie superficielle se joint une exagération de la sensibilité musculaire, décelable par la pression des muscles du mollet.

©BIUM

Enfin, il y a d'autres troubles sensitifs qui, malgré qu'ils ne soient pas constants, ni ordonnés suivant certaines régions des membres inférieurs, ne sont pas moins importants à noter : la malade, lorsque la pression ou la piqûre portent sur un espace inférieur à 20 centimètres environ, ne peut dire si on l'a touchée avec un ou deux doigts, ou avec une ou deux épingles ; au delà de cette distance de 20 centimètres, elle sent bien le contact simultané de deux doigts ou de deux épingles.

Ajoutons que nous ne constatons pas chez elle de dissociation de la sensibilité.

La malade, dans son aspect général, n'offre rien de particulièrement important : le facies est légèrement étonné et on constate quelques signes de dégénérescence ; il y a de l'asymétrie faciale, les lobules des oreilles sont soudés, les dents mal implantées et la voûte palatine est ogivale.

Les pupilles sont égales, n'ont pas de déformation et elles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Le thorax présente de l'amaigrissement, mais non proportionnel à celui que nons avons constaté aux membres inférieurs.

Il y a de la submatité et de la résistance aux doigts dans la région des deux sommets pulmonaires, mais principalement accusées aux fosses sus-épineuse et sus-claviculaire droites où, à l'auscultation, on entend en outre une repiration fortement soufflante et de la bronchophonie, sans bruits adventices.

Le cœur est normal ; la percussion du foie en montre la réduction de volume.

Nous réexaminons la malade à la fin du mois de juillet, c'est-à-dire dix mois après son entrée :

D. En quelle année sommes-nous ?

R. En 1902.

D. Quel jour ?

R. Réponse erronée.

Il n'y a pas de désorientation dans l'espace.

Nous lui faisons lire dans un journal un récit très bref et très simple ; quand nous lui demandons tout de suite d'en redire le sens, elle le déforme très notablement, mais elle se rappelle, quoique avec un peu d'effort, le titre du journal.

Mais les troubles mnésiques ne sont certainement pas aussi marqués que précédemment : la malade se souvient de certains événements qu'elle a vus ici, au cours de sa maladie : de la mort récente d'une de ses voisines, ainsi que du nom de sa voisine de lit.

De l'examen répété que nous faisons subir à la malade, à cette date, nous retenons ce fait : que ce sont surtout les dates qu'il lui est impossible de fixer dans la mémoire.

Le léger déficit de la mémoire d'évocation est encore constatable.

Quant au déséquilibre antérieur de l'affectivité, il est persistant.

Enfin, la malade ne peut toujours pas marcher, à cause de la rétraction tendineuse de la jambe droite, mais les mouvements de flexion et d'extension des jambes et de la cuisse sont d'une amplitude normale et d'une force seulement un peu diminuée.

Dans notre nouvel examen de la fin de septembre, qui a lieu un an après l'entrée de la malade, nous constatons que l'amnésie de fixation est beaucoup diminuée ; la malade se rappelle tous les incidents dont elle a été témoin : la mort d'une de ses voisines, dont elle dit le nom, le déplacement d'une autre dans un quartier différent, etc., etc.

Nous prenons un journal où nous la prions de lire un passage où l'on signale de nombreux cas de choléra à Saint-Pétersbourg; quelques instants après, elle nous redit à peu près textuellement ce qu'elle a lu.

Mais l'état de désorientation dans le temps persiste encore ; nous lui demandons en quelle année nous sommes et elle répond : en 1900. Nous corrigeons l'erreur et nous lui disons avec force : nous sommes en 1908! Peu de temps après, elle ne peut répéter cette date.

Nous essayons de tourner la difficulté en faisant appel plusieurs fois à sa mémoire visuelle, et nous lui montrons la date 1908 écrite en gros caractères, en disant à la malade de bien s'en souvenir ; mais c'est en vain.

Il y a donc à ce moment une altération parcellaire de la mémoire de fixation, caractérisée par ce fait que ce sont presque exclusivement les dates, les chiffres qu'il est impossible à la malade de retenir; et l'exemple suivant le montre d'une manière saisissante : nous lui demandons de prononcer plusieurs fois le mot d'inamovibilité, puis nous lui disons, plusieurs fois également, que nous sommes en 1908 ; une ou deux minutes après, nous lui posons l'interrogatoire suivant :

D. En quelle année sommes-nons?

R. En 1905.

D. Quel est le mot que nous vous avons fait prononcer tout à l'heure ?

R. Inamovibilité.

Voilà donc ce mot d'inamovibilité bien probablement inconnu antérienrement de la malade et qu'elle retient néanmoins, quoique prononcé avant le chiffre 1908.

La mémoire de reproduction est redevenue normale et, sans insister sur les détails précis et nombreux qu'elle donne sur sa

©BIUM

vie antérieure (plusieurs noms de rues, de lieux où elle a habité ou servi, il y a quelques années), nous notons qu'elle ne commet plus d'erreurs quand on lui soumet des opérations simples d'arithmétique (additions, soustractions, multiplications).

L'affectivité est plus stable; la malade est dans un état euphorique presque constant. Il n'y a toujours pas d'idées délirantes, et il n'y a pas de retard dans l'association des idées, comme nous avons pu nous en convaincre en soumettant différents tests à la malade. L'état des membres inférieurs ne présente pas de modifications très appréciables : la jambe droite est toujours en légère flexion et il est toujours impossible de l'étendre sur la cuisse, mais les mouvements de flexion des jambes et ceux des cuisses ont une ampleur et une force normales; s'il est impossible à la malade de marcher autrement que soutenue, c'est à cause de la déformation persistante et marquée de la jambe droite; les troubles de la sensibilité sont aussi beaucoup moins accusés et on ne retrouve plus cette douleur vive à la pression des masses musculaires du mollet que nous avions observée auparavant.

Enfin, les lésions pulmonaires n'ont pas subi d'évolution bien manifeste : la malade ne crache toujours pas, n'a pas de fièvre.

Il faut même remarquer qu'elle n'est plus amaigrie comme auparavant : l'appétit, antérieurement languissant, est redevenu bon.

Au mois de décembre actuel, l'état mental de la malade est à peu près le même; nous observons cependant que, d'une manière inconstante, il est vrai, elle se souvient, après avoir fait un grand effort d'attention, des chiffres et des dates que nous lui disons de retenir et que nous lui demandons quelques minutes après.

L'état des membres inférieurs est identique à ce qu'il était à à la fin du mois de septembre dernier.

L'ensemble de ces troubles, dont l'évolution régressive de la maladie a retranché maintenant plusieurs des éléments primitifs, nous paraît ressortir au syndrome décrit par Korsakoff.

Les conditions grâce auxquelles on l'observe ont été réunies chez notre malade pour y donner naissance; l'imprégnation éthylique a été très prononcée; nous avons dit que Mme C..., pendant l'année qui a précédé son entrée à l'asile, buvait journellement : un litre de vin, du rhum avec ses deux tasses de café, un amer citron et quelquefois, en plus, un vermouth.

Cette intoxication a porté sur un système nerveux

©BIUM

dont la prédisposition probable se trahit par des stigmates de dégénérescence ; en outre, notre malade a encore été affaiblie et infectée par des lésions tuberculeuses qui, pour n'être pas ouvertes et pour n'avoir guère progressé, n'en ont pas moins été une cause surajoutée de dénutrition.

Enfin, tous les symptômes qu'elle a présentés, au cours de la période prodromique, au cours de la période d'état caractérisée par une association de troubles confusionnels et amnésiques aux troubles des membres inférieurs, sont rigoureusement juxtaposables à ceux que l'on décrit dans la psychose polynévritique. Nous devons seulement faire une exception au sujet de la conscience qu'a la malade de son amnésie.

Pour contrôler le diagnostic de polynévrite, nous fîmes appel à l'obligeance de M. Vigouroux qui voulut bien pratiquer l'examen électrique ; la réaction de dégénérescence fut négative ; cela ne suffit pas à infirmer notre diagnostic, car elle a été recherchée chez notre malade à une période où, les troubles fonctionnels des membres inférieurs étant sensiblement améliorés, elle aurait eu le droit d'avoir disparu.

Au mois de septembre dernier, nous avons, de plus, pratiqué la ponction lombaire, et l'examen microscopique du liquide céphalo-rachidien nous montra une lymphocytose moyenne.

Cette constatation n'empêche pas qu'il faille rejeter l'hypothèse d'une paralysie générale, associée ou non au tabes ; notre malade n'a pas eu les autres symptômes importants qui la caractérisent ; nous n'avons pas noté chez elle d'affaiblissement intellectuel global et progressif : ses troubles psychiques, en effet, consistaient presque exclusivement en une altération de la mémoire de fixation et des troubles de l'orientation. Enfin, elle n'a pas manifesté de troubles de la parole caractéristiques, ni de troubles oculaires.

Quant au tabes, si nous avons noté chez notre malade le signe de Westphal, nous n'avons trouvé aucun autre symptôme qui puisse y faire penser : pas d'incoordination motrice, pas d'arthropathie, pas d'atteinte du sens musculaire ; de plus, on ne retrouve qu'exceptionnellement dans le tabes cette douleur vive à la pression

©BIUM

des gros troncs nerveux et des masses musculaires que nous avons provoquée si nettement.

Sans aucun doute encore, les troubles fonctionnels des membres inférieurs existant chez notre malade ne relèvent pas de la sclérose en plaques, de la sclérose latérale amyotrophique, de la syringomyélie, ou d'une myopathie progressive primitive dont les symptômes ne concordent pas avec ceux que nous avons observés.

S'ils dépendaient d'une myélite, il faudrait en rechercher principalement la cause dans la syphilis.

La constatation des troubles sphinctériens et de l'escarre sacrée qu'a présentés notre malade aurait pu orienter vers ce diagnostic ; mais, actuellement, l'affection a plus d'un an d'existence, et la myélite syphilitique consiste essentiellement en une paraplégie spasmodique chronique secondaire ; or, nous ne constatons ici aucun phénomène de spasmodicité ; pas de clonus, pas d'exagération de réflexes ; et enfin, même dans le cas où il s'agirait d'une myélite avec paraplégie flasque, on trouverait une anesthésie des membres inférieurs qui est absente ici.

Nous nous trouvons donc bien en présence d'une psychose polynévritique, dont l'évolution régressive a seulement laissé à l'heure actuelle un léger déficit de la mémoire de fixation qui, peut-être, se comblera progressivement ; elle s'est accompagnée d'une escarre sacrée qui s'explique par le gâtisme antérieur et par l'infection consécutive, d'incontinence sphinctérienne dépendant vraisemblablement de troubles de l'attention et de la volonté, car sa disparition a coïncidé avec la rétrocession notable des troubles mentaux.

Il nous paraît utile et intéressant, en publiant ce cas, d'insister sur la constatation de la lymphocytose céphalo-rachidienne que nous avons faite ; l'observation contraire est de règle dans les psychoses polynévritiques, ce qui démontre le néant ordinaire des lésions méningées. Ce fait n'a pas de quoi surprendre, puisque, comme l'ont montré MM. Widal et Le Sourd à l'occasion d'une paralysie ascendante aiguë, on peut observer des lésions des racines rachidiennes laissant indemne la pie-mère qui les enveloppe.

Une altération du névraxe, même très étendue, peut

©BIUM

donc, comme le dit M. Widal, laisser les méninges intactes.

Cependant, M. Achard a rapporté le cas d'une psychose polynévritique alcoolique au cours de laquelle il a observé à deux reprises une lymphocytose nette, et, au mois de novembre de l'année dernière, Udine a signalé un cas clinique semblable, accompagné d'une lymphocytose abondante.

Ces derniers faits semblent indiquer une vulnérabilité plus grande du système nerveux à l'influence de l'intoxication alcoolique, puisqu'à des lésions portant à la fois sur l'écorce cérébrale et sur le système nerveux périphérique vient encore se surajouter un processus d'irritation des méninges rachidiennes.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1909

Présidence de MM. SÉGLAS et LEGRAS.

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

MM. René Charpentier, Giraud, Juquelier, Lallemant, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Blondel, secrétaire général du Comité français d'organisation du Congrès international des sciences médicales de Budapesth (24 août-4 septembre 1909), demandant que les médecins aliénistes qui se proposent de faire des communications à la section de Psychiatrie de cette réunion se fassent inscrire le plus tôt possible ;

2° Des lettres de MM. Dupain et Olivier, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. de Clérambault, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

4° Une lettre de M. Jean Lépine, de Lyon, qui sol-

©BIUM

licite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Gilbert Ballet, Magnan et de Clérambault, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Alfred Gordon, de Philadelphie (Etats-Unis), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Klippel et Semelaigne, rapporteur.

Mort de M. Paul Moreau (de Tours).

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs et chers collègues, il fut cette année bien peu de séances où je n'aie eu le triste devoir de vous faire part de la disparition de quelqu'un des membres de la Société médico-psychologique.

Aujourd'hui encore, au début de cette séance qui doit être la dernière de ma présidence, il me faut vous annoncer la mort de notre regretté collègue, le Dr Paul Moreau (de Tours).

Depuis de longues années, il faisait partie de notre Société où ses éminentes qualités d'homme et de savant lui avaient valu l'estime et la sympathie de tous.

Héritier d'un nom illustre dans les annales de notre spécialité, il sut se montrer le digne élève et continuer l'œuvre de celui qui fut un des fondateurs de la Société médico-psychologique, et dont le souvenir persiste encore dans toutes les mémoires comme celui d'un des maîtres de la psychiatrie française.

Dès ses débuts dans la carrière médicale, dans une thèse restée classique sur la contagion du suicide, il s'affirme déjà comme un aliéniste de race.

D'autres travaux devaient suivre, s'adressant aux branches diverses de la spécialité et témoignant de la haute compétence de leur auteur en clinique, en médecine légale, en psycho-physiologie : Mémoires sur les troubles intellectuels dans l'intoxication lente par l'oxyde de carbone, sur les rapports de la phtisie pulmonaire avec l'aliénation mentale, sur les pseudo-guérisons dans les maladies réputées incurables, sur la folie jalouse, sur la démence ; études médico-légales sur la contagion du crime, sur l'infanticide au point de vue de la responsabilité morale, sur l'homicide commis par

les enfants. Il nous laisse aussi des travaux de plus longue haleine, un volume sur la folie chez les enfants, véritable traité de psychiatrie infantile, qui constitne une œuvre presque unique en son genre ; d'autres encore sur les aberrations du sens génésique, sur les fous et bouffons, intéressantes études de psycho-physiologie et de médecine historique dont le succès s'est affirmé dans plusieurs éditions successives.

Ce sont tous ces titres scientifiques qui avaient désigné P. Moreau (de Tours) aux suffrages de ses collègues pour la présidence de notre Société.

Depuis quelques années, absorbé par la direction de l'important établissement d'Ivry, nous ne le voyions plus à nos séances qu'à de rares intervalles. Longtemps encore nous espérions le conserver parmi nous, lorsque une mort aveugle est venue l'enlever prématurément.

Aux regrets de sa famille nous associons les nôtres, et je serai, je n'en doute pas, l'interprète fidèle de vos sentiments à tous, en saluant ici, au nom de la Société médico-psychologique, la mémoire de ce collègue aimable et bienveillant, dont le savoir n'était égalé que par la modestie.

P. Moreau (de Tours) ayant été président de la Société médico-psychologique, la séance, suivant l'usage, est suspendue pendant dix minutes en signe de deuil.

Rapport de la Commission des finances.

M. SEMELAIGNE. — L'avoir de notre Société, au 31 décembre 1907, était de. 3.414 59
Les recettes, en 1908, ont été. 2.856 15
Total 6.270 74
Les dépenses ont été de. . . . . 2.497 »
Reste un excédent global de. 3.773 74
qui se décompose ainsi :
Société médico-psychologique 662 14
Prix Aubanel. 1.811 60
Prix Belhomme. . . . . 1.000 »
Prix Moreau de Tours . . . . . 300 »
Total. 3.773 74
qui forment l'actif en caisse au 31 décembre 1908.

©BIUM

Quant aux rentes de la Société, elles se décomposent ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique	566 »
Rentes du prix Aubanel	800 »
Rentes du prix Belhomme	300 »
Rentes du prix Moreau (de Tours)	100 »

Votre Commission vous propose d'accepter les comptes de l'année 1908 et de voter des remerciements à votre trésorier.

Les conclusions du rapport précédent sont mises aux voix et adoptées.

M. VALLON, en qualité de membre de la Commission des finances, demande si le trésorier doit faire recouvrer auprès des veuves les cotisations des membres de la Société décédés dans l'année.

La Société est d'avis de ne pas faire ces recouvrements.

M. VALLON demande encore qui doit expédier les diplômes des membres élus : est-ce le trésorier ou le secrétaire général ?

La Société décide que cette expédition revient au trésorier.

M. TRÉNEL est d'avis que les questions de ce genre ne devraient pas être discutées en séance publique.

M. le PRÉSIDENT partage cette opinion.

Election du Bureau de 1909 (suite).

Il est procédé à l'élection du trésorier. M. PACTET est élu par 19 voix sur 21 votants (2 bulletins blancs).

Il est ensuite procédé à l'élection du Comité de publication.

Sur 17 votants :

M. BLIN obtient	17 voix.
M. POTTIER	16 —
M. SEMELAIGNE	9 —
M. BRIAND	4 —
M. TRÉNEL	4 —

En conséquence, MM. BLIN, POTTIER et SEMELAIGNE sont déclarés élus membres du Comité de publication.

©BIUM

Installation du Bureau.

M. SEGLAS. — Messieurs et chers collègues, voici venu l'instant où je dois reprendre ma place au milieu de vous. Avant de céder le fauteuil à notre nouveau président, le Dr Legras, permettez-moi une fois encore de vous exprimer mes bien sincères remerciements pour le témoignage d'estime et de sympathie dont vous m'avez honoré, en m'appelant par vos suffrages à présider les séances de la Société médico-psychologique pendant l'année qui vient de s'écouler.

Les comptes rendus de nos séances pourront, je l'espère, témoigner qu'elle a été digne des précédentes et affirmer une fois de plus l'activité de notre Société.

Bien qu'aucune question n'ait été spécialement proposée à l'ordre du jour, il en est une cependant qui a donné lieu à d'importantes discussions et occupé la plus grande partie de nos réunions : c'est celle des délires hypochondriaques.

Elle a trouvé son point de départ dans une lecture de M. Mignard sur une observation d'idées délirantes hypocondriaques relatives au tube digestif, chez un malade en état d'involution démentielle, atteint de cancer de l'estomac. Après une discussion à laquelle prirent part MM. Vallon, Briand, Vigouroux, Ballet, Arnaud, Dupré, envisageant surtout le côté clinique, la question s'est trouvée immédiatement élargie et transportée sur un autre terrain par une communication de M. Picqué sur le traitement rationnel du délire systématisé à forme zoopathique, à propos de laquelle il examinait les conditions et les résultats de l'intervention chirurgicale chez les hypochondriaques. A la suite de quelques réflexions présentées par MM. Dupré, Colin, Lwoff, Ballet, à propos de la malade de M. Picqué, celui-ci revient sur le même sujet dans la séance suivante où MM. Juquelier, Dupré, Arnaud, Deny, Vallon, Toulouse discutent la légitimité et l'utilité des interventions chirurgicales chez les aliénés.

Une observation de MM. Trénel et Crinon sur le rôle des idées de zoopathie interne dans la pathogénie d'un délire de négation, bien qu'envisageant surtout le côté

©BIUM

psychologique du développement des idées de négation postérieures chez leur malade aux idées de possession, fournit l'occasion d'une reprise de la discussion entre MM. Picqué, Vallon et Deny.

Dans une séance ultérieure, M. Picqué revient encore sur la même question avec une remarquable communication intitulée : De l'origine périphérique de certains délires (cénesthésie et somatisme).

Entre temps figurèrent à l'ordre du jour d'autres présentations intéressantes à divers titres, sur des sujets variés, et que je ne ferai encore que vous rappeler très brièvement.

MM. Vigouroux et Naudascher nous ont apporté quatre observations de traumatisme cranien avec lésions consécutives des méninges et de l'encéphale, et troubles mentaux.

Sous le nom de délire à éclipses, M. Legrain a décrit cliniquement des états délirants aigus ou subaigus, 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. MM. Benon et Gelma nous ont fourni plusieurs exemples de ces délires à éclipse chez les alcooliques.

M. Bourdin nous a adressé également la relation d'un cas de délire à éclipses chez un dégénéré alcoolique.

MM. Courjon et Mignard ont communiqué l'observation d'un déséquilibré orgueilleux à réactions antisociales, exemple de plus d'un de ces individus, constamment entre la prison et l'asile, et pour lesquels se pose sans cesse la question d'un asile spécial où ils pourraient être envoyés par un jugement régulier, après avis d'un expert.

Nous devons à M. Levassort la description de quelques cas de perversion instinctive chez les enfants : satyriasis et nymphomanie infantiles.

MM. Halberstadt et Nouet nous ont fait part d'un cas de mysophobie de Kraepelin à propos duquel M. Arnaud a justement insisté sur les inconvénients de reconstituer les anciennes monophobies et sur la néces-

©BIUM

sité de substituer, en ce qui concerne les obsessions, le travail de synthèse au travail d'analyse.

L'observation d'un cas de cysticercose cérébrale nous a été communiqué par M. Mignot; une étude sur la fugue et le vagabondage par MM. Benon et Froissart: un cas de syphilis héréditaire tardive par M. Maurice Page.

MM. Séglas et Vallon ont apporté une contribution à l'étude des délires de persécution dans le tabes, à propos d'un tabétique atteint d'un délire de persécution à base d'interprétations délirantes, chez lequel les deux maladies semblaient évoluer indépendamment.

MM. Vigouroux et Naudascher nous ont fait part de leurs recherches sur le rôle des infections et des intoxications dans l'étiologie de la démence précoce. Une de leurs observations a été l'occasion des remarques intéressantes de MM. Klippel, Arnaud, Trénel sur le rôle de l'alcoolisme dans la démence précoce.

A la même séance, M. Trénel nous a présenté un cas rare d'othématome.

Je rappellerai encore la communication de M. Lucien Cotard sur deux cas de psychose hallucinatoire, dans lesquels les hallucinations, non corrigées par le malade, développées en dehors de tout élément toxique, constituaient à elles seules presque toute la maladie, sans s'accompagner de conceptions délirantes proprement dites.

Nous devons enfin à MM. Dupain et Lerat l'observation d'un cas de psychose polynévritique.

Mes chers collègues, la Société médico-psychologique a été cette année douloureusement éprouvée. La mort impitoyable nous a enlevé coup sur coup plusieurs de nos membres, parmi les plus éminents et les plus estimés : après Marandon de Montyel, Mitivié et Paul Dubuisson, le professeur Joffroy, Paul Moreau (de Tours), deux de nos anciens présidents. Nous avons eu également à déplorer la perte de MM. Mierzejewski et Conolly Norman, membres associés étrangers.

De nouveaux élus sont venus combler les vides laissés dans nos rangs. M. de Clérambault a été nommé membre titulaire ; MM. Levassort, Lerat, Ravarit membres correspondants ; membres associés étrangers

©BIUM

MM. Otto Ranke, Huebner, Mariani, Kalman Pandy, Antonio d'Orméa, Lopès Martin, Schmiergeld, Antonio Coelho, Fornaca, Carlos Eiras.

En votre nom, je leur souhaite à tous la bienvenue; et je ne doute pas qu'ils n'aient à cœur de venir contribuer pour leur part à l'activité de notre Société.

En terminant cette revue rapide de nos séances, j'ai le vif plaisir de vous faire part de la promotion dans la Légion d'honneur d'un de nos collègues les plus distingués et les plus sympathiques, le Dr J. Voisin. La Société médico-psychologique, à laquelle il n'a cessé de donner depuis bien des années, comme membre titulaire, comme trésorier, comme président, tant de preuves de dévouement, applaudit de tout cœur à une distinction si légitime, qui ne fait que reconnaître bien tardivement les longs services du médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, et les nombreux travaux du savant.

L'Académie de médecine a décerné le prix Baillarger à M. Rodiet, de Dun-sur-Auron, membre correspondant. Qu'il me permette de lui exprimer la part que la Société prend à son succès.

Mes chers collègues, me voici arrivé à la fin de ma tâche. Votre bienveillance à tous me l'a faite facile et agréable; et j'ai trouvé dans mes collègues du Bureau MM. Legras, vice-président, Ritti, secrétaire général, Dupain et Vigouroux, secrétaires annuels, des auxiliaires dévoués que je ne saurais trop remercier de leur précieux concours.

Vous avez appelé pour cette année à la vice-présidence M. Arnaud.

Elève du même maître, ami de longue date, je suis tout particulièrement heureux que le dernier acte de ma présidence soit de l'inviter à prendre au Bureau la place que lui ont attribuée vos suffrages. L'activité dont il nous a donné tant de preuves comme membre titulaire et la haute valeur de ses travaux scientifiques nous assurent en lui un président dont le zèle et l'autorité ne pourront qu'imprimer à la Société médico-psychologique une impulsion féconde.

Et maintenant, je prie M. le Dr Legras de vouloir bien occuper le fauteuil présidentiel. Qu'il me permette, en descendant de cette tribune, de lui dire tout le plaisir

©BIUM

que j'ai eu à y siéger une année à ses côtés, de lui renouveler ici l'expression des sentiments de haute estime dans laquelle nous le tenons tous et dont nos votes, en l'appelant à la présidence, n'ont pu être qu'un faible témoignage.

M. LEGRAS. — Mes chers Collègues, en prenant place au fauteuil présidentiel de notre Société, je vous avoue très sincèrement que je suis profondément ému, parce que mon esprit se porte, irrésistiblement, vers le souvenir de mes éminents prédécesseurs, les Paul Garnier, les Séglas et les grands maîtres de la psychiatrie française qui l'ont successivement occupé : les Baillarger, les Marcé, les Falret, les Lasègue, les Magnan. Et, lorsque je me vois appelé à remplir une fonction qui m'élève à leur niveau, et me rend momentanément leur égal, oh ! à cet unique point de vue, je me sens envahi par un sentiment de troublante fierté. En entrant dans la Société médico-psychologique, je vous l'affirme, mes chers collègues, j'y suis arrivé sans autre ambition, sans autre visée, que de bien servir, à l'occasion, de bien défendre, ses intérêts moraux et matériels, en demeurant constamment dans le rang. Aujourd'hui, votre bienveillante estime m'en fait sortir : elle me fait monter sur le pavois pour être, pendant l'année 1909, le *primus inter pares*. Et j'ai ce très grand honneur, qui constitue un des plus beaux fleurons de ma carrière professionnelle, de diriger les réunions mensuelles de notre Compagnie. Je vous en remercie. Faut-il vous dire que j'apporterai dans l'exercice de la très haute et très flatteuse mission dont vous m'avez chargé, la plus complète impartialité, et tout mon absolu dévouement? Vous les verrez à l'œuvre, mes chers collègues, soyez-en assurés, car ce sera le meilleur témoignage que je puisse vous donner de mon inaltérable reconnaissance et de ma cordiale gratitude.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1909.

PRIX ESQUIROL. — Deux mémoires ont été envoyés :

1° *Contribution à l'étude des fugues en pathologie mentale*, par MM. R. Benon et F. Froissart ;

2° *Le puérilisme mental et les états de régression de*

©BIUM

la personnalité, par MM. René Charpentier et Paul Courbon.

Prix Moreau (de Tours). — Cinq mémoires ont été envoyés :

1° *De l'absolue nécessité de l'assistance des enfants anormaux et de ses résultats au point de vue social*, par M. Maurice Royer ;

2° *Littérature et folie. Etude anatomo-pathologique de génie littéraire*, par M. Paul Voivenel ;

3° *La mort avec ictus dans la paralysie générale*, par M. Achille Delmas ;

4° *La paralysie générale post-traumatique. Etude étiologique et médico-légale*, par M. Froissart ;

5° *Contribution à l'étude des symptômes iriens dans la paralysie générale*, par MM. A. Rodiet et F. Caus.

Prix Semelaigne. — Question : *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

Pas de mémoire envoyé.

La Société décide que le même sujet sera proposé pour le prix Semelaigne à décerner en 1911.

Nomination des Commissions de prix.

M. le Président. — Je viens de recevoir une motion signée par M. Antheaume et contresignée par MM. Colin et Pactet, tendant à ce que les membres des Commissions de prix soient désormais désignés par voie de tirage au sort.

M. Colin déclare qu'il a signé très volontiers la proposition de M. Antheaume, d'après laquelle des juges des Commissions de prix devraient, à l'avenir, être tirés au sort. S'il l'a fait, c'est afin d'attirer l'attention de ses collègues sur un concours d'une importance dépassant de beaucoup la valeur qu'il convient d'accorder à une compétition de prix, car il ne s'agit plus alors de la distribution de quelques centaines de francs, mais bien de l'avenir même de tous les jeunes gens qui se destinent à la carrière de médecins aliénistes.

Il veut parler du concours de l'adjuvat et surtout de la façon dont est composé le jury. Celui-ci, au lieu d'être désigné au choix, devrait, de toute nécessité, être

©BIUM

tiré au sort. La Société pourrait utilement être saisie de la question.

M. PACTET appuie les observations de M. Colin. A l'heure actuelle, une évolution se fait dans les esprits en matière de concours et le mode de recrutement des juges de l'adjuvat apparaît comme une manifestation rétrograde et surannée de l'ancien état de choses.

M. VALLON se joint aux deux orateurs précédents pour demander que la Société s'occupe des réformes à introduire dans l'organisation du concours de l'adjuvat.

M. ANTHEAUME avoue qu'en présentant sa proposition il n'avait pas l'intention de lui donner une semblable portée, les deux questions, commissions de prix d'une part, concours de l'adjuvat d'autre part, lui paraissant être d'ordre tout à fait différent. Néanmoins, il se rallie volontiers à la motion proposée par MM. Colin, Pactet et Vallon.

M. MAGNAN propose d'envoyer cette motion à l'examen d'une Commission spéciale.

MM. VALLON, ANTHEAUME, LEGRAIN, LWOFF, insistent pour que la Société prenne immédiatement une décision à ce sujet.

Le principe du tirage au sort des membres de Commissions de prix est accepté après un vote à mains levées.

Il est décidé que pour cette année même les membres seront désignés par le sort.

Sur une demande signée par douze membres de la Société, il est procédé à l'élection d'une Commission devant étudier les voies et moyens. Cette Commission est également chargée d'étudier la réorganisation du concours de l'adjuvat.

Sont élus membres de cette Commission : MM. VALLON, BRIAND, COLIN, PACTET et ANTHEAUME.

©BIUM

De l'origine périphérique de certains délires,

par le Dr Lucien Picqué.

Dans une précédente séance (1), j'ai abordé devant vous la question de l'origine périphérique de certains délires. Mais avant de vous présenter les faits qui permettent d'établir le rapport qui existe parfois entre le délire et certaines lésions somatiques de nature chirurgicale, il m'a paru utile d'envisager tout d'abord la doctrine de la cénesthésie.

En procédant de la sorte, j'ai pu surprendre ceux qui n'attendaient de moi que des faits ; mais si j'ai abordé un terrain où un chirurgien ne peut que se sentir mal à l'aise, c'est que la doctrine de la cénesthésie rejette l'influence des lésions périphériques, et qu'ainsi, la psychologie pathologique cesse d'être l'auxiliaire utile de la psychiatrie, puisque, en répudiant tout ce que la médecine nous a appris jusqu'à ce jour, elle supprime dans l'avenir tout effort thérapeutique.

Par son caractère purement spéculatif, cette doctrine nous apparaît comme un reflet de l'esprit philosophique ancien, puisqu'elle repose entièrement sur une hypothèse et qu'elle repousse systématiquement les faits positifs.

Et, en effet, ses partisans qui lui ont imposé un nom emprunté à la physiologie, méconnaissent justement les données les mieux établies sur les transmissions aux centres des sensations périphériques et lui en substituent d'autres encore hypothétiques de physiologie cérébrale.

Il faut bien reconnaître, en résumé, que cette doctrine ne semble en faveur près de certains que parce qu'elle donne satisfaction à leurs tendances philosophiques ; mais j'ai hâte de revenir à l'objectivité des faits.

Je viens vous apporter aujourd'hui les faits de ma pratique que plusieurs d'entre vous m'ont demandés lors de ma première communication. Il convient pour

(1) Séance du 29 juin 1908. — V. le numéro des *Annales*, de septembre-octobre 1908, p. 288.

©BIUM

les juger de les examiner sans parti pris et de se dégager, comme je l'ai fait moi-même, de toute préoccupation doctrinale. S'ils parviennent à démontrer la subordination de certains troubles mentaux aux lésions périphériques, alors la synthèse de ces faits pourra confirmer les résultats déjà obtenus par vous sur le terrain médical, et nous ramener ainsi à l'antique doctrine du somatisme.

C'est ainsi qu'en partant de faits positifs et en les généralisant, on peut arriver à constituer une doctrine conforme aux règles scientifiques actuelles.

Je tiens cependant à dire dès le début que cette synthèse ne saurait s'appliquer à tous les cas. J'ai déjà signalé devant vous les exagérations de Roy au Congrès de Rennes, à propos de l'hypocondrie.

Certes, avec un examen de plus en plus attentif des malades, avec le perfectionnement progressif des méthodes d'investigation clinique, bien des lésions autrefois ignorées deviendront évidentes.

Nul doute que le cadre des délires symptomatiques ne s'élargisse chaque jour, mais il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle il n'est pas encore possible, comme l'a fait Roy, de rayer les formes essentielles du cadre nosologique.

C'est opposer une doctrine à une autre et devancer les faits ; c'est cependant à eux seuls qu'il appartient de fixer la place qui doit être réservée dans l'avenir aux délires d'origine périphérique.

Parmi les formes mentales en rapport avec les lésions périphériques, je n'envisagerai aujourd'hui que les états mélancoliques et hypocondriaques dans leur ensemble et non dans une de leurs formes particulières.

Chez les malades de cette catégorie que j'ai eu l'occasion d'observer, ces états étaient caractérisés, d'après les certificats qui ont abouti à l'internement des malades, par de la dépression, du découragement, des idées d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, des idées de suicide, des préoccupations hypocondriaques, parfois des idées de persécution, des illusions, des interprétations délirantes, des hallucinations de l'ouïe.

Mais tout d'abord, pour mieux interpréter la valeur des faits que je vous apporte et mieux préciser la

©BIUM

place qui leur convient, il est nécessaire de rappeler l'opinion des auteurs touchant la relation des états mélancoliques et organiques.

Beaucoup, sinon tous les aliénistes, signalent la coexistence fréquente des lésions somatiques avec la mélancolie.

Masselon, dans son récent mémoire, déclare « qu'il n'est peut-être pas de psychose où les troubles organiques soient plus accentués que dans celle-ci ». Si l'auteur fait surtout allusion aux cas où la mélancolie accompagne ou précède des psychoses organiques, il est certain que cette fréquence des troubles organiques se retrouve également dans la classe qu'il désigne sous le nom de mélancolie morale.

D'autres auteurs ont signalé chez les mélancoliques l'existence des troubles digestifs. La plupart insistent sur l'amaigrissement, la déperdition progressive des forces et la cachexie.

Cette coexistence fréquente des troubles organiques locaux et généraux avec le trouble mental devait naturellement suggérer aux cliniciens l'idée d'envisager les rapports de ceux-ci avec les troubles mentaux.

Si déjà les anciens, et surtout Galien, avaient entrevu le caractère de ces rapports, on peut dire qu'au siècle dernier ce fut Esquirol qui le premier insista sur le rôle important que les affections organiques peuvent jouer dans l'étiologie de la mélancolie.

Il en rapporte d'ailleurs des exemples intéressants. Puis ce furent Loiseau et Azam qui décrivirent les troubles mentaux en rapport avec les affections viscérales.

N'ayant à leur disposition que la clinique, ils appuyèrent leur doctrine sur l'évolution parallèle des unes et des autres.

C'est par la clinique qu'ils affirmèrent l'influence des troubles physiques sur la folie et spécialement la mélancolie.

Plus récemment, le professeur Bouchard dans ses mémorables travaux, Bettencourt-Rodriguez dans ses observations, Krafft-Ebing, démontrent que le traitement rationnel de la dilatation de l'estomac et de certaines de ses affections chroniques amène la disparition des états mélancoliques concomitants.

©BIUM

Les auto-intoxications si bien étudiées dans d'autres formes mentales, d'abord au Congrès de la Rochelle par Régis, Chevalier-Lavaure et Legrain, puis par Klippel, Vigouroux et Juquelier, par Gilbert, Lereboullet et Cololian dans certaines affections du foie, donnent lieu aux mêmes constatations.

Dans tous ces cas, les auteurs signalent la même coexistence d'états mélancoliques, le même parallélisme, la même influence favorable du traitement.

Aujourd'hui, la question est entrée dans une nouvelle phase bien intéressante au point de vue qui nous occupe.

La mélancolie, à l'heure actuelle, n'est plus, en effet, considérée que comme un syndrome apparaissant au cours d'affections organiques plus ou moins déterminées.

Le professeur Joffroy lui-même et son élève Masselon la considèrent comme l'expression psychique d'un trouble somatique profond.

Nous sommes bien près des faits que je vous apporte.

Il est certain que si la mélancolie, naguère encore une entité morbide, s'est démembrée en des états mélancoliques, la subordination de ceux-ci à des troubles somatiques devient plus facile à établir.

Or, comme nous venons de le voir, beaucoup d'affections ont été déjà signalées comme pouvant produire des états mélancoliques, mais aucune place n'a été faite jusqu'ici aux affections chirurgicales.

J'estime cependant qu'elles ont droit à en posséder une dans l'étiologie du syndrome mélancolique.

Il m'a été donné, au cours d'une pratique chirurgicale déjà longue, de constater, dans une série d'affections, la coexistence d'états mélancoliques.

Mais, pour simplifier une question si complexe, je n'envisagerai aujourd'hui devant vous, dans cette catégorie très nombreuse de faits, que les infections chirurgicales chroniques et latentes.

Pour éviter tout malentendu sur les faits que j'ai à vous soumettre, une distinction dès le début est importante à faire.

Bien qu'il y ait infection et délire dans les formes que je vais mettre sous vos yeux, il ne s'agit pas de délire infectieux au sens clinique du mot. Cette dénomination doit être en général réservée à une variété

©BIUM

clinique toute spéciale et sur laquelle j'ai déjà eu l'occasion d'attirer votre attention.

Dans le délire infectieux proprement dit, le délire représente un élément secondaire dans le tableau d'une septicémie médicale ou chirurgicale. C'est au cours d'une septicémie dont les symptômes occupent le premier rang que le malade se met à délirer.

On observe surtout dans ces cas un état confusionnel accompagné ou non d'un délire que Lasègue et Régis ont remarquablement étudié.

En tout cas, son caractère essentiel est d'être transitoire et de disparaître avec la maladie qu'il accompagne.

A l'hôpital, ce délire est surtout connu des médecins qui l'observent au cours de certaines maladies comme la pneumonie et le mal de Bright.

Dans les maternités, il est le plus souvent confondu avec la folie puerpérale ; dans les services de chirurgie, avec le délire alcoolique.

A l'asile, nous retrouvons ces formes de délire chez les malades qui ont pu échapper à la mort.

Les symptômes de la septicémie se sont alors atténués et coexistent avec un foyer infectieux souvent manifeste, mais parfois latent.

C'est la confusion mentale qu'on observe encore parfois associée à la mélancolie.

Ce sont ces délires que j'ai étudiés devant vous dans ma communication de 1905.

Les cas dont je veux vous entretenir aujourd'hui diffèrent notablement des précédents.

Le foyer infectieux est en général latent et profondément situé ; il est ordinairement viscéral et intéresse spécialement l'utérus ou les annexes, l'intestin ou le foie, parfois les organes génito-urinaires de l'homme.

La septicémie qui l'a accompagné au début a complètement disparu : le malade est apyrétique ; il ne persiste le plus souvent chez lui qu'un état cachectique particulier, bien connu des chirurgiens dans les infections chroniques et dont le type le plus intéressant est la cachexie appendiculaire.

Chez ces malades, on observe en général un état mélancolique pur.

J'ai signalé depuis longtemps la fréquence des états

©BIUM

mélancoliques dans les formes chroniques de l'infection.

Les aliénistes, ainsi que je l'ai rappelé plus haut, ont signalé de leur côté la cachexie chez les mélancoliques sans arriver toutefois à découvrir à celle-ci sa véritable origine. C'est qu'en vérité l'état mental survivant aux accidents de la septicémie aiguë ou atténuée occupe désormais le premier plan du syndrome clinique.

Dans l'esprit des anciens surtout, les symptômes de la cachexie paraissaient secondaires.

Bien au contraire, selon moi, cette cachexie sert en quelque sorte de trait d'union entre la lésion et le trouble cérébral.

La déchéance mentale n'est ici que la conséquence de la déchéance physique due à un foyer infectieux méconnu.

La démonstration de ce rapport fournit une contribution utile à la question de l'origine périphérique de certains délires, en même temps qu'elle élargit la doctrine admise aujourd'hui par beaucoup d'entre vous sur le rôle de l'infection endogène dans la genèse de la folie.

Les anciens auteurs, qui admettaient l'origine organique de certaines formes de l'aliénation mentale, et en particulier de la mélancolie, invoquaient la coexistence de la lésion organique et du trouble mental et leur évolution parallèle. L'amélioration ou l'aggravation parallèle de l'une et de l'autre constituait pour eux la meilleure preuve de leur subordination.

La guérison simultanée des deux en donnait la démonstration définitive.

Ces arguments conservent aujourd'hui toute leur valeur, mais la pratique de la chirurgie chez les aliénés sert à les consolider en même temps qu'elle apporte des éléments nouveaux à la doctrine somatique.

L'acte opératoire en multipliant les guérisons autrefois trop peu nombreuses pour entraîner la conviction, en fixant en quelque sorte une date à la guérison simultanée du trouble mental et de la lésion organique, apporte à la solution du problème une rigueur quasi mathématique.

D'autre part, la pathologie générale, la clinique et l'anatomie pathologique, dont les enseignements ont été trop négligés jusqu'alors, nous renseignent sur la

©BIUM

nature et la marche des processus infectieux et nous expliquent aussi bien des points en apparence contradictoires.

Les observations que j'apporte au débat ont été publiées, soit par moi dans diverses communications, soit par mes élèves Privat et Latapie, internes des asiles, dans leur thèse inaugurale.

En y joignant les observations personnelles de Privat, qu'il a consignées dans la thèse de son élève Verhaghi, on arrive à un total important de faits.

Je me garderai bien de vous imposer la lecture de tous ces faits que vous trouverez résumés dans la thèse de Latapie : « Sur le rôle de l'infection chronique dans le syndrome mélancolique ».

Pour simplifier l'exposé qui va suivre, j'envisagerai successivement les divers arguments qui ont été invoqués contre le rôle de l'intervention chirurgicale dans la guérison de certains délires.

Ils sont au nombre de trois principaux :

1° La coïncidence de l'acte opératoire avec la guérison du délire ;

2° L'absence ou le retard de la guérison mentale après l'opération ;

3° La récidive du délire après l'intervention.

A propos de chacun de ces arguments, je ferai des emprunts aux faits que j'ai observés ; je vous en signalerai les points les plus intéressants et m'appuierai pour les interpréter sur la pathologie générale, l'anatomie pathologique, la clinique générale, la psychiatrie.

Mais tout d'abord il est des arguments d'ordre général dont on s'est souvent servi pour combattre la doctrine de la subordination des troubles mentaux aux lésions somatiques et dont il convient de faire justice.

On a dit que les infectés ne deviennent pas tous mélancoliques. Ici, la réponse est facile, et c'est la psychiatrie qui nous la donne en nous apprenant à connaître les divers états dégénératifs héréditaires ou acquis qui expliquent la prédisposition d'un sujet à délirer.

On comprend facilement, sans avoir besoin d'y insister, que là où la prédisposition manque, l'infection, surtout quand elle est peu intense, ne saurait engendrer de troubles mentaux.

©BIUM

On a dit encore que tous les prédisposés infectés ne deviennent pas mélancoliques. Or, dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, j'ai toujours constaté qu'un foyer circonscrit doit, pour amener un trouble mental, produire tout d'abord une infection généralisée aiguë ou chronique. Je me suis déjà plus haut expliqué sur ce point.

Or, la pathologie générale nous apprend les conditions de la propagation à l'organisme tout entier d'un foyer septique localisé. Elle nous renseigne sur les éléments de résistance de celui-ci. A côté des éléments principaux et que je n'ai pas à rappeler ici, il en est encore d'adjuvants dont le nombre augmente chaque jour, et parmi lesquels nous pourrions citer entre autres l'altération des organes à sécrétion intense, dont l'étude a dans ces derniers temps donné lieu à d'importants travaux et qui serait susceptible de diminuer la résistance de l'organisme au point de vue qui nous occupe.

On comprend dès lors que dans des conditions semblables au point de vue de la prédisposition cérébrale et de l'infection localisée, l'organisme peut résister ou non à l'infection générale, origine des troubles mentaux, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hypothèse ingénieuse de Charrin. Et c'est ainsi que peuvent s'expliquer des cas en apparence contradictoires.

J'arrive maintenant à l'examen des arguments opposés aux résultats obtenus par la chirurgie dans la guérison des délires.

Coïncidence. — Celle-ci est le plus souvent invoquée. Jadis, comme je l'ai déjà dit, les faits de guérison spontanée étaient trop peu nombreux pour entraîner la conviction, mais aujourd'hui leur nombre, grâce à l'intervention et surtout aux conditions dans lesquelles elle se produit, apporte à la discussion des faits qui paraissent probants.

Il ne suffit pas, en effet, que la guérison mentale survienne un temps quelconque après l'acte opératoire. Il faut que cette guérison soit rapide. Or, dans treize au moins de nos observations, la guérison s'est faite rapidement. Elle a été, chez 4 malades internés depuis plusieurs mois, de six, neuf, vingt-six et vingt-neuf jours.

Je veux au moins vous rappeler une de ces observa-

©BIUM

tions publiées dans mon troisième volume. Il s'agit d'un malade entré le 20 mars 1902 dans mon service avec le certificat suivant de M. Magnan : « Délire mélancolique, idées de persécution et de culpabilité, préoccupations hypocondriaques, plaintes, gémissements, refus d'aliments. » Ce malade présente un grand état de cachexie. Je découvre une nécrose étendue du maxillaire supérieur, accompagnée d'une suppuration abondante. La guérison opératoire est obtenue en quelques jours. L'état général s'améliore rapidement. L'amélioration mentale se produit en même temps. Le malade n'a plus d'idées de suicide, il quitte l'asile le 6 mai.

Retard de la guérison. — Il s'en faut que dans tous les cas la guérison se produise aussi rapidement ; c'est surtout dans ces cas qu'on a pu invoquer la coïncidence quand survenait une guérison retardée. Or, la pathologie générale nous aide encore à expliquer ces cas.

On comprend, en effet, que plus l'intervention est rapide, moins l'infection générale, qui en est la conséquence, est profonde, plus la guérison est alors facile à obtenir.

D'une façon générale, celle-ci dépend de la promptitude de celle-là.

Les malades traités tardivement doivent guérir plus lentement.

Parfois, cependant, la guérison peut survenir rapidement dans des conditions en apparence défavorables.

Dans une des observations de Privat (2e groupe, 1re observation), la malade avait accouché onze ans auparavant ; le traitement dirigé contre l'infection amena une guérison rapide.

Il en a été de même chez deux autres malades (2e groupe, observations 3 et 6), chez lesquelles l'infection remontait à deux ou à six ans.

Il faut, en outre, tenir compte de la nature même de l'infection. Les mammites puerpérales avec leurs foyers multiples et parfois difficiles à atteindre, les suppurations diffuses et profondes des membres, certaines fistules stercorales à dispositions complexes ont, dans quelques-unes de nos observations, donné des guérisons mentales tardives sans qu'on puisse nier cependant, selon moi, la relation de causalité.

©BIUM

Absence de guérison. — Dans certains cas, la guérison mentale ne se produit même pas.

Diverses causes peuvent être invoquées qui ont été judicieusement signalées par Latapie.

Le plus souvent, comme dans les cas précédents, un foyer infectieux est resté méconnu.

Dans des affections à foyers multiples, et c'est là que l'anatomie pathologique et la clinique rendent les plus grands services, plusieurs ont été ouverts, un seul a été abandonné qui entretient le délire.

Mais la psychiatrie elle-même nous renseigne utilement à cet égard. Il faut, en effet, dans tous les cas, établir la part qui revient à la maladie et au malade.

Latapie dans sa thèse a bien insisté sur le rôle de la prédisposition dans la production des symptômes mentaux et montré que ceux-ci ne se rencontrent pas également chez tous les malades pour un même degré d'infection.

La prédisposition commande, en quelque sorte, la forme clinique du délire d'origine infectieuse, et l'on peut, dès lors, préjuger d'avance le résultat de l'intervention.

Il est donc intéressant, comme Latapie l'a fait, de diviser les malades en deux catégories cliniques qui correspondent au degré de la prédisposition.

Les idées de persécution, les illusions, les interprétations délirantes, les hallucinations de l'ouïe dénotent un état dégénératif plus ou moins prononcé. Dans ces cas, l'infection s'est bornée « à mettre en marche » cette prédisposition. Le trouble mental annoncé par l'infection prend, en quelque sorte, une existence indépendante.

C'est dans ces cas que nous voyons l'intervention rester sans influence sur la marche du délire.

Latapie signale dans les observations qu'il a réunies un cas intéressant de ce genre.

Quand la prédisposition est peu marquée, nous observons surtout la dépression, le découragement, les idées d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, les idées de suicide, les préoccupations hypocondriaques.

L'intervention, dans ces cas, agit d'ordinaire rapidement pour amener la rétrocession du délire.

©BIUM

Mais même, dans ces cas, on peut, en général, prévoir un insuccès lorsque l'intervention n'a pu être pratiquée que tardivement, à l'époque où l'état mental a dû subir une détérioration trop complète.

Récidives. — Les rechutes post-opératoires qui ont été signalées par plusieurs auteurs, et spécialement par Legrain, ne sauraient amoindrir la valeur des résultats thérapeutiques obtenus.

Comme les délires antérieurs mentionnés par Arnaud et dont Latapie nous donne un exemple (observation 4), elles s'expliquent naturellement par la prédisposition antérieure du sujet.

Les malades présentaient une prédisposition avant l'infection, ils l'ont conservée après l'intervention. Ils ont, dès lors, pu délirer auparavant, comme ils peuvent délirer une fois l'infection guérie et sous l'influence d'une cause quelconque.

Je rappellerai à notre excellent collègue Briand que sa malade G..., guérie au pavillon d'une accès de mélancolie à la suite d'une opération pratiquée sur l'appendice, est restée guérie pendant sept années, et que, récemment, sous l'influence d'une cause morale passagère, elle a fait une nouvelle crise qui a nécessité un nouvel internement, mais qui, heureusement, n'a été que de très courte durée. J'admets, toutefois, l'influence heureuse du traitement chirurgical sur la guérison de la première crise.

Certaines circonstances cliniques que M. Latapie a relevées dans ses observations me paraissent encore présenter une réelle importance au point de vue du rôle de l'infection.

Beaucoup de nos malades ont accouché plusieurs fois sans présenter le moindre délire. Celui-ci ne s'est produit qu'à l'occasion d'un accouchement septique.

Malgré la prédisposition, la malade a accouché sans délire quand il n'existait pas d'infection. Quand celle-ci se présente, un état mélancolique se déclare.

Nos observations sont très précises à cet égard.

La malade (observation 1) avait traversé deux accouchements sans accidents ; le délire est apparu au troisième. La malade opérée le 24 septembre guérit le 30 septembre, elle quitte l'asile trois mois après.

©BIUM

La malade (observation 5) a accouché huit fois ; les troubles mélancoliques n'ont apparu qu'au sixième et au huitième accouchement. Opérée à ce moment, elle guérit en sept semaines.

Chez deux malades de mon élève Privat (thèse de Verhœgs) (2e et 3e observations), il ne s'était pas présenté de troubles lors des premiers accouchements.

Dans l'observation 5, la malade a accouché cinq fois sans accident et n'a présenté de troubles qu'au sixième.

En terminant, je formulerai les conclusions suivantes :

Les anciens auteurs avaient affirmé la relation entre certains troubles psychiques et somatiques, mais n'avaient pu entraîner la conviction faute de preuves suffisantes.

A l'heure actuelle, ces preuves nous sont fournies par la pathologie générale chirurgicale, l'anatomie pathologique, la clinique et la chirurgie opératoire.

Aucune question ne démontre mieux, à mon sens, le concours que peuvent se prêter entre elles les diverses branches des sciences médicales.

La chirurgie opératoire, en nous apportant des guérisons nombreuses et rapides, nous donne la démonstration quasi expérimentale du rôle de l'infection dans la genèse de certains délires.

La pathologie générale et l'anatomie pathologique, en nous apprenant la nature, les formes diverses et la marche des processus infectieux, les conditions de résistance de l'organisme à l'infection, nous expliquent les résultats variables des interventions chirurgicales.

La clinique générale et la psychiatrie nous renseignent sur les circonstances dans lesquelles se produit le délire et sur l'évolution des troubles somatiques.

Toutes viennent ainsi éclairer utilement l'observation et fournir une contribution utile à la solution du délicat problème des origines périphériques de certains délires.

La Société décide que la question soulevée par M. Picqué sera maintenue à l'ordre du jour.

La séance est levée à 6 h. 15.

A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine

ANNÉE 1908

I. — *Montaigne était-il hypochondriaque?* par M. Armaingaud, correspondant national (séance du 25 février). — Incidemment, au cours de l'une des précédentes séances de l'Académie, M. le doyen Landouzy avait été amené à parler de Montaigne comme d'un « hypochondriaque » qui « promena ses malaises, ses douleurs, ses préoccupations constantes de santé, son humeur inquiète, au travers des Eaux françaises, allemandes et italiennes, demandant partout des remèdes à la lithiase rénale dont il se plaignait d'avoir hérité de monsieur son père ».

M. Armaingaud (de Bordeaux) s'est ému de voir présenter sous ce jour à la docte assemblée son illustre compatriote gascon ; et, à grand renfort de documents, de citations et de commentaires, il s'est efforcé de démontrer que cette accusation d'hypochondrie ne reposait sur aucun fondement et que l'auteur des « Essais », « ce grand maître de la sagesse humaine », n'avait jamais versé ni dans le déséquilibre mental, ni dans l'obsession.

Michel de Montaigne eut à souffrir pendant la meilleure partie de sa vie de fréquents accès de coliques néphrétiques ; il endura de plus quelques attaques de goutte. Nombreux sont ceux qui, à sa place et en pareilles conjonctures, eussent donné libre cours à leurs doléances, à leurs récriminations, à leurs inquiétudes. Or, oyez comme il en parle : « Il faut souffrir doucement les lois de notre condition... La goutte, la gravelle, l'indigestion sont symptômes de longues années, comme des longs voyages, la chaleur, les pluies et les vents..... Il faut apprendre à souffrir ce qu'on ne peut éviter..... D'essayer à regimber contre la nécessité naturelle, c'est représenter la folie

©BIUM

de Ctésiphon qui entreprit de faire à coup de pied avec sa mule. » Et encore : « On n'a point à se plaindre des maladies qui partagent loyalement le temps avec la santé » et dont les crises sont aussi brusques dans leur début que dans leur fin.

Même, ce mal de la pierre n'apparaît pas à Montaigne sans quelques qualités : il le trouve « courtois et gracieux », puisqu'il le « décharge » d'autres accidents auxquels il était parfois sujet, puisqu'il le « purge » par les vomissements qui en accompagnent les crises, puisqu'il le nettoie enfin de ses « humeurs peccantes » par le jeûne obligatoire auquel il le réduit.

Une autre faveur de cette colique, c'est qu'elle n'empêche pas de monter à cheval. Pendant la plus grande violence d'une crise, Montaigne put chevaucher dix heures durant.

Enfin, particulière commodité, c'est un mal « qui donne peu à deviner ». Pas d'incertitude sur le diagnostic. La marche de la maladie est connue à l'avance. « Mon mal et moi nous n'avons que faire de consultations et interprétations doctorales. »

Sans doute. Mais l'auteur des « Essais » nous a laissé aussi un « Journal de son voyage de santé » ; et c'est là, c'est dans cette minutieuse relation de tous ses faits et gestes pendant les dix-sept mois qu'a duré ce pèlerinage thermal que l'on a voulu retrouver « l'homme aux petits papiers », décrit — plus tard — par M. Brissaud et que connaissent si bien tous nos modernes neuropathologistes.

Il n'est que trop vrai que Montaigne, qui allait « semant des pierres et graviers sur les routes », a pris durant toute cette période de sa vie une note exacte et quotidienne des divers incidents de sa santé. Mais, chez lui, c'est tout simplement la marque d'un esprit observateur et nullement l'indice de tendances hypochondriaques. Bien loin, en effet, de se servir de ces précieuses notes pour se démontrer et pour démontrer aux autres, comme l'eût fait un hypochondriaque, qu'il est un homme bien à plaindre, Montaigne, tout au contraire, puise dans ces bulletins de sa santé des indications instructives, rassurantes et réconfortantes. « A faulte de mémoire, j'en forge une de papier ; et si quelque nouveau symptôme survient à mon mal, je l'écris, d'où il advient que, asture (à cette heure), estant quasi passé par toutes sortes d'exemples, si quelque étonnement me menace, feuilletant ces petits brevets décousus comme des notes sybillines, je ne faulx plus de trouver où me

©BIUM

consoler de quelque pronostic favorable en mon expérience passée. »

Au surplus, tout le long de ce voyage, la gaieté de notre valétudinaire ne se dément pas. Nous le voyons prendre une part active aux amusements qui se donnent dans les villes d'eaux, rechercher la société, — celle des dames surtout, — instituer des concours de danse, de grâce et de beauté, et même, en dépit de ses quarante-sept ans, presque conduire un cotillon.

Ces occupations, assurément, ne sont pas le fait d'un hypochondriaque. Aussi, M. Armaingaud se refuse-il absolument à souscrire à l'opinion émise — un peu légèrement, lui semble-t-il, — par M. le doyen Landouzy et il n'hésite pas à répondre très catégoriquement à la question posée : Non, à aucun moment de sa vie, pas plus pendant ses voyages que lorsqu'il écrivait ses « Essais », Montaigne n'a jamais été hypochondriaque, pas même au plus léger degré.

II. — *Escarres multiples et récidivantes depuis deux ans et demi aux deux bras et au pied. Amputation du bras gauche. Discussion sur la nature de ces escarres. Pathomimie*; par M. Dieulafoy (séance du 9 juin). — « Etonnante » assurément est bien l'histoire apportée par M. Dieulafoy à la tribune de l'Académie. Un homme jeune, intelligent, cultivé, sans tare nerveuse, commence un beau jour à se faire sur différentes parties du corps des escarres à la potasse. Pendant deux ans et demi, cet homme se complaît à tromper médecins et chirurgiens, à voir errer leurs diagnostics ; il se soumet aux traitements les plus variés, aux opérations les plus douloureuses, — telle l'élongation du plexus brachial ; il va même jusqu'à se se laisser amputer un bras ; et tout cela, sans motif plausible, sans raison appréciable, pour le seul plaisir, semble-t-il, de mentir, de simuler.

Pour dénommer un pareil état mental, M. Dieulafoy, sur le conseil de M. Paul Bourget, a forgé le terme de *pathomimie* (παθος, maladie, μιμεομαι, simuler). Et immédiatement il a divisé ce groupe nouveau des pathomimes en deux catégories : les pathomimes qui simulent avec une intention frauduleuse, parce qu'ils y trouvent intérêt ou profit ; et les pathomimes qui simulent pour leur seule satisfaction, pour leur plaisir. Les premiers sont depuis longtemps bien connus. Les auto-mutilateurs tels que celui dont M. Dieulafoy rapporte l'observation sont infiniment plus rares. On s'explique mal d'ailleurs leur état mental : le pathomime de M. Dieulafoy déclara, lorsqu'il se

©BIUM

décida à entrer dans la voie des aveux, qu'il se sentait poussé à se faire des escarres comme le morphinomane à se faire des piqûres; il obéissait à une idée fixe, « comme une machine, sans savoir pourquoi ».

Au point de vue médico-légal, il paraît évident à M. Dieulafoy que les malades de cette catégorie ne peuvent pas être considérés comme responsables de leurs actes.

III. — *Polioencéphalite syphilitique. Ophtalmoplégie totale et bilatérale, accompagnée de symptômes bulbaires. Efficacité du traitement spécifique*; par M. Dieulafoy (Séance du 10 novembre). — C'est l'observation d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qui présentait une paralysie complète de la musculature interne et externe des deux globes oculaires. Cette paralysie, dont le début remontait à huit mois, avait frappé d'abord le releveur de la paupière supérieure gauche, s'était étendue trois semaines plus tard au releveur de la paupière supérieure droite, puis avait atteint progressivement tous les autres muscles des yeux. En même temps apparaissaient des phénomènes bulbaires : polyurie, polydipsie, paralysie du voile du palais, dysphagie, vomissements, etc.

En présence de ce syndrome, M. Dieulafoy, après avoir éliminé l'hypothèse de tabes et de diabète, crut devoir incriminer une syphilis, vieille de six ans, dont la localisation se serait faite sur les noyaux gris de la protubérance et du bulbe, origines réelles des nerfs craniens. De fait, un traitement mercuriel intensif, aussitôt institué et prolongé pendant plusieurs semaines, amena une rétrocession presque complète de tous les symptômes morbides.

S'autorisant de ce cas, unique mais démonstratif, M. Dieulafoy conclut à l'existence d'une polioencéphalite syphilitique, qui se traduirait par de l'ophtalmoplégie, par des symptômes bulbaires et qui serait susceptible de s'amender sous l'influence d'un traitement spécifique suffisamment intense et prolongé.

Tout en acceptant dans leurs grandes lignes les conclusions de M. Dieulafoy, M. Raymond a cru devoir inscrire quelques réserves (séance du 17 novembre). Il lui paraît impossible, en l'espèce, d'admettre un processus d'atrophie cellulaire exclusif de toute participation méningée; il accepterait plus volontiers l'idée de lésions artérielles spécifiques avec modifications cellulaires consécutives et légères. Ainsi seulement s'expliquerait, d'après lui, le succès thérapeutique, d'ailleurs très brillant, obtenu par M. Dieulafoy.

GEORGES VERNET.

©BIUM

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 16 *novembre* 1908.

I. — *De l'emploi des courants électriques pour le rappel à la vie en cas de mort apparente causée par le chloroforme ou par l'électrocution*; par M^lle^ Louise Robinovitch, de New-York. — Les syncopes chloroformiques sont dues tantôt à une paralysie cardiaque, tantôt à une paralysie respiratoire. Les courants électriques employés par M^lle^ Robinovitch ont l'avantage sur les moyens classiques de provoquer à la fois des mouvements respiratoires, puis des contractions cardiaques s'accentuant régulièrement.

L'expérience se pratique sur un chien, on prend la pression carotidienne ou fémorale et le tracé respiratoire. Le chien est chloroformisé brutalement jusqu'à production de mort apparente; les appareils enregistreurs indiquent alors l'arrêt du cœur et de la respiration. On attend de quelques secondes à une minute et si la vie ne revient pas spontanément on pratique l'excitation électrique avec les appareils préparés d'avance.

Le courant de choix est le courant à interruptions fréquentes, (6.000 à 12.000) à 1/10 de période de passage. La cathode est placée à la région dorsale, l'anode à la région lombaire. On commence les excitations rythmiques avec un potentiel de 15 à 20 volts, la fermeture du circuit provoque une inspiration artificielle, l'ouverture une expiration; on recommence ces excitations en augmentant le potentiel, bientôt se produisent des battements cardiaques artificiels. Enfin, au bout d'une ou deux minutes, apparaît une faible respiration spontanée.

Cette méthode pourrait être appliquée au rappel à la vie des noyés, électrocutés, etc.; elle a déjà été employée par Leduc et Rouxeau sur le lapin. M^lle^ Robinovitch a été la première à démontrer la nécessité d'exclure la tête du circuit et à préconiser l'emploi d'un voltage minimum pour les premières excitations.

II. — *Anesthésie électrique*; par M^lle^ Robinovitch. — Depuis 1906, M^lle^ Robinovitch emploie en chirurgie de laboratoire l'anesthésie électrique générale obtenue au moyen d'un courant interrompu de 6.000 à 12.000 fois par minute.

On peut aussi provoquer l'anesthésie locale en électrisant le

©BIUM

principal nerf sensitif du membre, Mlle Robinovitch fait une expérience devant la société.

III. — *Présentation d'instruments*; par Mlle Robinovitch. — Mlle Robinovitch présente à la Société une canule de Jolyet modifiée par elle, et divers appareils pour l'anesthésie technique.

IV. — *Un cas litigieux d'amnésie post-traumatique*; par le Dr Legrain. — M. Legrain présente un malade déjà examiné au mois de juillet. Victime d'un traumatisme le malade est resté pendant huit mois consécutifs à l'accident, dans un état de confusion absolue, vivant dans un rêve continuel surtout professionnel. La confusion a ensuite diminué avec persistance de l'amnésie. Le malade vivant une succession de tranches subintrantes de son ancienne existence et de son existence plus récente qu'il lui est impossible de coudre entre elles pour reconstituer une personnalité. Plus tard, le malade est obsédé par la conscience de son état grave et éprouve à ces moments, de véritables crises d'angoisse. Actuellement il est notablement amélioré, supporte sa situation, garde un souvenir plus durable des faits récents. Si cette amélioration persiste, le malade pourra revivre psychiquement avec une personnalité nouvelle.

A l'interrogatoire, l'activité intellectuelle du malade paraît être en voie de développement, il commence à signer son nom et peut lire quelques mots.

V. — *Un cas de suggestibilité apparente due à un état de docilité pathologique*; par le Dr Crinon (Service de M. Trenel). — La malade a été internée en 1902 à la suite d'un accès d'agitation. Son attention, sa mémoire, son jugement, son imagination, sont normaux; mais il n'en est pas de même pour la volonté : la malade exécute sans contrôle les ordres qui lui sont ordonnés, danse, court, chante, rit au commandement; elle accepte toutes les idées extravagantes qu'on émet devant elle, mais un moment après les repousse si on lui fait remarquer qu'elles sont absurdes. Cette conduite semble être le résultat d'une docilité pathologique. Il est difficile de faire entrer ce syndrome dans un cadre clinique : dégénérescence mentale ou démence précoce. Au point de vue médico-légal, il faudrait se méfier des réponses de la malade.

Au cours de la présentation, la malade s'est montrée capable de contradiction et de critique. Comme le font remarquer MM. Magnan et Trénel, il est probable que la nouveauté du milieu a stimulé son esprit.

VI. — *Dilatation de l'aorte et de la sous-clavière chez un*

©BIUM

dément délirant. Arrêt de développement des artères chez un dément précoce ; par le Dr Vigouroux. — Il s'agit d'un malade de trente ans, présentant les symptômes de la stupeur catatonique et mort de tuberculose pulmonaire. L'aorte est du calibre de celle d'un enfant de douze ans, le cœur pèse 250 grammes ; on remarque une pigmentation anormale du noyau du pneumogastrique. L'étroitesse de l'aorte est assez fréquente dans la démence précoce.

M. Roubinovitch, sur trente et un déments précoces, a trouvé de l'hypotension habituelle et sept cas de rétrécissement mitral pur. Il s'agit en somme d'un stigmate cardiaque de dégénérescence.

M. Marie. — Il faut rapprocher ces cas de l'infantilisme angio-plasique de Brissaud.

VII. — *Délire de persécution chez un dégénéré. Évolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytique et attaques d'épilepsie. Mort. Présentation de pièces* ; par les Drs Pactet et Courjon. — Le malade avait été présenté à la séance précédente. A ne considérer que les symptômes actuels il était un paralytique général typique, mais en étudiant l'évolution de la maladie, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'une démence précoce avec syndrome paralytique. L'examen des pièces présentées tranche le diagnostic en faveur de la paralysie générale (infiltration, périvascularite, chromatolyse des cellules pyramidales).

VIII. — *Ulcère et symphyse gastro-hépatique chez un aliéné alcoolique* ; par MM. Marie et Bourilhet (présentation de pièces).

Séance du 21 *décembre* 1908.

I. — *Trois cas de psychose polynévritique alcoolique* ; par les Drs Lwoff et Trenel. — La première malade présente une paralysie flasque des membres inférieurs et des muscles extenseurs des doigts et de la main. Les réflexes rotuliens et plantaires sont abolis, les troubles de la sensibilité douloureuse très marqués aux membres inférieurs. Les deux autres malades présentent des troubles physiques nets mais moins marqués.

Au point de vue mental, ces trois cas se ressemblent avec cette particuliarité qu'une malade atteinte de mutisme à son entrée a été considérée pendant quelque temps comme une

©BIUM

paralytique générale. Les caractéristiques sont : contraste entre la précision des souvenirs anciens, la conservation relative de l'attention volontaire et du jugement, même des sentiments affectifs pour la vie passée et, d'autre part, l'amnésie, la confusion, l'euphorie actuelles.

M. Vigouroux fait observer que polynévrite et troubles mentaux ne sont pas toujours associés. Y-a-t-il coexistence ou relation de causalité ? Le syndrome confusionnel de la psycho-polynévrite semble dû à des lésions hépatorénales que l'on peut constater chez des aliénés non alcooliques.

M. Trénel répond que le syndrome de Korsakoff peut être provoqué par des lésions tuberculeuses ou spécifiques, on l'a constaté dans un cas de tumeur cérébrale.

II. — *Athétose familiale double et croisée chez une débile persécutée*; par le Dr Briand. — M. Briand présente une malade atteinte de stigmates physiques de dégénérescence, de débilité mentale, d'idées de persécution récemment apparues. Depuis l'âge de six mois existent des troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires des extrémités, lents, reptatoires, diminuant notablement au repos, marqués surtout au membre supérieur gauche et inférieur droit.

La malade a une sœur qui accomplit comme elle depuis sa naissance des mouvements involontaires.

Ces mouvements athétosiques se rapprochent de la chorée par leur exagération à l'occasion des gestes intentionnels ; ainsi se justifierait le diagnostic de syndrome athétoso-choréique, familial, double, croisé, par intervalles, chez une débile persécutée.

M. Colin. — Ces mouvements semblent nettement athétosiques.

M. Trénel. — Le rapprochement avec la chorée de Huntington est intéressant à cause de la nature familiale du cas et des troubles psychiques ressemblant à ceux des chorées chroniques.

III. — *Les injections de liquide céphalo-rachidien autogène dans le traitement des états asthéniques d'origine organique ou fonctionnelle*; par le Dr Roubinowitch. — Un paralytique général atteint de stupeur avec mutisme et indifférence absolue a reçu une injection hypodermique de 10 centimètres cubes de son propre liquide céphalo-rachidien. Dès le lendemain, il a été amélioré. D'autres injections ont été pratiquées sur le même malade, dans les mêmes conditions, avec un égal succès.

Le même traitement a été pratiqué une seule fois chez un

©BIUM

autre malade atteint de dégénérescence mentale avec psychasthénie, dépression mélancolique, céphalée constante et intense, idées de suicide.

Quinze jours après l'injection, le malade était débarrassé de sa céphalée, de sa dépression et de ses idées de suicide. Il n'y avait pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. La guérison se maintient depuis soixante-douze jours, le malade est présenté à la Société.

IV. — *Maladie de Basedow compliquée d'alcoolisme* ; par le Dr Juquelier. — M. Juquelier présente une alcoolique chronique qui est entrée à l'asile clinique pour un délire alcoolique subaigu grave ; la malade présente en même temps un syndrome basedowien net. Un médecin consulté avait attribué les troubles mentaux (confusion, hallucinations pénibles, etc.) au basedowisme, mais l'examen de M. Magnan a décelé l'alcoolisme qui explique à lui seul les troubles observés.

V. — *Catatonie chez une jeune fille de vingt ans* ; par le Dr Leroy. — La malade de M. Leroy a été internée pour apathie, indifférence, lenteur des mouvements, mutisme. Elle présente des symptômes marqués de catatonie et une grande suggestibilité.

Elle peut écrire, mais recopie servilement le modèle ; quoique indifférente en apparence, elle conserve un certain degré d'attention. Il s'agit d'un cas typique de catatonie, mais est-il possible de rattacher ce syndrome à une entité morbide définie? S'agit-il de débilité mentale, étant donnés les symptômes de dégénérescence ? S'agit-il de la maladie de Kahlbaum ?

MM. Magnan et Ritti font observer que la malade prête une grande attention à ce qui se passe et n'est pas démente.

M. Pactet. — On peut hésiter entre les diagnostics d'état mélancolique et de démence précoce. M. Pactet a observé un malade de trente ans présentant un syndrome catatonique semblable et qui a guéri au bout d'un an.

VI. — *Stéréotypies de l'attitude du mouvement et du langage chez une démente* ; par les Drs Leroy et Dalmas. — Il s'agit d'une malade de cinquante-quatre ans avec affaiblissement intellectuel qui a présenté autrefois un délire hallucinatoire et incohérent avec idées de grandeur absurdes ; elle présente en outre des stéréotypies secondaires d'attitudes, de mouvements, du langage, avec des néologismes.

VII. — *Délire hypocondriaque. Appendicite ancienne. Pyonéphrose. Lésions anciennes des poumons et des testicules* ; par

©BIUM

les Drs Marie et Bourilhet. — Le malade présentait un délire hypocondriaque d'origine organique et aurait pu tirer bénéfice d'une intervention pratiquée en temps utile.

Dr Paul Guiraud.

JOURNAUX ANGLAIS

The journal of Mental Science.

Année 1906.

I. — *Amentia et démence* (2e *partie*, *Amentia*) ; par Joseph Shaw Bolton, (1905, numéros de juillet, octobre, 1906 janvier). — Un précédent article du même auteur sur ce même sujet, nous a donné sa pensée et le résultat de ses observations anatomiques. Cette seconde partie nous apporte les documents cliniques. On sait que sous le terme *Amentia*, l'auteur a classé d'après l'anatomie et l'histologie tous les cas de développement incomplet ; au point de vue clinique, il classe également sous cette rubrique les cas de développement insuffisant et par cela même souvent anormal. L'amentia est donc un développement insuffisant des neurones. En regard de l'amentia, M. Bolton place la démence, « condition mentale des malades qui souffrent d'une incapacité psychique permanente due à une dégénérescence neuronique suite d'une insuffisante possibilité de durer ».

Ainsi envisagée, l'amentia comprend beaucoup d'autres cas que ceux d'idiotie ou d'imbécillité, et l'auteur conçoit que l'on puisse donner une large et simple classification anatomo-clinique des troubles mentaux, en mettant d'un côté les troubles par développement insuffisant, de l'autre les troubles par dissolution.

L'expérience montre que les cas d'amentia présentent des stigmates de dégénérescence, qu'il y a de l'hérédité, mais l'on ne doit tenir compte pour subdiviser l'amentia ni de l'âge du début ni du ton émotionnel général ; une source d'erreur pour le diagnostic au début pourra être la cause occasionnelle, alcool, puerpéralité, qui dans certain cas surajoutera un élément démentiel à l'état amentiel.

L'amentia se subdivise en inférieure et supérieure, la première, qui comprend les idiots et les imbéciles, la seconde, où

©BIUM

le développement insuffisant moindre n'apparaît qu'à la puberté ou plus tard. Pour la commodité de sa classification, l'auteur a établi des classes d'après le degré d'amentia et en séparant les épileptiques des non-épileptiques. L'amentia supérieure comprend des cas habituellement classés comme manie ou mélancolie chroniques, des périodiques, et des systématisés. Dans tous ces cas, la démence lorsqu'elle apparaît est le résultat de l'involution sénile.

Les travaux de l'auteur portent sur 728 cas dont 283 d'amentia sans trace de démence et 445 de démence. Il suffira pour bien saisir la pensée générale de ce travail après ce que nous venons de voir des idées d'ensemble, de reproduire sa classification :

AMENTIA.

Inférieure :

I. — Idiotie et imbécillité (primaire ou secondaire).
Extrême, moyenne, légère;
Extrême, moyenne, légère avec épilepsie.

Supérieure :

II. — Etats d'agitation et folie « morale ».
« Folie morale ».
Manie chronique émotionnelle simple.
Manie chronique avec incohérence et délire.
Raretés et curiosités d'asile.

III. — Psychoses récurrentes;
En état de rechute.
Passées à l'état chronique.

IV. — Hystérie.

V. — Folie épileptique.
Manie épileptique.
Amentia supérieure avec manie épileptique.
Imbécillité légère avec manie épileptique.
Manie épileptique avec légère démence sénile.

VI. — Délires systématisés (paranoia comprise).

Chacun de ces chapitres est l'objet d'une description nosologique et clinique avec observations, qui fait de cette suite d'articles un véritable traité.

La troisième partie, *Démence*, fera l'objet d'une analyse ultérieure.

II. — *Sur quelques relations entre l'aphasie et les maladies mentales*; par Sidney J. Cole (numéro de janvier). — L'aphasie sensorielle transcorticale offre plusieurs aspects intéressant pour l'aliéniste; un des symptômes les plus fré-

©BIUM

quents en est l'écholalie; l'auteur pense que partout où il y a écholalie il y a un certain degré d'aphasie.

L'aphasie sensorielle transcorticale se voit transitoirement dans les intoxications alcoolique et chloroformique, dans l'épilepsie (une observation), dans la paralysie générale où l'écholalie et la surdité verbale sont rencontrées dans le déclin des attaques (une observation), dans de nombreux cas de confusion mentale, où s'observent associés l'écholalie et un certain défaut de compréhension du langage parlé. L'aphasie sensorielle transcorticale est aussi permanente dans des cas de lésion du lobe temporal gauche ou de son voisinage et aussi dans des cas plus intéressants et sans doute plus nombreux sans lésion. Les observations citées, dont une est personnelle à l'auteur, montrent l'importance de l'atrophie générale, même lorsqu'il y a une lésion temporale locale.

Les cas d'écholalie dont l'explication est le plus difficile sont ceux qui accompagnent les démences graves et précoces ; dans ces cas, l'écholalie jointe à un défaut de compréhension du langage et à de l'incohérence paraphasique n'apparaît que tardivement et l'on n'a pas de renseignements suffisants sur son mode de développement; le diagnostic de catatonie n'est pas une explication, car les symptômes catatoniques apparaissent dans des cas trop variés; l'auteur donne une observation détaillée de démence catatonique avec aphasie sensorielle.

La pathogénie de l'écholalie réside dans la résistance plus grande à la désagrégation du phénomène d'imitation, phénomène qui est le premier à apparaître chez l'enfant qui apprend à parler. A la différence de Pick, l'auteur estime que le centre de l'audition des mots n'est pas un centre inhibiteur et, au contraire de Ziehen, il regarde l'écholalie comme un symptôme non d'excitation, mais de défaut. Analysant ensuite chez sa malade l'incompréhension du langage écrit à la lecture, il l'explique par une faiblesse de l'attention, la malade ne pouvant saisir à la fois la forme et le sens des mots ; comme la compréhension du langage parlé persiste chez elle, on peut penser qu'il y a là un processus de dissolution, inverse du processus d'acquisition, le sens du mot étant au début lié à une impression auditive.

III. — *Notes sur l'étude de la folie*; par F. Graham Crookshank (numéro de janvier). — Pour l'étude des phénomènes mentaux il faut envisager séparément les phénomènes psychiques et les phénomènes physiques qui constituent deux

page 305 sur 528

©BIUM

séries distinctes. Ces derniers ayant été étudiés par l'auteur dans le *Mental Science* de 1900, le présent article ne s'occupe que des phénomènes psychiques en des considérations qui peuvent ainsi se résumer : de même que les états de conscience qui, dans le cours du développement depuis l'enfance jusqu'à la maturité, passent du simple, de l'indifférencié, de l'incoordonné au complexe, au différencié, au coordonné, suivent un ordre inverse dans le déclin de la vie, de même une pareille dissolution ainsi ordonnée se voit dans la folie. L'auteur se range à l'avis de Sankey qui estimait dans une vue générale que la folie, affection une dans son essence, passe toujours par les phases de la mélancolie, de la manie, puis de la démence, pour suivre une voie inverse en cas de guérison.

IV. — *Lipomes multiples dans la paralysie générale* ; par Conolly Norman (numéro de janvier). — Observation d'un cas de paralysie générale remarquable par des crises douloureuses, violentes au début, les tendances au suicide, le délire de jalousie et des lipomes multiples non symétriques. Mort par attaques épileptiformes.

V. — *Notes cliniques sur l'examen des urines et ses résultats* ; par Robert Jones (numéro de janvier). — Ces notes ne sont pas suivies de conclusions. Elles portent sur l'analyse de l'urine de 969 femmes aliénées. Toutes les recherches qui peuvent être faites au lit du malade ont été pratiquées par l'auteur qui souhaite avoir ainsi contribué à l'étude des rapports de l'aliénation avec l'auto-intoxication et les phénomènes de la nutrition.

VI. — *Note sur la terminologie et la classification en psychiatrie* ; par Thomas Drapes (numéro de janvier). — Toute science digne de ce nom doit pouvoir user d'un vocabulaire bien défini. Il n'en est pas ainsi jusqu'à présent en psychiatrie et il y a vraiment trop de différences entre les auteurs, soit que nous n'ayons pas les connaissances indispensables à une bonne classification, soit que la psychiatrie soit vraiment une branche bien spéciale des connaissances humaines, nécessitant des principes spéciaux de classification. Il y a, il est vrai, des difficultés toutes spéciales résultant en particulier de l'absence d'anatomie pathologique. Ce sont donc des faits qu'il faut trouver comme base d'une classification, afin que la grande majorité des psychologues puissent l'adopter ; par exemple, durée de la maladie, intensité, époque de la vie où elle apparaît, état symptomatique prédominant. Il faut surtout avoir

SBIUM

pour chaque terme un sens extrêmement précis et l'auteur termine par une critique fine des divers sens attribués à certains mots tels que chronique et démence, et en souhaitant que cette précision de sens devienne internationale par une entente cordiale qui donnera aux Français l'équivalent du terme *delusion* si usité en Angleterre.

VII. — *La colonie d'épileptiques David Lewis à Manchester*; par Alan Mac Dougall (numéro de janvier). — Notice détaillée de cette jeune colonie ouverte. Les épileptiques, hommes, femmes ou enfants, y sont soignés presque exclusivement par des femmes qu'on appelle sœurs. Tout ce qui peut leur rappeler les tristesses de leur état est écarté. Ils y vivent d'une vie réglée en communauté selon leur sexe. On leur apprend à travailler le plus souvent à la ferme. Les enfants ont une école. Tous les pensionnaires sont également habitués à se distraire et jouer ensemble. Le résultat est une diminution des attaques, mais surtout une amélioration remarquable de l'état mental et de l'état général. Les épileptiques sont plus heureux en colonie que chez eux.

VIII. — *Notes sur la tuberculose dans les asiles*; par George Greene (numéro de janvier). — La réputation des asiles anglais est qu'ils sont des nids de tuberculose. On en reviendra si on tient compte des divers faits statistiques suivants : Dans la pratique ordinaire hors des asiles, on indique souvent comme cause de décès une affection surajoutée à une tuberculose existante; les asiles n'ayant pas d'enfants, la proportion se trouve modifiée par la suppression des décès des premiers âges; bien des tuberculeux viennent mourir à l'asile, chargeant les statistiques; on constate, d'ailleurs, aisément que beaucoup de ces tuberculoses sont importées dans l'asile.

Les symptômes cliniques et physiques de la tuberculose sont autres chez les aliénés que dans le public. On doit, dans les asiles, tenir un grand compte de l'amaigrissement progressif. Les tuberculeux aliénés changent de caractère et deviennent soit déprimés, soit irritables; la fièvre n'est pas rare; la toux se voit peu, surtout le jour; l'expectoration est exceptionnelle, comme chez les enfants. Les symptômes physiques ont besoin d'être interprétés, on ne les constate souvent que tardivement et le diagnostic précoce de la tuberculose se fera surtout d'après l'état général.

IX. — *Nécessité de l'intervention de l'Etat en faveur des imbéciles*; par F. E. Rainsford (numéro de janvier). — On

©BIUM

admet généralement qu'il y a quelque chose à faire pour enlever les jeunes imbéciles du milieu démoralisateur de l'asile et du workhouse. Sans se faire d'illusions, il est certain qu'on peut obtenir d'eux par l'éducation un certain progrès. Dans le Royaume Uni, il n'y a guère pour s'occuper des imbéciles que des institutions privées où ces malades sont fort bien, mais où on ne les garde qu'un temps limité. Un seul établissement public existe, celui du Metropolitan Asylum's Board. L'auteur demande que l'Etat, qui est spécialement intéressé aux soins à donner aux imbéciles, danger public, prenne leur cause en main, notamment en Irlande.

X. — *L'emploi des infirmières pour le soin des aliénés hommes dans les asiles*; par George M. Robertson (numéro de janvier). — Cet emploi des femmes pour le soin des hommes est un excellent usage. Les femmes ont un instinct maternel qui en fait d'excellents soutiens de tout ce qui souffre. Si jadis on avait exclu les femmes du soin des hommes aliénés, c'est qu'on avait pour l'asile le même idéal que pour la prison ; les aliénés soumis à de mauvais traitements étaient plus brutaux ; on craignait les dangers sexuels à juste titre, car le personnel des asiles était choisi dans la plus basse classe. L'auteur raconte l'histoire de l'emploi des infirmières pour le soin des hommes, d'abord comme aides des infirmiers, puis seules et même à la tête des quartiers d'agités. Les dangers qu'on redoutait se sont montrés chimériques et les aliénés, beaucoup mieux soignés et traités, ont largement bénéficié de ce progrès.

XI. — *Alcoolisme, crime et folie*; par W. Bevan Lewis (numéro d'avril). — Une longue pratique et des expérimentations renouvelées ont permis à l'auteur de formuler des conclusions sur certains problèmes concernant l'alcoolisme. Il a notamment fait des observations sur l'intoxication expérimentale par divers poisons. L'observation calorimétrique dans l'intoxication par l'alcool lui fait discerner deux stades, le premier vaso-constricteur avec abaissement de la température, diminution consécutive de la production calorique, le second qui consiste en une période de vaso-dilatation paralytique avec un maximum de production de chaleur. Le chloral produit une action analogue. L'effet de la caféine est bien différent : tandis que l'alcool stimule la thermogenèse et conduit à une grande déperdition par la surface du corps, la caféine, qui stimule aussi la production de chaleur, favorise une rétention de la chaleur qui ramène à la normale la température du corps.

©BIUM

L'alcool affaiblit le sens musculaire et altère les temps de réaction; cela tient à l'action de l'alcoolisme sur les centres corticaux dans lesquels la zone qui préside au discernement du sens musculaire se superpose aux zones motrices en les débordant alentour; il est à noter qu'un affaiblissement du sens musculaire profond ne s'accompagne pas nécessairement d'altération des sensibilités thermique et tactile. Les temps de réaction sont notablement augmentés par l'alcool, malgré une sensation subjective contraire.

L'examen des conditions géographiques de l'alcoolisme a conduit l'auteur à conclure que les populations agricoles de l'intérieur ou du littoral sont les moins ivrognes (d'après les condamnations) et les plus atteintes par le paupérisme et la folie, que les populations minières et manufacturières de l'intérieur ou des côtes sont les plus ivrognes, les moins pauvres et les moins aliénées. On voit ainsi la folie dissociée de l'alcoolisme.

Enfin l'auteur aborde le problème de l'hérédité alcoolique; il s'agit en cette matière d'action directe du toxique sur l'organisme et non pas d'une véritable hérédité. Ce que transmet l'ancêtre alcoolique, c'est une dégradation du tissu nerveux avec un défaut de l'inhibition, cet attribut caractéristique des fonctions nerveuses. L'instabilité alcoolique qui en découle se manifeste par la tendance aux convulsions, et aux paroxysmes ainsi qu'aux affections périodiques. C'est là surtout un signe de transmission paternelle, l'intoxication maternelle aboutissant plutôt aux arrêts de développement.

XII. — *La pathogénie de la paralysie générale des aliénés*; par W. Ford Robertson (numéro d'avril). — Revue générale consacrée spécialement à l'étiologie de la paralysie générale.

XIII. — *Le pronostic dans la démence paralytique*; par George Greene (numéro d'avril). — Certains symptômes peuvent permettre de pronostiquer l'évolution de la paralysie générale. La mélancolie, les hallucinations auditives, la présence de réflexes lumineux dans des pupilles égales, des habitudes récentes de boisson indiquent des probabilités de rémission; cependant il faut perdre cet espoir si les symptômes d'amélioration ne se font pas voir dans le délai de six mois.

Les jeunes sujets vivent plus longtemps; les formes les plus aiguës surviennent de trente-cinq à quarante ans; les femmes durent deux fois plus que les hommes, le début précoce de la démence est un très mauvais signe surtout chez les mélanco-

©BIUM

liques, les excités ont une marche variable, la systématisation est un signe de durée.

Les symptômes pupillaires sont défavorables au contraire de l'atrophie du nerf optique. Les convulsions épileptiformes ne pronostiquent rien sur la durée.

Les dégénérés vivent plus longtemps que les sujets bien conformés. Lorsqu'un tabes précoce se joint à une paralysie générale précoce, la durée de celle-ci est prolongée.

XIV. — *Infirmières mentales (des écoles d'asiles); leur condition et leur enregistrement*; par T. Ontterson Wood (numéro d'avril). — Les réclamations faites pour que les infirmières d'asiles soient enregistrées par l'Etat à l'égal de celles des hôpitaux ont reçu un commencement de satisfaction. Il est nécessaire que ces infirmières soient enregistrées à part. L'auteur indique quelques mesures administratives utiles.

XV. — *Le personnel des infirmiers à l'asile métropolitain de Leavesden. Notes sur un système d'avancement*; par Frank Ashby Elkins (numéro d'avril). Lorsqu'un poste d'avancement est vacant, les infirmiers de l'asile, candidats à ce poste, sont invités à se faire connaître pourvu qu'ils remplissent certaines conditions. Parmi les candidats le titulaire est choisi après qu'il a été examiné par le médecin et le surveillant en chef.

XVI. — *Sur l'étiologie de la dysenterie des asiles*; par W. Bernard Knobel (numéro d'avril). — La dysenterie en Angleterre est l'apanage des asiles d'aliénés, alors qu'elle est rare dans des établissements tels que prisons, workhouses. Toutes les précautions prises n'ont eu que peu d'influence sur son extension. Cette dysenterie ne paraît pas l'œuvre d'un microbe spécifique. Elle éclôt souvent à la suite de remaniements du sous-sol dans le voisinage des asiles. Les rapports entre l'inhalation des émanations d'égouts et la dysenterie permettent de supposer que l'agent pathogène habite normalement le côlon et devient pathogène lorsque l'organisme est en état de moindre résistance, ce qui est un fait fréquent chez ces malades mentaux dont beaucoup ont des troubles trophiques; aussi les malades atteints de psychoses congénitales ou d'états chroniques y sont-ils moins sujets. La contagion ne se fait pas par l'intermédiaire des malades guéris.

XVII. — *De l'instinct. Etude psychophysiologique sur son évolution et sa dissolution*; par W. H. B. Stoddart (numéro de juillet). — Les mouvements volontaires et instinctifs sont accomplis dans le système nerveux par des faisceaux de

fibres motrices différents; le système volontaire évolue et se développe plus tardivement; il est plus tôt affecté dans les troubles mentaux; quand le système instinctif est atteint, les instincts disparaissent en sens inverse de leur développement. Anatomiquement chez les mammifères il y a deux systèmes moteurs, l'instinctif : cortico-rubro-spinal et le volontaire : faisceau pyramidal. Le premier joue un rôle capital dans les émotions.

Chez l'enfant, le système instinctif se myélinise bien avant le système pyramidal; l'auteur donne une description détaillée de l'apparition des divers instincts; pourquoi faut-il que son étude comprenne des considérations comme celle-ci : parmi les premiers mots de l'enfant il faut citer kak-kak. Ce son, ou ack-ack, est un exemple frappant de langage instinctif; dans toute la race aryenne tous les enfants s'en servent comme expression de dégoût. Chez les Hindous kakhi signifie brun, couleur de crasse, de poussière, d'excréments; les jeunes singes le redisent quand ils sont taquinés par leurs camarades. Or, le singe a un langage instinctif. Ces considérations rappellent trop les procédés en usage du temps du roi égyptien Nechao pour connaître l'origine du langage.

Dans la désagrégation cérébrale le système pyramidal est atteint le premier; l'auteur tend à le démontrer avec l'exemple des paralytiques généraux, les instincts cessent d'être contrôlés par la volonté et chacun d'eux devient prédominant dans l'ordre inverse de leur apparition. On peut tirer de ce fait des conclusions pronostiques et on doit en tenir compte en médecine légale.

XVIII. — *Signification clinique de l'indoxyle dans l'urine*; par Lewis C. Bruce (numéro de juillet). — La présence d'excès d'indican dans l'urine est souvent en connexion avec des états de dépression, et si l'on en juge par les effets du traitement, c'est un des facteurs principaux de cet état, cause et non pas effet de la dépression. Cependant il y a des cas de mélancolie sans indoxyle dans l'urine; il ne faut donc pas généraliser. La présence d'indoxyle indique un trouble intestinal, qu'il faut traiter par de grands lavements salés et la diète lactée ou lactée et farineuse; garder la bouche propre, enlever les dents cariées, ce traitement améliore nettement les malades.

XIX. — *Industrie et alcoolisme*; par W. C. Sullivan, (numéro de juillet). — M. Sullivan a établi qu'il existe deux façons de boire bien différentes, la boisson en compagnie et la

©BIUM

boisson industrielle ; celle-ci ne cause pas l'ivresse, mais conduit à l'alcoolisme. Or, elle a pour caractéristique essentielle d'être prise comme une aide pour le travail en vertu des propriétés de l'alcool sur les systèmes musculaires et nerveux. Si bien que pour qu'elle puisse exister il faut des conditions de travail telles que le travail musculaire pénible prédomine, qu'il ne soit pas influencé par la diminution d'acuité sensorielle, qui suit l'absorption d'alcool et que le coup de fouet musculaire produit étant vite suivi de dépression, il puisse être renouvelé fréquemment.

Ces conditions se trouvent par exemple chez les dockers, elles n'existent pas dans les mines de charbon ou l'alcool ne peut descendre. Il y a ainsi dans chaque métier des habitudes spéciales en ce qui regarde l'alcool. On voit les conséquences que d'un point de vue strictement économique les patrons peuvent en tirer. L'effort antialcoolique tirera de ces constatations une conséquence utile en montrant un léger scepticisme à l'égard de la prison pour ivresse contractée en compagnie et en fixant son attention sur tout ce qui restreindra les facilités de boire fréquemment, par exemple la multiplicité des cabarets.

XX. — *Une séro-réaction chez les personnes atteintes d'infection* ; par Lewis C. Bruce (numéro de juillet). — De nombreuses observations ont permis à l'auteur de signaler chez les infectés une réaction du sérum qui agglutine les globules rouges d'une personne saine ; cette réaction est augmentée après une injection de tuberculine. L'auteur donne en détail sa technique. Les globules rouges d'un malade qui donne la réaction agglutinative sont protégés contre l'action non seulement de l'agglutinine de son propre sang, mais contre celle du sang d'un autre malade. La substance qui donne cette réaction est stable, après chauffage de 30 minutes, à 65° C. Elle n'est pas la même substance que l'agglutinine. Cette réaction qui se retrouve dans diverses maladies infectieuses peut permettre le diagnostic entre les maladies mentales non infectieuses et les maladies dues à une infection, telles que manie avec ou sans confusion, catatonie, hébéphrénie, dépression des psychoses périodiques, épilepsie avec agitation.

XXI. — *L'évolution de la folie. Discours présidentiel à l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande* ; par Robert Jones (numéro d'octobre). — Dans son discours présidentiel, où sont effleurés de nombreux problèmes de haute importance, M. Robert Jones démontre d'abord que

©BIUM

la situation des aliénés en évoluant, a maintenant suspendu sur la tête de leurs médecins les contraintes ou pénalités qui jadis leur étaient imposées ; il insiste ensuite sur l'aggravation des maladies mentales produite par la civilisation, enfin il trace le tableau de certains moyens de prévention ou d'amélioration proposés pour décharger les contribuables d'une partie du fardeau que leur est la folie. Il défend en passant le corps médical des asiles contre le *Times* qui les a accusés d'être la cause de l'accumulation des incurables dans l'asile et montre comment l'hospitalisation des aliénés s'est modifiée du fait des progrès dans la connaissance des formes des maladies mentales et dans leur assistance. On trouvera au cours de ce discours des renseignements intéressants sur l'histoire du traitement et de la législation des aliénés en Angleterre.

XXII. — *La théorie des neurones. Fatigue, repos et sommeil* ; par W. Bevan Lewis (numéro d'octobre). — On ne peut traiter ce sujet de la fatigue, du repos et du sommeil sans en référer à la théorie du neurone, au sujet de laquelle l'auteur passe en revue les objections qu'il n'admet pas, d'Apathy, Bethe, Dogiel, Donnagio, Hiel.

Pour lui, la fatigue est un phénomène à la fois mental et musculaire, et c'est une erreur que de considérer la gymnastique comme réparatrice de la fatigue mentale. La fatigue se reconnaît à l'examen histologique, ainsi que plusieurs auteurs l'ont montré ; les produits de dénutrition sont éliminés par les éléments lymphatiques, « cellules boueuses » de B. Lewis. Pour le sommeil, à propos duquel l'auteur n'examine que la théorie histologique, sa conclusion est que la théorie de rétraction en masse des dendrites que rien n'est venu démontrer est bien improbable, et que la richesse du chevelu des dendrites, la rend invraisemblable. La modification de volume des gemmules siégeant sur ces dendrites lui paraît plus acceptable.

L'auteur termine par quelques conclusions concernant la fatigue à l'âge de la croissance ; c'est le résultat de ses travaux sur les enfants arriérés. Il existe des modifications horaires de la capacité intellectuelle qui se manifestent selon un certain rythme variable avec les sujets ; le maître doit connaître cette courbe et veiller à ce qu'il y ait chez tous les sujets une élimination complète de la fatigue par le sommeil et le repos. Ce sont les jeunes gens ainsi fatigués et nerveux qui sont atteints par les psychoses de l'adolescence. Dix heures de sommeil ne sont pas de trop.

©BIUM

XXIII. — *Alcool et folie. Effets de l'alcool sur le corps et l'esprit, d'après une expérience clinique et anatomique d'asile et d'hôpital* ; par F. W. Mott (numéro d'octobre). — Son expérience de médecin d'hôpital à Charing Cross Hospital et de médecin d'asile aux London Country Asylums, a permis à M. Mott de faire un certain nombre d'observations de nature très différente qu'il résume dans cet article.

Il a observé d'intéressantes psychoses polynévritiques chez les femmes en particulier, avec des troubles mentaux plus fugitifs que les troubles périphériques. Ces deux ordres de troubles coexistent presque toujours, mais la prédominance des uns ou des autres dirige le malade sur l'asile ou sur l'hôpital. Les habitudes secrètes de boisson sont très fréquentes dans l'étiologie chez les femmes mariées, et souvent une infection ajoute son effet à l'intoxication.

Les troubles mentaux débutent particulièrement à l'âge critique. L'alcool n'est alors comme pour beaucoup d'autres affections qu'un coefficient étiologique. Aussi, ne faudrait-il pas croire que la suppression de l'alcool amènerait la suppression de l'aliénation mentale ; par contre, cette mesure diminuerait les crimes et le paupérisme.

L'alcool n'est d'ailleurs qu'un excitant à côté de bien d'autres causes. Et si l'abus de l'alcool entraîne des ruines, son usage modéré n'est pas à proscrire. N'entraîne-t-il pas une utile sécrétion des sucs gastro-intestinaux? Ne pourrait-il servir de témoin pour constater la faiblesse mentale des êtres antisociaux dont on sait qu'ils le supportent difficilement, et qui seraient ainsi éliminés par leur moindre résistance? Son usage modéré diminue l'égoïsme et la méfiance, n'est-ce pas pour cela que les commerçants aiment à traiter les affaires le verre en main?

A l'autopsie des aliénés, on trouve peu de foies alcooliques, car les systèmes nerveux instables succombent à l'alcool rapidement avant que le foie soit atteint.

Dans les observations faites à l'asile, les cas de pur alcoolisme sont fréquents. A côté d'eux il en est d'autres, nombreux, où l'alcool frappe des prédisposés, mais en imprimant toujours à leur affection sa marque particulière. L'auteur se livre à une analyse des hallucinations dans ces cas-là et montre qu'elles sont habituellement entretenues par des troubles viscéraux. On juge du rôle plus ou moins grand de l'alcool à leur persistance plus ou moins grande, après disparition de la confusion. On

reconnaît également l'influence du toxique à la présence des symptômes du delirium tremens et de la psychose polynévritique; l'auteur en fait l'analyse en décrivant plusieurs textes par lui employés.

Il est nécessaire de faire contre l'alcool l'éducation de la conscience publique. Une ligue simplement tempérante, comme celle du vicomte Peel, peut attirer un grand nombre d'adhérents. On pourra ainsi persuader le public de la nécessité d'une législation de tempérance. Mais l'auteur ne discute pas ce point, voulant se limiter aux cas des alcooliques chroniques non considérés comme aliénés, mais aussi antisociaux et dangereux qu'eux. Contre ce danger, on devrait pouvoir placer sous un contrôle les buveurs d'habitude, faire payer leur dépense à tous les alcooliques soignés dans des hôpitaux tout comme on fait aux gens ivres, car le contribuable sobre et travailleur ne doit pas supporter cette charge. Il faudrait aussi prolonger le temps pendant lequel on peut détenir les malades avant l'internement; enfin, supprimer toutes les tentations de boire. Et dans cet ordre d'idées, l'auteur recommande la municipalisation des tramways, afin qu'ils n'aient pas comme têtes de lignes des débits et que les conducteurs ne soient pas obligés de boire pour faire le change de leur monnaie. Il faudrait aussi faire que le cabaret ne soit plus le lieu du bonheur du peuple.

XXIV. — *Sur la psychologie des croisades*; par William W. Ireland (numéro d'octobre). — Récit de la croisade de Pierre l'Ermite, de celles des foules inorganisées et de la croisade des enfants, ainsi que de la première croisade. Ce furent des mouvements qui tiennent du pèlerinage, de l'aventure guerrière, du désir du butin et du besoin de changer une vie lugubre. Ce fut une vraie folie communiquée que ce mouvement populaire dont l'auteur, sans la moindre sympathie pour lui, fait ressortir les côtés violents.

XXV. — *La possibilité de la limitation de la folie par la législation*; par M. J. Nolan (numéro d'octobre). — Le nombre croissant des internés et la surcharge imposée aux contribuables doivent faire étudier les moyens d'arrêter celles des causes de dégénérescence mentale qui tomberaient sous l'influence d'une législation appropriée. Deux sortes de mesures seraient à prendre : les unes d'ordre général auxquelles la législation sociale pare déjà grandement, les autres d'ordre spécial. A noter l'influence de la richesse d'un aliéné sur les conditions de son internement. Supporterait-on les excentri-

©BIUM

cités des pauvres, parlerait-on pour eux de frontières de la folie! Ayons donc des procédés uniformes pour tous.

Les mesures à prendre sont l'éducation physique et morale des enfants, l'instruction des adolescents sur les lois psychologiques, la réglementation d'Etat de la prostitution, la promulgation de sévères lois de tempérance, enregistrement des incapables mentaux, la prohibition des mariages consanguins et du mariage des personnes non saines d'esprit, la création d'un ministère de la Santé publique, et celle d'un laboratoire d'Etat de pathologie mentale.

Mais il faudrait aussi réformer notre mentalité faussement sentimentale; pourquoi s'intéresser aux frontières de la folie dont les habitants sont toujours en puissance de folie? Diminuons plutôt les causes qui augmentent actuellement la folie et parmi elles remarquons que beaucoup de vigoureux citoyens passant aux divers services de l'Etat y acquièrent facilement la syphilis et que les ouvriers font trop facilement des mariages imprévoyants. Etablissons la crainte des châtiments moraux et légaux pour ceux qui enfreignent les lois du Décalogue et les lois positives.

XXVI. — *Folie et indicanurie* (*indoxylurie*). *Note critique*; par C. C. Easterbrook (numéro d'octobre). — Critiquant les travaux de Townsend et Druce sur ce même sujet, l'auteur trouve leurs conclusions inacceptables et insuffisamment compréhensives. Pour lui, loin que l'indoxylurie soit la preuve de fermentations, causes toxiques de la mélancolie, la présence d'indican indique très généralement la seule constipation. Ce n'est qu'en l'absence de celle-ci qu'on pourra conclure à une présence pathologique de l'indican; on devra alors l'évaluer par une analyse complète de l'urine. Ces cas sont rares. La constipation est fréquente dans la mélancolie par suite de l'atonie intestinale et l'enchaînement des causes est ordinairement la suivante: mélancolie, constipation, indoxylurie. On traitera les malades par les purgatifs et les lavements.

VICTOR PARANT, fils.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

El Alcoholismo, y sus efectos en el individuo, la familia y la sociedad (L'alcoolisme et ses effets sur l'individu, la famille et la société); par le Dr Delfino. Mémoire couronné (médaille d'argent) par l'Exposition internationale d'hygiène annexée au IIIe Congrès de l'Amérique latine de Montevideo, mars 1907. 1 vol. in-12. Barcelona, Granuda, 1907.

Ce travail n'était, dans la pensée de l'auteur, qu'un ouvrage de vulgarisation à l'usage des classes populaires. Mais il se trouve intéresser le médecin à plus d'un titre, et surtout par son exposé de la question de l'alcoolisme au point de vue de l'hygiène sociale.

Un bref résumé historique montre que l'habitude de demander aux boissons alcooliques une stimulation physique ou intellectuelle remonte à la plus haute antiquité; la transformation de cet usage en abus a suscité chez tous les peuples envahis par l'alcoolisme une lutte défensive, dont les sociétés de tempérance sont, au XIXe siècle, la dernière expression.

Faisant ensuite le bilan de nos connaissances sur l'action physiologique de l'alcool, M. Delfino s'attache à établir que, si l'ingestion de l'alcool en faibles quantités ou dans un état de dilution suffisante peut être utile à l'organisme (usages thérapeutiques), les fortes doses ou l'usage habituel sont au contraire nuisibles. Ainsi, l'action coagulante de l'alcool sur les albuminoïdes et les ferments digestifs, son action déshydratante troublent la digestion, lèsent gravement la muqueuse stomacale et provoquent en outre de l'hyperacidité du suc gastrique. La destinée ultérieure de l'alcool absorbé et entraîné dans le torrent circulatoire est encore très discutée : la théorie de la transformation acétique au contact du sang, vraie seulement pour de minimes quantités, ne s'applique pas aux cas habituels. De graves objections s'élèvent contre la théorie de Liebig (trop connue pour la rappeler ici) et la rendent insoutenable : 1° L'oxygène du sang, à l'état de combinaison organique, ne peut servir à oxyder l'alcool, et le sang n'éprouve

©BIUM

aucune modification de ses caractères chimiques ; 2° les produits intermédiaires de la combustion de l'alcool n'ont pu jusqu'ici être isolés ; 3° au lieu d'accroître les combustions organiques, l'ingestion d'alcool est au contraire suivie d'un abaissement de température, avec diminution notable de la sécrétion d'urée et d'acide carbonique. Si la théorie de Lallemand, Perrin et Durey (l'alcool, transporté par le courant sanguin, sans aucune modification chimique, s'accumule sur les organes pour lesquels il a une affinité élective) n'est pas entièrement vraie, puisqu'on a démontré la combustion d'une partie de l'alcool introduit dans l'organisme, elle offre une grande part de vérité : l'alcool s'accumule dans le foie et surtout dans le cerveau, d'où l'on a pu en extraire de notables quantités chez des alcooliques. Il exerce une action prédominante sur le système nerveux, dont il stimule les fonctions, mais en apparence seulement (abstinence systématique d'alcool chez les professionnels du sport, etc.), pour les déprimer ensuite profondément. En outre de ses effets sur les appareils de l'économie, qu'il altère, l'alcool agit sur la nutrition et peut être considéré comme un aliment qui développe une énergie égale à celle que produisent les hydrates de carbone, mais non comme un aliment d'épargne. C'est un aliment dangereux et peu recommandable. D'ailleurs, loin d'activer les combustions organiques et d'élever la température du corps, comme pourrait le faire penser la sensation subjective de chaleur qui suit son ingestion, il exerce une action antithermique.

L'absorption coutumière d'alcool, par son accumulation dans les organes, détermine des troubles graves. L'auteur consacre des pages saisissantes à la description des lésions et du tableau clinique de l'alcoolisme aigu et chronique, faisant rentrer dans ce dernier syndrome le delirium tremens et la dipsomanie, comme les deux formes les plus importantes des psychoses alcooliques. Ce chapitre clinique s'accompagne d'une étude pathogénique et étiologique très complète : les troubles dus à l'intoxication alcoolique déterminent, soit chez le buveur lui-même, soit dans sa descendance, une véritable *diathèse* (au sens de tempérament morbide) alcoolique, c'est-à-dire une insuffisance énergétique des centres nerveux avec aboulie et impuissance à résister à l'attraction qu'exerce l'alcool. L'individu éprouve le besoin de réparer ce défaut d'énergie ; d'où la *soif d'alcool*, équivalent pathologique de la soif normale ou de la faim. Sur ce terrain préparé, toutes les causes qui débilitent

©BIUM

le système nerveux vont faire éclore l'alcoolisme franc. Sans entrer dans l'énumération de ces causes, notons au passage quelques faits intéressants : tandis que l'alcoolisme héréditaire revendique 50 à 60 p. 100 des cas (80 p. 100 selon Magnan), les causes prédisposantes post-natales détermineraient 40 p. 100 des cas. Bien qu'il soit difficile d'établir une statistique exacte, l'alcoolisme serait aujourd'hui plus fréquent chez la femme, que les conditions sociales ont poussée vers l'industrie. — Contre toute attente, l'alcoolisme serait, en Angleterre et en Allemagne, plus développé dans les classes instruites et les professions libérales, soumises à un surmenage cérébral.—Sans abandonner l'opinion courante qui fait de la misère la grande pourvoyeuse de l'alcoolisme, il faut citer l'opinion contraire de Vandervelde et Cauderlier, basée sur la relation directe entre les variations de l'alcoolisme et celles des salaires.— 20 p. 100 des alcooliques le deviendraient à la suite de traumatismes craniens.

Dangereux pour l'individu, l'alcoolisme l'est aussi pour l'organisme social ; il menace la richesse publique en alourdissant les budgets des nations (assistance et établissements pénitentiaires), et en diminuant notablement la capacité de production de la classe ouvrière. Par sa répercussion sur la descendance, il fait dégénérer la race et remplit la société de non-valeurs, souvent dangereuses. Ses rapports étroits avec la folie, et notamment la paralysie générale, son influence sur l'accroissement des suicides, de la criminalité et des accidents du travail sont établis par de nombreuses statistiques dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

A côté du mal, on doit placer le remède, ou mieux les remèdes, car la lutte contre l'alcoolisme dispose de plusieurs moyens : fiscaux, légaux, moraux. Tous ont été appliqués dans les divers pays, avec des succès très inégaux : l'expérience a fait considérer les remèdes moraux comme les plus efficaces. Les mesures fiscales ou légales consistent dans : le dégrèvement des boissons hygiéniques, la création d'impôts sur l'alcool, la suppression du privilège des bouilleurs de cru, la monopolisation de l'alcool par l'Etat d'une part, d'autre part la réglementation des débits de boisson et la répression de l'ivresse. Tandis que le dégrèvement des boissons hygiéniques ne peut diminuer que passagèrement la consommation d'alcool, et que le relèvement des droits sur l'alcool offre de gros inconvénients (encouragement de la fraude, fabrication de produits hypertoxiques),

©BIUM

la suppression du privilège exorbitant des bouilleurs de cru s'impose comme mesure initiale. Le monopole d'Etat sur la vente de l'alcool est de nature à influer heureusement sur l'hygiène sociale ; le système de Gothenburg (concession du monopole à des sociétés de tempérance subventionnées) aurait donné en Suède et Norvège d'excellents résultats. La guerre aux débits doit être inscrite au programme antialcoolique, non qu'il faille les supprimer, sous peine d'échec, mais seulement les réglementer et restreindre leur nombre. La législation doit s'enrichir en outre de mesures répressives : la répression de l'ivresse, d'efficacité contestable, doit être conservée pour l'exemple moral qui s'en dégage, bien qu'elle porte atteinte à la dignité humaine, d'après le droit pénal moderne. Puisque l'alcoolique (il s'agit ici de l'alcoolique invétéré) est un malade, il doit être traité dans un asile de buveurs par la privation complète d'alcool et le travail obligatoire. Les résultats obtenus sont passagers ; cependant les statistiques de divers pays accusent de 30 à 40 p. 100 de guérisons. L'interdiction civile, la déchéance paternelle sont des moyens extrêmes, d'application difficile.

Les sociétés de tempérance et l'enseignement antialcoolique sont les meilleures armes de la lutte contre l'alcoolisme. C'est sur l'initiative privée qu'on doit le plus compter ; elle doit précéder l'œuvre législative et y concourir. Comment doit-elle agir? En propageant les notions primordiales de la nocivité de l'alcool et du danger social de l'alcoolisme. L'instruction du public, ignorant de ces vérités fondamentales, doit s'adresser aussi et surtout à l'enfant, pour lui inspirer la répulsion de l'alcool. Divers pays ont organisé avec succès, dans les écoles, l'enseignement antialcoolique obligatoire, avec examens, subventions. Il y aurait lieu d'y joindre les leçons à la caserne. Mais l'enseignement le meilleur est encore celui de l'exemple, qui doit venir de haut : on ne saurait trop condamner l'alcoolisme officiel, qui s'étale dans de trop nombreux vins ou punchs d'honneur. L'amélioration de la classe ouvrière par la réduction des heures de travail (qui supprime le surmenage physique), la construction d'habitations hygiéniques, les caisses d'épargne et les coopératives de consommation complètent enfin l'arsenal mis à la disposition de la croisade contre ce fléau social de l'alcoolisme.

L. Arsimoles.

©BIUM

I disturbi della sensibilità, del gusto e dell' olfatto nella demenza paralitica (Les troubles de la sensibilité, du goût et de l'odorat dans la démence paralytique); par le Dr P. de Angelis. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della casa di salute Fleurent*, 1907.

Au cours de recherches destinées à l'établissement des signes précoces de la démence paralytique, l'auteur a été conduit à se demander si les troubles de la sensibilité générale, ainsi que ceux du goût et de l'odorat, sont susceptibles de fournir des données précises pour l'établissement d'un diagnostic précoce, et si, lorsque la maladie est déjà confirmée, ces troubles ont véritablement l'importance qui leur a été attribuée par certains auteurs (Voisin, Martines, Giachetti).

Les recherches ont porté sur vingt-huit malades et ont permis à l'auteur de formuler les remarques suivantes : dans les cas non douteux de paralysie générale la sensibilité à la douleur est de beaucoup la plus altérée; le trouble le plus fréquent est l'hypoesthésie qui se rattache non seulement à une défectuosité de la perception, mais encore à une notable diminution des coefficients périphériques. L'altération des autres sensibilités se rencontre aussi fréquemment; mais, en général, les altérations les plus marquées sont celles des sensibilités dont le mode de perception est le plus complexe et le plus délicat. La perte totale du goût n'est pas fréquente, on rencontre plus souvent l'hypogueusie et particulièrement pour le chlorure de sodium. La perte ou la diminution de l'odorat et du goût ont une notable importance diagnostique au début de la maladie.

L'auteur considère que les troubles de la sensibilité générale et des sensibilités spéciales sont dus à une intoxication chronique endogène ou exogène, spécialement créée ou favorisée par le mauvais fonctionnement de l'appareil gastro-intestinal et de ses glandes annexes comme le foie, et par l'insuffisance rénale. Cette intoxication chronique serait le point de départ de lésions médullaires et périphériques : l'intoxication lente des éléments nerveux déterminerait soit des lésions dégénératives des dendrites comme lésions précoces, soit, ultérieurement, une névrite interstitielle, ou plus souvent une névrite segmentaire ou bien une névrite parenchymenteuse comme il en a été publié de nombreux cas.

©BIUM

Nous pouvons donc espérer que l'anatomie pathologique qui nous fournit déjà de si grandes précisions dans le diagnostic de la démence paralytique, nous donnera bientôt l'explication des troubles des fonctions sensitives et sensorielles qui surviennent au cours de cette maladie.

LUCIEN LAGRIFFE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

SCHŒNBORN et KRIEGER. Klinischer Atlas der Nervenkrankheiten. Préface du professeur Erb, de Heidelberg. 1 vol. in-4° cartonné de 184 planches. Heidelberg, Winter, 1908.

Compte général de l'Administration de la justice civile et commerciale pendant l'année 1905, présenté au président de la République par le garde des sceaux, ministre de la Justice. 194 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1908.

JEAN LÉPINE. Ophtalmo-réaction de Calmette en psychiatrie; — Nouvelles recherches sur l'ophtalmo-réaction chez les aliénés; — Ophtalmo-réaction en psychiatrie; variations et anomalies. 6 pages in-8°. Extraits des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, séances des 1er juillet, 12 et 19 octobre 1907.

— Notes hématologiques sur les effets du nucléinate de soude chez les aliénés. 3 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, séance du 26 octobre 1907.

— Essai sur le traitement de divers états mentaux par la réaction provoquée au moyen du nucléinate de soude. 4 pages in-8°. Extrait du *Lyon médical*, numéro du 10 novembre 1907.

LALLEMANT. Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1907 et rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1907. 45 pages in-8°. Rouen, Imprimerie Cagniard, 1908.

HAMEL. Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1907 et rapport à l'appui du compte administratif de l'exercice 1907. 59 pages in-8°. Rouen, Imprimerie Cagniard, 1908.

JULIUS DONATH. Ueber hysterische Amnesie. 17 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*. Bd XLIV, Heft 2.

EMILIO PADOVANI. Alcune osservazioni statistiche e cliniche sulla pellagra primaverile e la pellagra autunnale nella provincia di Pesaro-Urbino. 13 pages in-8°. Extrait de la *Rivista pellagologica italiana*, 1908.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1909

La Société médico-psychologique à procédé, dans ses séances des 28 décembre 1908 et 25 janvier 1909, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1909.

Ont été élus :

Président : M. LEGRAS ;
Vice-président : M. ARNAUD ;
Secrétaire général : M. RITTI ;
Secrétaires annuels : MM. DUPAIN et VIGOUROUX ;
Trésorier : M. PACTET.
Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 1, rue Dupuytren. — 30 *janvier* 1860.

CHARPENTIER, médecin honoraire de la Salpêtrière, 98, rue des Chesneaux, Montmorency (Seine-et-Oise). — 30 *mai* 1881.

TAGUET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 15 *novembre* 1875.

MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, 6, rue Scheffer. — 27 *mars* 1899.

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

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

©BIUM

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

BOISSIER (François), médecin, 276, boulevard Raspail, Paris. — 29 *octobre* 1894.

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

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

BROUSSE (Paul), médecin, député, 2, rue des Fossés-Saint-Marcel. — 26 *novembre* 1906.

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

CLÉRAMBAULT (de), médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police, 23, quai Voltaire. — 30 *décembre* 1907.

COLIN (H.), médecin en chef de l'asile de Villejuif, 26, rue Vauquelin. — 29 *février* 1892.

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

DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 *juin* 1888.

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

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

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

KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 29 *novembre* 1897.

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

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

LEGRAS, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, rue Saulnier. — 26 *décembre* 1898.

LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 20 *janvier* 1893.

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

MOTET (A.), membre de l'Académie de médecine, 32, quai Debilly. — 24 *février* 1862.

NAGEOTTE, médecin de Bicêtre, 82, rue Notre-Dame-des-Champs. — 25 *juillet* 1898.

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

PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, 81, rue Saint-Lazare. — 17 *avril* 1905.

CBIUM

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

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

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

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

ROUBINOVITCH (G.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 115, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 *juin* 1892.

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

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

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

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

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

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

TRENEL, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 *juillet* 1895.

VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue Soufflot. — 12 *mars* 1883.

VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 *mars* 1893.

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

MEMBRES CORRESPONDANTS

ANGLADE, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 *juillet* 1899.

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

BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 51, rue Miromesnil, Paris. — 27 *novembre* 1899.

BESSIÈRE, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure). — 26 *juin* 1905.

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

BLAISE, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 *janvier* 1889.

©BIUM

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

BONNET, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne. — 25 *janvier* 1892.

BOUBILA, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 24, rue Dieudé, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *avril* 1892.

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

BOURDIN (V.), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 28 *juin* 1897.

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

BUSSARD, médecin-adjoint de la maison de santé de Saint-James, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 29 *juillet* 1907.

BUVAT, médecin de la maison de santé, 130, rue de la Glacière, Paris. — 27 *mars* 1905.

CAPGRAS, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 *janvier* 1906.

CHARDON, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord). — 27 *novembre* 1905.

CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 *juin* 1898.

CHARPENTIER (René), chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. — 30 *décembre* 1907.

CHENAIS, médecin résidant à l'établissement hydrothérapique, 13, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 *mars* 1903.

COLOLIAN, médecin, 37 *bis*, rue de Ponthieu, Paris. — 27 *octobre* 1902.

COLOMBANI, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 *janvier* 1902.

COMAR, médecin-directeur de la maison de santé, 130, rue de la Glacière. — 28 *juillet* 1902.

COULON, médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 30 *janvier* 1899.

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

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

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

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

DEVAUX, médecin, 3, rue Hippolyte-Lebas, Paris. — 24 *juillet* 1905.

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

DIDE (Maurice), médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 28 *janvier* 1901.

DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur honoraire des asiles

©BIUM

d'aliénés, 1, place Foire-au-Roi, Tours (Indre-et-Loire). — 27 *mars* 1870.

DROMARD, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 29 *octobre* 1906.

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

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

DUHEM, médecin-adjoint du Sanatorium, 145, route de Versailles, Boulogne-sur-Seine (Seine). — 29 *avril* 1907.

DUMAS (Georges), chef de laboratoire de psychologie à la clinique des maladies mentales, 49, boulevard Saint-Germain, Paris. — 28 *juillet* 1890.

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

DUPOUY, ancien chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Ssine-Inférieure). — 29 *juillet* 1907.

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

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

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

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

GIMBAL, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne). — 25 *juillet* 1904.

GIRAUD (Albert), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 15, rue Louis-Malliot, Rouen (Seine-Inférieure). — 22 *mai* 1882.

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

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

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

HAMEL, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure. — 28 *janvier* 1895.

HANNION, médecin, Nogent-sur-Vernisson (Loiret). — 29 *octobre* 1894.

HARTENBERG (Paul), médecin, 64, rue de Monceau, Paris. — 24 *juin* 1907.

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

©BIUM

JACQUIN, médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon, Bordeaux (Gironde). — 25 *novembre* 1907.

JUQUELIER, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Anne, 1, rue Cabanis. — 29 *mai* 1905.

LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 *mai* 1885.

LACHAUX, médecin-directeur de la maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 *décembre* 1894.

LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 *juillet* 1888.

LAGRIFFE, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère). — 18 *décembre* 1905.

LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 *bis*, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *février* 1876.

LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 *décembre* 1901.

LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *novembre* 1898.

LARROQUE (Benjamin), médecin, 1057, Avenida de Mayo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 *juillet* 1886.

LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 *juillet* 1893.

LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *juillet* 1862.

LE FILLIATRE, médecin, 5, avenue des Écoles, Villejuif (Seine). — 30 *décembre* 1895.

LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 *février* 1888.

LÉPINE (Jean), professeur agrégé de la Faculté de médecine, 30, place Bellecour, Lyon (Rhône). — 22 *février* 1909.

LEROY (Raoul), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 *mars* 1898.

LEVASSORT, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne). — 27 *janvier* 1908.

LEVET, médecin-directeur de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre). — 29 *juin* 1908.

LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 *novembre* 1889.

MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 *juin* 1879.

MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 *février* 1885.

©BIUM

MARCHAND, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 25 *mars* 1901.

MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 *janvier* 1893.

MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 *mai* 1874.

MAUPATÉ, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord). — 28 *mai* 1894.

MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 *juillet* 1891.

MIGNOT (Roger), médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 *juin* 1905.

NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 *février* 1892.

NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 *janvier* 1858.

NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 *février* 1898.

OLIVIER (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura). — 24 *juin* 1907.

PAGE, directeur-médecin de l'établissement hydrothérapique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 *mars* 1906.

PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 *janvier* 1897.

PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 *décembre* 1875.

PARANT (Victor), fils, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 *avril* 1905.

PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 *novembre* 1872.

PERPÈRE, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, 9, rue Faustin-Hélie, Paris. — 24 *décembre* 1906.

PHILIPPE (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 *mars* 1902.

PHULPIN, médecin, 111, rue de Rennes, Paris. — 29 *mai* 1905.

PICARD, médecin de la maison de santé de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 *avril* 1878.

PICHENOT, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Buxy (Saône-et-Loire) — 18 *décembre* 1905.

PIÉRON (H.), préparateur à l'Ecole des Hautes-Etudes, 50, rue d'Assas, Paris. — 27 *avril* 1903.

PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 *mars* 1883.

PITRES, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 *novembre* 1896.

©BIUM

PRON, médecin, 3, rue Michelet (Alger). — 28 *décembre* 1903.

RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 24 *décembre* 1888.

RAVARIT, médecin-adjoint de l'asile d'aliénées, 7, rue Boncenne, Poitiers (Vienne). — 30 *novembre* 1908.

RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 *mai* 1900.

RÉGIS (Emmanuel), professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 *juin* 1881.

RÉMOND (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse. — 29 *avril* 1907.

REVERTÉGAT, médecin, 43, boulevard Haussmann, Paris. — 29 *janvier* 1906.

REY (Ph.), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 26, boulevard Philipon, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *février* 1884.

REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 *mars* 1881.

RICHE (André), médecin-suppléant de Bicêtre, 46, rue du Général-Foy, Paris. — 25 *février* 1907.

RIEDER, médecin, 26 *bis*, avenue Raphaël, Paris. — 27 *novembre* 1905.

RIST (Adrien), 29, rue de Béthune, Versailles (Seine-et-Oise). — — 25 *juillet* 1881.

RODIET, médecin-directeur de la Colonie familiale, Dun-sur-Auxon (Cher). — 25 *novembre* 1907.

ROUBY, médecin de la maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 *décembre* 1892.

ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.

SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 *mars* 1868.

SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 *février* 1905.

TATY (Th.), médecin-directeur de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris. — 26 *février* 1901.

TERRIEN, médecin, les Essarts (Vendée). — 24 *décembre* 1898.

THIBAUD, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise). — 28 *juin* 1897.

THIVET, médecin à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 *mars* 1890.

TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 *novembre* 1895.

TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 *janvier* 1897.

TRUELLE, médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 25 *novembre* 1901.

©BIUM

VERNET (Georges), médecin-adjoint de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure, près Moulins (Allier). — 28 *novembre* 1904.

VURPAS (Cl.), médecin-suppléant de la Salpêtrière. — 27 *juillet* 1903.

WAHL (Maurice), médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 22 *juillet* 1901.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

BRESLER, médecin en chef de l'asile de Lublinitz en Silésie. — 29 *janvier* 1900.

BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblence. — 28 *octobre* 1878.

FOERSTER (Richard), privat-docent de neurologie à l'Université de Bonn. — 28 *novembre* 1904.

HUEBNER, privat-docent à l'Université de Bonn. — 24 *février* 1908.

LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 *novembre* 1889.

MESCHEDE, ancien professeur de la clinique psychiatrique, Kœnigsberg (Prusse). — 20 *juin* 1903.

NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 *novembre* 1893.

NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 *mars* 1892.

PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 *mai* 1895.

RANKE (Otto), assistant à la clinique psychiatrique de l'Université de Heidelberg. — 24 *février* 1908.

SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 *mai* 1888.

TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 *novembre* 1893.

WITRY, médecin, Trèves-sur-Moselle. — 30 *décembre* 1907.

ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université de Berlin. — 22 *février* 1897.

ANGLETERRE.

BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 *janvier* 1875.

BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 *octobre* 1881.

CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morningside, Edimbourg. — 31 *octobre* 1881.

©BIUM

FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 *novembre* 1894.

GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 *octobre* 1881.

GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 *juin* 1902.

GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 *janvier* 1880.

MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 *novembre* 1867.

MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 *décembre* 1864.

NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeboroug road Guildford. — 31 *octobre* 1881.

PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 *juin* 1895.

ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 *octobre* 1881.

ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 *décembre* 1864.

RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 *octobre* 1881.

SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 *octobre* 1881.

SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. — 26 *février* 1901.

URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

DONATH (Julius), privat-docent à l'Université de Budapest. — 24 *décembre* 1906.

HASKOVEC (Ladislas), privat-docent de neuropathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 *mars* 1905.

OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.

OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 *mai* 1901.

PANDY (Kalman), médecin en chef de l'asile de Lipometzo, Budapest. — 25 *mai* 1908.

©BIUM

PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 *novembre* 1884.

PILCZ, médecin-adjoint de la 1re clinique psychiatrique de Vienne. — 27 *juin* 1898.

SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 *novembre* 1889.

STRANSKY (Erwin), privat-dozent de l'Université, Mariannengasse, 32, Vienne. — 29 *février* 1904.

BELGIQUE.

BOULENGER, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Fort-Jaco, 6, rue de l'Esplanade, Bruxelles. — 13 *juillet* 1906.

CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 *juin* 1884.

DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 *octobre* 1885.

D'HOLLANDER, médecin à la colonie de Gheel. — 25 *novembre* 1907.

DUCHATEAU, médecin en chef de la Maison de santé, Gand. — 26 *février* 1900.

FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liége. — 31 *décembre* 1894.

LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 *novembre* 1874.

MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 *décembre* 1875.

MASOIN (Paul), médecin en chef de l'asile de Dave, Namur. — 26 *février* 1901.

MEEUS, médecin à la colonie de Gheel. — 29 *février* 1904.

MOREL (Jules), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 56, boulevard Léopold, Gand. — 26 *octobre* 1874.

PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 *octobre* 1883.

SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 *octobre* 1899.

VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 *février* 1900.

BRÉSIL.

AFRANIO PEIXOTO, médecin en chef de l'asile de Rio-de-Janeiro. — 29 *février* 1904.

COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 *juin* 1889.

EIRAS (Carlos), médecin de maison d'aliénés, Rio-de-Janeiro. — 28 *décembre* 1908.

MOREIRA (Juliano), directeur de l'hospice national des aliénés de Rio-de-Janeiro. — 25 *novembre* 1907.

©BIUM

ROCHA (Franco da), directeur-médecin en chef de l'asile de Juquery (Etat de Saint-Paul). — 24 *décembre* 1906.

SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 *novembre* 1889.

TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro.— 26 *novembre* 1883.

CANADA.

BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 *novembre* 1889.

CHAGNON, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. — 27 *mars* 1899.

VILLENEUVE (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 *novembre* 1900.

CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 *mars* 1897.

ÉGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 *novembre* 1889.

ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 *juillet* 1878.

ÉTATS-UNIS.

BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 *octobre* 1899.

BRUSH, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asyleum », Towson, Maryland. — 30 *juin* 1902.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 *novembre* 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 *novembre* 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 *mars* 1895.

ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 *novembre* 1878.

GORDON (Alfred), 1430, Fine Street, Philadelphie. — 22 *février* 1909.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 *mai* 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat-docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 *novembre* 1895.

©BIUM

MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 *décembre* 1895.

ROBINOVITCH (Mlle Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 *octobre* 1899.

GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 *octobre* 1886.

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68A, rue de l'Académie, Athènes. — 30 *octobre* 1899.

YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaïtis. — 28 *mai* 1900.

HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, la Haye. — 27 *octobre* 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 *octobre* 1879.

SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 *novembre* 1889.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 *octobre* 1879.

VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 *février* 1902.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 *novembre* 1886.

ITALIE.

ALBERTI (Angelo), médecin en chef du manicome de Pesaro. — 30 *décembre* 1907.

ALGERI (Giovanni), médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », Monza, près Milan. — 26 *novembre* 1906.

ANTONINI (Giuseppe), médecin du manicome provincial d'Udine. — 27 *juin* 1904.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 *avril* 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 *juillet* 1877.

CAPPELLETTI (Luigi), directeur-médecin du manicome de Pesaro. — 28 *mai* 1906.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicome d'Aversa. — 30 *mars* 1896.

D'ORMEA (Antonio), médecin-directeur de l'asile de Pesaro. — 29 *juin* 1908.

ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicome interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 *avril* 1904.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 *juillet* 1901.

©BIUM

DEL GRECO, directeur-médecin du manicome de Cône. — 27 *juillet* 1903.

FORNACA (Giacinto), médecin en chef du manicome de Saint-Clément, Venise. — 30 *novembre* 1908.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 *novembre* 1883.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicome de Sienne. — 29 *avril* 1878.

GIACCHI, médecin-directeur du manicome provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 *novembre* 1878.

LAMBRANZI (Ruggieri), médecin en chef du manicome de Vérone — 13 *juillet* 1906.

LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.

MARIANI, assistant honoraire de la clinique psychiatrique de l'Université de Turin. — 27 *avril* 1908.

MARRO (Ant.), médecin du manicome royal de Turin. — 30 *décembre* 1901.

MASSALONGHO (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Université de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 *janvier* 1889.

MEDEA, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 *juillet* 1902.

MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 *décembre* 1895.

MONGERI (Luigi), médecin-directeur de la « Casa di Salute Dufour », S. Vittore, 16, Milan. — 30 *juillet* 1900.

MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.

MOTTI (Giovanni), directeur du manicome d'Aversa. — 25 *mars* 1907.

MUGGIA, médecin en chef du manicome S. Servolo, à Venise. — 25 *novembre* 1907.

PERLA, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 *mars* 1882.

SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 *mars* 1897.

SAPORITO (Filopopo), médecin des manicomes civil et judiciaire d'Aversa. — 19 *décembre* 1904.

SEPPILLI, médecin-directeur du manicome de Brescia. — 27 *mars* 1882.

STACCHINI, vice-directeur du manicome de Florence. — 30 *juillet* 1877.

TAMBRONI (Ruggeri), directeur-médecin du manicome provincial de Ferrare. — 28 *avril* 1902.

TAMBURINI, directeur du manicome de Reggio-Emilia, professeur

©BIUM

de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 *juin* 1878.

TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 *mars* 1866.

VIRGILIO, médecin-directeur du manicome d'Aversa. — 28 *novembre* 1881.

NORVÈGE.

BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 *décembre* 1896.

EVENSEN (Hans), médecin-directeur de l'asile de Trondhjem. — 29 *avril* 1907.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 *décembre* 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 *décembre* 1884.

PORTUGAL.

BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 *juillet* 1887.

BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 *octobre* 1894.

COELHO (Antonio), médecin, Porto. — 30 *novembre* 1908.

MARTIN (Lopès), professeur à la Faculté de médecine de Porto. — 29 *juin* 1908.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 *février* 1890.

SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 *mars* 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 *février* 1889.

INGEGNIEROS (José), professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. — 25 *juillet* 1904.

ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 *novembre* 1887.

SOUTZO (fils), médecin-assistant de l'hospice de Marcoutza, Bucarest. — 26 *novembre* 1906.

RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levinstein, Moscou. — 30 *juin* 1884.

©BIUM

BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 *novembre* 1896.

BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Pétersbourg. — 11 *novembre* 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 *décembre* 1898.

GORSKY (M^me^ DE), Jounovskaja 38, Saint-Pétersbourg. — 29 *octobre* 1888.

GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Kharkow. — 26 *novembre* 1900.

HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 *avril* 1863.

JACOBY (Paul), médecin-directeur de l'asile de Orel. — 26 *décembre* 1881.

ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 *février* 1899.

POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 *octobre* 1888

ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 *avril* 1877.

SCHMIERGELD, médecin, Lodz (Pologne-Russe). — 29 *juin* 1908.

SEMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 *avril* 1902.

SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile de Oufa. — 28 *février* 1898.

SOUKHANOFF, privat-docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 *juillet* 1896.

SKWORTZOFF (M^lle^ Nadine). — 25 *juillet* 1881.

SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 *décembre* 1883.

SUISSE

CHATELAIN (Aug.), ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 *juillet* 1890.

DUNANT (Pierre), ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 *mars* 1863.

GODET (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neuchâtel). — 27 *février* 1899.

LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 5, rond-point de Plainpalais, Genève. — 28 *juillet* 1884.

MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université, 12, rue du Général-Dufour, Genève. — 26 *février* 1895.

PACHOUD, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 *mars* 1892.

©BIUM

RABOW, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 *février* 1899.

SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 *décembre* 1898.

TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 *janvier* 1893.

Récapitulation.

Membres	honoraires	3
—	titulaires	41
—	correspondants	122
—	associés étrangers . . .	166
	Total	332

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Décret du 13 *janvier* 1909 : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est nommé Chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr VOISIN (Jules-Aristide-François), médecin de la Salpêtrière, médecin du Dépôt et de la Conciergerie, vice-président de la Société de pathologie comparée à Paris, médecin-adjoint du Dépôt près la préfecture de Police en 1877, médecin titulaire en 1883. Chargé du service médical de la Conciergerie depuis 1894. Trente et un ans de services.

— *Décret du* 22 *janvier* 1909 : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est nommé Chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr GIRMA (Joseph-Servant-Dieu), directeur-médecin-en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées). Successivement depuis 1876 : interne de la Maison des aliénés de Montauban, de Blois et de la Maison nationale de Charenton ; médecin-adjoint des asiles privés de la Seine ; médecin-adjoint des asiles publics de Pau ; médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, près Rouen. Directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pau depuis 1892. Trente-deux ans de services.

— *Décret du* 23 *janvier* 1909 : M. le Dr GILBERT-BALLET, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé sur sa demande, professeur de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à ladite Faculté.

— *Arrêtés de janvier* 1909 : M. le Dr COSSA, médecin en

©BIUM

chef des asiles publics d'aliénés, est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Pons (Alpes-Maritimes), en remplacement de M. le Dr Planat, démissionnaire, et est maintenu dans le cadre du personnel des médecins en chef des asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Tissot, médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le Dr Pasturel, médecin-adjoint en disponibilité, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

— *Arrêtés de février* 1909 : M. le Dr Castin, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), en remplacement de M. le Dr Allaman, mis en disponibilité;

M. le Dr Monestier, directeur-médecin de l'asile de Pau, est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.);

M. le Dr Fenayrou, directeur-médecin de l'asile de Rodez, est promu à la 3e classe de son grade (5.000 fr.);

M. le Dr Ricoux, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), est nommé médecin en chef de quartier d'hospice des aliénés de Pontorson (Manche), et maintenu dans les cadres du personnel des médecins des asiles publics.

Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts. — Sont promus officiers de l'Instruction publique, MM. les Drs Dodero, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône); Homery, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Cher); Cossa, médecin en chef de l'asile Saint-Pons (Alpes-Maritimes); M. Duprey-Lemausois, commis principal de l'asile de Villejuif (Seine);

Sont nommés officiers d'Académie, MM. les Drs Pain, directeur-médecin de l'asile de Laroche-Gandon (Mayenne) et Ricoux, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse).

Arrêté du ministre de l'Intérieur. — Ont obtenu la médaille de bronze de l'Assistance publique, MM. Berthelot, surveillant en chef; Gras, sous-surveillant; Bellamy et Egron, infirmiers à l'asile de Vaucluse (Seine).

Nécrologie.

Dr Paul Moreau (de Tours). — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue, le Dr Paul Moreau (de Tours), décédé le 29 décembre 1908, à l'âge de soixante-quatre ans, à la Maison de santé d'Ivry-sur-Seine, qu'il dirigeait depuis près de quinze ans.

Paul Moreau était fils de l'illustre aliéniste à qui nous devons les beaux travaux sur *le haschich et l'aliénation men-*

tale, sur la *psychologie morbide*, etc. C'est en suivant le service et les leçons de son père à l'hospice de la Salpêtrière, que notre confrère prit le goût des études médico-psychologiques ; il s'y livra tout entier; les nombreux travaux qu'il publia dénotent un sens clinique très avisé et une rare érudition. Sa thèse de doctorat sur la *contagion de suicide*, qu'il soutint en 1875, est une étude de pathologie sociale qui fut remarquée.

Un sujet sur lequel l'attention des aliénistes s'était jusque-là peu arrêtée, est celui des troubles mentaux chez les enfants. Paul Moreau en fit l'objet de ses recherches ; il le creusa à fond dans une série de publications qui mirent la question de la pathologie mentale infantile à l'ordre du jour. Rappelons son volume sur la *folie chez les enfants*, véritable traité sur la matière ; celui sur l'*homicide commis par les enfants*, sans compter de nombreux articles publiés dans les recueils spéciaux. Il y a là une mine de documents où n'ont pas manqué de puiser ceux qui se sont occupés depuis de cette question si délicate des maladies mentales infantiles.

Parmi les travaux de notre regretté collègue, nous ne saurions passer sous silence son volume sur *les aberrations du sens génésique*, ainsi que sa monographie si curieuse sur les *fous et les bouffons*, étude intéressante et admirablement documentée de psycho-physiologie et de médecine historique.

Paul Moreau a été un des collaborateurs les plus assidus des *Annales médico-psychologiques*, il y a publié des mémoires du plus haut intérêt; sa connaissance approfondie de la langue italienne lui a permis de nous donner des analyses très claires et très précises des travaux de nos confrères ultramontains; ses revues de la médecine légale en Italie furent tout particulièrement goûtées.

Notre confrère prit, le 1er avril 1895, la direction de la Maison de santé d'Ivry-sur-Seine, à Ivry-sur-Seine; il y succédait au Dr J. Luys. Depuis lors, il se consacra tout entier à ses malades et à l'administration de cet important établissement qui, fondé par Esquirol, en 1817, fut dirigé successivement après la mort de son fondateur, par Mitivié, puis par Baillarger et Moreau (de Tours), par Marcé à qui succéda Luys.

P. Moreau (de Tours) fut élu membre titulaire de la Société médico-psychologique le 25 mars 1877; il y remplit pendant de nombreuses années les fonctions de secrétaire des séances avec un zèle et un dévouement dignes d'éloges. Ses collègues lui prouvèrent leur reconnaissance des services rendus en l'appelant à la présidence pour l'année 1895.

Tous ceux qui ont connu notre regretté collègue rendront hommage à ses qualités confraternelles, ainsi qu'à son savoir

©BIUM

étendu en médecine mentale. Comme l'a si bien dit M. Séglas, à la Société médico-psychologique, nous conserverons le souvenir de Paul Moreau (de Tours), comme d'un « collègue aimable et bienveillant, dont le savoir n'était égalé que par la modestie ».

A. R.

Dr Edmond Cortyl. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Edmond Cortyl, décédé à Amiens, dans sa soixante-seizième année.

Né à Cassel (Nord), le 18 février 1833, le Dr Edmond Cortyl exerça pendant trois ans la profession médicale à Bailleul au moment de l'organisation du nouvel asile. Des relations amicales et suivies avec ses confrères les Drs Espiau de Lamaestre et Bulard attachés à cet établissement et l'intérêt qu'il prit aux études psychiatriques le décidèrent au bout de ce temps à suivre la même carrière et il fut nommé en 1864, au poste de médecin-adjoint de l'asile de Dijon. En 1865, il occupa le même poste à l'asile de Saint-Yon, dans le service du Dr Morel et quitta avec regrets ce maître aussi bienveillant que distingué, pour aller remplir à l'asile de Cadillac d'abord et de 1867 à 1877 à Saint-Robert, dans l'Isère, les fonctions de médecin en chef. Il y organisa pendant la guerre de 1870, un important service d'ambulance. Son dévouement pour les habitants de la localité au cours d'une grave épidémie de variole et de multiples services rendus avec le plus complet désintéressement, lui valurent leurs plus sympathiques manifestations de regrets lorsqu'il quitta Saint-Robert pour aller remplir à Saint-Dizier les fonctions de directeur-médecin. Nommé au même titre à l'asile de Bonneval le 6 décembre 1879, il quitta cet établissement pour succéder au Dr Foville à Quatre-Marès-les-Rouen, et peu après au Dr Rousselin à l'asile de Saint-Yon, du 21 juin 1882 au 5 juillet 1887. De cette époque date sa dernière et plus longue étape comme directeur-médecin en chef de l'asile de Bailleul au milieu d'une carrière médicale et administrative de plus de quarante ans.

Le cumul des fonctions de directeur et de médecin en chef et l'importance des services administratifs qui lui étaient confiés, ne permirent guère au Dr Cortyl de se livrer à de nombreuses publications médicales. On lui doit cependant de très intéressants travaux sur les services médicaux de Saint-Robert et de Saint-Yon. Il fut surtout administrateur distingué, et l'asile de Bailleul lui est redevable, outre de nombreux agrandissements, d'une situation des plus prospères.

Retiré à Amiens en 1905, où l'appelaient des affections et devoirs de famille, le Dr Cortyl paraissait pouvoir y jouir encore longtemps d'une robuste et alerte vieillesse, lorsqu'un premier accès d'angine de poitrine l'enleva brusquement à

l'affection des siens et des nombreux confrères pour lesquels il était resté un ami aussi sûr que dévoué.

Ses obsèques ont eu lieu à Cassel le 5 janvier dernier.

G. C.

Concours de 1909 pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés.

Ce concours, qui s'est ouvert le lundi 1er février, s'est terminé le mercredi 17 février. Ont été reconnus admissibles par ordre de mérite, aux emplois de médecin-adjoint :

A. Dans les asiles publics, MM. les docteurs :

1° Camus, interne des hôpitaux de Paris ;

2° *ex æquo* Froissart, interne des asiles de la Seine; Perrens, interne des asiles de la Seine;

3° Cotard, interne des hôpitaux de Paris;

4° Latapie, interne des asiles de la Seine;

5° Barbé, interne des hôpitaux de Paris ;

6° Vieux-Pernon, interne des asiles de la Seine;

7° Chèze, interne des hôpitaux de Lyon ;

8° Salin, interne à l'asile de Bron (Rhône) ;

9° Mézie, interne à l'asile de Dury (Somme);

B. Pour les établissements privés et les quartiers d'hospice affectés aux aliénés, MM. les docteurs :

1° Gauthier, interne des hôpitaux de Lyon;

2° Suttel, médecin-adjoint de l'asile privé du Puy (Haute-Loire);

3° Conso, ancien interne des asiles de la Seine, médecin-adjoint de Maison de santé ;

4° Bussard, ancien interne de la Maison nationale de Charenton, médecin-adjoint de la Maison de santé de Neuilly-sur-Seine;

5° Levert, interne des asiles de la Seine;

6° Rebatel, interne des asiles de la Seine.

TRIBUNAUX

Le spiritisme est-il un délit d'exercice illégal? — La question semblait bien tranchée, jusqu'à présent, dans le sens de l'affirmative, et nos lecteurs ont dû conserver le souvenir d'un arrêt rendu le 29 décembre 1900 par la Cour de cassation, arrêt condamnant un magnétiseur, non pourvu du diplôme de médecine, pour avoir fait des passes magnétiques dans un but curatif. Ce jugement semblait établir définitivement qu'un traitement peut exister indépendamment de toute médicamentation. Dès lors, quel que soit le moyen employé pour arriver à

©BIUM

la guérison d'une maladie, fût-ce un simple geste, une parole, un regard, il y a traitement, puisque c'est de ce traitement, si rudimentaire qu'on le suppose, qu'on attend le résultat cherché.

Cette conception du délit d'exercice illégal de la médecine, développé par M. Dubois, et que la Cour de cassation fit sienne, vient de recevoir un sérieux accroc : la Chambre criminelle a rendu, le 25 juin 1908, un arrêt qui est en contradiction absolue avec celui qu'elle rendit le 29 décemhre 1900. Dans cette nouvelle affaire, le pourvoi en cassation était formé par le procureur général près la Cour de Douai contre un arrêt de cette Cour, en date du 7 avril 1908, qui avait relaxé un jeune spirite des poursuites contre lui dirigées pour exercice illégal de la médecine.

Voici le texte de l'arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation :

« Sur le moyen pris de la violation de l'article 16, paragraphe I^er^, de la loi du 30 novembre 1892 ;

« Attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que X..., âgé de seize ans, lorsqu'il recevait ou visitait les malades qui sollicitaient son intervention pour le soulagement ou la guérison de leurs maladies, se bornait, d'une façon invariable, et quelle que fût la nature du mal, à placer pendant un certain temps une de ses mains sur le siège de la douleur en adressant une invocation mentale à un esprit dont il se croit le pouvoir de provoquer l'intervention favorable ; il n'a jamais, dans aucune circonstance, ordonné aucun remède ou médicament d'aucun genre, fait aucune prescription, donné aucune direction aux malades ; que ses actes n'avaient rien de commun avec un traitement médical et que tout reposait exclusivement sur sa croyance à un secours surnaturel, sans l'emploi d'aucun procédé thérapeutique ;

« Attendu que, dans ces circonstances souverainement constatées, l'arrêt attaqué a décidé à bon droit que X... n'avait pas commis le délit d'exercice illégal de la médecine, visé par l'article 16 de la loi de 1892 et réprimé par l'article 18 de la même loi,

« D'où il suit qu'il n'y a pas eu violation de l'article visé au moyen ;

« Par ces motifs, rejette le pourvoi du procureur général près la Cour d'appel de Douai, contre l'arrêt de cette Cour, en date du 7 avril 1908, qui a relaxé X... »

Voici comment la *Semaine médicale* commente le jugement qu'on vient de lire :

« Comme on vient de le voir, les deux affaires, celles de 1900 et celle de 1908, sont absolument semblables, avec cette seule différence que les magnétiseurs se sont transformés en

©BIUM

spirites et que l'apposition de la main sur le siège du mal a remplacé les passes magnétiques. Or, si le fait, par un individu non pourvu du diplôme de médecin, de traiter des maladies par le magnétisme, même sans emploi de médicaments, constitue le délit d'exercice illégal de la médecine au sens de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, il doit en être de même au cas où un individu, se trouvant dans les mêmes conditions, traite les malades par le spiritisme, même sans faire aucune prescription. En effet, de deux choses l'une : ou le spiritisme n'est rien par lui-même, et c'est une supercherie que le législateur n'a pas voulu autoriser ; ou c'est quelque chose, et par conséquent un traitement. Dès lors, les spirites doivent tomber sous le coup de la loi tout comme les magnétiseurs. »

Un simulateur. — Arrêté le 5 septembre dernier pour outrages à un gardien des Champs-Elysées, l'Algérien Mahmoud ben Salah fut, en raison de son attitude au commissariat de police et à la prison de la Santé, examiné par un médecin aliéniste qui le déclara irresponsable. Et notre homme fut interné à l'asile de Vaucluse, d'où il sortit le 20 novembre suivant.

Mahmoud revint à Paris, et dans la seconde quinzaine de décembre, il entra à l'hôpital Lariboisière pour y être soigné d'une bronchite. Le 7 janvier, il se prit de querelle avec un de ses compagnons de chambre, et son état d'exaspération fut tel qu'on se vit obligé de faire intervenir des agents qui furent accueillis par des injures et roués de coups.

Au poste, où on put le conduire enfin, Mahmoud, pendant plusieurs heures, poussa des hurlements, brisa la couchette qu'on avait mise à sa disposition, déchira ses vêtements, etc. On le soumit à un nouvel examen mental ; mais le Dr Legras, qui l'eut cette fois en observation, a déclaré que Mahmoud n'était qu'un vulgaire simulateur. Et c'est ainsi qu'il comparaissait aujourd'hui devant la 10e chambre correctionnelle.

Malgré ses cris, ses protestations, ses coups de pied dans la cloison du box des prévenus, ses réponses incohérentes, Mahmoud ben Salah a été condamné à un an de prison et cinq ans d'interdiction de séjour. (*Le Petit Temps*, numéro du samedi 13 février 1909.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

22. *Infanticide.* — On télégraphie de Châlons-sur-Marne au *Journal* (numéro du dimanche 3 janvier 1909) :

Le sieur Balthazar, marchand ambulant à Suippes, a, ce matin, assommé à coups de poing sa fillette, âgée de sept mois. La malheureuse enfant a succombé à ses blessures.

©BIUM

On pense que Balthazar a agi dans un accès de folie. Déjà, ces jours derniers, il avait tenté de se suicider.

La justice a ouvert une enquête.

23. *Tentative d'homicide.* — Dans une affreuse crise de folie, Mme Florence Lamare, trente-deux ans, tenta de tuer, hier soir, son mari. Albert, trente-quatre ans, employé de banque.

Le ménage habitait 49, rue de Montreuil, à Vincennes. L'état de santé de la pauvre femme suscitait souventes fois de violentes scènes. Ces querelles devaient avoir un dénouement tragique.

A coups de rasoir, la jeune femme taillada le crâne de son mari, lui arrachant par endroits le cuir chevelu. Puis, saisissant un bol de vitriol, la folle hurlante lui en jeta le contenu à la face.

Le commissaire de police de Vincennes a aussitôt envoyé la démente à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Les jours de M. Lamare ne sont pas en danger. (*Le Matin*, numéro du dimanche 3 janvier 1909.)

24. *Suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du mercredi 6 janvier 1909) :

M. Paul C..., âgé de cinquante-quatre ans, pharmacien, rue Lemercier, qui était neurasthénique, s'est empoisonné en absorbant du sublimé corrosif. La mort fut instantaaée.

M. Coston, commissaire de police, a procédé aux constatations d'usage.

25. *Suicide.* — Un nommé Louis Vigier, cinquante-quatre ans, peintre en bâtiment, domicilié 7, rue de Suez, qui souffrait de neurasthénie, s'est suicidé, hier, à l'aide du gaz d'éclairage. M. Monentheuil, commissaire de police, a procédé aux constatations légales. (*Le Journal*, numéro du mercredi 6 janvier 1909).

26. *Suicide.* — On télégraphie de Morlaix au *Journal* (numéro du jeudi 7 janvier 1909) :

Le capitaine du dundee *Remora*, parti de Newport avec chargement de charbon à destination de Morlaix, a été pris, en cours de route, d'un accès de folie, à tel point que l'équipage s'est trouvé dans l'obligation de le ligotter sur le pont. Ayant décidé de le déposer à Roscoff, le port le plus voisin, le capitaine Le Foricher, pendant que l'équipage était occupé à une manœuvre en vue de ce port, réussit à se débarrasser de ses liens et à se jeter à l'eau.

Au bruit de la chute, l'équipage lui jeta une bouée, mais le capitaine, au lieu de la prendre, se mit à nager vigoureusement du côté opposé. Les matelots mirent alors un canot à la mer et le poursuivirent. Ils réussirent à l'atteindre et le déposèrent dans le bateau. On s'aperçut alors que le capitaine avait cessé de vivre. Il venait d'être frappé d'une congestion.

Le bateau de sauvetage de Roscoff transporta le corps à Roscoff. L'équipage avertit la famille, à Pleubiant (Côtes-du-Nord), et le navire reprit sa route sur Morlaix.

27. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du dimanche 10 janvier 1909) :

Ah ! la maîtresse de M. Thomas Traque, rentier, rue de Charenton, faisait la vie dure à son Seigneur ! Quelle Egérie ! Elle avait nom Sidonie Lardin et possédait le plus détestable caractère qui habitât jamais dans le cœur d'une fille d'Eve.

En un langage que M. Prud'homme eût certainement réprouvé, Sidonie accablait de sarcasmes et d'injures le malheureux rentier, qui les cheveux hérissés, l'œil blanc et la bave aux lèvres, prenait les dieux à témoins de son affligeante infortune.

Quand M. Thomas Traque ouvrait la bouche pour chanter, Sidonie la lui fermait avec un discours de ce genre :

— Vous chantez comme un cochon qui a la queue prise dans une porte !

Quand M. Thomas Traque buvait un verre de vin, il entendait soudain :

— Ivrogne ! Ivrogne ! tu te saouleras donc toujours !

Quand il mangeait, Sidonie le traitait de goinfre ; quand il dormait, il était brusquement réveillé par un magistral coup de poing appliqué en plein visage :

— Tu ronfles, toupie teutonne ! Tais-toi !

M. Thomas Traque, qualifié à chaque nuitée de toupie teutonne, devint fou. C'était fatal ! Alors qu'un nouveau coup de poing le faisait, la nuit dernière, bondir sur sa couche, avec des vociférations de bête enragée, il se leva, s'arma d'un manche de fouet, et, à tour de bras, tapa sur la nuque de sa détestable maîtresse. Il tapa si fort qu'il lui défonça le crâne.

M. Boutineau, commissaire de police, a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt, le pitoyable aliéné.

28. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 13 janvier 1909) :

M. Auguste Boullet, âgé de cinquante ans et habitant Sotteville-lès-Rouen, très affecté de la mort de sa femme, avait à plusieurs reprises manifesté l'intention de se suicider et ses voisins constatèrent qu'il donnait des signes de dérangement cérébral.

Dans la journée d'hier, il fit son testament et sortit un revolver d'une armoire où il l'enfermait d'habitude. Puis il se rendit dans un café voisin tenu par Mme Saunier.

Un des amis de Boullet s'y trouvait déjà. Ils s'assirent tranquillement ensemble et commencèrent à boire.

Tout à coup M. Boullet, voyant que la cabaretière lui tour-

©BIUM

nait le dos, sortit son revolver et fit feu à trois reprises sur la malheureuse femme qui tomba ensanglantée.

Puis le fou se leva et profita du désarroi pour partir tranquillement.

Quelques heures plus tard, on trouvait son cadavre pendu à un arbre derrière le cimetière.

L'état de Mme Saunier est extrêmement grave.

29. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie de Dijon au *Petit Temps* (numéro du samedi 16 janvier 1909) :

Un fou furieux, François Corrot, soixante-six ans, a fait feu, à Semur, sur un passant qu'il blessa grièvement, puis se barricada dans sa maison, dont la gendarmerie fit le siège. Au bout d'une nuit et d'un jour, le frère et le neveu de Corrot réussirent à s'emparer de lui par la ruse. Corrot a été interné.

30. *Double tentative d'homicide et suicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du dimanche 17 janvier 1909) :

Cet après-midi, à Islington, un courtier en brevets, nommé Letters, atteint subitement d'un accès de folie, avait envoyé son fils faire une commission. Pendant que ce dernier était absent, Letters se précipita sur sa femme et tenta de l'étrangler.

La rentrée inattendue de l'enfant fit hésiter le meurtrier et la mère profita de ce répit pour se glisser sous un lit.

Letters se jeta alors sur son fils, qui évita le coup et réussit à sortir de la maison en appelant au secours.

Lorsque les voisins arrivèrent, ils découvrirent, après quelques recherches, le cadavre de Letters au fond d'une citerne, dans le jardin attenant à sa maison.

31. *Suicide.* — M. Boulard, âgé de cinquante-deux ans, a été trouvé pendu, hier, dans sa chambre à coucher, 59, boulevard de Courbevoie, à Courbevoie.

Atteint de neurasthénie aiguë, ce malheureux avait, il y a trois jours, essayé de s'empoisonner ; n'ayant pas réussi, il se tira un coup de revolver, mais ne se blessa que légèrement. La corde seule ne cassa point et le débarrassa de la vie. (*Le Journal*, numéro du dimanche 17 janvier 1909.)

32. *Excentricités.*—Une jeune femme vêtue de haillons qui, depuis quelques instants, se livrait, hier matin, place d'Italie, à d'inquiétantes excentricités, s'arrêta soudain lorsqu'il y eut autour d'elle un cercle de badauds assez compact et rejetant ses guenilles apparut bientôt... sans voile. Un agent intervint, pour mettre fin au scandale. Ce ne fut pas chose facile. L'inconnue se démena en effet et à coup de dents, à coups de pied, tenta de se dégager. Elle fut enfin maîtrisée, enveloppée dans une couverture et transportée au commissariat du passage Ricault.

©BIUM

C'était une jeune femme, Octavie Liégard, âgée de vingt-trois ans, sans domicile connu, que la misère avait rendue folle.

Elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. Simard, commissaire de police du quartier (*Le Journal*, numéro du vendredi 18 janvier 1909.)

33. *Homicide.* — On télégraphie de Madrid au *Journal* (numéro du lundi 18 janvier 1909) :

A Santander, un jeune homme, Jésus Ibanez, donnait depuis quelque temps des signes de folie mystique. La plupart du temps, il se tenait agenouillé devant des images religieuses, se prosternant surtout devant celle de la Vierge. Il fallait forcer le malheureux à prendre des aliments.

Hier soir, il s'enferma dans sa chambre en poussant des cris horribles. On tenta en vain de l'amener à ouvrir sa porte. Un sereno (veilleur de nuit) s'offrit pour le décider à sortir. Le fou, ouvrant brusquement la porte, abattit le sereno d'un formidable coup de hache dont il s'était armé, lui fendant complétement le crâne.

La mère de l'infortuné accourut. Jésus, les yeux sanguinolents, hors des orbites, lui montra sa victime en s'écriant : « Judas ! Judas ! » Puis, il se prosterna à ses pieds et, la désignant aux assistants, ajouta : « Voyez la Vierge ! Pardonnez-moi, Vierge ! »

34. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 6 février 1909) :

Depuis quelques mois, le facteur des postes Jean Bonneil, âgé de trente-deux ans, demeurant 14, rue de Marseille, ne paraissait pas jouir de toutes ses facultés mentales. Il ne mangeait presque plus et maigrissait à vue d'œil. L'administration des postes s'en émut et prévint les parents de Bonneil, domiciliés dans l'Ariège.

Au lieu de faire venir leur fils se reposer parmi eux pendant un mois ou deux, ainsi qu'on les y invitait, les parents du facteur renvoyèrent à ce dernier la lettre qu'ils avaient reçue de l'administration des postes. Bonneil, qui jusque-là s'était montré assez calme, devint fou furieux.

Hier après-midi, une dame le rencontra dans l'un des escaliers de l'hôtel des postes, rue du Louvre, au moment où il brandissait un énorme couteau de chasse.

— Je vais le tuer, je vais le tuer, ne cessait-il de répéter.

Des gardiens de la paix, prévenus aussitôt, pénétrèrent dans l'hôtel au moment où Bonneil, qui venait de faire un faux pas, dégringolait l'escalier, la tête en avant.

Quand on le releva, il portait à la main une large coupure qu'il s'était faite en tombant. Tout ruisselant de sang, on le

©BIUM

conduisit au commissariat du quartier des Halles. Fouillé, il fut trouvé porteur d'un rasoir et de la lettre que lui avaient renvoyée ses parents. Le malheureux dément a refusé de faire connaître qui il voulait tuer. On l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

35. *Menaces de mort.* — Devenue subitement folle, Julie Mariet, cinquante-deux ans, cuisinière de M. Philippe, juge au tribunal de la Seine, domicilié 150, avenue Victor-Hugo, s'empara d'un couteau à découper et se mit à la recherche du valet de chambre, M. Jean Ancelin, qui à plusieurs reprises lui avait fait des observations justifiées.

Ce fut dans la rue une poursuite mouvementée ; la démente menaçait de mort tous ceux qui voulaient l'arrêter. Enfin, on la captura, non sans difficultés, chez M. de Boisbeaudran, 113, rue de Longchamps, où elle s'était réfugiée.

On la transporta au poste de police de la rue Mesnil, où elle déclara à M. Landel que M. Ancelin faisait descendre en elle des courants électriques à haute tension et lui lançait des sorts. D'où sa haine farouche.

La folle a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt (*Le Journal*, numéro du vendredi 12 février 1909.)

FAITS DIVERS

La crampe des télégraphistes et des écrivains. — Dernièrement nous avons parlé ici même de la crampe des télégraphistes dans la transmission à l'appareil Morse (1). Notre note concluait ainsi : « Il reste à trouver le remède à cette névrose en dehors du repos hebdomadaire. »

M. Paul Faurt, télégraphiste et praticien compétent, nous envoie d'Alger, à ce sujet, quelques considérations utiles. Il pense, en effet, que l'on peut par certains moyens, au début tout au moins, se rendre maître de la fâcheuse crampe.

A l'origine, dit-il, c'est-à-dire lorsque la fatigue semble être l'unique, ou tout au moins la principale cause du mal, le repos constituerait, en effet, un remède salutaire. Mais cette période de transition est relativement de courte durée. Bientôt, le sujet que son tempérament nerveux prédispose à la crampe, s'inquiète. Il s'aperçoit avec chagrin qu'il devient inhabile à former certaines lettres, et de fait, au retour de ces lettres dans le texte à télégraphier, la crainte qui s'empare de lui crispe sa main ; l'appareil récepteur du bureau correspondant enregistre alors des signes incohérents au lieu de signaux rythmiquement

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1909, p. 175.

cadencés. Il devient dès lors urgent pour ce névropathe d'abandonner le « travail de vitesse en ligne » pour s'adonner aux exercices « en local » comme au temps de son apprentissage télégraphique. Il lui faut s'astreindre à une extrême lenteur et « décomposer » les lettres qu'il ne peut plus former régulièrement. Cela est ennuyeux, mais M. Paul Faurt assure que les résultats obtenus chasseront insensiblement le trouble de l'esprit du névropathe et que le moral réagissant sur le physique, la main rebelle redeviendra peu à peu un instrument souple et obéissant.

D'après le même auteur, ce qui vient d'être dit s'applique, de tous points, à la redoutable et redoutée crampe des écrivains. Mêmes causes, d'après lui, mêmes effets, et comme traitement, la rééducation de la main par des exercices appropriés, mais surtout en décomposant les lettres en leurs éléments quand cela est possible. Puis on rassemblera ces éléments lorsque l'on sera parvenu à bien les former isolément, et l'on reconstituera, dès lors, les lettres avec aisance.

On ne risque rien, en tout état de cause, d'essayer cette méthode curative, qui, si elle donne de bons résultats, sera tout à fait précieuse pour beaucoup de travailleurs cruellement gênés dans l'accomplissement de leur besogne. (*Le Petit Temps*, numéro du mardi 9 février 1909.)

Tentative d'évasion d'un aliéné. — On télégraphie d'Issoudun au *Petit Journal* (numéro du samedi 27 février 1909) :

« Le train express, qui passe à Issoudun, vers deux heures, transférait un convoi de 30 aliénés du dépôt de Ville-Evrard à celui de Naugeat, près Limoges. Comme le train filait à toute vitesse, à la hauteur de Jeauvarennes, un nommé Isaac Albon, trente-deux ans, plombier, originaire d'Alger, trompant la surveillance de ses gardiens, sauta du train sur le talus.

« On actionna la sonnette d'alarme mais en vain, car le train ne s'arrêta qu'à Neuvy-Pailloux. Le chef de gare fit explorer la voie, mais Albon avait disparu. Le malheureux fou, qui s'était fait des blessures à la joue droite et au front, s'était rendu à Issoudun pour se faire panser dans une pharmacie.

« De là, il alla à la gendarmerie où il déclara qu'il s'était jeté du train pour recouvrer sa liberté. Mais, interrogé par le préfet, Albon fut néanmoins gardé à vue jusqu'à l'arrivée des surveillants qui l'ont conduit à Limoges. »

©BIUM

Prix de la Société médico-psychologique.

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.

Année 1911.

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 1909 et en 1910, 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.*

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1909, pour les prix à décerner en 1910 et le 31 décembre 1910 pour les prix à décerner en 1911, 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

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide

—

ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE SUR L'ISLAM

Par le Dr Ahmed CHÉRIF

Lauréat de la Faculté de médecine de Bordeaux

Sous ce titre, qui promet au lecteur de rares émotions intellectuelles, M. Boigey a écrit un long article dans les *Annales médico-psychologiques* (1) ; *la France médicale* l'a reproduit dernièrement et peut-être d'autres revues scientifiques le reproduiront à leur tour.

Je viens de lire et de relire cette étude ; je me demande comment un homme instruit qui doit se respecter et respecter son prochain, ose traiter un sujet aussi important en employant des arguments diamétralement opposés aux vérités de l'histoire.

Je considère comme un devoir impérieux de relever

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1908.

©BIUM

les erreurs flagrantes de l'auteur, de les empêcher de se propager et de corrompre le jugement d'honnêtes et innocents lecteurs, qui n'auront eu que le tort de croire M. Boigey sur parole. Je laisserai de côté la forme blessante, parfois même gratuitement injurieuse de cet article ; je répondrai à M. Boigey non pas pour venger l'Islam et les musulmans d'offenses qui ne sauraient les atteindre, mais au nom de la vérité immuable et de la probité scientifique. M. Boigey regrettera sa documentation... peut-être trop hâtive, et surtout ses inutiles écarts de style.

LE TYPE PSYCHOLOGIQUE DE L'ISLAM

Après avoir chanté la gloire des Occidentaux et affirmé que ce sont eux qui ont tout créé dans le monde, M. Boigey dit : « 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. » Ce sont les idées directrices de l'étude ; voyons comment l'auteur va les développer.

QU'EST-CE QU'UN MUSULMAN ?

« Une silhouette médiocre du Prophète », répond M. Boigey. « 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. »

Je mets au défi et M. Boigey et tous les arabisants réunis, de trouver dans le *Koran* une pareille phrase, ou quelque chose d'approchant. Je pourrai citer au con-

traire plus d'un verset encourageant les musulmans à naviguer. Ecoutez, M. Boigey, ce que dit dans le *Koran* celui que vous appelez avec dédain le « *chamelier de la Mecque* » :

« C'est Lui (Dieu) qui vous a soumis la mer, pour que vous en mangiez des chairs fraîches, pour en retirer des ornements dont vous vous parez — vous voyez les vaisseaux fendant ses flots — et afin que vous recherchiez les bienfaits de Dieu, peut-être lui rendrez-vous grâce. » (*Koran*, chap. 16, verset 14.)

Plus loin il ajoute : « Votre Dieu est celui qui fait voguer les navires sur la mer afin que vous recherchiez les dons de sa générosité, il est plein de miséricorde pour vous. » (*Koran*, chap. 17, verset 68.)

Le musulman incapable de naviguer ! Qui donc a divulgué en Europe l'usage de l'instrument sans lequel aucun grand voyage sur mer ne pouvait être entrepris : la boussole. D'après Klaproth, qui a fait le plus de recherches sur la boussole, ce vocable même qui la désigne serait arabe. Voici ce qu'on lit dans le grand *Dictionnaire Larousse*, t. II, p. 1151 : « Klaproth s'appuyant sur des considérations assez importantes s'élève contre cette étymologie (italienne) et en propose une autre extrêmement curieuse. *Comme ce sont les Arabes qui nous ont appris l'usage de la boussole*, il est d'avis que le nom de la boussole doit être également arabe. On trouve, en effet, qu'en arabe, un des noms de la boussole est mouwassala, qu'on prononce vulgairement moussala, mot dérivé de la racine verbale wassala, aiguiser, rendre pointu, et dans le sens de dard, d'aiguille. Or, l'*m* initial des mots arabes introduits dans nos langues, permute très souvent avec la labiale *b* ; c'est ainsi que de Mahomed on a fait au moyen âge Bahomet, de Mahmoud, Bakhmoud ; ce qui le confirme dans cette opinion, c'est qu'en italien, à côté de bussola, on

©BIUM

trouve bossola, boîte, mot qui suivant lui a une origine toute différente. » Mais sans vouloir nous attarder outre mesure sur l'origine et l'étymologie véritable de cet instrument, n'est-il pas établi par l'histoire que nos ancêtres en avaient fait usage dès le XI^e^ siècle ap. J.-C. ? « Ils s'en servaient dans leurs traversées maritimes, dans les voyages des caravanes au milieu des déserts et pour déterminer... l'azimut de la kéblah, c'est-à-dire la direction des oratoires musulmans vers la Mecque. » (Sédillot, *Histoire générale des Arabes*, t. II, p. 130.)

N'avez-vous pas conservé aujourd'hui les termes de marine empruntés aux arabes dès le moyen âge tels que : amiral, de l'arabe amir, chef, ou plus directement amir al bahr, commandant de la mer, par apocope de la dernière syllabe ; — Darse, de l'espagnol darmesa, qui se rapporte lui-même à l'arabe dar cinaa, maison de travail, atelier, arsenal, qu'on prononçait arsena tout en écrivant arsenac ou arsenal, de l'italien arsenale, venant de l'arabe assinaa, la construction (de navires) ; — Madrague, de l'espagnol al madraba, de l'arabe al mazraba, radical, zarraba enclore ; — Felouque, de l'arabe falouka, navire, etc., pour ne citer que des mots d'une étymologie certaine.

Passons à l'histoire. Imagine-t-on comment les musulmans se créèrent le plus vaste empire qu'on ait jamais vu et firent toutes leurs conquêtes sans savoir naviguer et sans avoir « construit aucune flotte » !

Je ne puis citer tous les faits historiques : j'emprunterai seulement au savant français, L.-A. Sédillot, ces lignes extraites de son *Histoire générale des Arabes*, dont M. Boigey ignore peut-être l'existence.

« Des relations s'étaient établies de l'Espagne aux limites de l'Asie orientale ; une flotte arabe avait franchi le détroit de Gibraltar, et une tempête en la rejetant sur la côte, lui avait enlevé l'honneur de

découvrir les Açores et peut être l'Amérique. » (L.-A. Sédillot, *loc. cit.*, t. II, p. 124.) Plus loin il ajoute : « Les musulmans de l'Orient, laissant aux Arabes occidentaux le commerce de la Méditerranée, se portaient de préférence du côté de l'océan Indien. Ils parviennent en suivant les rivages de l'Afrique, d'abord jusqu'au détroit de Bab el Mandeb et successivement jusqu'au Zanguebar et aux pays des Cafres, ils fondent Brava, Manbaza, Quiloa..., Mozambique... ; ils occupent les îles voisines des côtes et plusieurs points de Madagascar (1)... Les bâtiments de commerce ne se bornent pas au port de Calicut ; ils atteignent Sumatra, les grandes îles de l'Archipel indien, traversent le golfe de Siam et arrivent à Canton... Les Malais avaient pour la plupart embrassé l'islamisme et depuis le golfe Persique jusqu'à l'extrémité orientale de l'Asie on entendait et on parlait l'arabe. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 127 et 128.)

« Le musulman, continue M. Boigey, est un homme qui ignore la mécanique, les arts, l'astronomie, les mathématiques, car Mahomet les ignorait. »

Je répondrai à M. Boigey par des faits, et point par point. Pour la mécanique et les arts, je lui rappellerai au moins l'horloge envoyée par Haroun-Al-Rachid à Charlemagne, la grande renommée qu'avaient nos ancêtres chez toutes les nations comme tanneurs, fondeurs, ciseleurs, fourbisseurs d'armes et fabricants d'étoffes. « Ces cimeterres d'une trempe irrésistible, dit M. Viardot, ces cottes de mailles si légères et si impénétrables, ces tapis moelleux, ces fins et brillants tissus de laine, de soie ou de lin, dont les cachemires

(1) La langue malgache contient un grand nombre de mots arabes, j'ai connu une personne qui parlait à peine cet idiome mais qui me citait au moins les noms des jours de la semaine en arabe régulier.

©BIUM

modernes sont une tradition, attestent assez leur incontestable supériorité dans tous les arts industriels. »

Arrivons à l'astronomie et aux mathématiques. Comment osez-vous soutenir que les musulmans les ignoraient? En astronomie, notre ciel si pur nous a facilité les moyens de devenir vos initiateurs et maîtres ; aujourd'hui encore vous employez nos termes techniques tels que : azimuth, de l'arabe alsemt, le droit chemin ; zénith, mot corrompu de l'arabe steniet et tronqué de son sens véritable : semt arras, point du ciel situé au-dessus de la tête de l'observateur dans le prolongement du rayon terrestre mené par ses pieds ; nadir, du verbe arabe nadhara, être situé vis-à-vis de ; « le nadir est le point directement opposé au zénith », dit Laplace. De même les noms d'étoiles : Alghol, Wéga, Althair, Rigel, Aldebaran. Pour inciter les musulmans à l'étude de l'astronomie, le *Koran* dit (chap. 6, verset 97) : « C'est Lui qui a fait pour vous les étoiles afin que vous vous en aidiez pour rechercher votre chemin dans les ténèbres, sur terre et sur mer. »

Quant aux mathématiques, vous auriez dû ne pas oublier que le nom même de l'*algèbre* est arabe et que vous nous deviez votre numération écrite en *chiffres arabes*. Écoutez ce que dit Chasles, cité par Sédillot (t. II, p. 45).

« La trigonométrie est une des parties des mathématiques que les Arabes cultivèrent avec le plus de soin à cause de ses applications à l'astronomie. Aussi leur dut-elle de nombreux perfectionnements qui lui donnèrent une forme nouvelle et la rendirent propre à des applications que les Grecs n'auraient pu faire que très péniblement. »

Sédillot nous dit encore (t. II, p. 42): « Les Arabes introduisent les tangentes dans les calculs et substituent aux méthodes anciennes des solutions plus simples

en proposant trois ou quatre théorèmes qui sont le fondement de notre trigonométrie moderne. »

Plus loin l'historien français résume ainsi les découvertes faites par les musulmans et qu'on attribue à tort aux savants des XV^e^ et XVI^e^ siècles : « La substitution des sinus aux cordes, l'introduction des tangentes dans les calculs trigonométriques, l'application de l'algèbre à la géométrie, la résolution des équations cubiques, les idées les plus ingénieuses en mathématique, voilà ce que déjà les manuscrits arabes nous ont révélé.

« Le mouvement de l'apogée du soleil, l'excentricité de son orbite, la durée de l'année avaient été déterminés avec une exactitude remarquable par les astronomes de Bagdad. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 66.)

Je viens de réfuter avec détail les allégations de M. Boigey en ce qui concerne l'histoire. L'auteur passe à un autre ordre d'idées et cette partie de son étude s'intitule :

LES ÉTATS NERVEUX DES MUSULMANS.

Ici, M. Boigey donne libre carrière à son imagination, et vous allez voir que, chez lui, le psychologue ne le cède en rien à l'historien.

« L'œuvre de Mahomet se résume en un dogmatisme intense et maladif qui repousse violemment tout ce qui lui est étranger. »

Or, il suffit d'ouvrir le *Koran* à n'importe quelle page pour trouver des versets éloquents demandant au musulman de croire en tous les prophètes, de vénérer leurs œuvres à l'égal de celle de Mahomet. Car l'Islam est une religion dont l'essence est la croyance en un Dieu unique, et tout est là ; c'est pourquoi Moïse, Jésus, Mahomet ordonnant le culte d'un seul Dieu, sont trois prophètes identiques. Pour vous en con-

©BIUM

vaincre, voici un passage du Livre : « Dis : Nous croyons en Dieu, à ce qu'il nous a envoyé, à ce qu'il a révélé à Abraham, Ismaël, Isaac, Jacob et aux douze tribus ; nous croyons aux livres saints que Moïse, Jésus et les prophètes ont reçu de Dieu ; *nous ne mettons aucune différenve entre eux*, nous Lui sommes soumis. » (*Koran*, chap. 3, verset 78.)

Écoutez, M. Boigey, comment parle celui que vous ne craignez pas de qualifier d'imposteur :

« Dis-leur : Venez et je vais vous lire ce que votre Dieu vous a défendu : Ne lui associez aucun être ; traitez vos pères et mères avec bonté ; ne tuez pas un homme, car Dieu l'a défendu, excepté si la justice l'exige. Voilà ce que Dieu vous recommande pour que vous compreniez enfin !

« Ne touchez pas au patrimoine de l'orphelin, si ce n'est en bien, et ce jusqu'à sa puberté. Donnez la mesure et le poids justes. Nous n'imposons à l'homme que ce qu'il est en état d'accomplir. Quand vous prononcez un jugement, prononcez-le avec justice, dût-ce être contre un parent (1). Soyez fidèles à vos engagements qui sont sacrés. Voilà ce que Dieu vous a recommandé, peut-être y réfléchirez-vous ? Telle est ma voie, elle est droite, etc. » (*Koran*, chap. 6, verset 152 et 153). Plus loin, M. Boigey formule sur l'état nerveux des musulmans des théorèmes définitifs, qui révèlent le sociologue de cabinet, l'observateur... d'après les autres ; il a dû se documenter dans des relations de voyages, rapportées par leurs auteurs après quelques journées passées en terre d'Islam (Itinéraire de l'agence Cook, ô Loti !).

J'abuserais du temps de mes lecteurs en relevant,

(1) Il est regrettable que M. Boigey n'ait pas lu ce verset plus tôt, il en aurait fait peut-être son profit... même n'étant pas musulman.

comme elles le méritent, toutes les assertions de M. Boigey. Je serais obligé de reproduire en entier son article pour montrer que chaque phrase est une erreur manifeste, condamnée par le bon sens le plus élémentaire, et surtout jugée sans appel par l'impartialité de l'histoire. En voulez-vous des exemples ? M. Boigey nous dit : « Les premiers disciples du Prophète furent des dégénérés. » Oui, à la façon des Napoléon... tant pis pour eux ! Plus loin, il ajoute : « Mahomet a implanté dans le cerveau des croyants un véritable état névropathique dont les manifestations sont... 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 (???) ;... la perversion de l'instinct sexuel... (ici ma plume se refuse à retracer les outrages débités par l'auteur). » Je demanderai à M. Boigey s'il a voyagé beaucoup en Orient et s'il a vécu longtemps au milieu de musulmans neurasthéniques et obsédés. Je lui demanderai ensuite s'il est au courant des derniers événements de Berlin et d'autres capitales du monde, civilisé et barbare. Si M. Boigey était un médecin avisé et un homme impartial, il aurait mis la perversion des sens sur le compte des mœurs et non sur celui d'une religion quelconque. L'homosexualité, hélas ! n'est le vice d'aucune race ni d'aucune époque ; c'est un mal dont l'humanité a été affligée de tout temps, pourquoi en charger l'Islam et les musulmans ?

Voulez-vous la conclusion de cette partie de l'étude de M. Boigey sur « l'état nerveux » des quelques trois cents millions de musulmans ? La voici : « 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. »

Je passe sous silence le quatrième paragraphe de cet

©BIUM

article, intitulé : « La paralysie cérébrale musulmane », et qui est bien insuffisant au point de vue médical et psychologique. J'arrive au cinquième et dernier paragraphe dans lequel M. Boigey donne réellement toute la mesure de son impartialité et de sa force en histoire.

Oyez, hommes de bonne foi, ce qu'un savant européen ose écrire, en 1909, dans de grandes revues scientifiques tirant à plusieurs milliers d'exemplaires.

LE PARASITISME DE L'ISLAM

« ... 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.. Averroès qui, converti à l'islamisme, musulmanisa son nom en *Ibn Rachid*, 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... »

Ainsi, Avicenne et Averroès sont deux Espagnols convertis à l'Islam, d'après M. Boigey. Et il a servi cette monstruosité à ses lecteurs sans daigner ouvrir, pour s'y renseigner, un seul ouvrage français tels que l'*Histoire de la médecine arabe*, par le Dr L. Leclerc, ou *Averroès et l'Averroéisme*, de Renan, ou pas même le grand *Dictionnaire Larousse* (t. A) !!!

Je vais éclairer la religion de M. Boigey : Je regrette que les biographes arabes ne donnent d'habitude que les noms des trois ascendants immédiats de chaque personnage dont ils parlent, mais je pense que cela suffira pour prouver que Avicenne et Averroès ne sont

pas des Espagnols convertis à l'Islam et que leur famille était musulmane depuis des siècles.

Avicenne (*Ibn Cina*) est Persan et n'a jamais vu l'Espagne. Il était né au cœur de l'Asie, dans le village d'Afchana, près de Boukhara et vivait au x^e^ siècle ap. J.-C. Il s'appelait Hussein, fils de Abdallah, fils de Hassein, fils d'Ali, etc.

Averroès (*Ibn Rochd*) vivait au XII^e^ siècle. Il naquit à Cordoue, en 1126 ap. J.-C., d'une famille de célèbres jurisconsultes musulmans, il s'appelait Mohamed, fils d'Amed, fils de Mohamed, fils de Rochd, etc.

Tels sont les faits que j'oppose aux assertions fantaisistes de M. Boigey.

En terminant, je dois dire combien la lecture de M. Boigey m'a peiné. Je déplore sincèrement, au nom de la vérité et de la science, la façon dont certains européens du XX^e^ siècle continuent à écrire sur l'Islam et les musulmans, absolument comme leurs ancêtres du moyen âge. Je viens de démontrer que M. Boigey a rédigé son article avec autant d'erreurs et de violence qu'un moine ignorant et fanatique du temps des croisades. M. Boigey serait même bien plus condamnable que le moine en question ; il n'a pas comme ce dernier l'espoir — perdu depuis longtemps — de faire abjurer l'Islam par ses adeptes, il a surtout un très grave tort : celui de n'avoir pas utilisé le trésor des documents de la science française moderne... ; le moine n'avait du moins aucune source de renseignements à sa disposition... pas même le moindre *Larousse pour tous*.

©BIUM

Pathologie.

PSYCHOSES GRIPPALES ET PSYCHOSES CATARRHALES

Par le Dr C. ROUGÉ

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

Suite et fin (1).

C. — Délires de la convalescence.

C'est surtout pendant la convalescence de l'influenza ou peu de temps après qu'on a vu apparaître les troubles vésaniques liés à cette affection. J'estime, d'après les nombreuses observations que j'ai compulsées, que les cas de délire de la période fébrile sont à ceux de la convalescence comme 1 est à 6. D'ailleurs, presque tous les travaux qui ont paru sur les psychoses grippales sont relatifs à la période de convalescence.

Etiologie. — La prédisposition vésanique, héréditaire ou acquise, joue certainement un grand rôle dans la production de ces psychoses. Mais ce rôle, dans cette infection comme dans les autres, est loin d'avoir l'importance qu'il a dans les vésanies pures.

A l'époque où parurent les travaux relatifs aux psychoses grippales (1890-91), beaucoup d'aliénistes et des plus distingués, n'admettaient pas que la grippe, la fièvre typhoïde et les autres infections aiguës pussent créer la psychose. Pour eux, la maladie infectieuse

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1909.

n'était qu'une circonstance à l'occasion de laquelle le trouble mental apparaissait, la psychose ne pouvant se développer que sous l'influence d'une prédisposition héréditaire ou acquise ; il lui fallait un terrain spécial.

De nouvelles théories ont bien modifié les opinions à ce sujet.

C'est surtout à M. le professeur Régis qu'est due la connaissance du rôle de plus en plus important que prennent les infections et les intoxications dans l'étude des psychoses.

Cependant, en étudiant attentivement les faits, sans idée théorique préconçue (ce qui, paraît-il, est bien difficile), on pouvait se convaincre, même à cette époque, que dans la production des délires de la convalescence des infections aiguës, l'hérédité et la prédisposition n'étaient pas tout, qu'il y avait un autre facteur aussi important, sinon plus, la maladie. C'est ce que la statistique m'avait déjà appris dans un travail fait en 1892 sur les troubles intellectuels dans la fièvre typhoïde.

La petite statistique qui suit nous prouvera encore que la grippe est capable, à elle seule, indépendamment de toute prédisposition héréditaire ou acquise, de créer une psychose de toutes pièces. Sur 52 observations de psychoses grippales de la convalescence dans lesquelles les renseignements relatifs aux antécédents de toute sorte sont notés, j'ai trouvé :

Prédisposés par antécédents névropathiques ou de toute autre nature, mais sans antécédents vésaniques	14 cas.
Prédisposés par antécédents vésaniques héréditaires ou personnels	18 —
Pas d'antécédents vésaniques héréditaires, ni personnels, ni trace de prédisposition quelconque.	20 —

On ne peut nier, dans ces 20 cas, l'influence de la grippe.

©BIUM

Le degré d'intensité de la grippe m'a paru indifférent à l'éclosion des troubles mentaux de la convalescence. Ceux-ci se sont déclaré aussi bien à la suite des grippes légères qu'à la suite des grippes de moyenne ou de grande intensité.

Symptomatologie. — Le délire éclate parfois brusquement, sans avoir été précédé de prodromes. Ce début subit a été observé assez fréquemment ; il est noté dans plusieurs observations de M. Mairet. Mais, généralement, les troubles mentaux sont précédés, pendant quelques jours, par de l'insomnie et une céphalalgie souvent violente. Ces deux symptômes ont manqué rarement, surtout l'insomnie. On a observé, en même temps, une forte dépression physique, une apathie qui contraste souvent avec l'activité habituelle du malade, de la tristesse, des préoccupations hypocondriaques, un changement dans le caractère qui devient irritable. Ladame a noté particulièrement « un état plus ou moins prononcé de dépression psychique, d'indifférence, de mécontentement, de laisser-aller, de malaise, de crainte, d'inquiétude ou d'angoisse, de plaintes ou de récriminations, en un mot, d'une légère atteinte de mélancolie ou d'hypocondrie ».

Je crois devoir ajouter que si les psychoses grippales, à la période d'invasion, ont généralement un caractère bénin, une courte durée, il n'en est pas de même de celles qui surviennent pendant la convalescence. Ces dernières ont souvent nécessité l'internement et sont souvent passées à l'état chronique. On en trouvera de nombreux exemples dans la thèse de Leledy. Et cela, quel que soit le degré d'intensité de la grippe, car on a souvent vu des psychoses très graves succéder à des grippes légères ou de moyenne intensité et réciproquement.

Ladame divise les psychoses de la convalescence en

trois groupes : 1° lypémanie ; 2° psychoses asthéniques et 3° autres formes mentales. J'ai déjà dit que dans le groupe des psychoses asthéniques (dont je discuterai bientôt l'existence), il conserve la division de Kraepelin qui distingue quatre sous-groupes dans ces états d'épuisement aigu : le délire de collapsus, la démence ou délire ou stupeur hallucinatoire, la démence asthénique et la démence aiguë ou stupidité.

Nous venons de voir que le délire de collapsus appartient à la période fébrile. Quant aux trois autres groupes, ce ne sont, comme le dit Régis (1), que des variétés de la confusion mentale. J'ajouterai que ces groupes ne doivent pas être considérés comme des psychoses de la convalescence, qu'ils appartiennent, eux aussi, à la période fébrile plutôt qu'à la période de convalescence. C'est ce que je vais essayer de démontrer.

En effet, si de la douzaine d'observations de Kraepelin nous distrayons les deux observations de délire de collapsus, deux autres observations, dans l'une desquelles on voit combinées l'action de la grippe et celle de la puerpéralité et, dans l'autre, celle de la grippe et de l'érysipèle, une cinquième où la grippe est compliquée d'albuminerie, et une sixième suivie de paralysie générale, il ne restera qu'un très petit nombre de cas qui me paraissent être, ceux-là, de vrais délires de convalescence.

Ladame a rapporté aussi une observation empruntée à Pick, de Prague, qui d'après lui, serait un exemple assez caractéristique de délire asthénique proprement dit ou démence asthénique. Or, la lecture de cette observation prouve clairement qu'il s'agit encore, dans ce cas, d'un délire fébrile, et même d'un délire fébrile à la période initiale.

Il me semble résulter de cette discussion que ces psy-

(1) Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 633.

©BIUM

choses dites asthéniques (qui rendaient passablement confuse la description des psychoses grippales de la convalescence) sont plutôt des psychoses de la période fébrile, dont elles ont la symptomatologie et qu'elles sont plutôt d'origine microbienne que dues à l'asthénie.

Après la lecture de nombreuses observations, j'estime que les troubles mentaux survenus pendant ou peu de temps après la convalescence de la grippe doivent être rattachés presque totalement à deux formes mentales, la lypémanie et l'agitation maniaque. On constate quelquefois, dans ces observations, des signes de confusion mentale arrivant bien rarement à la stupeur ; mais, dans tous ces cas, la confusion mentale n'occupe que le second plan ; c'est une manifestation secondaire, accessoire, qui n'est pas suffisamment caractérisée, tandis que les états de mélancolie et d'agitation maniaque le sont parfaitement dans le plus grand nombre de cas. Je n'aurai que peu de chose à dire du troisième groupe : autres formes mentales.

Mélancolie.

La mélancolie a été observée très fréquemment. Se basant sur ses seules observations, il semble au professeur Mairet, « que le délire mélancolique soit le délire favori de l'influenza ». En compulsant toutes les observations à ma connaissance, j'ai trouvé aussi que les cas de psychose survenus à la suite de la grippe ayant la forme lypémaniaque étaient un peu plus nombreux que ceux à forme maniaque.

Toutes les formes de la mélancolie ont été observées ; mais c'est la mélancolie simple qui a été observée le plus souvent. Les plus nombreux se croyaient ruinés, dans la plus profonde misère, à charge à leur famille, s'obstinaient à ne vouloir ni manger, ni se coucher parce

qu'ils n'avaient pas de quoi payer, etc. D'autres s'accusaient de fautes ou de crimes imaginaires ; ils étaient déshonorés, ils avaient déshonoré leur famille, ils méritaient d'être brûlés vifs, etc. Après les idées de ruine, de déshonneur, viennent les idées de damnation. La mélancolie anxieuse, sans être rare, a été observée moins souvent. On a observé aussi la forme hypocondriaque dont Ladame a donné une observation typique, la mélancolie avec stupeur (Séglas) (1), la mélancolie avec idées de persécution (Leledy, obs. XXIII), les perversions sensorielles, les hallucinations de l'ouïe, celles de la vue, parfois terrifiantes (Mairet).

Dans quelques observations, sont notées « des idées embrouillées », confusionnelles ; mais ces cas sont assez rares ; le plus souvent, le délire lypémaniaque était bien net et avait de la fixité.

Enfin — et il n'y a rien qui doive surprendre dans un délire de cette nature — les tentatives de suicide et les suicides réalisés ont été souvent observés pendant la convalescence de l'influenza : Leledy en rapporte trois cas ; Bidou, un cas ; Ladame, un cas de suicide et un cas d'homicide.

Les psychoses grippales ont été à peine signalées dans les relations d'épidémies de grippe qui ont précédé celle de 1889-90. Notons seulement que Petrequin, dans son mémoire sur l'épidémie de 1837, nous apprend que plusieurs malades étaient tourmentés par des idées tristes, et il ajoute : « Il paraît que quatre ou cinq suicides ont été accomplis ou tentés dans les hôpitaux de Paris. »

Agitation maniaque.

J'ai trouvé que les observations d'agitation maniaque sont moins fréquentes que celles de la mélancolie (19

(1) *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 10 avril 1890.

©BIUM

contre 24). Ces observations ne présentent rien de particulier à noter. Comme dans tout accès de manie, il y a eu de l'excitation cérébrale, du désordre dans les actes et dans les idées, une agitation qui a souvent nécessité l'internement, des illusions, des hallucinations diverses et quelquefois un état de confusion mentale qui m'a paru ici compliquer la manie.

Autres formes mentales.

Ne doivent être compris dans cette dénomination que quelques rares cas où le délire systématisé progressif paraît assez bien caractérisé, quelques cas de *delirium tremens* réveillé par la grippe et plusieurs cas de paralysie générale. Régis estime que la grippe est l'infection aiguë qui donne lieu de la façon la plus fréquente et la mieux caractérisée au syndrome paralytique. D'après lui, « la paralysie générale de la grippe, si elle est une vraie et non une pseudo-paralysie générale, est bien le type de ces paralysies générales régressives ou temporaires auxquelles donnent lieu les infections aiguës ».

Il m'a paru intéressant de comparer la symptomatologie des psychoses de la convalescence dans l'influenza et dans la fièvre typhoïde, m'étant déjà occupé de ces dernières dans un précédent mémoire (1).

Ce qui prédomine manifestement dans les délires de la convalescence de la fièvre typhoïde, ce sont, surtout à la suite de fièvres typhoïdes légères, les conceptions délirantes uniques et fixes, le plus souvent de nature ambitieuse, en tout cas, presque toujours agréable (26 cas sur 89). En second rang vient la confusion

(1) Rougé. Du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde *Annales médic.-psych.*, 1905.

mentale (18 cas) qui, ici, se manifeste surtout par ses formes les plus accusées, démence aiguë, stupidité, laissant le malade indifférent puisque l'idée est momentanément éteinte. La manie aiguë ne vient qu'en troisième ligne (13 cas) et, plus rarement, la lypémanie (5 cas seulement), venant après les hallucinations et les troubles de la mémoire. Ces rares cas de lypémanie n'ont été suivis d'aucun suicide, pas même d'idées ni de tentatives de cette nature.

Combien différente est la symptomatologie des délires survenus pendant la convalescence de l'influenza ! Elle se réduit à peu près exclusivement à des manifestations de dépression (mélancolie) et à des manifestation d'excitation (agitation maniaque) avec prédominance des premières. Généralement, le délire mélancolique était bien net et si, parfois, on a constaté des signes de confusion mentale, celle-ci se montrait dans sa forme la plus légère, « l'embrouillement intellectuel ». Je n'ai trouvé la stupeur notée qu'une seule fois. Le délire lypémaniaque a été si accentué dans ces psychoses d'influenza, qu'avec un nombre d'observations bien moindre que pour la fièvre typhoïde nous constatons cinq suicides et un homicide.

A l'inverse de celui de l'influenza, le microbe de la fièvre typhoïde, pendant la période fébrile, a souvent conduit les malades à des suicides inconscients par suite d'hallucinations terrifiantes (chute par les fenêtres, par les escaliers). Mais le microbe grippal a bien pris sa revanche à la période de la convalescence, et très souvent il a conduit les malades à des suicides conscients quoique pour des motifs imaginaires.

Une autre considération qui a son importance, c'est que la prédisposition (héréditaire ou acquise) a une influence très notable sur l'éclosion des psychoses grippales de la convalescence. En effet, sur 37 cas où les

©BIUM

antécédents ont été bien observés et notés, je constate 22 cas chez des prédisposés, et 15 seulement chez des non prédisposés. Or, j'avais constaté un résultat opposé dans les délires de la convalescence de la fièvre typhoïde où l'absence de toute prédisposition a été presque deux fois plus fréquente que la prédisposition. On peut en conclure que dans la production des psychoses de la convalescence, la fièvre typhoïde agit plutôt comme cause prédisposante et l'influenza comme cause occasionnelle.

J'ai déjà dit combien sont généralement bénins les délires initiaux de l'influenza et combien graves ceux de la fièvre typhoïde.

Les considérations qui précèdent ont pu paraître un peu longues. Elles étaient nécessaires pour appuyer la proposition suivante sur laquelle j'avais déjà appelé l'attention dans un précédent mémoire :

« Tout en admettant que les troubles mentaux d'ori-
« gine toxi-infectieuse présentent entre eux une grande
« similitude quelle que soit l'infection qui les déter-
« mine, l'observation attentive des faits démontre aussi
« que certaines de ces infections ont une physionomie
« qui leur est propre et qui mérite d'être notée. »

III. — PSYCHOSES CATARRHALES

J'ai déjà dit, au début de ce travail, ce que j'entendais par « psychoses catarrhales ». Ce sont les vésanies nées à l'occasion ou sous l'influence d'affections catarrhales ayant le caractère grippal et désignées vulgairement sous le nom de grippe.

Parmi les aliénés admis à l'asile de Limoux en 1907 et pour la première fois, il y en a eu 6 chez lesquels la grippe a été considérée comme cause de la folie. Ce chiffre, exceptionnellement élevé, m'a donné l'idée de

recueillir ces observations et de les comparer aux relations de folie grippale relatives à la grande épidémie de 1889-90. Un autre cas s'est présenté à l'asile au commencement de l'année 1908. A ces 7 cas j'en ai ajouté 3 autres pris dans la clientèle privée, chez des malades non internés. J'avais vu le premier avec M. le Dr Simacourbe, de Montolieu ; le second, avec M. le Dr Prax, de Limoux ; l'observation du troisième m'a été communiquée par mon fils.

Pour les aliénés internés, je me suis adressé à leurs médecins ordinaires qui, ayant assisté au début de la maladie, ont pu et ont bien voulu me donner tous les renseignements utiles. Je les prie de vouloir bien agréer mes sincères remerciements.

Les psychoses catarrhales ne doivent pas être bien rares ; mais, pour ma part, je n'en connais aucune observation publiée. Mes observations ne sont pas assez nombreuses pour me permettre une étude complète de ces psychoses. Aussi me contenterai-je, seulement, d'en donner la relation. Néanmoins, elles semblent bien indiquer que les psychoses catarrhales ne diffèrent pas des vraies psychoses grippales et que, si au point de vue somatique, la symptomatologie de certaines affections catarrhales ressemble parfaitement à celle de la grippe épidémique, cette ressemblance s'étend aussi à leurs manifestations psychiques. Qu'il me suffise de faire une seule remarque : Nous avons vu combien les psychoses grippales portent au suicide; or, sur nos seuls 10 cas de psychose catarrhale, nous constatons des tentatives de suicide chez 4 d'entre eux ! Il est vrai que chez l'un d'eux, il faut surtout incriminer l'alcoolisme ; mais chez les 3 autres, c'est bien l'infection grippale qui est en cause.

©BIUM

Obs. I. — Agitation maniaque. Début à la période de convalescence.

S... (Anne), épouse D..., quarante-cinq ans. Entrée à l'asile le 3 mars 1907.

M. le Dr Delmas, de Rieux-Minervois, m'envoie les renseignements suivants : « Mme D... ne présente aucun facteur héréditaire au point de vue pathologique mental. La grippe, pendant laquelle a évolué son trouble psychique, a revêtu la forme gastro-intestinale avec troubles nerveux et circulatoires dus à la ménopause. La fièvre, très modérée, entre 38 degrés et 39 degrés, avait complètement disparu au début des troubles mentaux. L'affection mentale a débuté assez brusquement, le 20 février 1907, pendant la convalescence de la grippe. La malade a présenté les symptômes de la manie aiguë avec incohérence dans les manifestations du délire, mais avec prédominance des idées mystiques et érotiques. »

A son arrivée à l'asile, mêmes symptômes de manie aiguë : l'agitation est intense et incessante, elle a continué les jours suivants, avec le même degré de violence — un peu de fièvre, le soir, près de 38 degrés — anorexie complète. Alimentation très difficile.

A partir du 1er mai, l'agitation a sensiblement diminué et le malade a commencé à s'occuper vers le 15 mai. Le 15 juin, lucidité complète, l'appétit est revenu, bien meilleure mine de santé. Sortie guérie le 23 juin 1907.

Obs. II. — Agitation maniaque. Début à la période de convalescence

Th..., de Baïssas (Pyrénées-Orientales), vingt-huit ans, entré à l'asile le 24 mars 1907.

Renseignements donnés par M. le Dr Puig : « Th... est d'une famille de nerveux sans que, cependant, aucun de ses membres ait jamais été atteint d'aliénation mentale. Lui même est d'une nervosité excessive et a eu quelques contrariétés avant de s'aliter.

« Au dixième jour d'une grippe thoracique de moyenne intensité, alors que la fièvre avait disparu, Th... qui, cependant, depuis deux ou trois jours, présentait une certaine surexcitation, eut une attaque d'hystérie qui dura deux heures. Ce fut le

début du délire et des hallucinations de la vue et de l'ouïe qui présentèrent, par moments, un peu d'accalmie mais qui ne cessèrent plus. Ce délire et ces hallucinations s'accompagnaient de fièvre, 38°5-39°5. Celle-ci disparut à deux reprises, pendant quarante-huit heures, pour reparaître le jour ou Th... fut envoyé à l'hôpital de Perpignan (21 mars). Ce matin-là, le thermomètre marquait 38°2. »

Voici maintenant le certificat de M. le Dr Sabarthez, médecin en chef de l'hospice civil de Perpignan, accompagnant l'envoi de Th... à l'asile de Limoux : « Th... est très agité, éparpille la paille de sa couchette, brise les écuelles et les verres dans lesquels on lui préeente sa nourriture et sa boisson, refuse le plus souvent les aliments. Sa figure est d'une grande mobilité, ses yeux tantôt fixes et pénétrants, tantôt remuants et hagards, ses pupilles dilatées; il parle avec prolixité, son langage est incohérent, c'est une véritable fuite de paroles sans lien apparent. De loin en loin surviennent des accalmies, mais elles sont de peu de durée et l'excitation se reproduit avec une violence qui va toujours s'aggravant. »

A l'asile, où le malade est arrivé le 24 mars, l'agitation maniaque continue avec la même intensité, le malade est d'une loquacité intarissable, le plus souvent incohérent, mais manifestant parfois de vagues idées de grandeur; il fait des grimaces, etc.

Quinze jours après son entrée, Th... n'est plus agité. Le désordre des idées a cessé presque complètement. Meilleure apparence de santé physique. Un mois après son arrivée à l'asile, lucidité complète. Sorti complètement guéri le 10 juin 1907.

Obs. III. — Lypémanie. Délire de persécution. Grave tentative de suicide. Début à la période de convalescence.

M... (Jean), cinquante-cinq ans, cultivateur. Entré à l'asile le 29 mars 1907.

Au point de vue mental, pas d'antécédents héréditaires connus.

M... (Jean) a un caractère peu expansif, mais il a été toujours pondéré et a joui d'une bonne santé. Pas d'antécédents alcooliques ni syphilitiques. La seule cause appréciable consisterait dans des revers de fortune. Il a été atteint, pendant l'hiver de 1906 à 1907, d'une grippe modérée, à forme nerveuse.

©BIUM

C'est un mois et demi après le début de la grippe, en pleine convalescence, que la folie s'est manifestée.

Dans l'enquête administrative faite le 23 mars 1907, il est dit : « Depuis quelques jours, consécutivement à sa grippe, M... se croit persécuté par tout le monde, il faut qu'il en finisse avec quelqu'un ou avec lui-même et il a déjà tenté de se couper la gorge. »

Ce malade est arrivé, en effet, à l'asile portant au cou la trace d'une profonde coupure; il dit regretter cet acte qu'il attribue à une contradiction. Il ne manifeste aucune idée délirante, mais il est toujours triste, pensif, taciturne, répond à peine et très bas à nos questions.

Cet état n'a fait que s'aggraver; il est devenu stupide, gâteux, gémit parfois; il faut le faire manger et il est aussi misérable au physique que mentalement. Sur ces entrefaites, on s'aperçoit d'une paralysie incomplète du membre supérieur droit.

Il était depuis quelque temps à l'infirmerie pour une bronchite, mais on a dû l'en retirer à la suite d'un accès d'agitation pour le mettre dans la section des agités où il est plus facile de le surveiller. Pendant cet accès, il a cherché à se tuer en donnant de violents coups de tête contre les bois du lit. Actuellement, légère amélioration, l'intelligence paraît se réveiller, il n'est gâteux que pendant la nuit, mais il est toujours triste, déprimé, indifférent à tout.

Obs. IV. — Alcoolisme et grippe. Stupidité. Congestion cérébrale. Mort. Tentatives de suicide. Début à la période de convalescence.

R... (Eugène), cinquante-neuf ans, voyageur de commerce. Entré à l'asile le 22 avril 1907.

Certificat de M. le Dr Sabarthez, médecin en chef de l'hospice civil de Perpignan, à la date du 19 avril 1907 : « C'est un alcoolique, sorti depuis quelques jours de l'hôpital où il était entré pour une grippe à forme thoracique. Pendant son séjour qui a été de courte durée, nous avions pu constater chez lui un grand affaiblissement des facultés mentales. Aujourd'hui, cet état s'est aggravé d'une façon peu commune. Accroupi dans un coin de sa cellule ou couché la face contre le mur, il ne répond pas à nos questions, ne fait plus un mouvement, n'accepte les aliments qu'à force d'insistance. S'il sort parfois de

son inertie, c'est pour se déshabiller et faire à pas lents quelques pas autour de sa couchette. Il s'est promené tout nu dans les rues de la ville et a essayé, à plusieurs reprises, de se jeter sous les roues d'un tramway. »

Le jour de son arrivée à l'asile, symptômes de congestion cérébrale avec perte complète de connaissance. Mort le 24 avril 1907.

Obs. V. — Lypémanie anxieuse. Idées de meurtre et de suicide. Début à la suite de la grippe.

Mme L..., cinquante-huit ans. Entrée à l'asile le 27 juin 1907.

On nous assure qu'il y a absence de toute tare héréditaire au point de vue mental, soit du côté paternel, soit du côté maternel. Cependant nous avons depuis longtemps, à l'asile, une aliénée qui est la cousine de Mme L... au second degré.

M. le Dr Casanove, de Carcassonne, nous fournit sur cette malade, les renseignements suivants : « Mme L... est sujette, depuis plusieurs années, à des bronchites tantôt légères, tantôt graves, ayant la plupart un caractère grippal bien net, avec congestions errantes et fugaces, fièvre, mauvais état général. En outre, le moral de la malade restait mauvais pendant toute la durée de la maladie.

« Cet hiver (1906-1907), à la fin de janvier, une autre bronchite survint ou plutôt s'aggrava, la malade ayant toujours de la trachéite chronique. Caractère grippal également et j'insiste à ce sujet. La toux quinteuse et persistante, qui gênait la malade, disparut tout d'un coup, presque brusquement au commencement d'avril et, dès ce moment, les symptômes de neurasthénie se montrèrent (céphalée, sensation de vide dans la tête, prostration, idées noires, frayeurs irraisonnées). Le mal alla s'aggravant jusqu'au jour où la maladie prit une autre tournure, celle de la démence. Il y a un mois environ (fin mai), la malade se plaignait de ne pas avoir de quoi se vêtir, était sans cesse à fouiller dans les placards ; elle refusait toute médication et quelquefois, mais rarement, toute nourriture.

« Puis apparurent des idées mystiques (la malade est une femme très pieuse jusqu'à l'excès), enfin des idées de persécution et des frayeurs. Il était nécessaire de lutter avec elle pour la maintenir.

« En dehors de ces crises, la malade se montrait lucide et

©BIUM

parfois raisonnable. Elle ne manifesta des idées de meurtre et de suicide qu'une quinzaine de jours avant son internement. C'est ce qui décida les parents à cette mesure. »

Pendant toute la durée de son séjour à l'asile, Mme L... a été constamment sous l'influence d'une lypémanie anxieuse avec agitation; il lui est arrivé de briser tous les carreaux des fenêtres, etc. Elle gémit sans cesse, demande à être brûlée, dit que le diable la pousse à faire du mal à ceux qui l'approchent, à tuer sa mère, etc., etc.

Mme L... a été reprise par sa famille, le 24 juin 1908, n'étant nullement améliorée. Nous avons appris que le délire triste et l'agitation persistent toujours, nécessitant une surveillance continue et souvent des moyens de contention.

Obs. VI. — Lypémanie. Hallucinations. Illusions sensorielles. Tentatives de suicide. Début consécutivement à la grippe.

Mme V..., soixante ans. Entrée le 30 août 1907.

Antécédents : *a*) Héréditaires : père et mère morts à un âge avancé et ayant toujours eu leur bon sens ; un frère ayant donné des signes de folie, probablement de nature alcoolique et ayant tenté de se couper la gorge avec un rasoir; *b*) personnels : Il y a environ dix ans, à l'âge critique, Mme V... a eu un premier accès de folie qui n'a duré qu'une vingtaine de jours et n'a pas nécessité son internement : elle jetait les meubles par la fenêtre, descendait dans la rue en chemise, etc.

Nous résumons ci-dessous les renseignements que nous tenons de M. le Dr Lassale, de Perpignan : à la suite d'une affection grippale sur laquelle notre confrère ne peut rien dire, n'ayant pas soigné la malade, Mme V... se crut atteinte de tuberculose pulmonaire et de plusieurs autres maladies, elle fut très anxieuse et inquiète. Ensuite survinrent des hallucinations de la vue, de l'ouïe; elle se croyait ensorcelée, hypnotisée; plus tard, des idées de persécution avec illusions des sens : on l'avait empoisonnée en lui faisant avaler des couleuvres, des scorpions. Enfin, elle se livra à plusieurs tentatives de suicide en se précipitant du haut d'une fenêtre, d'un escalier; — fréquentes périodes d'excitation qui exigent la présence de plusieurs personnes pour la contenir.

A l'asile, Mme V... a été constamment sous l'influence d'un délire lypémaniaque. Tantôt elle est calme et s'occupe un peu à tricoter, mais elle est toujours triste, dit qu'on va la tuer,

s'accuse de crimes imaginaires, ou bien, dit qu'elle expie à tort les péchés des autres et, sans accuser personne, il lui est souvent arrivé de refuser les aliments par crainte d'être empoisonnée. D'autres fois, elle est agitée et crie, surtout la nuit, avec tout l'appareil d'un profond désespoir : on veut la tuer, la couper en morceaux, elle entend des voix lui disant qu'on va la jeter dans l'eau bouillante, etc. Toutes les fois qu'elle nous aperçoit, elle nous saisit les bras et s'accroche à nous en suppliant qu'on la pardonne. D'ailleurs, très malpropre, satisfaisant ses besoins naturels partout où elle se trouve; elle fait souvent des erreurs de personnes; ainsi elle m'a pris, tantôt pour son mari, tantôt pour un évêque qui lui a donné son anneau à baiser; elle prend la religieuse pour une personne qu'elle a connue jadis. Bref, on reconnaît l'envahissement d'un état démentiel. N'a pas renouvelé ses tentatives de suicide depuis qu'elle est à l'asile.

Obs. VII. — Agitation maniaque suivie de dépression. Début au déclin de la fièvre.

Mme M..., trente-huit ans. Entrée à l'asile le 26 mars 1908.

Pas d'antécédents héréditaires au point de vue mental. Allaitait un enfant âgée de huit mois quand elle est tombée malade.

A la fin de mars, sept ou huit jours avant son entrée à l'asile, Mme M... est atteinte de grippe à forme intestinale. La fièvre n'a duré que quatre ou cinq jours, mais elle a été forte; la température s'est élevée à 40 degrés et 40°5. Pendant sa durée, il n'y a eu qu'un peu d'agitation. La fièvre est tombée brusquement et, aussitôt après, apparition d'un délire bruyant, loquace, affectant surtout la forme religieuse; elle racontait aussi qu'elle était morte, qu'elle avait été ensevelie et qu'elle avait ensuite ressuscité. Parfois elle tenait des propos légers, même obscènes.

Certificat d'entrée : Agitation maniaque, très loquace, incohérente, a parlé toute la nuit. Quinze jours après, elle était calme, s'occupait et paraissait avoir recouvré sa complète lucidité.

23 avril 1908. Depuis huit jours, Mme M... est très déprimée, comme stupide; il faut la faire manger, l'habiller, etc.

13 mai. Toujours déprimée, avec un peu plus d'intelligence. Sortie dans cet état le 29 juin 1908. Nous avons appris, quelques mois après, que cetie malade était complètement guérie.

©BIUM

Obs. VIII. — Hypocondrie. Excitation.
Changement de caractère. Début pendant la période fébrile.

Sœur X..., fille de la Charité de Saint-Vincent-de-Paul, quarante-neuf ans. On ne connaît pas d'aliénés dans sa famille, mais ces renseignements n'ont pas un caractère de certitude.

Sœur X... arrive le 15 octobre 1905, à Montolieu pour assister à la retraite. Elle vient de Lab... où règne une épidémie de fièvre typhoïde qui l'a fortement émotionnée. Quatre ou cinq jours après son arrivée à Montolieu, elle tombe malade et s'alite avec de la fièvre.

Après quelques jours d'observation, M. le Dr Simacourbe ne reconnaît pas les symptômes de la fièvre typhoïde et ne sait que penser de l'état de surexcitation de la malade qui se plaint de tout et de tous. Ses compagnes de Lab..., venues avec elle, ne la reconnaissent pas, tellement son caractère a changé. Jusqu'alors, elle s'était fait remarquer par sa douceur, son excessive bonté pour ses compagnes, s'oubliant et ne pensant à elle qu'après les autres. Maintenant, elle est d'une exigence extrême : un jour, elle demande du poulet, on lui en promet pour le soir, mais elle ne peut attendre et ne comprend pas que pour elle on n'aille pas en chercher immédiatement à l'hôtel. Un autre jour, elle demande la supérieure; celle-ci est à la messe, c'est au moment de l'élévation, elle attend quelques minutes et s'empresse de se rendre auprès de la malade qui la reçoit très froidement. On lui donne une sœur pour la servir, elle la renvoie, disant qu'elle est trop vieille et exige qu'on lui fasse venir une sœur de Lab... Je ne cite pas tous ses actes déraisonnables. Je suis appelé, le 6 novembre. Le matin, la température était normale; mais à 3 heures du soir, au moment de notre visite, 38°9, 112 pulsations. Nous portons le diagnostic d'influenza. Estimant que ces troubles intellectuels sont dus à une psychose grippale, je fais espérer leur guérison prochaine, sans internement de la malade.

Le 9 décembre suivant, sœur X..., bien guérie aux points de vue physique et mental, quittait la maison de Montolieu pour revenir à Lab... La guérison s'est maintenue.

Obs. IX. — Lypémanie avec excitation. Hallucinations de la vue, de l'ouïe. Début pendant la période fébrile et état puerpéral.

Mme X..., vingt-cinq ans. Antécédents : Tempérament nerveux, mais n'a jamais eu de crises d'hystérie. Au point de vue héréditaire, antécédents favorables du côté paternel. Sa grand'mère maternelle a été aliénée et internée ; un cousin suicidé. Mme X..., qui a une instruction très cultivée, s'est surmenée et se surmène encore par un travail intellectuel intense et continu. Il y a un an, accouchement à terme, a allaité son enfant qu'elle a perdu au bout de six mois. Grande fatigue, chagrin violent.

Mme X... était atteinte, depuis peu de jours, d'une grippe à forme gastro-intestinale avec des températures ayant dépassé parfois 40 degrés, lorsqu'un avortement à trois mois est survenu, le 26 décembre 1907. La délivrance artificielle a été nécessaire pour arrêter une hémorragie inquiétante.

Les troubles intellectuels ont débuté, le 31, par des hallucinations de la vue et de l'ouïe : elle voyait des personnes étrangères, elle les entendait dire que c'était fini, qu'elle allait mourir, et elle était obsédée par la crainte d'une mort prochaine ; désordre des idées ; pousse parfois des cris perçants mais répond avec lucidité quand on l'interroge.

2 janvier. Lochies sans odeur ; montée du lait ; matin, 38°9 ; soir, 39°5. Continuation du délire.

3 janvier. A plusieurs reprises, accès d'agitation à forme maniaque : elle parle et crie en chantonnant et répète de même les derniers mots qu'on lui adresse. Dans ce désordre des idées ! la crainte de la mort domine : « Je ne mourrai pas ! Je guérirai ! », dit-elle, toujours en chantonnant. Le ventre est ballonné. Ce matin, avant la quinine, 38°8 ; ce soir, à 1 heure, 38°6 ; 120 pulsations.

Les jours suivants la fièvre va en diminuant ainsi que le délire.

Le 8, au matin, 37°6 ; soir, 37°8 ; de 90 à 100 pulsations. La lucidité est revenue presque complètement. Néanmoins, il subsiste encore un peu de faiblesse intellectuelle, un peu d'hébétude, quelques hallucinations de l'ouïe. La malade éprouve le besoin de manifester ses impressions et, sous ce rapport, il y a un contraste manifeste entre sa manière d'être actuelle

©BIUM

(trop expansive) et sa manière habituelle (très réservée et assez concentrée en elle-même).

Quelques jours après, tout désordre intellectuel avait disparu, la santé physique s'améliorait assez rapidement, et l'état mental était revenu à son état normal.

Obs. X. — Lypémanie avec agitation. Début au déclin de la période fébrile.

Mme F..., trente-six ans, d'un village voisin. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels au point de vue mental. D'une famille de bronchiteux; d'humeur plutôt triste; très affaiblie à la suite de nombreuses grossesses.

Du 6 au 13 novembre 1907, état catarrhal se traduisant par une fièvre légère variant de 38 degrés à 38°5 et par une grande faiblesse. Les bronches sont libres; aucun signe de dothiénentérie.

Le 14, perte de sommeil et explosion brusque d'un délire lypémaniaque : ses voisins veulent l'empoisonner elle et toute sa famille, on lui a tout volé, ils sont ruinés. Alimentation difficile quoique encore possible.

Du 16 au 19, mêmes symptômes, mais plus accentués.

Du 19 au 22, cessation de la fièvre. Exaltation extraordinaire; refus à peu près absolu de tout aliment; c'est à peine si on parvient, de temps à autre, à lui faire avaler quelques cuillerées de bouillon. L'agitation va en augmentant et la malade est difficilement contenue dans son lit.

L'isolement s'impose. Le 22, à cause de la répugnance de la famille pour l'asile, on transporte la malade à l'hospice. Là, le calme et le sommeil reviennent peu à peu. Retour des règles. Toutefois, persistance des mêmes idées délirantes de ruine et apparition d'un délire religieux : elle se croit Jeanne d'Arc.

Quinze jours après son entrée à l'hospice, les idées délirantes tristes n'ont pas disparu, mais le calme est complètement revenu et la malade réclame son mari, ses enfants. Après trois semaines de séjour à l'hospice, son mari cède à ses instances et la ramène à la maison.

Le 1er avril 1908, nous apprenons que Mme F... fait son ménage, s'occupe dans sa maison, qu'elle est moins triste, qu'elle mange, qu'elle a repris son embonpoint. Les règles n'ont pas reparu. Les craintes d'empoisonnement ont disparu. Mais il existe encore quelques idées délirantes tristes, par exemple, qu'on leur vole tout. En somme, le délire lypémaniaque est moins actif mais n'a pas disparu complètement.

©BIUM

4 novembre 1908. Nous apprenons que l'état mental de Mme F... ne s'est pas modifié ; qu'elle est encore obsédée par des idées tristes : ils sont ruinés, on leur a tout pris, on les fait passer pour voleurs. Ces crises sont presque journalières sans être continuelles. Il lui arrive souvent de pleurer. Appétit convenable et meilleure mine de santé qu'avant sa maladie. S'occupe encore mais moins, et s'attarde au lit. Ses règles n'ont reparu qu'une seule fois.

Je résumerai cet article par les propositions suivantes contenant des opinions personnelles qui m'ont paru justifiées par les faits :

I. — Les délires initiaux de l'influenza sont généralement bénins, au contraire de ceux de la fièvre typhoïde, généralement très graves.

II. — Les psychoses grippales de la période fébrile, revêtent surtout les formes de la confusion mentale.

III. — Les psychoses grippales, dites asthéniques, décrites comme psychoses de la convalescence sont, le plus souvent, des psychoses de la période fébrile et, comme ces dernières, sont des variétés de la confusion mentale.

IV. — Les psychoses grippales de la convalescence revêtent habituellement les formes de la manie et de la mélancolie.

V. — Les psychoses grippales ont une physionomie qui leur est propre, des caractères qui les distinguent des autres psychoses infectieuses.

VI. — Comme la grippe épidémique, les affections catarrhales, désignées vulgairement sous le nom de grippe, donnent lieu à des psychoses qui paraissent avoir la plus grande ressemblance avec les psychoses grippales.

VII. — Les psychoses grippales et les psychoses catarrhales de la convalescence ont une tendance marquée à la mélancolie et au suicide.

©BIUM

Médecine légale

AMNÉSIE ET FOLIE SIMULÉES
ÉPILEPSIE ET SOMNAMBULISME ALLÉGUÉS
EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

PAR LES DOCTEURS

A. REIGNIER
Médecin en chef de l'hôpital civil de Moulins,

A. MONESTIER et **G. VERNET**
Médecin-directeur. Médecin-adjoint.
de l'asile d'aliénés de Moulins.

Le simulateur dont on va lire l'histoire présentait cette particularité d'avoir, au moment de notre examen, fait un séjour antérieur dans un asile d'aliénés. Il avait eu là tout loisir de se documenter, et, — d'intelligence très avisée, — il n'avait eu garde d'y manquer. D'où la complexité du système délirant qu'il échafauda de toutes pièces et qu'il développa avec une telle habileté qu'il réussit à en imposer jusqu'au dernier moment à la plupart de ceux, — gardiens de prison, avocats, magistrats, médecins même, — qui eurent occasion de l'approcher.

Il nous a paru qu'il y aurait quelque intérêt à publier les extraits suivants du rapport que nous fûmes appelés à rédiger à son sujet.

G. V

Le 9 février 1908, la gendarmerie de Saignes (Cantal) arrêtait près du pont de Vernéjoux, le nommé C..., Michel, dit Louis, évadé depuis le 22 janvier précédent, de l'asile d'aliénés d'Aurillac. S'il faut en croire l'accusation, C..., Michel, n'aurait pas commis, dans ce court intervalle de temps, moins de neuf vols qualifiés, à savoir :

Le 23 janvier, à Bournazel, commune de Saint-Martin-Valmeroux, vol d'effets d'habillement et de denrées alimentaires ;

Le 24 janvier, au Joigny, commune de Méallet, vol de divers objets mobiliers et d'une somme de 20 francs ;

Le 26 janvier, à Lacolange, commune de Champagnac, vol de vivres et d'objets de lingerie ;

Le 27 janvier, au Cellier, commune d'Antignac, vol de bijoux et d'une somme de 40 francs ;

Le même jour, à la Seppe, même commune d'Antignac, vol de valeurs mobilières s'élevant à la somme de 4.500 francs ;

Le 28 janvier, au Beil, commune de Madic, vol de bijoux et d'une somme de 160 francs.

Le 7 février, à Sarroux (Corrèze), vol d'une montre en or et d'une somme de 15 francs ;

Le 8 février, à la Siauve-Basse, commune de Lanobre, vol d'une somme de 50 francs ;

Le même jour enfin, à la Cheylade, même commune de Lanobre, vol d'une somme de 1.412 fr. 50.

Tous ces vols avaient été commis dans les mêmes circonstances et pour ainsi dire suivant une même procédure : en plein jour, entre 10 heures du matin et 4 heures du soir, le malfaiteur pénétrait, avec ou sans effraction, dans des maisons isolées, momentanément inhabitées, — leurs propriétaires vaquant aux travaux du dehors, — fracturait armoires et tiroirs et s'enfuyait au plus vite nanti de son butin. Il avait été vu à plusieurs reprises, quelquefois poursuivi, jamais rejoint.

Au moment de son arrestation, C... fut trouvé porteur de quelques-uns des bijoux volés et d'une somme de 1.209 fr. 55.

Conduit devant M. le juge d'instruction de M....., il se refusa à fournir toute explication aussi bien sur l'emploi de son temps depuis son évasion de l'asile

©BIUM

d'aliénés d'Aurillac que sur la provenance des objets et des espèces sur lui saisis. Il se borna à protester de son innocence et à revendiquer comme étant sa propriété personnelle une somme de 117 fr. 35 à prélever sur les 1.209 fr. 55 trouvés en sa possession.

Cependant, le 10 février, C... se reconnaissait l'auteur du vol commis à Sarroux trois jours auparavant et donnait à la victime de ce vol des indications précises qui permirent de retrouver le soir même, à l'endroit désigné, une partie des objets dérobés.

Quelques jours après, le 2 mars, au cours d'un interrogatoire devant M. le juge d'instruction de M....., C... confirmait cet aveu et reconnaissait en outre avoir commis le vol du 8 février, à la Cheylade, dont il contestait seulement les circonstances et la quotité : il niait toute effraction intérieure et déclarait ne s'être approprié qu'une somme de 1.203 fr. 10.

Mais, environ un mois plus tard, exactement le 12 avril 1908, alors que l'instruction était déjà close, C... revenait sur ces aveux. Dans une lettre adressée à M. le président de la Chambre des mises en accusation de la Cour de Riom, il déclarait qu'il ne pouvait avoir fait de pareils aveux que « dans un moment d'erreur d'état mental » et, arguant de son séjour antérieur dans un asile d'aliénés, demandait qu'il fût procédé à l'examen de ses facultés mentales par un médecin légiste.

Dès le début en effet de son incarcération et pendant tout le temps qu'avait duré l'instruction, C... s'était fait remarquer par la bizarrerie de son attitude, de ses actes et de ses propos.

Le 11 février, à peine écroué, il avait écrit au gérant d'un journal local, avec prière d'insérer, une lettre conçue en termes des plus étranges : il y protestait contre la réputation qu'on voulait lui faire d'être un homme à redouter : voleur soit, assassin jamais. « S'il se trouve une âme qui puisse démontrer que je suis dangereux, qu'elle s'approche, je l'attends dans toute sa grandeur. » Il s'élevait contre « l'abus commis à son égard » : depuis son évasion de l'asile, tous les malfaiteurs ont été « couverts » par lui, il devra répondre de

tous leurs méfaits : « la proie avait échappé, l'aigle l'a reprise, et tâchera de consommer jusqu'au bout ; cette fois ce n'est plus la graisse, c'est les os ».

Presque quotidiennement, verbalement ou par écrit, tantôt suppliant, tantôt menaçant, il adressait aux autorités judiciaires la même réclamation : restitution et mise à sa disposition des 117 fr. 35 qui lui avaient été indûment saisis. S'il n'est pas fait droit à cette requête, « qu'on lui donne sa condamnation à mort ; au moins il sera débarrassé de toutes ces accusations dont il est l'objet depuis si longtemps ».

Le 22 février, il fait connaître par lettre à M. le juge d'instruction de M..... qu'il vient de se découvrir avec lui les liens de parenté les plus étroits : il n'est rien moins que son frère naturel ; il tient le fait de sa mère elle-même qui le lui a révélé naguère et il sait nombre de personnes honorables qui peuvent venir en témoigner.

Quelques jours après, il renouvelle, encore par écrit, ces mêmes déclarations à M. le Procureur de la République de M..... et à M. le Garde des Sceaux.

Le 2 mars, au cours d'un interrogatoire, il fait au magistrat instructeur cette réponse : « Il me semble que tout juge d'instruction qui est parent ou allié avec l'inculpé ne peut pas instruire contre lui. Quant à vous, ajoute-t-il, je ne vous prends pas pour mon juge, mais pour mon bourreau. »

Vers la même époque, C... écrit à sa mère une lettre désespérée : « Il est un homme perdu, il est retombé entre les mains du terrible ennemi qui veut l'envoyer périr dans le plus profond des précipices ; il n'attend plus que la mort, il l'appelle tous les jours, car elle le débarrassera du luron qui le persécute et qui est, il ne l'ignore pas, son propre frère. »

Le 12 mars, il refuse les services de l'avocat qui l'avait assisté depuis le début de l'instruction : Il s'était aperçu, disait-il, que cet avocat tenait plutôt les intérêts du juge d'instruction que les siens propres : or, il avait besoin d'un défenseur dévoué et indépendant de la justice ; faute de quoi, il se défendrait tout seul : « J'ai affaire à un lion, je ferai le tigre. »

Dans le même temps, l'attitude de C... à la maison d'arrêt de M..... était non moins étrange : le jour, il se

©BIUM

promenait seul, causant à haute voix ; la nuit, il lui arrivait souvent de crier à tue-tête ; aux observations qui lui étaient faites à ce propos, il répondait inintelligiblement.

Fin mars et dans les premiers jours d'avril, à trois reprises différentes, dans la cour de la prison, et pendant les heures de promenade, il eut des attaques convulsives d'une durée de sept à huit minutes environ, avec écume aux lèvres.

Dans la deuxième quinzaine d'avril, il devint taciturne, répondant à peine aux questions, s'enfermant dans un mutisme presque complet et ne prenant que fort peu de nourriture. Dans la nuit du 2 au 3 août enfin, il eut une violente crise d'agitation et se barricada dans le dortoir où il couchait, de telle façon que l'intervention d'un serrurier et de quatre gendarmes fut nécessaire pour pénétrer à l'intérieur.

Transféré le 30 avril à la maison d'arrêt de Saint-Flour, C... continue à manifester des signes de troubles mentaux.

Dans une lettre assez incohérente, il reproche véhémentement à M. le Procureur de la République de Saint-Flour de lui avoir fait appliquer par deux fois la camisole de force ; il l'accuse de faire mêler du poison aux remèdes ordonnés par le médecin et de « s'entendre avec les autres pour le faire périr ». Il l'avertit qu'il porte plainte contre lui au ministre de la Justice, de même qu'il a déjà porté plainte contre le maréchal des logis de gendarmerie qui l'a arrêté, contre le juge d'instruction de M..... qui a tué sa femme, contre le « marchand de carottes maroquin » (sic) et contre le gardien chef de la prison, complices de tentatives d'empoisonnement, contre tous ceux enfin qui, de près ou de loin, « s'entendent pour le faire disparaître ».

En présence de cette attitude et devant de pareils faits, qui lui étaient attestés par un certificat de M. le Dr Trazit, médecin de la maison d'arrêt, M. le Procureur de la République de Saint-Flour sollicita de M. le Préfet du Cantal la réintégration de C... à l'asile d'aliénés d'Aurillac. M. le Préfet du Cantal ne crut pas devoir faire accueil favorable à cette demande.

S'appuyant sur les rapports à lui fournis par M. le

©BIUM

Dr Fesq, médecin de l'asile d'aliénés d'Aurillac, M. le Préfet du Cantal déclara considérer C... comme un simulateur, dont la place était mieux en prison qu'à l'asile, et il se refusa par suite à l'y réintégrer. Informés de ces dispositions et avisés de cette décision de l'administration préfectorale, le ministère public et la défense, d'un commun accord, demandèrent alors à M. le Président des assises du Cantal de vouloir bien prescrire une nouvelle expertise médicale, de nature à déterminer exactement l'état mental de C... et à fixer nettement le degré de sa responsabilité. Il en fut ainsi ordonné ; et c'est dans ces conditions et à ces fins que C..., transféré à la maison d'arrêt de Moulins, y est venu depuis lors à notre observation.

Lorsqu'il se présente pour la première fois à notre examen, le 15 juillet 1908, C... semble en proie à la plus violente agitation : les yeux hagards, la barbe hirsute et souillée d'écume, les cheveux en désordre, la tenue débraillée, il profère sans discontinuer des paroles sans suite. D'abord, il ne paraît prêter aucune attention à notre présence et pendant quelques instants il poursuit devant nous son monologue incohérent. Il se calme cependant assez rapidement, se laisse conduire docilement à la salle d'examen et répond sans trop de difficultés aux diverses questions qui lui sont posées.

Il nous déclare s'appeler C..., Michel, avoir vingt-huit ans, être né à M..... (Cantal). Il n'a jamais vu ni connu son père ; sa mère vit encore à M..... Il est veuf, il s'est marié il y a quelques années avec une fille de Champagnac, qui avait nom Marie et qui est décédée, il ignore à quelle date. Il en a eu un enfant, dont il ne sait ni l'âge ni la résidence actuelle.

Il vient de la prison de Saint-Flour, où il avait été incarcéré, parce que, lui a-t-on dit, il avait volé : la chose est possible, mais il ne s'en souvient pas. Il a déjà été condamné autrefois par un Conseil de guerre, il a fait sa peine en Afrique, et, depuis lors, n'a pas subi d'autre condamnation.

Il est ici en butte à des persécutions de toutes sortes. Le maréchal des logis S... est toujours après lui, il le suit partout ; la nuit il rôde autour de sa cellule et

©BIUM

cherche à l'assassiner ; c'est lui qui déjà a tué sa femme et son enfant. Il l'entend, il ne le voit pas.

A l'instigation de S..., on cherche à l'empoisonner : aussi ne mange-t-il que du pain, jamais de soupe, parce qu'il est certain qu'elle contient du poison.

Il croit bien que c'est M. N..., juge d'instruction à M....., qui a poussé S... à tuer sa femme. M. N... est son frère, sa mère le lui a déclaré.

Il ne sait pas pourquoi M. N... et S... le persécutent ainsi ; il ne leur a jamais rien fait, ni à l'un ni à l'autre. Il ne sait pas exactement depuis quelle date, mais il y a certainement longtemps qu'ils lui en veulent.

Il se croit en juin 1908 ; à Moulins, lui a-t-on dit, il ignore dans quel but.

C... nous apparut sous les mêmes dehors et nous exprima des idées sensiblement analogues dans tous nos interrogatoires subséquents pendant la deuxième quinzaine de juillet, jusque vers la fin du mois d'août. Il y introduisit cependant quelques variantes.

C'est ainsi, par exemple, que, le 22 juillet, il nous raconte, encore sous le coup de l'émotion, que, la nuit précédente, S..., qui doit être gardien à la prison, et un autre individu ont pénétré dans sa cellule et cherché à l'assassiner. Heureusement ils ont trouvé à qui parler : mimant la scène, C.... nous montre comment il a saisi S.... à bras le corps et a eu tôt fait de le pousser dehors. Quant à son complice, il n'a pu ni le saisir, ni le voir. Trois jours après, le 25 juillet, C... nous déclare entendre à la fois et voir ce même S..., qu'il caractérise ainsi : « C'est un homme habillé comme vous, et qui travaille à la mine. » Le 31 juillet, S... n'est plu ni gendarme, ni gardien de prison, ni mineur, c'est un civil, que l'avocat de C..., Me P..., a dû faire arrêter ; malgré quoi S... n'en continue pas moins à cette date à venir le menacer toutes les nuits. Hier encore, il lui a appliqué sur la figure un coup de poing dont il porte les traces.

Sur la cause de son emprisonnement, C... ne paraît pas avoir davantage d'idée bien arrêtée ; après nous avoir dit être en prévention d'assises pour vol, il nous déclare maintenant qu'il purge une contrainte par corps de trois mois pour délit de pêche, et il nous

explique à cette occasion ce qu'est la contrainte par corps et comment on l'applique.

Même incohérence pour tout ce qui concerne les principaux événements de son existence passée ; tantôt il déclare n'être jamais allé à Lyon, puis il se souvient y avoir fait deux ans de service ; tantôt il affirme ne pas connaître Liége et demande si c'est une ville d'Afrique, alors que précédemment, dans le même entretien, il nous avait dit y être resté six mois garçon de café ; tantôt il a séjourné dix-huit mois en Algérie et tantôt trois ans, etc.

Même incertitude en ce qui regarde la notion du temps : nous sommes tantôt en juin, tantôt en avril 1908, quelquefois seulement en 1907 ou même en mai 1905.

Il n'a d'ailleurs aucune notion des faits contemporains, ignore les noms du Président actuel de la République et de ses prédécesseurs ; c'est tout juste s'il croit se rappeler que le ministre de la Justice auquel il a écrit naguère s'appelle M. Loubet.

Il est encore capable de lire et d'écrire assez correctement, mais il commet les plus grosses erreurs dans les opérations les plus simples de l'arithmétique : $9+9=19$, $9-3=18$, etc.

Que si l'on vient à souligner l'absurdité de ses réponses ou leurs contradictions, que si l'on cherche surtout à obtenir de lui sur des points spéciaux quelques précisions, C... s'irrite, devient grossier, demande si l'on se moque de lui, quitte en coup de vent la salle d'examen et va se blottir sous son lit de camp, dans sa cellule, en proférant des menaces et des injures en patois auvergnat. Dès notre deuxième entrevue, C... nous quitta de la sorte et cette scène finale se renouvela par la suite à presque tous nos examens.

Pendant toute cette première période de notre observation (mi-juillet-fin août 1908), C..., dans l'intervalle de nos interrogatoires, conserva la même attitude : le jour, il parle seul et avec volubilité, d'une façon presque incessante, par moments il éclate de rire ou bien, en proie à une violente colère, il invective et provoque des personnages imaginaires : « Viens-y, mais viens-y donc, etc. » Dans les premiers temps de son séjour il refuse tout aliment autre que le pain. Il exige

©BIUM

en tout cas, avant de prendre un liquide quelconque que le gardien le goûte devant lui, et ce, non seulement à la surface, mais au fond. Il se livre à toutes sortes d'actes bizarres ou désordonnés ; il lui arrive souvent de se mettre entièrement nu et de se coucher ainsi non pas sur mais sous son lit de camp ; il détériore ou brise les divers objets qui se trouvent dans sa cellule ; une fois même il se sert pour sa toilette du contenu de son seau hygiénique, etc. La nuit, à une ou deux exceptions près, il reste calme et dort tranquillement.

Tel nous quitta C... et tel nous le laissâmes à notre visite du 24 août 1908 ; nous devions le retrouver tout autre dès les premiers jours du mois suivant.

Rapidement, en moins d'une semaine, le tableau clinique s'est, en effet, du tout au tout modifié : plus d'agitation, plus de délire, plus d'incohérence, plus d'actes désordonnés ou violents. C... est calme, sa tenue soignée, son attitude correcte, ses manières polies. A toutes nos questions il répond sans hésitation, avec netteté, intelligence et à propos ; volontiers même, à l'occasion, il manie l'ironie, non d'ailleurs sans agrément.

Il nous déclare immédiatement n'avoir conservé aucun souvenir des derniers événements dont il fut l'auteur ou auxquels il a été mêlé ; il n'en sait exactement que ce qui lui a été conté par le personnel de la prison ; de son délire, des vols qu'il aurait commis, de son internement à l'asile d'aliénés d'Aurillac, rien n'est resté dans sa mémoire ; ce sont les gardiens, c'est nous-même qui lui en apprenons la nouvelle. C'est à peine s'il a conservé quelque souvenance de l'audience de la cour d'assises où il fut jugé et condamné : il croyait n'avoir encouru que cinq ans de prison et c'est ici seulement qu'il a su avoir à faire cinq ans de travaux forcés. Ses derniers souvenirs se rapportent aux mois de juillet-août 1907.

Il ne conteste d'ailleurs en aucune manière avoir fait depuis lors de son temps l'emploi que nous lui décrivons. Il se sait en effet sujet à des crises de folie, pendant lesquelles il n'a aucune conscience de ses actes et qui ne laissent par la suite aucune trace dans sa mémoire.

En outre, et depuis trois ans environ, il est épileptique ;

quelques mois après son mariage, se trouvant seul dans un bois, il eut une première attaque convulsive ; le Dr Broquin (d'Ydes), qu'il consulta à cette occasion, lui déclara qu'il s'agissait d'épilepsie ; depuis cette époque, en effet, une fois par mois environ, il reste pris de semblables crises ; le plus souvent les crises surviennent la nuit pendant son sommeil, quelquefois elles le surprennent le jour ; il tombe alors en arrière, perd connaissance, se roule et se tord en convulsions, parfois se mord la langue, puis est saisi d'un tremblement généralisé, qui dure quelques minutes environ. Après quoi la conscience lui revient et il reprend ses occupations comme si de rien n'était, au point où il les avait laissées. Il n'aperçoit pas de cause prochaine à ces attaques : il n'a jamais reçu de choc violent sur le crâne, n'a pas éprouvé de vive frayeur, ne croit pas avoir jamais bu de façon excessive ou immodérée. Il ne voit pas davantage comment il aurait pu s'y trouver prédisposé de par son hérédité.

Au surplus, il ne tient nullement à ce que la notion de son infirmité soit rendue publique ; il ne pense pas que, dans son affaire présente, la chose puisse avoir quelque intérêt, et il ne sait que trop par ailleurs à quelles difficultés se heurtent, dans la lutte pour la vie, les épileptiques avérés.

Pour le moment, il n'a qu'un seul désir : profiter de l'état de calme et de lucidité dans lequel il se trouve pour prendre connaissance des accusations qui pèsent sur lui et dont il a hâte, on le comprendra, de se disculper. Il demande donc à être transféré le plus rapidement possible à la maison d'arrêt de Saint-Flour. Car, instruit par l'expérience, il vit toujours dans la crainte de perdre à nouveau et peut-être pour longtemps la raison.

Avant qu'il ne fût déféré à son désir, nous avons tenu de notre côté à utiliser les bonnes dispositions momentanées de C... pour obtenir de lui sur son existence antérieure, sur ses antécédents familiaux, sur son passé morbide, tous renseignements de nature à nous faire mieux connaître aussi bien son individualité physique que sa personnalité morale.

©BIUM

Nous nous plaisons à constater que C... s'est prêté de bonne grâce à cette partie de notre examen et nous avons pu ainsi, rafraîchissant sa mémoire souvent défaillante aux sources de l'imposant dossier qu'il a déjà su s'acquérir, reconstituer à peu près comme suit, les faits marquants de son existence et le cours — agité — de sa vie.

Michel C... est fils naturel ; sa mère, qui l'avait conçu étant veuve, n'avait pas encore convolé en secondes noces lorsqu'elle lui donna le jour à M....., Cantal, le 7 avril 1880. Né en dehors du mariage, C... est confié dès les premiers jours à une nourrice mercenaire qui l'élève jusqu'à l'âge de huit ans ; insuffisamment surveillé, il fréquente irrégulièrement l'école et ne peut acquérir qu'une instruction primaire assez médiocre. A treize ans, il commence son apprentissage de boulanger, mais il doit renoncer bientôt à ce métier trop pénible pour ses forces et il se borne dès lors à faire de-ci de-là quelques journées pour gagner sa vie. A dix-huit ans, il quitte le pays natal et se rend à Paris : il entre comme plongeur à l'Hôtel Continental d'abord, puis au Café de la Paix, où il occupe ces fonctions jusqu'au moment de son service militaire. — Réformé temporairement en novembre 1901 pour orchite chronique, C... est incorporé au 139e régiment d'infanterie, à Aurillac, le 24 novembre 1902.

Il ne reste à son corps que deux mois ; le 25 janvier 1903, il s'absente illégalement et se rend coupable, quatre jours après, d'un vol qualifié qui lui vaut du Conseil de guerre de la 13e région une condamnation à trois ans de prison.

C... va purger sa peine au pénitencier militaire de Douëra (Algérie) ; là sa conduite étant considérée comme satisfaisante, bien qu'il se montrât peu enclin au travail, il est l'objet d'une remise de peine de dix mois ; il est d'ailleurs réformé pour incontinence nocturne d'urine avant l'expiration de sa peine et rentre en France complètement libéré dès le mois d'avril 1905.

Il se fixe alors à Champagnac (Cantal), et s'y marie le 22 juillet suivant ; il s'embauche d'abord à la mine, loue ensuite pendant quelques jours ses services à un charretier, mais bientôt cesse complètement tout tra-

vail ; pour vivre et entretenir son ménage, il commet alors une série de vols (onze d'après l'inculpation, dont six ont été retenus).

Le 6 octobre 1905, sur le point d'être arrêté, il part précipitamment avec sa femme, pour Paris d'abord, puis pour Liége. Appréhendé dans cette dernière ville, il est extradé et condamné par le tribunal de M..... à quinze mois de prison, réduits sur appel à neuf mois de la même peine.

Rendu à la liberté le 21 juillet 1906, il revient dans son pays d'origine, mais il ne se remet pas davantage au travail. Le 6 mars 1907, il est arrêté à nouveau sous l'inculpation de vol, et condamné par le tribunal de M..... à deux ans de prison et cinq ans d'interdiction de séjour; il fait, comme précédemment, appel de ce jugement, mais la Cour, dessaisissant la juridiction correctionnelle, le renvoie cette fois devant la Cour d'assises du Cantal qui le condamne, le 6 août 1907, à cinq ans de travaux forcés.

Pourvoi en cassation est formé contre cet arrêt ; la Cour suprême maintient, et la condamnation devient définitive le 5 septembre 1907.

Mais, vers cette même date, C..., encore à la maison d'arrêt de Saint-Flour, manifeste ses premiers troubles mentaux; le 11 octobre 1907, il est envoyé en observation à la maison d'aliénés d'Aurillac d'où, comme nous l'avons déjà vu, il s'évade le 22 janvier suivant.

Nonobstant tous ces avatars, C..., jusqu'en ces dernières années, conserva une santé physique et morale excellente. Sa première maladie aurait été une fièvre typhoïde, — simple embarras gastrique, d'après les renseignements officiels, — contractée en Algérie pendant son séjour au pénitencier militaire de Douëra ; c'est à la suite de cette affection qu'il aurait présenté de l'incontinence d'urine, à la fois diurne et nocturne, suivant ses dires, laquelle incontinence, après sa mise en réforme, guérit d'ailleurs rapidement et complètement.

En Algérie encore, il aurait fait quelques excès d'absinthe, sans aller toutefois jusqu'à s'enivrer ; rentré en France, il se contentait, dit-il, de boire du vin et de la bière à raison, quand ses ressources le lui permettaient, de 2 à 3 litres par jour, environ.

©BIUM

Physiquement, C..., qui est de taille moyenne, paraît assez bien constitué. On ne relève chez lui aucune malformation essentielle, pas d'anomalie notable. Sa physionomie est fine, expressive, ses traits sont réguliers. A peine doit-on signaler une légère asymétrie des oreilles, toutes deux à lobule adhérent, la droite à hélix mal ourlé.

L'examen somatique ne décèle pas davantage de lésion organique grave : une légère tuméfaction de l'épididyme droit, reliquat de l'orchite ancienne ; un engorgement ganglionnaire assez marqué de la région sous-maxillaire. Par ailleurs rien d'anormal, ni du côté des organes abdominaux et thoraciques, ni du côté du système moteur et des divers appareils sensitifs et sensoriels.

Héréditairement enfin, l'enquête à laquelle nous nous nous sommes livrés ne nous a révélé, soit parmi les ascendants, soit parmi les collatéraux de C..., aucune tare nerveuse ou mentale particulière et il nous a été assuré qu'il n'y avait dans la famille, tant du côté paternel que du côté maternel, ni épileptique, ni alcoolique, ni aliéné, ni idiot.

Voilà donc, tel qu'il s'est présenté à notre examen, et tel qu'il ressort de notre étude l'homme dont il s'agit maintenant avec ces renseignements et sur ces données d'apprécier l'état mental et de déterminer la responsabilité.

Le premier point que nous ayons à élucider est la question de savoir si Michel C... était, ou non, responsable de ses actes dans la période qui s'étend du 22 janvier 1908 au 9 février suivant. Pour établir ce diagnostic rétrospectif, nous puiserons, à défaut d'examen direct, nos éléments d'appréciation dans l'étude des faits et gestes de C..., tels qu'ils nous sont connus depuis le moment de son évasion de l'asile d'Aurillac, jusqu'au jour de son arrestation au pont de Vernéjoux.

Donc, le 22 janvier 1908, vers 6 heures et demie du soir, C... quitte subrepticement l'asile d'aliénés d'Aurillac. Dans quelles circonstances de fait, nous le savons de façon précise par un témoignage officiel : « Se doutant, écrit M. le médecin-directeur Fesq, d'après ce que je lui

©BIUM

en avais dit, que bientôt il serait renvoyé à la Centrale, C... organise une évasion avec trois autres aliénés, deux maniaques en période d'accalmie et un dément. Professionnel du vol et de l'escalade, il déchire un drap de lit, le mouille dans un baquet, puis, se faisant hisser par ses complices à la hauteur d'une fenêtre étroitement barreaudée, il lie entre eux par leur milieu deux des barreaux ; se servant ensuite d'un tronçon de manche à balai faisant tourniquet, il les tord de façon à pouvoir passer la tête. Pendant cette opération, comme un aliéné voisin faisait mine d'appeler les gardiens, qui étaient dans l'antichambre du dortoir, C... le menace de l'étrangler et celui-ci se tient coi. »

Assurément, les incidents de ce genre ne sont pas rares dans nos asiles, — les évasions individuelles surtout, car l'évasion collective suppose déjà une entente préalable, un concert peu communs dans ces milieux. Plus souvent qu'on ne pourrait croire, ces évasions sont accomplies par nos malades avec adresse et habileté. Il nous semble cependant que celle-ci se distingue, tant au point de vue de la conception qu'à celui de l'exécution, par une ingéniosité et par une audace qu'il est exceptionnel de rencontrer développées à ce degré chez l'aliéné. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir que des trois évadés auxquels l'opération réussit, deux étaient momentanément lucides, le troisième étant C....

Dès qu'il a franchi les murs de l'asile, C... cherche à s'orienter : abandonnant rapidement ses compagnons de route, qui à son gré ne marchent pas assez vite, il s'achemine par les voies les plus directes vers son pays d'origine.

Là, d'après l'inculpation, il se livre aussitôt à une série de vols, dont certains accomplis dans des conditions telles qu'il n'est guère possible d'admettre, — s'il est démontré qu'il en soit l'auteur, — qu'il ne jouît à ce moment d'une complète lucidité.

C'est d'abord, le 23 janvier, le vol de Bournazel : la maison où le crime est commis, d'apparence plus que modeste, n'a rien qui puisse solliciter les convoitises ; mais, à ce moment, l'évadé de l'asile d'Aurillac, — dont on retrouva sur les lieux la vêture enfouie sous une couche de terre, — n'avait pas encore le droit

©BIUM

d'être exigeant ; il avait surtout besoin, et immédiatement, de deux choses : des vivres pour se restaurer, des effets pour modifier son signalement. De fait, il emporte quelques victuailles et troque contre de vieux habits son uniforme révélateur.

Plus tard, dans les vols ultérieurs, il se montrera plus difficile. Il dédaignera les objets de vêture, vieux ou neufs, pour ne s'attacher exclusivement qu'aux espèces et aux bijoux. Rien de plus caractéristique à cet égard que les vols du 27 janvier, au Cellier et à la Seppe, dans la même commune d'Antignac : au Cellier, le malfaiteur met la main sur une montre et sur une somme de 40 francs, il se les approprie sans hésitation ; à la Seppe, il découvre une boîte renfermant des valeurs dont le montant s'élève à 4.500 francs : riche butin ! Mais il s'aperçoit que ces valeurs sont nominatives, partant inutilisables, qui pis est, compromettantes : il s'en débarrasse aussitôt et on les retrouve intactes à quelque distance de l'endroit où il les avait dérobées. Il nous paraît difficile de nier qu'en cette circonstance le voleur n'ait fait preuve d'un certain discernement.

Et il en ira de même pour chacun des autres vols : toujours le malfaiteur fait un choix judicieux et des lieux et des heures ; jamais, avant de pénétrer dans un local, il n'omet d'en explorer les abords et à chaque fois qu'il est surpris au cours de ces opérations préliminaires, il se montre capable de fournir sur-le-champ l'explication la plus plausible de sa présence en cet endroit.

D'ailleurs, ces actes délictueux, — déniés ou avérés, — ne sont pas les seuls que nous ayons alors à retenir pour apprécier la mentalité de C... L'instruction a pu reconstituer, pour ainsi dire jour par jour, l'emploi de son temps pendant toute cette période. Or, que fait-il ? Nous le voyons, dès le 24 janvier, se rendre à Ydes, son précédent domicile, s'informer auprès de ses voisins de la santé de son enfant, des événements qui se sont passés depuis qu'il a quitté le village ; nous le trouvons, à plusieurs reprises, chez un de ses anciens codétenus de M....., qu'il charge pour son compte et à ses frais d'un certain nombre d'emplettes ; nous le suivons, presque

heure par heure, dans les cabarets où il consomme, dans les auberges où il loge, dans les magasins où il achète ; — et nulle part nous n'apercevons qu'il se soit fait remarquer par la bizarrerie de son attitude, par l'étrangeté de son allure, par l'incorrection de son maintien.

Mais il y a mieux. Et l'on pourrait dire que C... lui-même a pris soin de se décerner à ce moment un certificat d'intelligence et un brevet de perspicacité. Rencontrant, le 4 février, près du pont de Vernéjoux, le témoin P..., qu'il connaissait de longue date, C... le prie de lui indiquer le chemin le plus court pour se rendre à Menet. « Il faut, lui dit P..., passer le bourg de Champagnac. » — « Je ne serai pas si bête, se hâte se répondre C... ; je sais fort bien qu'en traversant le bourg, je me ferais pincer. »

Que dire enfin du dernier geste de C..., le jour même de son arrestation, sinon qu'il constitue l'acte le plus réfléchi, le plus sensé, voire le plus louable qui se puisse accomplir ? Au moment où les gendarmes l'appréhendent, C... vient d'acquitter une vieille dette depuis longtemps en souffrance chez l'un de ses fournisseurs.

Rien ne nous autorise donc à penser que pendant toute cette période du 22 janvier 1908 au 9 février suivant, C... ait un seul instant cessé de se trouver en possession de tous ses moyens ; mais tout conspire au contraire à démontrer qu'il a joui, durant tout ce laps de temps, de sa pleine et entière lucidité.

Aussi bien, C... lui-même ne va pas jusqu'à contester la chose de façon formelle : il se borne à l'expliquer à sa manière, qui est la suivante : « Il se peut fort bien, déclare-t-il, qu'au moment où j'aurais commis les vols dont je suis accusé, je me sois trouvé, ou j'aie paru, comme à l'heure actuelle, calme et lucide ; mais depuis lors, j'ai déliré, et cette crise de folie m'a fait perdre tout souvenir des faits dont vous me parlez. De même, ajoute-t-il, il n'y aurait rien d'impossible à ce que, plus tard, si je retombe une deuxième fois malade et si je redeviens à nouveau lucide, il ne reste rien dans ma mémoire de notre conversation actuelle, pendant laquelle cependant je me crois, et je vous parais, en pleine possession de ma conscience. » Autrement dit, et

©BIUM

pour traduire en langage médical : pendant la période incriminée, peut-être encore actuellement, C... se serait trouvé dans un état de simili-conscience, de lucidité purement apparente, en réalité d'automatisme ; il aurait présenté par la suite un accès délirant ; il aurait été frappé enfin pour tous ces faits d'une amnésie totale. Comme, par ailleurs, il nous a confié avoir eu des attaques convulsives de nature épileptique, la logique veut que nous rattachions à la névrose tous ces syndromes mentaux et que nous formulions le problème clinique posé par C... dans les termes suivants : 1° est-il possible ; 2° est-il exact que C..., épileptique, ait présenté successivement un état d'automatisme, un accès de délire, l'un et l'autre suivis d'une complète amnésie?

Sur le premier point, nous voulons dire sur la question de savoir si l'hypothèse clinique soulevée par C... est *a priori* vraisemblable et admissible, le doute ne nous paraît guère permis. Automatisme, délire, amnésie sont tous syndromes qu'il est fréquent d'observer isolément chez des épileptiques ; que ces phénomènes se soient groupés chez C... et se soient succédé chez lui dans l'ordre qu'il indique, le fait, encore que rare, n'offre rien en soi d'impossible. Nous n'avons donc aucune raison pour rejeter *de plano* comme paradoxal et insoutenable le système de C..., mais nous devons l'examiner et le discuter dans le détail pour en faire ressortir l'inexactitude ou la sincérité.

Et d'abord, le somnambulisme. Si nous voulions prendre à la lettre l'assimilation établie par C... entre son état actuel et celui dans lequel il se serait trouvé pendant la période incriminée, la question pour nous serait immédiatement tranchée : l'homme prudent et réfléchi que nous avons vu dans nos derniers entretiens toujours mesuré dans ses propos, toujours soucieux de ne pas se compromettre par des réponses hâtives ou inconsidérées, l'homme qui, à plusieurs reprises, nous exprimait la crainte de nous voir sortir de notre rôle et lui extorquer des aveux dont il serait plus tard fait état, le C... deuxième manière que nous avons connu pendant tout le mois de septembre circonspect, avisé, retors, n'est certainement pas un somnambule : l'intelligence alerte et toujours en éveil, il a parfaitement

©BIUM

conscience et de sa situation, et de ses actes, et de ses intérêts. Mais nous devons à la vérité de reconnaître qu'en établissant ce rapprochement entre deux périodes de son existence distantes de plusieurs mois, C... n'a entendu émettre qu'une hypothèse et non pas une affirmation. Nous ne saurions donc en aucune manière en tirer argument, et c'est uniquement dans la période incriminée elle-même que nous devons poursuivre et rechercher des éléments d'appréciation.

Consultant les ouvrages récents qui traitent de l'épilepsie, nous trouvons aisément des exemples, aujourd'hui nombreux, de fugues automatiques, inconscientes, prolongées, au cours desquelles des malades accomplissent avec certaines apparences de raison des actes bien coordonnés, souvent délictueux ou criminels : ce somnambulisme comitial apparaît quelquefois à la suite d'une attaque convulsive, débute en tous cas brusquement et, après une durée qui n'excède pas en général quelques minutes, quelques heures, quelques jours, se termine de même et reste toujours suivi d'amnésie. Est-ce avec ces caractères que se présente la fugue de C... et pouvons-nous lui appliquer ces notions? Il n'y paraît guère à premier examen. Tout d'abord l'évasion du 22 janvier, — nous en tenons l'aveu des deux complices, — était préméditée plusieurs jours à l'avance et préparée de longue main ; nous savons avec quel art consommé elle fut exécutée : de toute évidence, il ne saurait s'agir là d'un acte impulsif, automatique, somnambulique. Pas davantage nous ne saurions appliquer ces épithètes aux gestes de C... après sa sortie de l'asile; nous avons vu comment il s'oriente aussitôt pour se rendre dans son pays natal, comment il y circule en tous sens pendant dix-sept jours, mettant toute son astuce à dépister la maréchaussée qu'il sait à ses trousses, — préoccupations vraiment étranges chez un somnambule. Nous n'apercevons pas d'ailleurs que cette fugue, dont le début ne fut ni brusque ni soudain, ait présenté une terminaison critique, ni se soit jugée, comme il arrive souvent, par une attaque convulsive. Nulle part il n'est signalé que C... se soit retrouvé un jour, étonné, confus, dans une geôle, et ait appris avec stupéfaction l'emploi fâcheux qu'il avait fait de son

©BIUM

temps. Bien au contraire, et jusqu'au moment où il deviendra délirant, nous retrouvons dans sa bouche et sous sa plume des allusions très claires à cette période de son existence qui est restée bien gravée dans sa mémoire. Nous n'en voulons pour preuve que cette lettre à la femme P... (cote 169), en date du 24 mars 1908, où C... donne à sa correspondante les indications les plus précises sur les déclarations qu'elle pourra être appelée à faire devant le magistrat instructeur : il lui demande, comme « un grand service », de témoigner que le 26 janvier, c'est-à-dire le dimanche, jour du vol de Lacolange, il est resté chez elle de huit heures du matin à six heures du soir. Il n'est pas d'un somnambule, qu'il soit encore en état second ou qu'on le suppose revenu à l'état prime, d'écrire pareille missive, ni d'employer surtout pour la faire parvenir le subterfuge imaginé par C... Nous ne saurions donc pour toutes ces raisons nous arrêter un seul instant à l'idée que C... ait pu agir, pendant toute la période incriminée du 22 janvier au 9 février 1908, dans un état d'automatisme ou de somnambulisme comitial.

Mais, et nous abordons ici la deuxième question proposée à notre étude, C... aurait eu par la suite un accès délirant. Par notre observation personnelle, nous sommes exactement fixés sur le moment où cet accès délirant a pris fin ; nous restons dans l'incertitude quand il s'agit de la date du début. Autant qu'il est possible d'en juger d'après les documents dont nous avons pu disposer, ce serait très peu de temps après son arrestation, c'est-à-dire fin février ou commencement mars, que C... aurait donné les premiers signes nets de dérangement cérébral : la lettre bizarre au journal local est du 11 février ; c'est le 22 février que C... se dit le frère de M. le juge d'instruction de M....., et c'est le 2 mars qu'il annonce à sa mère son état désespéré et sa fin prochaine. Mais le document auquel nous venons de faire allusion, cette lettre à la femme P..., confiée par C... à l'un de ses co-détenus et saisie sur celui-ci au moment de sa libération, est bien de nature à jeter une certaine suspicion sur l'authenticité de toutes les manifestations morbides présentées par C... antérieurement à cette date du 24 mars. Nous en dirons de même de la lettre très

sensée, très correcte, écrite par C... à sa belle-sœur à la date du 30 mars. Il nous paraît donc logique de reporter aux premiers jours d'avril au plus tôt le début de l'accès délirant dont nous avons observé la fin ; or, la lucidité ayant reparu vers le 1er septembre, cet accès délirant aurait eu une durée d'environ cinq mois.

La seule considération d'une aussi longue durée suffit à nous mettre immédiatement en défiance contre l'idée qu'il ait pu s'agir, en l'espèce, d'un délire épileptique. Nous savons, en effet, que l'état mental tout spécial désigné sous ce nom, particulier aux épileptiques et qui n'est ni la manie, ni la mélancolie, mais qui peut tenir à la fois de l'une et de l'autre, se caractérise précisément par sa durée très courte, quelques heures, quelques jours au plus ; il n'est pas venu à notre connaissance et nous n'avons pu, malgré nos recherches, trouver dans la littérature scientifique une seule observation, un seul cas où il fût fait mention qu'un tel délire se serait prolongé pendant près de cinq mois.

Si nous pouvions d'ailleurs passer outre à cette première invraisemblance, nous serions aussitôt arrêtés dans cette voie par l'examen de cet accès délirant lui-même, de sa physionomie clinique, de son contenu. Nous avons vu de quels éléments variés et quelque peu disparates il était constitué : dépression mélancolique avec dégoût de la vie, idées de mort prochaine, mutisme ; agitation maniaque avec désordre des actes, incohérence des propos, tendance à la violence ; confusion des idées, troubles sensoriels multiples, idées délirantes de persécution, craintes d'empoisonnement, refus d'alimentation, etc., etc C'est là une symptomatologie bien abondante et bien riche pour un délire épileptique. Il est en effet de notion courante que l'épileptique délirant est infiniment moins fécond en manifestations et beaucoup plus pauvre en idées : le plus souvent une conception délirante, une seule, naît ou jaillit dans son cerveau troublé et ne s'extériorise que par la répétition monotone, incessante, stéréotypée du même geste, du même acte, du même cri, du même chant : c'est que la conscience est chez lui absente, la conscience qui conditionne les idées.

Exceptionnel par sa durée, insolite quant à sa forme,

©BIUM

cet accès délirant apparaît plus invraisemblable encore lorsqu'on l'analyse dans le détail de chacun de ses éléments.

Dépression mélancolique avec dégoût de la vie, idées de mort prochaine, mutisme : c'est la phase de début, c'est le moment où C..., encore à la prison de M....., écrit à sa mère « qu'il est un homme perdu, qu'il n'appelle que la mort, qu'il la trouve bien longue à venir, qu'il a hâte d'aller rejoindre sa femme, de quitter cette triste terre, où il n'a eu que peines et chagrins ». Mais c'est aussi l'époque où il a fait connaître à M. le bâtonnier de l'ordre des avocats de M..... qu'il refuse comme défenseur Me L..., « parce que, déclare-t-il, il a autant envie de me défendre que moi de me suicider ».

Agitation maniaque avec désordre des actes, incohérence des propos, tendances à la violence : c'est la période qui correspond, au moins pour partie, à notre observation, période d'excitation intense avec bris d'objets, débauche de cris, pantomime bruyante. Cependant, singulier maniaque, C... repose tranquillement toutes les nuits ; au rebours de l'agité vulgaire qui, des semaines et des mois durant, vibre en un perpétuel mouvement, C... éprouve le besoin de retremper régulièrement ses forces dans un sommeil réparateur.

Idées de persécution, troubles sensoriels : combien vagues et combien inconsistants ! Impossible à C... d'en préciser la date, le mode de début ; impossible à lui de dire le nombre, le timbre, l'origine, la distance, en un mot aucun des caractères des voix qu'il entend ; impossible de donner une explication plausible des contradictions dont fourmillent ses récits, de ce corps-à-corps nocturne, par exemple, dans une cellule close, avec un adversaire que tantôt il voit et tantôt il ne voit pas.

Craintes d'empoisonnement, refus d'alimentation : C... mange à peine, et pourtant il ne maigrit pas. C'est qu'il a trouvé le moyen ingénieux de substituer à la nourriture substantielle qu'il vient d'absorber en cachette une quantité équivalente en volume d'eau et de pain délayés. Dès que la supercherie est éventée, dès que le jeûne volontaire menace de devenir réel, les craintes d'empoisonnement s'évanouissent, le refus d'alimentation disparaît et l'ordinaire de la prison, reconnu probe

©BIUM

et honnête, est accepté, désormais, sans difficultés.

Confusion des idées, réponses incohérentes, absurdes, désorientation complète dans le temps et dans l'espace : quel étonnement, au milieu d'un pareil désarroi intellectuel, de retrouver intacte la notion de la procédure de contrainte par corps et de ses divers modes d'emploi !

Parlerons-nous enfin de la terminaison rapide, subite, de cet accès délirant qui n'avait que trop duré? C..., nous l'avons dit, passa presque instantanément, vers la fin du mois d'août, de l'agitation la plus désordonnée au calme le plus parfait. Nous croyons pouvoir fournir la raison de cette métamorphose. Jusqu'alors simplement bruyant, C..., dans le courant du mois d'août, se montra à plusieurs reprises agressif et volontiers violent. Nous fîmes alors connaître, en sa présence, qu'à notre avis l'indulgence dont il avait jusqu'à ce jour bénéficié avait atteint son terme et qu'il devait être dorénavant considéré comme un détenu ordinaire, soumis à la même discipline, passible des mêmes sanctions. La thérapeutique fut souveraine : à dater de ce jour, C... ne se livra plus à aucun écart, ni de conduite, ni de langage ; une semaine après, il avait complètement recouvré le calme et la lucidité. Avons-nous besoin d'ajouter que l'emploi de tels procédés d'intimidation ne nous fût jamais venu à l'esprit et n'eût d'ailleurs présenté aucune chance de succès s'il se fût agi d'un aliéné?

Qu'on le considère donc dans son ensemble, qu'on l'examine dans chacun de ses éléments constitutifs ou qu'on le suive dans son évolution, l'accès délirant de C... apparaît avec de tels caractères d'invraisemblance que l'on est conduit à révoquer en doute sa réalité. On estimera dès lors qu'il y aurait vraiment superfétation à discuter en détail la sincérité d'une amnésie consécutive à un délire lui-même inexistant. Il nous plaît cependant de nous y arrêter un instant, ne fût-ce que pour en signaler et pour en faire ressortir les contradictions.

Invité à fixer avec précision l'époque à laquelle remonteraient ses derniers souvenirs nets, C... nous indiqua d'abord la date approximative de juillet-août 1907 : l'audience de la Cour d'assises du 6 août,

©BIUM

au cours de laquelle il fut jugé et condamné, serait le dernier fait saillant dont sa mémoire ait gardé la marque, bien superficielle d'ailleurs et bien fugace.

Or, à chaque instant, nous relevons dans ses propos des allusions à des faits postérieurs à cette époque et nous retrouvons dans ses actes la preuve qu'il n'a rien oublié des événements qui se sont passés depuis lors.

C'est ainsi par exemple que, dans le cours de l'un de nos entretiens, il se prévaut de la connaissance qu'il a pu acquérir des aliénés pendant son séjour à l'asile d'Aurillac (octobre 1907-janvier 1908) ; c'est ainsi encore qu'il produit à nouveau devant nous la réclamation qu'il adressait déjà à M. le juge d'instruction de M..... relativement aux 117 fr. 35 qui lui auraient été indûment saisis (février-mars 1908) ; c'est ainsi, enfin, qu'il se plaint des conditions dans lesquelles il a été traité pendant son séjour à la prison de Moulins (juillet-août 1908), — toutes notions qui devraient lui être restées étrangères si vraiment la lacune de sa mémoire était bien telle et aussi complète qu'il l'avait prétendu tout d'abord.

Qu'est-ce, d'ailleurs, que ce distinguo subtil établi par C... entre sa mémoire visuelle qu'il aurait conservée et sa mémoire auditive qu'il aurait perdue ? Redevenu lucide, il nous reconnaît pour nous avoir vus pendant son délire, mais il ne lui reste rien de ce que, dans le même temps, nous pourrions lui avoir dit.

Il est inadmissible qu'une amnésie, aussi particulière qu'on la suppose, puisse ainsi varier suivant les besoins de la cause, en étendue et en profondeur.

Pas plus donc qu'il n'a été somnambule, pas plus qu'il n'a été délirant, pas davantage C... n'est amnésique. Reste à savoir si, comme il l'affirme, il est vraiment épileptique.

Ici, une première constatation s'impose : pendant toute la durée du séjour de C... à la maison d'arrêt de Moulins (6 juillet-6 octobre 1908), nous n'avons personnellement enregistré et il ne nous a été signalé chez lui aucune manifestation convulsive. C'est donc uniquement sur ses allégations, telles que nous les avons relatées, que notre critique peut avoir à s'exercer.

©BIUM

A la description que donne C... de ses attaques, aux caractères qu'il leur attribue, nous ne découvrons, pour notre part, rien d'anormal : seul, le sens de la chute, en arrière, doit être considéré comme vraiment exceptionnel.

Mais, dans l'histoire de cette épilepsie, il est deux affirmations au moins de C... que nous devons considérer comme erronées et mensongères.

La première a trait au fait suivant : C..., aussitôt après sa première attaque, serait allé consulter M. le Dr Broquin (d'Ydes), lui aurait décrit les symptômes de son mal et en aurait reçu avis qu'il s'agissait d'épilepsie. Or, C... nous a, par ailleurs, donné l'assurance que cette première attaque l'avait surpris inopinément, alors qu'il était dans un bois, seul, sans témoins. Nous mettons en fait qu'il y a impossibilité matérielle, absolue, pour un épileptique, à faire dans ces conditions pareille démarche et pareille description. Le propre, en effet, de l'épileptique, de par la perte de conscience totale qui accompagne ses accès, est de s'ignorer complètement lui-même jusqu'au jour, — souvent tardif, — où se rencontre un témoin de ses crises pour lui en révéler l'existence, la nature, le détail. C... n'a pu nous citer personne de qui il tînt pareils renseignements ; et, lorsque, sur notre invite, il s'adressa à M. le Dr Broquin et lui demanda attestation écrite de la consultation qui lui aurait été délivrée, il reçut de ce praticien la réponse qu'il n'avait gardé aucun souvenir d'avoir jamais été consulté par C... à cette occasion.

Le second point qui nous paraît d'importance se rapporte à la date à laquelle il faut placer les trois attaques qu'aurait eues C... à la prison de M..... D'après le personnel de surveillance, ces attaques se seraient produites en mars-avril 1908. C..., au contraire, s'efforce d'en reculer la date à l'un de ses précédents séjours dans cette même prison, au cours de l'été 1906. Reconnaissons qu'il a, pour ce faire, d'excellentes raisons : d'abord, il ne peut décemment, sous peine de se mettre une fois de plus en contradiction avec lui-même, rapporter un fait quelconque de son existence à une période de sa vie qu'il déclare avoir complètement oubliée : en deuxième lieu, à l'époque précitée il n'au-

©BIUM

rait eu aucun intérêt à simuler l'épilepsie : il purgeait, à ce moment, une courte peine qui touchait d'ailleurs à son terme ; en troisième lieu enfin, il ne pouvait être suspecté alors de s'être documenté sur les crises convulsives, puisqu'il n'avait pas encore fait séjour à l'asile d'aliénés d'Aurillac. Malheureusement, le témoignage, — que nous avons provoqué, — de M. le gardien-chef de la maison d'arrêt de M..... est à cet égard formel : c'est bien en mars-avril 1908, et non pas antérieurement, que C... a eu, sous ses yeux et dans les conditions déjà décrites, ses trois attaques convulsives.

Remarquons d'ailleurs, à ce propos, qu'il est au moins étrange que, pendant toute la durée d'un séjour de plus de trois mois à l'asile d'aliénés d'Aurillac, — où ses attaques auraient pu avoir des témoins avertis, — C..., qui se dit sujet à des crises mensuelles, n'ait présenté aucun accès convulsif.

Et notons, enfin, pour achever de nous rendre sceptiques, que l'examen le plus minutieux ne nous a permis de relever chez lui aucune trace, soit récente, soit ancienne, de ces traumatismes si fréquents chez les épileptiques et par lesquels si souvent leurs attaques s'inscrivent d'une manière indélébile sur les diverses parties de leur corps (cuir chevelu, face, lèvres, langue, front, etc.).

Aussi, et jusqu'à plus ample informé, ne sommes-nous pas disposés à ajouter plus de foi aux allégations produites par C... touchant son épilepsie convulsive que nous n'avons accordé de créance à son amnésie, à son somnambulisme, à son délire.

C..., à notre avis, n'est qu'un simulateur : un simulateur intelligent et habile, certes, et qui a bien mis à profit le temps passé par lui dans un asile au contact des aliénés ; un simulateur héroïque et tenace, qui, pour donner le change sur sa supercherie n'a pas reculé devant les actes les plus répugnants, et, pendant des mois, a soutenu presque sans défaillance un rôle écrasant.

Mais C... est tombé dans le travers commun aux simulateurs : il n'a pas su garder la mesure, il n'a pas

©BIUM

su rester dans la norme, il a exagéré. Autour de lui, à l'asile, il avait vu, coudoyé des agités, des déprimés, des hallucinés, des épileptiques ; au lieu de restreindre son choix et de borner son imitation à l'un de ces types, il a emprunté à chacun quelques traits, qu'il a amalgamés en un tout incohérent, mal lié, disparate et par là même invraisemblable.

Son observation, d'ailleurs, ne devait pas être assez fine pour lui permettre de remarquer que, contrairement à l'opinion vulgaire, l'aliéné n'apporte pas uniformément dans le détail de sa vie l'excentricité que volontiers on imagine : il n'est pas de maniaque, si délirant, si grimacier qu'on le suppose, qui ne conserve toujours dans quelques-uns de ses actes de l'aisance et du naturel. C..., du jour où il a voulu se faire passer pour aliéné, n'a plus rien su faire comme le commun des mortels ; à ses moindres gestes, les plus usuels comme les plus simples, il imprimait un caractère forcé de bizarrerie et d'étrangeté : il couchait sous son lit de camp, non dessus, et il ne croyait pouvoir fumer une cigarette autrement qu'avec une mimique de clown.

De même pour son amnésie. Témoin sans doute attentif de nombreuses manifestations épileptiques, il avait noté que le malade n'en conserve après guérison aucun souvenir ; il a reproduit cette amnésie comitiale post-paroxystique, mais ici encore en l'exagérant et en la poussant jusqu'à l'outrance : non content de l'étendre à l'accès et aux faits qui l'ont immédiatement précédé, il l'a projetée par-dessus son délire sur un passé si lointain que lui-même, après coup, ne sut plus lui trouver de bornes.

Loin de se douter que plus il s'ingéniait ainsi par ses extravagances à nous persuader, plus fortement il orientait en un sens exactement contraire notre conviction. Si bien qu'à l'heure actuelle, la lumière pour nous est complète et notre opinion unanime, telle que nous l'exprimons dans les conclusions suivantes, est formelle :

1° Michel C... était sain d'esprit à l'époque où furent commis les crimes qui lui sont reprochés ;

©BIUM

2° Il n'a pas cessé depuis lors de jouir de la plénitude de ses facultés mentales ;

3° Il est responsable de ses actes.

Fait à Moulins, le 9 novembre 1908.

A. MONESTIER, A. REIGNIER,

G. VERNET, *rapporteur*.

C..., reconnu coupable avec admission de circonstances atténuantes, fut condamné le 16 février 1909, par la Cour d'assises du Cantal, à trois années d'emprisonnement et à la relégation. Peu après sa réintégration à la maison d'arrêt de Saint-Flour, il avait recommencé à simuler la folie et, quelques jours avant sa comparution devant la Cour d'assises, il avait tenté d'assommer un gardien. A l'audience, il se montra calme et affecta une attitude indifférente ou hébétée ; il ne répondit que par monosyllabes aux questions qui lui furent posées. Mais, aussitôt connu le verdict — dont l'indulgence le surprit — il sortit de sa torpeur et engagea avec son défenseur un colloque des plus animés. Puis il manifesta hautement son intention de ne pas introduire, cette fois, de pourvoi en Cassation.

G. V.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

DU CHOIX
DU
PERSONNEL INFIRMIER DES ASILES
PARMIS LES PUPILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Par le Dr A. RODIET
Médecin en chef da la colonie de Dun-sur-Auron.

Le recrutement du personnel infirmier des asiles d'aliénés, en province, est difficile pour différentes causes : manque de considération, sujétion à une discipline parfois très sévère ; travail pénible par ses conditions mêmes ; salaire médiocre, insécurité du lendemain. A cause de ces difficultés du recrutement, on se trouve souvent obligé d'admettre au rang d'infirmiers et d'infirmières des sujets qui ne présentent pas toutes les garanties qu'on devrait pouvoir exiger de ceux qui sont en contact perpétuel avec les malades.

Pour remédier à cet état de choses, ne pourrait-on pas choisir parmi les pupilles de l'Assistance (garçons et filles) les sujets les plus intelligents? On les instruirait spécialement dans le but de leur confier des malades. Nous avons pensé qu'il y avait intérêt à demander l'avis des inspecteurs des enfants assistés des départements. Ils ont bien voulu répondre à notre enquête et nous transcrivons, sans rien changer, leurs réponses au questionnaire suivant :

©BIUM

Que pensez-vous de l'idée qui consiste à recruter les infirmiers et infirmières d'asiles et d'hôpitaux parmi les pupilles de l'Assistance?

Est-ce là un débouché qui plairait à ces enfants et qui conviendrait à leurs aptitudes?

A quel âge estimez-vous qu'il conviendrait de leur donner l'enseignement nécessaire à cette carrière?

Combien y a-t-il de pupilles dans votre département ayant atteint dix-huit ans (1)? Garçons? Filles?

Nous n'avons rien changé aux réponses pour ne pas en affaiblir l'intérêt. Nous faisons suivre ces tableaux d'une lettre de M. Mesureur. L'opinion du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris n'était pas indifférente à connaître.

Oise. — L'idée mérite d'être examinée et étudiée, car il peut y avoir là un débouché pour certains de nos pupilles.

On ne peut dire à l'avance si cette carrière leur plaira ou non.

Nous devons ouvrir le plus grand nombre possible de carrières à nos pupilles.

Il faudrait les instruire dans ce but à l'âge de dix-huit ans.

Enfants de 18 ans.	Garçons.	Filles.
222	123	99

Gironde. — Nos filles de l'Assistance, élevées dans des milieux essentiellement ruraux, se destinent aux professions agricoles. On ne réussirait pas à les en détourner pour en faire des infirmières. Seuls, quelques sujets du sexe masculin, réfractaires aux travaux de la terre consentiraient peut-être à suivre les cours d'infir-

(1) Cette enquête a été faite en septembre 1907.

©BIUM

miers, mais leur nombre en serait très restreint et leur conduite peu exemplaire.

En somme, je ne vois que des inconvénients dans l'application de cette idée.

Enfants de 18 ans.	Garçons.	Filles.
208	115	93

Eure. — Nos pupilles, en général, sont élevés à la campagne. Dès leur jeune âge, ils s'habituent à la vie des champs. A partir de leur treizième année, ils sont très recherchés par les cultivateurs dans les régions agricoles. Cet état de choses est profitable à la population des campagnes et à nos pupilles. Il n'est donc pas désirable de le modifier.

Voilà pour le principe.

Mais il y a des cas d'espèces. Parmi les enfants admis tardivement à l'Assistance publique, il en est qui, ayant habité la ville, n'ont aucun goût pour les travaux de la campagne. Pour ceux-là, la carrière d'infirmière constituerait un débouché pouvant leur plaire.

Mais alors, il faudrait créer des écoles d'infirmiers et d'infirmières organisées de telle sorte que les enfants puissent y être admis à partir de seize ans.

Enfants de 18 ans.	Garçons.	Filles.
292	155	137

Haute-Vienne. — L'idée n'est pas, je crois, très heureuse. Elevés à la campagne, j'estime que nos pupilles doivent y rester aussi longtemps que possible.

Enfants de 18 ans.	Garçons.	Filles.
192	112	80

Nièvre. — L'idée est bonne, surtout pour les filles. Leurs aptitudes, on les connaît peu ; toutefois, il y

©BIUM

aurait là un débouché pour ceux qui n'ont pu se constituer une nouvelle famille chez les nourriciers.

Il faudrait choisir non seulement les sans-famille, mais encore étudier les tempéraments de ceux qui seraient destinés à cette carrière.

Il faudrait les instruire aussi jeunes que possible ; à dix-huit ans, au plus tard.

Enfants de 18 ans.	Garçons.	Filles.
55	31	24

Nord. — L'idée est très bonne, étant donné que certains élèves de l'Assistance publique, insupportables et instables chez des particuliers, deviennent sociables et stables dans la vie en commun que leur procurent les établissements publics de solidarité sociale. Les exemples de cette espèce ne manquent pas. On trouve encore dans certains hôpitaux des infirmiers et infirmières de cette origine ayant vingt, trente et même quarante années de bons services.

Ce débouché conviendrait à leurs aptitudes, à la condition de faire un choix judicieux, surtout en ce qui concerne les élèves destinés aux asiles d'aliénés.

Je répète que l'administration de l'Assistance publique ne devra diriger ses pupilles dans cette carrière qu'après une étude psychologique approfondie.

A treize ou quatorze ans, en les faisant débuter dans les services généraux, cuisine, pharmacie, etc., tout en ne les entraînant progressivement aux services des malades, des vieillards ou des infirmes que théoriquement d'abord, et pratiquement ensuite et par petites séances, par petits essais, par petites démonstrations ou par voie de suppléance.

Enfants de 18 ans.	Garçons.	Filles.
408	228	180

SOMME. — La volonté du législateur paraît avoir été le placement des pupilles à la campagne. Cependant, ce débouché, venant à manquer, le placement de nos pupilles comme infirmiers me paraît une très bonne solution.

Avant d'être nommé inspecteur dans la Somme, j'ai vu nombre de nos enfants s'acquitter fort bien de ce rôle d'infirmiers. Il était même rare de le voir l'abandonner.

L'âge de seize à dix-huit ans me semblerait convenir le mieux pour leur donner l'instruction spéciale.

HAUT-RHIN. — J'ai commencé sans succès quelques essais à l'hôpital de Belfort avec divers pupilles. Ceux qui n'ont pas de goût pour la culture sont plutôt attirés par la fabrique.

Je compte bien renouveler mes tentatives à chaque occasion propice.

A dix-huit ans au moins, l'instruction hospitalière.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
55	39	16

PUY-DE-DÔME. — Pour certains départements pauvres le recrutement serait facile. Il n'en est pas de même pour le Puy-de-Dôme, qui est essentiellement agricole et où les pupilles de l'Assistance sont très recherchés comme domestiques.

Aucun d'eux n'a fait de demande jusqu'à ce jour pour devenir infirmier ou infirmière.

Cette carrière conviendrait mieux aux filles qu'aux garçons.

A dix-sept ans, l'instruction spéciale.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
63	37	26

TARN. — Idée excellente ; l'hôpital d'Albi étant laï-

©BIUM

cisé depuis peu, je me propose de solliciter une bourse d'infirmière pour une pupille intelligente et bien douée.

Mais nos enfants sont généralement employés aux travaux agricoles et ce débouché serait absolument exceptionnel. La carrière ne serait possible pour nos filles qu'à la condition que le département leur accordât des bourses d'infirmière.

Il faudrait les instruire spécialement à l'âge de dix-huit ans.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
18	10	8

Doubs. — La loi du 27 juin 1904 recommande de placer les pupilles de préférence à la campagne, tout en faisant remarquer qu'il y a des sujets pour lesquels la campagne ne conviendrait point, notamment ceux qui sont admis étant déjà d'un certain âge.

En général, ces derniers ne sont point les meilleurs, et le recrutement ne serait pas fameux.

Je ne vois dans cette carrière aucun avantage pour nos pupilles qui devraient passer toute leur vie dans une situation très précaire.

Il ne me paraît pas possible de commencer une instruction de ce genre avant dix-huit ou dix-neuf ans ; or, à cet âge, tous nos bons pupilles sont fixés au sujet de leur profession. Il ne resterait donc que les mauvais sujets.

Enfants de 10 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
170	95	75

Loire. — Je ne crois pas que les pupilles de l'Assistance puissent faire de bons infirmiers ou infirmières.

Cependant, j'ai trouvé dans l'espace de sept ans à

Saint-Étienne, trois garçons et deux filles, qui m'ont demandé l'autorisation d'entrer à l'hôpital.

A mon avis, le seul débouché qui leur convienne est l'agriculture. Tous nos pupilles de la Loire sont élevés par des agriculteurs ; ils se créent chez eux une famille dans laquelle ils reviennent presque tous après leur service militaire. Les filles se marient par les soins de leurs parents nourriciers et j'estime que le séjour à la campagne est bien préférable à tous les points de vue à la vie dans un hôpital.

Il me semble que des infirmiers ou infirmières devraient avoir au moins vingt ans avant d'être employés et que leur instruction dans ce sens devrait commencer à dix-huit seulement.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
105	58	47

Lot. — Nos pupilles sont dirigés de préférence et conformément aux désirs de l'administration supérieure vers les écoles agricoles. Les bons résultats obtenus jusqu'à ce jour, par ce mode de placement, m'encouragent à continuer dans cette voie.

Var. — Des essais ayant été faits n'ont produit aucun résultat sérieux jusqu'à ce jour.

Haute-Saône. — Rien ne s'oppose au recrutement des infirmiers parmi les pupilles de l'Assistance.

Mais j'ai cherché plusieurs fois des pupilles disposés à entrer comme infirmiers-élèves dans les hôpitaux du département. Aucun n'a accepté.

Cette carrière ne leur conviendrait qu'à titre exceptionnel.

De dix-huit à vingt ans, l'instruction hospitalière.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
63	29	34

©BIUM

Gers. — Le Gers étant un pays essentiellement agricole, les pupilles sont placés chez des agriculteurs, s'attachent à leurs gardiens, et beaucoup se fondent un foyer parmi eux. Le métier agricole est celui qui leur plaît le plus, aussi bien aux garçons qu'aux filles.

Indre-et-Loire. — Pour les pupilles de l'Assistance, le placement dans des familles, à la campagne ou à la ville, me paraît préférable au placement dans les hospices, comme infirmiers ou gardiens.

Hautes-Pyrénées. — L'idée me paraît excellente en soi. Il y aurait là un débouché pour les pupilles qui n'ont pas été habitués aux travaux des champs et qui auraient reçu quelque instruction.

Mais il faudrait pouvoir pressentir nos pupilles et être en mesure de leur faire connaître à quelle situation ils pourraient arriver en suivant cette carrière.

L'éducation spéciale pourrait leur être donnée vers quinze ou seize ans.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
290	150	140

Orne. — Au point de vue personnel, je trouve l'idée hasardeuse. Il est certain que dans nos pays de culture, les pupilles, habitués au grand air, feraient de très mauvais infirmiers. Puis il faut compter que, à vingt et un ans, ils doivent accomplir leur service militaire.

Il faudrait les instruire à dix-huit ans.

Lozère. — L'idée est excellente, mais d'une application difficile. Les infirmiers devraient être des hommes faits, et nous ne disposons de nos pupilles que jusqu'à vingt et un ans. A partir de treize ans, il faut qu'ils gagnent leur vie ; donc, le placement à gages s'impose.

Les quelques essais que j'ai faits ici et dans la Vienne ne m'ont pas donné de bons résultats. En général, nos pupilles manquent d'éducation ; très peu ont été entourés de prévenances par leurs gardiens et ils ne savent pas ce que c'est ; j'en trouve beaucoup qui sont durs et très peu compatissants.

On leur donnerait l'instruction spéciale après qu'ils auraient fait l'apprentissage de la vie. A mon avis, il faut faire une éducation d'infirmier comme on fait une éducation pour le sacerdoce.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
30	12	18

Aisne. — J'estime qu'on peut trouver parmi les pupilles quelques sujets aptes à cette fonction, mais il est impossible de prendre une mesure générale.

A partir de treize ans, l'éducation spéciale.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
100	50	50

Vaucluse. — L'article 26 de la loi du 27 juin 1904 stipule que les pupilles âgés de plus de treize ans doivent être mis en apprentissage de préférence dans les professions agricoles. Je pense, puisque les placements répondant à ces conditions sont très nombreux, qu'il y a lieu de se conformer aux prescriptions de la loi, le séjour dans les hôpitaux, hospices ou asiles, pouvant être défavorable à la santé de nos jeunes filles.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
28	14	14

Vosges. — Quelques pupilles, des filles surtout, conviendraient pour ces fonctions auxquelles elles devraient être préparées spécialement.

©BIUM

Jusqu'à ce jour, deux jeunes filles seulement dans une période de dix ans, m'ont manifesté le désir d'être infirmières.

Il faudrait les instruire spécialement vers l'âge de dix-huit ans, car il ne me paraît guère possible de faire soigner des malades par des personnes d'un âge inférieur à vingt ans.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
1.040	594	455

MORBIHAN. — L'idée est bonne en ce qui concerne les hôpitaux, mauvaise en ce qui concerne les asiles d'aliénés.

Cette carrière conviendrait aux pupilles intelligents, susceptibles d'instruction professionnelle.

A dix-huit ans au moins, l'éducation particulière.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
67	43	24

CANTAL. — L'idée est bonne en soi et mérite d'être étudiée.

En raison du milieu très honorable, il est vrai, mais si primitif où sont élevés les pupilles du Cantal, il y a peu de chance qu'un recrutement de cette nature puisse avoir lieu, quant à présent du moins, dans ce département.

A dix-huit ans, l'instruction hospitalière.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
16	6	10

CÔTES-DU-NORD. — Je crois cette idée excellente et très réalisable.

La carrière conviendrait à quelques pupilles, garçons ou filles, après un stage dans une école professionnelle.

©BIUM

A partir de dix-huit ans, il faudrait les instruire.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
78	41	37

BASSES-ALPES. — L'idée est bonne, surtout pour les filles. Il faudrait les instruire dès la dix-septième année.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
9	3	6

HÉRAULT. — L'idée qui consiste à recruter les infirmiers parmi les pupilles de l'Assistance me paraît assez difficile à réaliser pour les motifs suivants. A partir de l'âge de treize ans, sauf le cas d'infériorité physique, les pupilles de l'Assistance doivent être placés à gages chez des artisans ou des cultivateurs, de préférence chez ces derniers. Dans ces conditions, comment leur donner l'instruction préparatoire? Il faudrait, pour atteindre ce but, les réunir par groupes dans des centres déterminés et avec l'obligation pour ceux qui se chargeraient de les instruire, de les loger, nourrir et entretenir.

D'autre part, je ne sais si ce débouché plairait à nos pupilles. Dans tous les cas, je ne crois pas qu'il réponde, d'une façon générale, à leurs aptitudes. En effet, leur placement, dès leur admission, est familial et rural. Dans ces conditions, arrivés à l'âge de treize ans, presque tous se dirigent vers les professions agricoles dont ils ont fait une sorte d'apprentissage, alors qu'ils étaient placés en pension chez leurs nourriciers.

La carrière d'infirmier est, certes, très honorable ; mais elle me paraît comporter une instruction, une responsabilité, une somme de travail et des chances de mortalité trop peu en rapport avec le salaire reçu et la considération dont la profession est entourée.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
114	63	51

©BIUM

CHER. — Cette idée n'est pas pratique, parce que presque tous nos pupilles étant des ruraux, n'ont ni l'instruction, ni surtout l'éducation appropriée à une semblable profession.

Il faudrait donner aux rares pupilles qui auraient une vocation décidée, une bonne instruction générale (celle du brevet élémentaire au minimum), puis leur faire acquérir le brevet d'herboriste et le diplôme d'infirmier. Ce n'est qu'à leur majorité qu'ils seraient titulaires infirmiers. Je parle, bien entendu, des infirmiers de visite et non des infirmiers qui font les gros ouvrages et sont de véritables domestiques.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
41	18	23

SARTHE. — Cette idée, nous l'avons mise en pratique. En ce moment, cinq garçons et trente-sept filles sont employés aux divers hospices du Mans, lingerie, cuisine, pharmacie, crèche, salle de malades comme infirmiers ou infirmières. Ils suivent les cours de l'Ecole d'infirmiers à l'hospice. Des diplômes sont délivrés à la fin des études. La commission les prend vers dix-huit ou quatorze ans pour faire leur apprentissage.

Mais je ne crois pas que nos filles iraient volontiers dans les asiles d'aliénés.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
94	56	38

MEURTHE-ET-MOSELLE. — Nos pupilles, étant placés à la campagne, ne me paraissent avoir aucune aptitude à ces fonctions, sauf quelques filles.

A vingt ans, l'éducation hospitalière.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
68	39	29

©BIUM

ARDÈCHE. — L'idée est peut-être excellente en principe, mais son application rencontrera certaines difficultés. Nos règlements nous recommandent le placement familial comme seul capable de créer à l'enfant assisté une famille adoptive, destinée à remplacer sa famille naturelle absente. Je m'efforce, en ce qui me concerne, d'observer dans la plus large mesure possible cette prescription excellente. Une expérience de près de vingt ans m'a prouvé que rien ne vaut la vie familiale pour nos pupilles. Pensez-vous qu'une jeune fille, qu'un jeune garçon de dix-huit ans, attaché à ses parents adoptifs, habitué à la vie rurale, aux travaux de la campagne, consentira volontiers à quitter tout cela pour embrasser la profession d'infirmier ou d'infirmière dans un asile d'aliénés ou dans un hôpital? Je ne le crois pas.

D'autre part, il faut bien reconnaître que le travail auquel ce projet les destine est d'une nature tout à fait spéciale, qu'il ne convient pas à tout le monde; qu'il exige un tempérament, des goûts et des aptitudes particulières. Je me rappelle, alors que j'étais sous-inspecteur à Lyon, avoir, sur la demande du Directeur de l'asile de Bron, procuré à cet établissement un certain nombre de jeunes filles de dix-huit à vingt ans, pour y être occupées comme infirmières. A mon départ de Lyon, une seule de ces pupilles avait consenti à continuer ce genre de travail, et encore, était-ce parce qu'elle trouvait difficilement à se placer ailleurs. Les autres n'avaient pu s'accoutumer à ce milieu, et certaines, après un essai de quelques jours seulement, étaient rentrées à l'hospice dépositaire.

Malgré cela, rien ne s'opposerait à ce que l'inspection proposât à ses pupilles la profession d'infirmier ou d'infirmière; mais, je le répète, comme il ne peut être question ici que d'un simple conseil, il est douteux, en

©BIUM

raison du travail dont il s'agit, que ce conseil soit suivi, nos pupilles, placés à la campagne, préférant vivre d'une existence libre dans la famille qui les a élevés.

J'estime que pour remplir convenablement une mission aussi délicate, il faut des personnes âgées d'au moins vingt ou vingt et un ans et qu'on ne pourrait guère commencer leur éducation avant l'âge de dix-huit ans.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
16	11	5

VENDÉE. — Avant l'âge de vingt et un ans, il ne me semble pas prudent de recruter les infirmières parmi les pupilles de l'Assistance.

C'est à vingt et un ans qu'il faudrait les instruire spécialement.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
64	33	31

DORDOGNE. — On pourrait tenter l'expérience sur un petit nombre de pupilles.

On pourrait les instruire à dix-sept ans.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
33	21	12

ALGÉRIE. — Je pense que les bons résultats obtenus dans les services d'enfants assistés sont dus au placement familial. L'enquête faite par M. Henry Monod en 1889-90 l'a surabondamment prouvé.

Le placement familial ne peut avoir lieu qu'à la campagne. Pour produire les excellents effets qu'on est en droit d'attendre de lui, il faut qu'il soit continué après la treizième année.

©BIUM

La situation d'infirmier ne saurait donc convenir à la généralité de nos pupilles. Peut-être pourrait-on en faire bénéficier quelques enfants qui, en raison d'aptitudes particulières ou de leur santé, ne peuvent ou ne veulent pas habiter la campagne.

Encore y a-t-il beaucoup de réserves à faire sur les dangers de toute espèce, moraux surtout, auxquels les pupilles, filles et garçons, se trouveraient exposés dans un milieu hospitalier. Que faire des enfants entre l'âge de treize ans et le moment où ils pourraient commencer à se préparer aux fonctions d'infirmiers?

Loiret. — Je crois que cette idée va à l'encontre des idées généreuses qui ont fait du service des enfants assistés ce qu'il est aujourd'hui. Nos pupilles, affranchis définitivement de la tutelle hospitalière, redeviendraient vite ce qu'ils étaient autrefois et seraient en quelque sorte des « parias » de la société. Mieux vaut, à mon avis, et à tous les points de vue, les placer autant que possible à la campagne, où ils peuvent se créer un foyer.

Landes. — L'idée est excellente à la condition de ne pas contraindre les élèves, et de ne les diriger de ce côté qu'avec leur consentement.

Une enquête à ce propos serait peut-être difficile, en raison de l'éparpillement de nos pupilles.

Cette carrière conviendrait à un certain nombre de pupilles (filles surtout).

Dès leur seizième année, il faudrait les préparer à leur profession.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
19	11	8

Haute-Marne. — Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir si la carrière d'infirmier d'asiles et

©BIUM

d'hôpitaux conviendrait à nos pupilles. Ces derniers ont toujours vécu à la campagne, se sont créé pour ainsi dire une famille chez les personnes qui les ont élevés et qui, le plus souvent, les conservent moyennant salaire après treize ans.

En outre, nos pupilles tiennent autant que possible à ne pas quitter la contrée dans laquelle ils ont grandi. Je suis fondé à croire que les bons sujets ne demandent jamais à quitter la campagne. Tout au plus, quelques rares indisciplinés pourraient se sentir attirés vers cette nouvelle carrière, sans s'inquiéter de savoir s'ils en ont les aptitudes.

Au point de vue de l'hygiène et de la santé, il est notoire que rien ne saurait remplacer le placement à la campagne. Il y a lieu de considérer aussi qu'à dix-huit ans, tous nos pupilles, gagés depuis leur treizième année, gagnent en moyenne 300 à 350 francs par an, ce qui leur permet de placer annuellement 150 à 180 francs par an à la caisse d'épargne. L'avis du Conseil général n'est pas non plus à négliger. Je crois qu'il verrait avec regret enlever aux agriculteurs les pupilles du département pour lesquels il a fait de lourds sacrifices et ne manquerait pas de protester contre cette nouvelle mesure.

Pour ces raisons, il me semble pouvoir affirmer que le recrutement des infirmiers parmi les pupilles ne répondrait pas aux intérêts de ces derniers, en même temps qu'il léserait les agriculteurs qui se sont imposé des sacrifices pour les élever depuis leur naissance. Ces conclusions sont d'ailleurs d'accord avec les principes qui ont inspiré la loi de 1904, qui fait une règle du placement des pupilles à la campagne et de leur orientation vers les professions agricoles. En tout cas, j'estime qu'il serait nécessaire de connaître les conditions de cette carrière et les avantages qu'elle pourrait offrir.

VIENNE. — Il me paraît difficile et délicat d'effectuer ce recrutement parmi les mineurs dont la plupart ont plus besoin d'être surveillés que de surveiller les autres.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
70	32	38

PYRÉNÉES-ORIENTALES. — L'idée est excellente pour les départements industriels, peu praticable dans les départements agricoles.

De seize à dix-huit ans, l'instruction spéciale.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
24	12	12

FINISTÈRE. — Je crois que la situation d'infirmier d'asile offrirait un débouché à certains de nos pupilles. Connaissant déjà le milieu où ils seraient appelés à exercer, ils pourraient rendre d'utiles services. Quelques-uns parmi ceux qui ont une conception élevée de leurs devoirs — et il y en a — deviendraient des auxiliaires précieux pour le corps médical.

Cette carrière conviendrait à plusieurs de nos pupilles (surtout aux jeunes filles).

De quinze à dix-huit ans, instruction en partie théorique (anatomie, petite chirurgie), etc., et en partie pratique (service de salle et suppléance des infirmiers titulaires).

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
156	66	90

LOIRE-INFÉRIEURE. — Cette idée me paraît excellente.

L'expérience en a été faite à Nantes (hôpital Saint-Jacques). Il y a quelques années, l'un de nos pupilles,

©BIUM

Mocquard Ludovic, a obtenu un témoignage de satisfaction décerné le 18 juin 1905, après une épidémie cholérique.

Pas avant seize ans, l'éducation spéciale.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
112	69	43

Savoie. — Idée mauvaise pour nos pupilles, qui comme tous les autres enfants, doivent apprendre, si possible, le métier pour lequel ils ont une aptitude spéciale. C'est à l'inspecteur à rechercher cette aptitude à l'aide de l'instituteur et du gardien. C'est la culture qui convient le mieux à nos pupilles. Ils peuvent facilement se créer une situation dans nos régions de petite culture.

La vie au grand air leur plaît. C'est le milieu dans lequel ils ont été élevés.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
61	27	34

Ardennes. — L'idée, à mon avis, est difficilement réalisable. La plupart de nos pupilles, à leur majorité, s'empressent de suivre une voie où il y a plus d'indépendance que dans la carrière d'infirmier ou d'infirmière.

Dès l'âge de quinze à seize ans, on pourrait les instruire.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
45	24	21

Manche. — Cette idée n'est pas applicable.

Vendée. — Avant l'âge de vingt et un ans, il ne me paraît pas prudent de recruter des infirmiers ou infirmières parmi les pupilles de l'Assistance.

©BIUM

Cette carrière ne leur conviendrait pas à moins d'aptitudes spéciales et avant l'âge de vingt et un ans.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
64	33	31

CHER. — Cette idée n'est pas pratique, parce que tous nos pupilles étant des « ruraux » n'ont ni l'instruction, ni surtout l'éducation appropriée à une semblable profession.

La carrière d'infirmier me paraît, certes, très honorable, mais elle me paraît comporter une instruction, une responsabilité, une somme de travail et des chances de mortalité trop peu en rapport avec le salaire reçu et la considération dont la profession est entourée.

Enfants de 18 à 20 ans.	Garçons.	Filles.
114	63	51

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Paris, le 10 octobre 1907.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Vous avez bien voulu me demander quelques renseignements sur la question de recrutement du personnel secondaire des asiles d'aliénés et hôpitaux de province.

J'ai l'honneur de vous informer qu'après étude des divers points sur lesquels vous avez fait porter votre questionnaire, il ne me paraît pas, tout au moins en ce qui concerne les Enfants assistés de la Seine, que le recrutement d'un personnel d'infirmiers et d'infirmières parmi les pupilles de l'Assistance publique soit à encourager.

Nos enfants sont, en principe, soumis à l'exacte observance de la règle générale qui impose le placement familial et rural ; ils se sentent donc tout naturellement portés vers les professions agricoles, conformément au vœu du législateur, et leurs aptitudes pour la profession d'infirmier et d'infirmière n'auraient que rarement l'occasion de se manifester.

©BIUM

D'autre part, les émoluments des infirmiers et infirmières sont, en province, peu élevés et il ne semble pas qu'il y aurait intérêt à les diriger vers une situation qui n'offrirait, en somme, aucun avantage sur celle qu'ils peuvent normalement acquérir, en restant dans le milieu rural où ils ont été élevés.

Je ne serais pas personnellement favorable à une idée qui ne servirait pas certainement les intérêts de mes pupilles, sur la décision desquels je me ferais d'ailleurs scrupule de peser en ce qui concerne le choix d'une profession tout à fait particulière.

Le directeur de l'Administration générale
de l'Assistance publique,
MESUREUR.

De ces réponses, on peut conclure que, si les inspecteurs de l'Assistance sont en majorité hostiles à ce projet, c'est que : 1° la loi leur prescrit de diriger les enfants vers l'agriculture ; 2° ainsi que le fait remarquer l'inspecteur de l'Aube, la profession de cultivateur assure l'indépendance à ses pupilles. Chez les nourriciers, ils ont un pécule assuré de 937 francs pour les garçons et 657 francs pour les filles. Ils peuvent ensuite s'établir à leur compte. Auraient-ils actuellement les mêmes avantages étant infirmiers ? Et l'inspecteur de la Haute-Marne semble craindre une protestation des Conseils généraux, comme si l'intérêt de ces Assemblées n'était pas d'utiliser, en leur faisant une situation convenable, ces enfants qu'ils sont appelés à protéger. En quoi, avec un salaire rémunérateur et la participation à la Caisse des retraites, la profession d'infirmier serait-elle moins recommandable que celle de valet de ferme pour les garçons ? Et ne vaudrait-il pas mieux, pour les filles, être infirmières que domestiques dans les maisons bourgeoises ? A moins qu'on ne pense comme l'inspecteur du Loiret, « que faire des Enfants assistés des infirmiers d'asiles ou d'hôpitaux, c'est les destiner à devenir des « parias » de la société ».

Ce qu'il faut retenir surtout de cette enquête, c'est que si, en général, les inspecteurs de l'Assistance pensent que leurs enfants ont surtout des aptitudes à l'agriculture, quelques-uns, notamment ceux de la Savoie et des Hautes-Pyrénées, considèrent qu'il est possible de faire un choix, grâce aux renseignements donnés par l'instituteur et le nourricier. Du reste, l'expérience a déjà été faite. Dans le Var et le Rhône, elle n'a donné aucun résultat. Quelques jeunes filles de l'Ardèche n'ont pu s'habituer au milieu hospitalier. En revanche, dans la Sarthe, l'idée a été largement mise en pratique. Dans les hospices du Mans, cinq garçons et trente-sept filles sont employés aux divers services : lingerie, cuisine, pharmacie, crèches, salles de malades et suivent les cours de l'École d'infirmières. Plusieurs sont diplômés.

Cette expérience qui a réussi au Mans, pourquoi ne pas la tenter dans les autres départements ? C'est l'opinion très autorisée des inspecteurs du Puy-de-Dôme, de la Nièvre, de l'Oise, des Hautes-Pyrénées, des Vosges, de la Somme, etc. A Paris, quoi qu'en pense M. Mesureur, il n'y a pas d'impossibilité.

L'essai a été fait par Bourneville. A la fondation Vallée, quelques infirmiers sont des pupilles de l'Assistance et le médecin de Bicêtre regrette de n'avoir pu généraliser cet essai dans son service.

Ce qu'il faut surtout retenir de ces réponses, c'est que nous comptons 4.684 enfants de dix-huit à vingt et un ans dans 40 départements. Les inspecteurs des autres départements n'ont pas répondu à notre questionnaire. Pourquoi, parmi les 10.000 garçons ou filles, qui sont à la charge de l'Assistance publique en France ne trouverait-on pas des sujets aptes à recevoir l'éducation hospitalière ?

Que si l'on estime qu'il vaut mieux pour les garçons

©BIUM

les destiner à l'agriculture, la même raison n'existe pas pour les filles. Si on les élève à la dignité d'infirmières avec un salaire convenable et une retraite pour les vieux jours, elles rechercheront moins les places de servantes. En réalité, choisir parmi les pupilles de l'Assistance publique les plus intelligentes, les plus travailleuses et les instruire dans une école spéciale, c'est peut-être un des meilleurs moyens d'assurer le recrutement des gardes-malades instruites dans un pays où il faut déplorer, comme le dit M^lle^ Chaptal (1), « le « malentendu qui éloigne des fonctions de gardes-ma- « lades, la jeune fille d'une certaine condition ».

(1) *Revue philanthropique*, 15 juillet 1907.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1909

Présidence de M. LEGRAS.

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

MM. René Charpentier, Hamel, Perpère, Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

M. le Président déclare la vacance d'une place de membre titulaire.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, faisant connaître qu'il présidera la séance d'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, le samedi 3 avril, à Rennes ;

2° Une lettre de M. Olivier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Antonio Lecha-Marzo, médecin à Valladolid, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Véroval, Trénel et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les discours prononcés le 10 décembre 1908, à l'occasion de la pose de la première pierre de l'asile-colonie régional d'aliénés d'Oliva, province de Cordoba par MM. José Figueroa Alcorta, président de la République Argentine ; Manuel Auguste Montes de Oca, ancien ministre des Affaires étrangères, et Cabred, professeur de clinique psychiatrique, directeur de l'hospice

©BIUM

de las Mercédès et de l'Asile-colonie régional d'aliénés ;

2° *Sur les états de dépression*, par M. Alex. Pilcz ;

3° *Archives de médecine et de chirurgie*, numéro de décembre 1908.

Rapports de candidature.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. Magnan et Ballet, je viens, comme rapporteur, vous exposer les titres du Dr Jean Lépine, de Lyon, candidat au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

La seule énumération des publications du Dr Jean Lépine dépasserait les limites accordées à mon exposé. Il m'est même impossible de résumer d'une façon satisfaisante chacune de celles qui intéressent notre spécialité. Je tâcherai donc de choisir, parmi ces dernières, presque au hasard, quelques notions frappantes destinées moins à faire connaître dans leur teneur qu'à faire apprécier dans leur originalité, les brochures soumises à notre examen.

Dans sa thèse inaugurale sur les hématomyélies, le Dr Lépine a mis particulièrement en évidence certaines habitudes constantes des processus hématomyéliques : origine dans la substance grise, limitation dans le sens horizontal par des cloisonnements de la substance grise encore peu étudiés jusqu'ici, cheminement facile au contraire dans le sens vertical, tendance à se rapprocher du canal central. Il insiste, avec d'autres auteurs, sur la réaction des cellules épendymaires, ébauche, semble-t-il, du gliome dont naît la syringomyélie. On saisit l'importance de ce fait : la gliomatose cesserait d'être un processus spécial, pour n'être plus que l'aboutissant d'une réaction à point de départ épendymaire, au contact d'un reliquat hémorragique. La syringomyélie ne serait qu'une séquelle d'hémorragie. L'auteur laisse percevoir nettement qu'il incline vers cette hypothèse. — Il montre aussi, en cours de route, l'importance des communications lymphatiques qui relient en quelque sorte tous les points de la moelle au canal qui en occupe l'axe ; par cette voie des corpuscules animés ou inertes, et encore mieux des substances en solution,

pénétrent l'intimité de la moelle, si elles ont une fois pénétré dans la cavité de l'épendyme, où leur voie d'apport naturelle est ce même liquide qui baigne l'extérieur de la moelle : liquide céphalo-rachidien. On sent l'importance de cette voie dans la propagation à la moelle des infections, des intoxications exogènes et des intoxications diathésiques. Ces notions contenues en germe dans sa première œuvre importante, nous les retrouverons en diverses places des publications de notre auteur.

Au cours de son expérimentation sur les moelles d'animaux, l'auteur a noté deux faits importants : — Dans une moelle de cobaye des commotions répétées avaient laissé, entre autres désordres, une augmentation très nette des noyaux névrogliques. — D'autre part, chez les cobayes en expérience, un phénomène des plus curieux s'est révélé : la région à plusieurs reprises commotionnée prenait, en quelque sorte, l'habitude du régime de la commotion, et cessait de répondre aux traumas par des parésies fugitives. Il s'agit là d'une immunité acquise dont l'existence ne peut faire aucun doute. L'auteur en prend texte pour démontrer que l'inhibition par laquelle, avant l'accoutumance, la région répondait aux chocs, ne siégeait pas dans un système inhibiteur spécial, et que l'inhibition est une modalité réactionnelle des mêmes cellules qui étaient actives l'instant d'avant.

Etudiant la méningite du tabes, l'auteur ne nie pas son point de départ péri-radiculaire, constaté par Nageotte ; mais il voit dans cette localisation un phénomène seulement secondaire. La méninge est lésée parce que son substratum nerveux est lésé ; l'électivité porte donc sur le tissu nerveux et non sur la méninge. Sont lésés, dans le tissu nerveux, des points de moindre résistance. Et le mode d'attaque de ces points faibles consiste dans leur imbibition par un milieu intoxiqué. Ce milieu, c'est le liquide céphalo-rachidien, et ses voies de pénétration sont les lymphatiques. En dernière analyse le phénomène primitif serait l'intoxication du liquide céphalo-rachidien ; par elle serait lésée la moelle et en dernier lieu la méninge. L'augmentation du liquide céphalo-rachidien aurait pour but de le diluer

©BIUM

et serait, au début, un moyen de défense. A l'appui de cette vue, l'auteur invoque la parenté, maintenant admise, du spirochète et de certains trypanosomes, dont un habitat favori est le liquide céphalo-rachidien.

D'autres infections et d'autres toxiques pourraient agir de même façon, par la même voie. Le rhumatisme serait du nombre. Le rhumatisme a pu donner le tableau clinique de la sclérose latérale amyotrophique, du tabes, des tabes combinés, enfin de syndromes radiculaires. L'auteur en a publié plusieurs exemples, les uns avec autopsie, les autres avec guérison, vérifiant dans l'un et l'autre cas la pathogénie invoquée. Il ne s'agit pas toujours uniquement de méningite spinale : le processus, par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien, peut s'attaquer aux lepto-méninges cérébrales. L'auteur n'est pas loin d'admettre que le complexus parkinsonien, non seulement peut être simulé par le rhumatisme chronique, mais encore qu'il résulte toujours de cette diathèse. C'est ici le lieu de rappeler la thèse de notre confrère Conso, inspirée par M. Klippel : Paralysie générale d'origine arthritique.

Dans une étude sur la neurasthénie, l'auteur se montre l'adversaire des pathogénies exclusives, mais admet comme trouble cellulaire constant une auto-intoxication, due à la dyscrasie arthritique. Avec Féré, il compare la neurasthénie, de point en point à la fatigue, n'admet l'influence des causes morales que par l'intermédiaire de l'usure et autres processus organiques, et se refuse, avec raison, à considérer la suggestion comme l'élément capital de la cure des neurasthéniques. Ici encore, les toxiques qui à la fois irritent et parésient la cellule, auraient pour véhicule le liquide céphalo-rachiden.

Nous nous permettons, sur ce thème, d'adresser à l'auteur quelques critiques. Parlant de la neurasthénie préparalytique, il attribue à cet épuisement nerveux une telle influence sur la vitalité du tissu, que le guérir, dit-il, serait peut-être enrayer le développement de la paralysie générale. Nous ne pouvons partager cette vue : la neurasthénie n'est ici qu'un signe, comme le serait la migraine ou un état maniaque, et la faire cesser ne serait pas supprimer son substratum. A moins

©BIUM

que par guérison, l'auteur n'entende la suppression du substratum préparalytique et alors la neurasthénie ne serait plus seule en jeu.

En second lieu, dans une autre brochure, l'auteur déclare simultanément la mélancolie, la neurasthénie et les obsessions comme étant, au même titre, fonction de l'intoxication arthritique, et comme susceptibles, par là même, de disparaître avec elle. Pour la neurasthénie, nous l'admettons ; pour la mélancolie, diverses réserves seraient à faire ; pour les obsessions, il nous est impossible d'oublier que leur condition première est dans un trouble mystérieux encore, mais bien autonome, du dynamisme mental, et que les perturbations de l'état général, dont l'importance en cette matière n'a jamais été méconnue, ne font que réveiller ces stigmates, qui fréquemment surgissent sans elles ou leur survivent. Les troubles humoraux ont leur place marquée non pas à côté du cadre des dégénérescences, mais à l'intérieur même de ce cadre, d'abord parce que ces troubles humoraux sont eux-mêmes dégénératifs, ensuite parce qu'ils sont des moyens, entre autres, par où sont mis en évidence, dans de nombreux cas, les tares, perversions et stigmates, sans qu'ils soient toujours nécessaires, et sans que la valeur respective des deux facteurs soit toujours facile à doser. Il en est ainsi du chimisme et de l'aptitude épileptique. — Ce qui est vrai, c'est que l'élément humoral, l'arthritisme, est le seul, ou peu s'en faut, que nous puissions modifier, et du point de vue thérapeutique l'assertion de notre auteur est parfaitement exacte.

Notre troisième critique portera sur l'oubli, dans les références bibliographiques, du nom de notre maître et ami Chaslin. Cet auteur a été le premier à affirmer l'importance de l'auto-intoxication dans un grand nombre de formes délirantes, sa prévalence dans quelques-unes, et à admettre que les états confusionnels se relient sans nulle interruption à la série neurasthénique. A cet auteur revient, selon nous, tout le mérite du mouvement psychiatrique que l'on appelle contemporain ; son silence exemplaire mais regrettable est peut-être cause de ce qu'on l'oublie trop facilement.

Les réactions méningées, les communications du

©BIUM

canal épendymaire, l'intoxication du liquide céphalo-rachidien ont été des idées maîtresses de toute une série des travaux du Dr Lépine ; j'ai tâché de mettre en évidence l'unité qu'elles donnent à son œuvre, et la progression dans les résultats qui leur est due.

En cours de route, le Dr Lépine a abordé d'autres sujets où son habitude du laboratoire et sa méthode devaient le servir. Ses travaux sur la sérumthérapie du goitre exophtalmique ont fourni des notions expérimentales qui restent acquises ; ses travaux sur le nucléinate de soude ont vérifié la notion de la stimulation globulaire par cet agent ; dans les myélites typhiques, il observe une réaction névroglique au voisinage du canal central, et dans cette prolifération névrologique il reconnaît l'amorce de séquelles ultérieures ; des cas cliniques de commotion cérébrale, de syndrome paralytique simulée par l'hystérie, de syndrome de Brown-Séquard dû à la syphilis, d'accidents laryngés dans le tabes, viennent interrompre par moment la série de ses articles doctrinaux. Dans sa pathogénie du rhumatisme, l'auteur, à l'exemple de Rendu, fait jouer, à tout le système nerveux et en particulier à la moelle un rôle généralement méconnu. Nous citerons encore son étude sur les sillons unguéaux considérés comme indices de dyscrasie, ses trois observations de rétrécissement mitral spasmodique, donc transitoire, chez des mélancoliques anxieux et son étude sur l'encéphalite subaigüe curable des tuberculeux.

Dans la direction générale de ces travaux, et dans les thèmes de quelques-uns, il est possible de reconnaître l'influence de maîtres lyonnais, dont le Dr Lépine se proclame, en mainte occasion, l'élève fidèle : son père le professeur Lépine, les professeurs Pierret, Teissier. Peut-être même sa prédilection pour la question du rhumatisme s'inspire-t-elle de terrain lyonnais. Son œuvre, en tout cas, nous apparaît comme un heureux exemple de cette décentralisation qui est en matière scientifique si féconde, parce qu'elle permet d'approfondir, en de certaines places, certaines questions, soit, grâce à l'impulsion d'un maître, soit sous l'influence de trésors cliniques qui sans elle eussent été perdus.

Dans les ordres d'idées les plus divers, le Dr Lépine

©BIUM

a produit, probablement au hasard des rencontres cliniques, diverses monographies. Ainsi sur le bacille d'Eberth, les diabètes, la cystostomie, le cancer primitif du poumon, divers points d'hématologie, etc. Nous en avons lu le résumé avec le plus vif intérêt.

Ajoutant à ces publications les états de service du Dr Lépine et ses grades universitaires, ancien interne, chef de clinique, médecin de l'asile public des aliénés du Rhône, lauréat de l'Institut, médecin-expert, licencié en droit, enfin professeur agrégé, nous le présentons avec plaisir à vos suffrages.

M. Lépine est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Briand, Klippel et Semelaigne, de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Alfred Gordon, de Philadelphie.

Le Dr Gordon a publié de nombreux travaux de neurologie et de psychiatrie. Parmi ces derniers, je me bornerai à citer les suivants :

Amnésie verbale ;

Folies périodiques ;

Hérédité pathologique ;

De la fraude et du mensonge comme phénomènes pathologiques ;

Double personnalité ;

Autosuggestion dans l'hystérie. Folies hystériques ;

Responsabilité mentale et crime ;

Impulsion morbide au point de vue médico-légal ;

Folies alcooliques ;

Des accidents dans leurs rapports avec les névroses et les psychoses ;

Folies déterminées par l'opium et la cocaïne ;

Dispositions spéciales à prendre en vue de certaines formes d'aliénation mentale ;

De l'amnésie au point de vue médico-légal.

Messieurs, votre commission vous prie d'accueillir la demande du Dr Gordon et de le recevoir parmi nous en qualité de membre associé étranger.

M. Gordon est élu membre associé étrangre à l'unanimité des votants.

©BIUM

Rapport sur le mode de nomination des commissions de prix.

M. PACTET. — Messieurs, vous avez nommé le mois dernier une commission composée de MM. Vallon Briand, Colin, Antheaume, Pactet, rapporteur, chargée d'examiner une demande signée de neuf membres de la Société à l'effet d'obtenir le tirage au sort des commissions de prix.

Dès sa première réunion, l'action de la commission s'est trouvée limitée par un arrêté du ministre de l'Instruction publique pris à la suite du décret reconnaissant notre société établissement d'utilité publique.

Cet arrêté est ainsi conçu :

Art. 1er. — Le règlement de la Société médico-psychologique de Paris, revisé en mars 1867, est approuvé tel qu'il est annexé au présent arrêté.

Art. 2. — Aucune modification ne pourra y être faite sans notre autorisation.

Si nous nous reportons au texte du règlement visé par cet arrêté, nous lisons :

Art. 9. — Les questions administratives, personnelles, réglementaires et, en général, toutes les questions qui ne sont pas purement scientifiques, sont examinées et résolues par le Bureau, constitué en conseil de famille et d'administration. Les décisions doivent être communiquées à la Société qui peut toujours les modifier après délibération dans une de ses séances.

Dans ces conditions, votre commission a été unanime à décider :

1° Que, pour cette année, rien ne serait changé au mode de désignation des commissions de prix ;

2° De demander au Bureau constitué en conseil de famille et d'administration, de vouloir bien étudier les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la constitution des commissions de prix et des commissions d'examen des candidatures des membres titulaires, en adoptant comme principe le tirage au sort des membres appelés à faire partie de ces commissions parmi les membres de la Société justifiant de six présences aux séances de l'année précédente ;

©BIUM

3° De proposer une modification aux articles 3 et 38 du règlement qui permette de procéder à la nomination du trésorier, lorsque les comptes de celui-ci auront été approuvés après la séance de décembre ;

4° D'appliquer l'article 7 des statuts d'après lequel le titre de membre associé étranger peut être conféré directement sur la proposition de cinq membres, après un vote de la Société, sans qu'il soit nécessaire de lire un rapport écrit sur les titres des candidats ;

5° D'insister auprès des auteurs de communication, pour qu'ils remettent leurs manuscrits plus rapidement afin que la publication n'en soit pas retardée.

M. VALLON. — La Société a des règlements qu'elle ne peut modifier d'elle-même ; mais elle modifie le règlement qui l'enserre.

Les conclusions du rapport de M. Pactet, mises aux voix, sont adoptées, et le rapport est renvoyé au Conseil de famille pour faire des propositions.

Rapport sur la réforme du concours de l'Adjuvat des Asiles d'Aliénés.

M. H. COLIN. — Messieurs, votre Société, dans sa dernière séance, a décidé à une grosse majorité de charger une commission composée de MM. Vallon, Briand, Pactet, Antheaume, Colin, rapporteur, d'étudier les réformes qu'il conviendrait d'apporter à la constitution du jury du concours de l'adjuvat.

Ce faisant, elle se conformait à l'esprit et à la lettre des articles 1 et 5 de ses statuts, d'après lesquels la Société a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale et l'assistance des aliénés.

Or, s'il est une question qui soit intimement liée à l'assistance des aliénés, c'est bien certainement celle des médecins chargés de les soigner.

Nous ne voulons pas refaire ici l'historique tant de fois reproduit du concours de l'adjuvat. Institué, après bien des résistances, par l'arrêté du 18 juillet 1888, il était, au début, régional et comportait autant de régions qu'il y avait de Facultés de l'Etat. L'arrêté de 1888 subit à plusieurs reprises des modifications de détail

©BIUM

ayant trait à la répartition des régions, jusqu'en 1902, où il fut abrogé et remplacé par l'arrêté du 9 mai, qui instituait le concours unique et supprimait aux chefs de clinique de la Faculté de Paris la dispense de concourir dont ils avaient bénéficié jusque-là.

Cet arrêté, à quelques modifications près, fut reproduit dans le décret du 1er août 1906, qui règle actuellement les conditions du concours.

Quelles sont au point de vue du jury de l'adjuvat les caractéristiques de l'arrêté de 1888 et de l'arrêté de 1902 complété par le décret de 1906?

Arrêté de 1888. — Article 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° De trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région ;

2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine, président ;

3° D'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury *seront désignés par voie de tirage au sort* parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la Maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés *par la voie du sort* à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs-médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région (1).

Il sera procédé, en outre, au *tirage au sort* d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Arrêté de 1902 et décret de 1906. — Article 3. —

(1) Le dernier paragraphe concernant les médecins de Charenton a été ajouté postérieurement.

©BIUM

Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur désigné par le ministre, président ;

2° Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste de trois noms présentés par la Faculté de médecine de Paris ;

3° Deux professeurs titulaires de Faculté de médecine de l'Etat, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des maladies mentales en exercice dans les mêmes Facultés ;

4° Trois directeurs-médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la Maison nationale de Charenton, exerçant ces fonctions depuis au moins trois ans ;

5° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs-médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur *sur la proposition* du comité des inspecteurs généraux ; les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des Facultés différentes.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des Académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. Cependant, pour l'application de cette dernière règle, il ne sera pas fait état du juré visé au paragraphe 2 du présent article.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs, désigné par le ministre de l'Intérieur.

En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

Ainsi, tandis que le Conseil des inspecteurs généraux en 1888 décide qu' « un professeur de la Faculté ou de l'École préparatoire de médecine, suivant le cas,

©BIUM

pourra être désigné au lieu et place d'un des médecins des asiles d'aliénés » (Voir rapp. Bourneville) (1), le Comité des inspecteurs généraux, à la date du 10 décembre 1901, supprime le tirage au sort du jury, assure la prépondérance des Facultés en leur réservant trois places, et enfin annule la clause d'après laquelle l'inspecteur général présidant le jury doit être docteur en médecine.

En même temps, les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière se voient retranchés du nombre des médecins pouvant faire partie du jury.

Seule la Maison nationale de Charenton trouve grâce devant le Comité, probablement parce que, dépendant directement et uniquement du ministère de l'Intérieur, c'est le seul établissement où les médecins se recrutent sans concours.

On exprimait ainsi un sentiment de méfiance imméritée à l'égard des médecins des asiles en général, et des médecins des asiles de la Seine en particulier. Et cependant, on aurait pu se souvenir des efforts tentés et des résultats obtenus par ces derniers : diminution du nombre des malades confiés à un même médecin, et par suite augmentation du nombre des médecins, utilisation effective du médecin adjoint passé du rôle de figurant à celui de médecin véritable. Je n'insiste pas ; vous avez tous présents à la mémoire les faits auxquels je fais allusion.

J'hésite, en vérité, à mentionner l'argument invoqué pour justifier le remplacement du tirage au sort par le choix du jury, et d'après lequel on refusait de confier les fonctions de juge d'un concours à des médecins auxquels on laissait la responsabilité de diriger des services importants, et auxquels on permettait de soigner des centaines de malades.

En réalité, il s'agissait de préoccupations d'un ordre bien différent et sur lesquelles on me permettra de ne pas insister. Je me contenterai de vous donner l'énumé-

(1) Rapport sur l'organisation d'un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles d'aliénés, au nom d'une commission composée de MM. Bourneville, Donnet et Giraud : 9 mai 1888.

©BIUM

ration des noms des juges qui ont siégé depuis l'arrêté de 1902.

Concours de 1902.

Président : M. Drouineau.

Juges : MM. Mairet, professeur ; Régis, professeur, Raymond (de Toulouse), professeur ; Anglade, Magnan, Bonnet.

Concours de 1904.

Président : M. Drouineau.

Juges : MM. Joffroy, professeur ; Pâris, professeur ; Pierret, professeur ; Belletrud, Cullerre, Lallemand.

Suppléant : M. Chevalier-Lavaure.

Concours de 1906.

Président : M. Drouineau.

Juges titulaires : MM. Joffroy, professeur ; Mairet, professeur ; Régis, professeur ; Giraud, Dubuisson (de Toulouse), Sizaret.

Juge suppléant : M. Antheaume.

Concours de 1907.

Président : M. Drouineau.

Juge titulaire : MM. Raymond (de Toulouse), professeur ; Thoinot, professeur ; Pâris (de Nancy), professeur ; Vallon, Girma, Pichenot.

M. Chocreaux, suppléant, remplace M. Pichenot, malade.

M. Raymond s'excuse au dernier moment.

Concours de 1908.

Président : M. Drouineau.

Juges titulaires : MM. Mairet, professeur ; Régis, professeur ; Ballet, professeur ; Ramadier, Charron, Sérieux.

M. Viallon remplace M. Ballet empêché.

©BIUM

Concours de 1909.

Président : M. Granier (1).

Juges titulaires : MM. Dupré, professeur agrégé ; Lépine, professeur agrégé ; Raviart, professeur agrégé ; Anglade, Kéraval, Mabille.

Suppléant : M. Bourdin.

Vous le voyez, à côté d'un président inamovible, reparaissent toujours les mêmes noms de professeurs, en même temps que les autres juges sont soigneusement triés sur le volet.

Cette situation anormale pouvait donner lieu aux suppositions les plus fâcheuses, étant donné surtout que le jury était désigné après la clôture de la liste d'inscription des candidats. Cette façon de procéder, absolument nécessaire dans un concours où le jury est nommé par voie de tirage au sort, devient incompréhensible et sujette à caution lorsqu'à côté de quatre juges connus d'avance, les trois derniers sont désignés au choix.

C'est pourquoi la Société médicale des Asiles de la Seine mit la question à l'étude. Un rapport fut rédigé dont vous me permettrez de vous lire quelques passages, car vous reconnaîtrez avec moi, après les avoir entendus, que les arguments sont présentés avec une grande clarté et une logique qui les rend difficiles à réfuter. Ce mémoire est du mois de juillet 1906 ; il est bon de le rappeler au moment où l'un de nos collègues vient d'organiser un referendum dont les données sont analogues aux conclusions du rapport auquel je fais allusion.

Voici dans quels termes s'exprimait le rapporteur :

« Pour toutes les fonctions confiées, à un titre quelconque, à une collectivité médicale et où le recrutement s'opère par voie de concours, il est de tradition et de règle constante que ce sont les titulaires de ces fonc-

1. M. l'Inspecteur général Granier n'est pas docteur en médecine.

©BIUM

tions, à l'exclusion de tous les autres, qui ont la charge de se prononcer sur les aptitudes professionnelles des candidats aux postes devenus vacants. Qu'il s'agisse du personnel enseignant des Facultés de médecine, ou du personnel médical des Hôpitaux, nous voyons toujours le jury appelé à juger les épreuves des candidats à l'agrégation ou au bureau central composé exclusivement, dans le premier cas, de professeurs des Facultés de médecine, dans le second, de médecins des Hôpitaux. C'est un hommage rendu à leur compétence professionnelle.

« Or, lorsqu'il s'agit de recruter le personnel médical des asiles d'aliénés, surgit à l'égard des médecins de ces établissements un exclusivisme qui peut donner prétexte aux interprétations les moins favorables.

« En effet, dans la composition du jury, la place qui leur est assignée se trouve réduite au minimum, alors qu'il est fait appel à toute une catégorie de personnes qui, pour être spécialisées dans l'étude de la pathologie mentale, n'en sont pas moins étrangères au monde médical des asiles publics, n'ont avec les médecins des asiles publics, le plus souvent, au point de vue du concours, aucune communauté d'origine et dont plusieurs ne sont même pas à la tête d'un service d'aliénés. Tel est le cas de quelques professeurs ou chargés de cours auprès des Facultés ou des Ecoles de médecine de province, à qui néanmoins la place la plus large a été faite dans les jurys de l'adjuvat.

. . . . . .

« Si le concours est annuel et si chaque année on choisit trois professeurs pour faire partie du jury, il sera facile de déterminer d'avance le nom des trois autres professeurs qui seront appelés à siéger au concours prochain. L'inspecteur général délégué à la présidence du jury étant toujours un médecin et les inspecteurs généraux comptant un seul médecin parmi eux, celui-ci siège pour ainsi dire d'une façon inamovible, ce qui porte à quatre sur sept le nombre des juiges connus d'avance.

. . . . . .

« Une seconde objection que soulève l'organisation actuelle du concours réside dans le mode de désigna-

©BIUM

tion des juges. Ceux-ci sont choisis par le Ministre, sur la présentation des inspecteurs généraux dont un seul est médecin. Cette façon de procéder ne nous semble pas offrir, au regard des candidats, toutes les garanties d'impartialité qu'ils ont l'habitude de rencontrer dans les concours similaires. La présentation, puis le choix, implique fatalement chez celui qui l'effectue, l'existence de raisons déterminantes qui peuvent apparaître aux concurrents comme n'étant pas exclusivement dictées par la plus stricte équité, alors surtout que les juges sont choisis après la clôture de la liste d'inscription des concurrents et à un moment où les noms de ceux-ci sont connus.

« C'est pour obvier à cet inconvénient et ne pas laisser place au moindre soupçon de partialité, que partout, dans les circonstances analogues, le tirage au sort a été substitué au choix. Et un fait qui met bien en lumière l'importance qu'attachent en général les administrations à entourer cette opération des plus grandes garanties de sincérité, c'est que le tirage au sort des juges a lieu en présence d'une commission de plusieurs membres, chargés de veiller à l'accomplissement régulier de cette formalité.

« Il n'existe pas de raison pour refuser aux candidats à l'adjuvat les avantages moraux qui sont accordés aux concurrents des autres concours et, nous serions presque tentés de dire, qu'ils sont en droit d'exiger.

. . . . . .

« Une troisième remarque s'impose : il n'est exigé actuellement des médecins qui peuvent être appelés à faire partie du jury, aucune durée minima de temps d'exercice. Ce système présente l'inconvénient grave d'exposer un médecin à devenir le juge d'un compétiteur de la veille — le cas s'est produit — et sans vouloir incriminer en aucune façon l'impartialité du juge qui se trouve dans de telles conditions, il crée une situation pénible, qui peut donner lieu à des critiques non absolument injustifiées et tout au moins difficiles à réfuter.

. . . . . .

« En résumé, la Société médicale des Asiles d'aliénés de la Seine propose d'apporter les modifications suivantes au règlement du concours de l'adjuvat.

« Le jury du concours de l'adjuvat se compose de :

« Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre ;

« Un professeur titulaire ou adjoint d'une Faculté de médecine, tiré au sort parmi les professeurs de médecine mentale des Facultés ;

« Cinq médecins en chef, tirés au sort parmi les directeurs médecins et les médecins en chef des Asiles publics départementaux. Ceux-ci devront avoir au moins cinq ans de grade ;

« Le tirage au sort du jury a lieu en présence d'un membre de l'administration du ministère de l'Intérieur et de deux membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

« Le nom des jurés ayant siégé dans un précédent concours ne pourra être remis dans l'urne qu'après un intervalle de trois ans ;

« Le concours aura lieu tous les ans au mois de juin ;

« Les candidats devront pour être admis à prendre part au concours de l'adjuvat justifier d'un stage de trois années révolues d'internat dans un asile public d'aliénés ou dans un quartier d'hospice, ou de deux années passées en qualité de chef de clinique titulaire dans un service de clinique des maladies mentales d'une Faculté. »

Le rapport de la Société médicale des asiles fut porté au ministère de l'Intérieur au commencement de juillet 1906. Il eut pour résultat de faire introduire dans le décret du 1er août :

1° L'augmentation d'une à deux années la durée du stage exigé des candidats ;

2° L'obligation d'avoir trois années d'exercice pour pouvoir faire partie du jury ;

3° La possibilité de faire entrer dans le jury un médecin des asiles de la Seine à côté du professeur de la Faculté de Paris. (Fin du § 3 de l'art. 5 du décret de 1906.)

Aujourd'hui, la question se pose de nouveau et il semble bien que tout le monde soit d'accord sur la nécessité d'une réforme.

©BIUM

La tâche de votre commission s'est trouvée singulièrement simplifiée par l'étude des différents documents dont je viens de vous donner lecture, et c'est pourquoi les membres qui la composent ont accepté à l'unanimité de vous proposer les modifications suivantes à l'état actuel :

Le jury continuera à être présidé par un inspecteur général, mais celui-ci aura seulement voix consultative, car il ne peut être question dans un concours d'ordre médical d'attribuer une voix délibérative à un juge non médecin, fait qui vient de se produire au dernier concours. Tout au plus pourrait-on lui accorder le droit de voter dans l'épreuve d'administration et de législation.

Pour les autres juges, le principe du tirage au sort a été admis, avec représentation proportionnelle pour les asiles de province et pour ceux de la Seine. Le nombre des professeurs est réduit à un seul, choisi dans la Faculté que le sort aura désignée chaque année.

Enfin, un juge suppléant est tiré au sort parmi tous les chefs de service des asiles publics d'aliénés.

Votre commission s'est également préoccupée du mode de lecture des copies et de la façon de juger les épreuves.

Sur le premier point, il lui a semblé que le système de la devise inscrite sur la copie et reproduite sous enveloppe fermée, institué par l'arrêté de 1904, ne donnait pas toutes les garanties d'impartialité désirables, surtout lorsqu'il s'accompagne, — comme c'est le cas, — d'un numérotage des places attribuées aux candidats.

Il faut, ou bien que l'anonymat soit rigoureusement respecté, comme cela se fait pour certains examens, ou bien que l'on consente à traiter les candidats à l'adjuvat comme les candidats aux hôpitaux, et qu'on leur permette de lire eux-mêmes leurs copies, ce qui serait infiniment préférable pour des raisons que vous devinez.

Pour la notation des copies, il serait important d'arrêter une règle uniforme et, surtout, d'abandonner le système de la moyenne qui a prévalu pendant longtemps et auquel les candidats ont donné le nom pittoresque de système du compte-gouttes.

Enfin, il serait à souhaiter que les points de l'épreuve

©BIUM

sur titres, ne varient pas d'une année à l'autre pour le même candidat et qu'une trop grande importance ne soit pas attachée à des certificats ou à des diplômes dont la valeur est purement factice et conventionnelle.

Au cours des travaux de votre commission, un de ses membres, M. le Dr Antheaume, a institué auprès des médecins des asiles d'aliénés un referendum portant sur les points suivants :

1° Etes-vous partisan du *statu quo* dans l'organisation actuelle du Jury de l'adjuvat ?

2° Si non, êtes-vous partisan de la représentation proportionnelle des chefs de service dans le Jury de l'adjuvat ?

3° Etes-vous partisan du tirage au sort des membres du Jury ?

a) avec représentation proportionnelle, c'est-à-dire suivant des catégories déterminées ?

b) sans représentation proportionnelle, c'est-à-dire entre tous les chefs de service des asiles de France indistinctement ?

4° Etes-vous d'avis qu'il faille être chef de service depuis trois ans au plus pour avoir l'aptitude à être juge au concours de l'adjuvat ?

5° Etes-vous partisan du système (que je crois réalisable) proposé dans ma lettre (1) ?

a) sans modification ?

b) avec modification et quelle ?

---

(1) Le système proposé était le suivant :

1 président par désignation administrative ;
6 juges titulaires et un suppléant tirés au sort ;
3 juges parmi les 62 chefs de service de province ;
2 juges tirés l'un parmi les 22 chefs de service de la Seine, l'autre parmi ces 22 chefs de service et les 7 chefs de service de Bicêtre et de la Salpêtrière, les 2 chefs de service de Charenton et le chef de service de l'Infirmerie spéciale ;
1 juge, professeur, chargé de cours ou agrégé, spécialisé pour la psychiatrie, représentant la Faculté que le sort aura désignée entre les Facultés de médecine pour avoir un délégué au concours de l'adjuvat ;
1 juge suppléant parmi les chefs de service de province.

©BIUM

Le nombre de suffrages exprimés a été, jusqu'à présent, de 110 sur 143. M. Antheaume me communique les résultats obtenus.

Nombre de médecins consultés, 143 ; tous en activité de service, chefs de service et adjoints du cadre des asiles publics, des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, de Charenton et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police ; réponses recueillies, 122, dont 118 suffrages positifs ou négatifs et 4 suffrages non exprimés, les intéressés arguant d'incompétence, d'incapacité de répondre, etc.

Les résultats sont les suivants :

1° Quasi-unanimité, 113 voix contre 5 pour la réforme de l'adjuvat et contre le *statu quo* ;

2° Grosse majorité pour l'emploi de la représentation proportionnelle des chefs de service dans le jury de l'adjuvat (100 voix contre 11) ;

3° Grosse majorité en faveur du tirage au sort du jury, soit avec représentation proportionnelle, c'est-à-dire suivant des catégories déterminées (93 voix), soit sans représentation proportionnelle (15 voix) ;

4° Quasi-unanimité pour que l'aptitude à être juge existe à partir de la nomination comme chef de service (103 voix contre 6), étant donné qu'actuellement on met, en pratique au moins, sept ans à partir de l'adjuvat pour devenir chef de service ;

5° Majorité pour l'emploi du système proposé par M. Antheaume (56 voix pour le système intégral, 46 pour ledit système avec modifications) ;

6° Proposition de 10 systèmes spéciaux.

Ces résultats, vous le voyez, confirment de la façon la plus éclatante les critiques formulées au cours de ce rapport et que, dès l'année 1906, la Société médicale des asiles avait élevées contre l'organisation du concours.

Il n'y avait plus, dès lors, de divergences possibles, et les membres de votre commission se sont trouvés d'accord pour adopter les conclusions suivantes :

Le jury du concours de l'adjuvat pourrait être composé ainsi :

1 président ayant seulement voix consultative et nommé par désignation administrative ;

©BIUM

6 juges titulaires et 1 suppléant tirés au sort parmi les médecins des asiles publics d'aliénés ;

3 juges tirés au sort parmi les 62 chefs de service de province ;

2 juges tirés au sort, l'un parmi les 22 chefs de service de la Seine, l'autre parmi ces 22 chefs de service de la Seine augmentés des 7 chefs de service de Bicêtre et de la Salpêtrière, des 2 chefs de service de Charenton et du chef de service de l'Infirmerie spéciale ;

1 juge, professeur, chargé de cours ou agrégé, spécialisé pour la médecine mentale, représentant la Faculté que le sort aura désignée entre les Facultés de médecine pour avoir un délégué au concours de l'adjuvat ;

1 juge suppléant tiré au sort parmi tous les chefs de service des asiles publics d'aliénés.

Les médecins en chef des asiles pourront être appelés à être juges sept ans après la date de leur entrée en fonctions en qualité de médecins adjoints.

Le tirage au sort du jury aura lieu en présence d'un membre de l'administration du ministère de l'Intérieur, de deux membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique et de deux candidats.

Le nom des juges ayant siégé dans un précédent concours ne pourra être remis dans l'urne qu'après un intervalle de deux ans.

Ces dernières dispositions nous semblent suffisamment justifiées pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Le règlement des hôpitaux porte que seuls les médecins, *chefs de service et honoraires*, pourront faire partie des jurys. Nous avons pensé qu'il convenait d'introduire une disposition analogue dans le concours de l'adjuvat. Il faut en moyenne six à sept ans dans les hôpitaux pour être pourvu d'un service, après avoir acquis au concours le titre de médecin des hôpitaux. De même, dans les asiles, il faut six à sept ans pour passer du poste de médecin adjoint à celui de médecin en chef. La moyenne de sept ans, comptée à partir de l'entrée en fonctions en qualité de médecin adjoint, nous a donc paru équitable et suffisante pour empêcher que, par suite d'un avancement particulièrement rapide, le concurrent d'hier ne devienne le juge d'aujourd'hui.

Une deuxième question est venue se greffer sur la

©BIUM

réforme du jury de l'adjuvat. Nous voulons parler du concours auquel sont actuellement soumis les médecins des maisons de santé.

Dans une première circulaire de 1905, M. Monod insistait sur la nécessité de choisir, parmi les candidats ayant passé avec succès le concours de l'adjuvat, les médecins des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics.

Par une extension qui nous paraît injustifiée, des circulaires ministérielles ont astreint à l'obligation du concours les médecins qui désireraient posséder une maison de santé privée, ou y remplir un poste de médecin-directeur ou de médecin adjoint.

On conçoit que les départements et, par suite, le ministère de l'Intérieur, qui confient leurs malades, moyennant finances, à des établissements privés faisant fonctions d'asiles publics, soient en droit d'exiger que les médecins auxquels ces malades seront envoyés aient subi des épreuves analogues aux épreuves subies par les médecins des asiles publics ordinaires.

Mais il semble impossible d'admettre, en droit et en fait, que les mêmes épreuves soient imposées aux médecins des maisons de santé privées, qui engagent leur propre responsabilité en usant des droits conférés par le diplôme de docteur en médecine.

Pour ceux-ci, votre commission a pensé qu'il suffirait de les soumettre à un examen comportant les épreuves suivantes :

1° Une épreuve écrite : examen d'un malade suivi d'un rapport médico-légal;

2° Deux épreuves orales : une épreuve clinique sur un malade; une épreuve d'administration et de législation.

Cet examen pourrait avoir lieu à la suite du concours de l'adjuvat et devant le même jury.

Telle a été, Messieurs, l'œuvre de votre commission.

Elle remet au bureau de la Société médico-psychologique, institution universellement connue, déclarée d'utilité publique depuis de longues années, le soin d'intervenir auprès des autorités compétentes pour faire aboutir, si vous l'adoptez, le projet de réforme qui vient de vous être soumis.

M. LE PRÉSIDENT estime qu'il serait utile d'imprimer le rapport de M. Colin et de le distribuer aux membres de la Société. La discussion pourrait ainsi être remise à la prochaine séance.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Pathogénie de certaines formes délirantes associées. Coexistence de l'épilepsie avec une vésanie. Action convergente de la double hérédité,

par MM. MARCEL BRIAND, médecin en chef de l'asile de Villejuif,
et BRISSOT, interne des asiles de la Seine.

M. Magnan a décrit, dans ses Leçons magistrales, des états pathologiques dissemblables, qui se montrent simultanément chez le même sujet.

« Certains épileptiques, dit cet auteur, en dehors de ceux qui progressivement s'acheminent vers la démence, peuvent, en outre du délire paroxystique, présenter, dans l'intervalle des attaques, un état mental absolument semblable à celui des aliénés ordinaires, un délire vésanique indépendant des crises. Ces états complexes, cette coexistence chez le même sujet d'une névrose et d'une vésanie, ont des origines distinctes, et, chez ces malades, l'hérédité révèle le plus souvent l'épilepsie de l'un des ascendants et la vésanie de l'autre. Il y a alors une coexistence de deux états morbides très différents, qui se compliquent sans jamais se combiner, tout en conservant chacun leurs caractères propres (1). »

« Une hérédité double, écrit ailleurs M. Magnan, donnera ainsi naissance à un être pathologique double, à un sujet à la fois épileptique et vésanique (2). »

Il est, en effet, fréquent de rencontrer des malades, considérés comme mélancoliques, persécutés, délirants chroniques, etc..., qui, tout à coup, manifestent les symptômes du morbus sacer.

Dès lors, deux états morbides distincts, ne s'influen-

(1) V. Magnan. *Leçons sur les maladies mentales*, p. 62.
(2) V. Magnan. *Archives de neurologie*, 1881, p. 50.

©BIUM

çant pas d'une façon réciproque, vont évoluer séparément chez le même individu.

Si l'on interroge le malade, ou sa famille, on apprend, par exemple, que les crises convulsives dont il souffre peuvent s'expliquer par l'épilepsie ou l'alcoolisme paternels, et que les symptômes de manie ou de mélancolie qu'il présente peuvent de même trouver leur origine dans les troubles vésaniques de la mère.

C'est ainsi que, souvent, le délire mélancolique, dont nous avons constaté la fréquence chez les sujets simultanément comitiaux, était représenté par une vésanie maternelle, tandis que le mal caduc paraissait être le don d'un père ivrogne, ou à hérédité similaire épileptique.

Nous ne voudrions point ériger ces quelques considérations en loi générale, mais c'est un fait qui nous a assez vivement frappés et qui nous semble se dégager nettement des six observations que nous allons résumer.

Obs. I. — Epilepsie et délire mélancolique. Double hérédité convergente.

G... (Emilie), vingt-huit ans, est admise dans le service, le 12 décembre 1907. Quelques jours avant son entrée à l'asile de Villejuif, la malade avait manifesté, d'une façon brusque, des idées délirantes mélancoliques, où prédominaient le scrupule, le découragement, l'autoaccusation et l'indignité. Mariée depuis plusieurs années à un commerçant, elle prétendait lui être à charge et s'accusait de l'avoir rendu malheureux ; aussi fit-elle une tentative de suicide par strangulation, qui n'échoua que grâce à l'arrivée inopinée des voisins.

Emilie est aussi épileptique : elle a depuis l'année 1902 des accès convulsifs fréquents, qui ont nécessité, à l'époque de leur apparition, un séjour assez court de la malade à l'hospice de la Salpêtrière.

Son enfance a été maladive. Quoique de constitution très délicate, Mme G... n'a jamais été atteinte d'affection particulièrement grave. Elle est sobre.

Le père de cette jeune femme est mort à Bicêtre, dans une crise de délirium tremens; il buvait beaucoup d'absinthe; un oncle paternel s'est suicidé à l'âge de soixante-douze ans, et une grand'tante maternelle, mélancolique et persécutée, a succombé à l'asile de Ville-Evrard, où elle avait été internée.

Tels sont les antécédents héréditaires de notre malade, qui

possède une double affection, épilepsie et vésanie, dont l'origine peut être recherchée dans la constitution névropathique de ses ascendants, paternels et maternels.

Obs. II. — Epilepsie et manie chronique. Double hérédité convergente.

D... (Antonie) ne présenta, jusqu'en 1895, aucun trouble vésanique, ni aucun accès convulsif. A cette époque, des phénomènes délirants ayant apparu, la malade, dont l'agitation augmentait, fut internée à l'asile clinique, où elle resta jusqu'en 1899. Le Dr Bouchereau, qui l'examina à son entrée, rédigea le certificat suivant : « Epilepsie, attaques convulsives avec morsures de la langue. Périodes de stupeur d'une certaine durée, suivies de délire et d'excitation maniaque violente par moments. Impulsions morbides irrésistibles. »

Après un court séjour dans différents services d'aliénés, D..., qui était âgée de quarante-neuf ans, entra à l'asile de Villejuif, le 21 janvier 1901. Son état mental n'avait pas sensiblement varié ; c'était une maniaque rémittente, qui conservait la conscience des actes impulsifs qu'elle commettait, sous l'influence de quelques idées de persécution, ou de son agitation, quand celle-ci ne relevait pas des manifestations délirantes du morbus sacer.

Les crises convulsives sont aujourd'hui très rares, mais D... s'excite parfois.

A l'heure actuelle, la malade est en démence. Elle rappelle, par son attitude et son langage, l'aspect des sujets atteints de manie incohérente ; quelques idées de persécution, vagues et mal systématisées, ont survécu, comme vestiges d'une activité délirante aujourd'hui disparue.

Il est intéressant au plus haut point de fouiller les antécédents héréditaires de Mme D... : du côté paternel, un aïeul ivrogne est mort d'une cirrhose alcoolique ; du côté maternel, un oncle et deux tantes ont été internés pour délire de persécution. N'est-on pas autorisé à croire que l'action convergente de cette double hérédité a eu pour effet de provoquer, chez notre malade, les deux états morbides, épileptique et vésanique, dont nous avons parlé?

Obs. III. — Epilepsie et folie à double forme. Double hérédité convergente.

F... (Jeanne), vingt-huit ans, est admise, le 3 mars 1908, à l'asile de Villejuif ; le certificat de vingt-quatre heures est ainsi libellé : « Dégénérescence mentale. Excitation maniaque

©BIUM

actuelle. Présomption de folie à double forme. Accès mélancolique récent (Juillet 1907, durée cinq semaines). Agitation depuis huit jours, gesticulations et cris sur la voie publique. »

La malade, profondément dégénérée, nourrit en outre des idées mystiques et de persécution, rendues plus actives par des hallucinations multiples. En septembre 1908, elle a eu, de plus, dans une même journée, six crises convulsives, de nature comitiale, crises dont la fréquence est allée en diminuant depuis cette époque.

Aujourd'hui la période d'agitation a fait place à une nouvelle phase de mélancolie. F... s'isole et se refuse à toute occupation ; elle a fait une tentative récente de suicide.

La malade porte sur ses épaules le poids d'une double et lourde hérédité ; son père, marchand de vins et vraisemblablement alcoolique, s'est suicidé ; il était d'un caractère triste et renfermé. Sa mère, assez bien portante, mais d'un caractère mélancolique, ne cesse de pleurer et de se lamenter ; c'est aussi une débile, très émotive, que le moindre ennui plonge dans le plus grand désespoir.

Obs. IV. — Epilepsie et délire mélancolique. Double hérédité convergente.

F... (Hélène), vingt-cinq ans, entre à l'asile de Villejuif, le 6 novembre 1906, avec le diagnostic : « Epilepsie et délire mélancolique » ; elle est triste, pleure constamment et refuse de s'alimenter. Assez réticente, elle dissimule un état hallucinatoire, vraisemblablement très actif.

L'apparition des premiers symptômes comitiaux remonte à l'âge de treize ans, mais les crises convulsives sont surtout fréquentes depuis une dizaine d'années.

Contrairement à ce que nous avons noté dans les observations précédentes, où l'on peut attribuer l'épilepsie à l'alcoolisme paternel, nous constatons ici une hérédité similaire et opposée, puisqu'une aïeule maternelle de M^lle F... eut des accès de mal caduc. Le père de cette jeune fille, d'un caractère difficile et d'une humeur habituellement instable, a transmis à la malade ses idées mélancoliques, alors que la vésanie semble tirer le plus souvent son origine du côté maternel.

Le frère d'Hélène F..., âgé de vingt-deux ans, mélancolique et sujet à des attaques d'épilepsie, a été soigné pendant six mois dans le même établissement que sa sœur ; un cousin de sa mère est mort à Bicêtre.

Nous venons d'étudier, dans quatre exemples, l'action convergente et la double hérédité ; l'observation suivante

©BIUM

a trait à une malade dont le père, porteur d'une double affection, a transmis seul, et d'une façon intégrale, deux états morbides dissemblables à son enfant.

Obs. V. — Hystéro-épilepsie à crises séparées et délire mélancolique. Hérédité simple, non convergente.

Maria C..., quarante-six ans, entre pour la quatrième fois à l'asile de Villejuif le 10 avril 1908. Son premier internement remonte au 20 avril 1885; à cette époque, la malade, âgée de vingt-quatre ans, présentait de l'excitation intellectuelle avec idées mélancoliques et accidents convulsifs, de nature hystéro-épileptique; elle était agitée, violente et dangereuse pour son entourage.

Ses crises, qu'une aura sensitive précédait le plus souvent, consistaient en de grandes attaques, caractérisées par des cris, des soubresauts, des gesticulations désordonnées, et suivies de délire hallucinatoire. Après la disparition de son accès, la malade restait en état de contracture, et conservait les attitudes qu'elle avait eues dans le cours de la période convulsive : la conscience n'était pas entièrement abolie pendant la durée de la crise. C'était, en somme, le tableau clinique de la maladie de Charcot.

Parfois, des accidents nettement épileptiques se manifestaient chez cette jeune fille : chute brusque avec perte de connaissance, morsure de la langue, amnésie totale consécutive à la crise.

L'examen somatique pratiqué à cette époque permit de constater de nombreux stigmates d'hystérie, parmi lesquels une hémianesthésie droite, avec rétrécissement concentrique du champ visuel de ce côté, une hyperesthésie de la zone ovarienne droite, et une abolition complète du réflexe pharyngé.

Maria est de plus mélancolique par accès. Elle a tenté à diverses reprises de mettre fin à ses jours; mais elle a conscience de son état et, lorsqu'elle ne peut chasser ses idées de suicide, qui l'obsèdent parfois d'une façon angoissante, elle demande elle-même sa réintégration à l'asile.

A l'heure actuelle, la malade, dont l'état mental va en s'améliorant, ne semble plus assujettie aussi souvent aux mêmes préoccupations tristes. Ses accès convulsifs deviennent de plus en plus rares et s'atténuent progressivement.

Elle-même nous donne des renseignements sur ses parents qui lui ont transmis de si lourdes tares : son grand-père paternel s'adonnait à la boisson; son père, ancien soldat d'Afrique et grand buveur d'absinthe, s'est suicidé, au cours d'un accès de mélancolie, en se jetant du haut d'une fenêtre, à l'hôpital de la Pitié.

©BIUM

Aussi, n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que notre malade ait subi l'influence morbide de son hérédité névropathique, dont les effets néfastes se sont fait sentir dans sa première jeunesse, en provoquant chez Louise des convulsions indéterminées, à l'âge de dix ans, des mouvements choréiques et des crises d'hystérie quelques années plus tard.

La malade qui maintenant va nous occuper est intéressante par ce fait que nous constatons chez elle la présence simultanée de trois états pathologiques différents.

Obs. VI. — Alcoolisme, épilepsie, délire mélancolique. Double hérédité. Arriération intellectuelle chez les enfants.

T... (Pauline), âgée de quarante-sept ans, entre à l'asile de Villejuif le 11 mars 1898. Sa mère était mélancolique; d'un caractère insociable, elle invectivait et frappait sans motifs les personnes qui se trouvaient auprès d'elle. Le père de la malade se livrait régulièrement à l'ivrognerie.

Habituellement triste, Pauline a fait des tentatives répétées de suicide; elle a cherché notamment à s'empoisonner, une première fois avec de l'absinthe, une seconde fois avec des allumettes. C'est, d'autre part, une alcoolique invétérée qui, au moment de son entrée dans le service, présentait un délire toxique des plus nets, accompagné d'hallucinations visuelles et de terreurs nocturnes. Ajoutons que cette femme est épileptique; vers l'âge de vingt ans, avant de s'être mise à boire, le mal comitial s'est manifesté chez elle par de fréquents vertiges; les crises convulsives sont rares.

Alcoolisme, délire mélancolique et morbus sacer coexistent donc chez M^me^ F...; ces trois états morbides restent indépendants, sans exercer les uns sur les autres d'actions réciproques.

Notons en terminant que le mari de la malade, buveur incorrigible, s'est suicidé en absorbant du poison; sur trois enfants qu'ils a eus avec cette dernière, deux, manifestement dégénérés et ivrognes, peuvent être rangés dans la catégorie des arriérés intellectuels.

Ces faits ne nous permettent-ils pas de croire que la double hérédité qui pèse sur les ascendants de nos malades n'est pas étrangère à la coexistence des deux affections qu'elles présentent?

Dans des cas exceptionnels, la dualité pathologique peut provenir d'un SEUL des parents, chez qui on rencontre ASSOCIÉS ces deux états morbides : nous en avons

un exemple frappant dans l'observation V, où un père, à la fois ivrogne et mélancolique, a transmis SEUL à sa fille la double maladie dont il souffre ; notons cependant que l'alcoolisme paternel engendre presque constamment l'épilepsie chez l'enfant, et que peu fréquents sont les cas dans lesquels le mal comitial de l'ascendant se reproduit d'une façon intégrale chez le descendant (Obs. IV).

Dans les six exemples que nous venons de rapporter, nous avons observé une seule fois seulement (Obs. IV) l'hérédité convulsive maternelle, le père étant dans ce cas l'agent vecteur et producteur de la vésanie. Aussi, ne peut-on poser, à cet égard, de loi générale, la transmission héréditaire étant, dans ses éléments, fort variable d'un sujet à un autre ; la phrase suivante, empruntée à M. Magnan, justifie pleinement notre manière de voir : « Parfois, dit ce dernier, les deux états pathologiques, bien développés chez les ascendants, grand-père, grand'mère maternels ou paternels, franchissent en silence le père et la mère, pour se développer chez le fils, avec une intensité d'autant plus grande qu'ils paraissent avoir sommeillé plus longtemps (1). »

Nous avons constaté chez l'une de nos malades (Obs. VI) la présence d'une triple affection ; dans ce curieux exemple de coexistence de trois états morbides différents, l'intoxication éthylique était venue s'ajouter à deux maladies nerveuses, épilepsie et mélancolie, que le sujet tenait d'une double hérédité.

Nous ne voudrions point terminer cette rapide étude sans attirer l'attention sur les difficultés du diagnostic en pareilles circonstances. Supposons, par exemple, qu'une mélancolique, dans l'intervalle de crises comitiales, jusqu'alors méconnues, commette un crime, qu'elle nie de bonne foi, et dont elle paraisse ne garder aucun souvenir, après l'avoir perpétré. N'est-il pas indifférent, ainsi que le pense M. Magnan, d'établir si, dans un cas semblable, l'acte incriminé se rattache à l'épilepsie ou à la vésanie que présente la malade?

(1) V. Magnan. *Archives de neurologie*, 1881, p. 64.

©BIUM

DISCUSSION.

M. MARCEL BRIAND. — Partant de cette observation que chez toutes les malades chez lesquelles nous avons constaté la coexistence de l'épilepsie et d'une psychose, nous avons toujours trouvé les mêmes affections tant dans la ligne paternelle que dans la ligne maternelle, chaque fois que les renseignements ont pu être complets, il nous a paru que c'était bien à cette hérédité qu'était due cette coexistence. C'est ce qui nous a amené à vous rapporter ces six cas qui nous ont paru caractéristiques à cet égard. Vous voyez ainsi qu'un ascendant à la fois délirant et épileptique peut, à lui seul, transmettre à sa descendance l'épilepsie et une psychose.

Dessin satirique sur les bains prolongés,

par M. TRÉNEL.

M. Trénel présente un dessin d'un journal allemand (*Lustige Blätter*, numéro de Noël 1908) intitulé : *Nuit de Noël à l'asile de Leubus*, avec cette légende : *Les fous festivement excités sont calmés par le cadeau d'un bain de treize heures*. Autour d'un arbre de Noël illuminé une douzaine de baignoires sont rangées, où jouent et grimacent les malades. Au milieu un infirmier, peu avenant, lance à toute volée un seau d'eau à la tête de l'un d'eux qui essaie de sortir de sa baignoire.

Ce dessin paru dans un journal très répandu a suscité l'indignation de nos confrères des asiles qui sont en butte à des attaques injustifiées de la presse quotidienne (1).

Délire de médiumnité à caractère polymorphe,

par MM. LÉVY-VALENSI et GEORGES LERAT.

La Société médico-psychologique a eu, plusieurs fois déjà, l'occasion de s'occuper des délires consécutifs à la

(1) Tille. Was soll werden? *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 42, 1909. Friedlander. *Ibid.*, 44, 1909.

pratique du spiritisme ; c'est une observation se rapportant à un cas semblable que nous avons l'honneur de lui communiquer.

Mme N..., trente-sept ans, se rend, vers la fin du mois d'octobre dernier, chez une femme « médium » à qui elle demande d'évoquer l'âme de son père ; le médium, prenant une attitude imposante, écrit une série de phrases qu'il affirme lui être dictées par l'esprit et qui rappelaient à la malade des souvenirs exacts.

Celle-ci, quoique n'ayant pas attaché une très grande importance à ce fait, retourne trois semaines plus tard consulter la même personne, qui, de nouveau, écrit sous la prétendue dictée du père de la malade une longue lettre dans laquelle il affirmait à sa fille « qu'il lui enverrait sous peu une grande faveur et qu'elle lui devrait une grande reconnaissance ».

La malade retourne chez elle, cette fois vivement impressionnée et préoccupée.

Le lendemain, tout d'un coup, elle sent sa main droite comme électrisée, qui, selon ses propres termes, « marchait d'elle-même, qui écrivait, et cela ne lui passait pas par le cerveau ». Elle répond aux demandes de son entourage surpris : « Je suis médium ! Mon père me parle, il est en moi, il pousse ma main. »

Ici se place une période intéressante de l'affection, une période de prosélytisme ; l'entourage de la malade adopte complètement son délire ; il la considère comme un prodige ; les voisins, les amis viennent la voir et féliciter le mari. La malade donne des consultations et fait des prédictions inspirées par son père, qui lui parle dans le cœur et dans l'estomac.

Cette phase de crédulité de l'entourage se prolonge jusqu'au 7 décembre. Ce jour-là, la malade se met en deuil, et, croyant son mari mort, va le réclamer à la Morgue. Celui-ci, qui s'était absenté quelques heures, rentre chez lui et la trouve étendue sur le lit, les bras en croix. Elle lui dit : « Je viens d'être crucifiée ! C'est mon père qui m'impose cette épreuve afin de montrer que je suis la plus pure et que je dois être proclamée le premier médium du monde. »

Enfin plus perspicace, le mari conduit sa femme à la Salpêtrière, à la consultation du professeur Raymond, le 9 décembre. La malade raconte avec détails la scène du crucifiement ; elle montre à la paume de ses mains les traces des clous, sur son front l'empreinte de la couronne d'épines ; un lavage superficiel fait disparaître ces traces (taches d'encre).

Interrogée, elle explique avec abondance et une certaine correction que son père, depuis le jour de sa mort, est en elle,

©BIUM

dans son estomac, dans son cœur; il lui parle, lui inspire ses paroles et ses actes.

Le 10 décembre, prétendant qu'on s'est moqué d'elle dans le service, elle demande à partir; son mari l'emmène; mais le lendemain, elle est très excitée et lui fait des aveux d'infidélité conjugale; le surlendemain, il la ramène à la Salpêtrière. Aussitôt après le départ de son mari et de sa fille, elle a une crise d'hystérie.

La malade a été observée dans le service du professeur Raymond, du 13 décembre au 6 janvier.

Pendant les quatre premiers jours, elle a des troubles délirants extrêmement polymorphes; l'hallucination psychomotrice domine la scène clinique; c'est la voix, ainsi entendue, de son père, qui va déterminer chez la malade la forme si variable de son délire.

C'est ainsi que, selon ce que dit cette voix, la malade se présente, tantôt comme une persécutée, tantôt et surtout comme une mélancolique.

Dans le premier cas, elle dit qu'on veut l'empoisonner avec de la strychnine, qu'on se moque d'elle, etc.

Dans le second cas, elle a des phases d'anxiété pendant lesquelles elle se plaint : « Mon père m'affirme que ma fille est morte; on l'a crucifiée; on lui arrache les yeux, on lui coupe les jambes; mon mari a été assassiné; ma maison est en feu. Que vais-je devenir? »

On constate aussi quelques idées de négation : « Je n'ai plus de cœur, plus d'estomac! »

Les éléments de ce délire sont d'ailleurs d'une très grande mobilité.

Pendant les deux premiers jours seulement, la malade a paru avoir de l'écriture automatique; ses écrits sont puérils, incohérents et on y retrouve la préoccupation de se faire proclamer le premier médium du monde.

La malade prétend ne connaître le contenu de ces écrits qu'en les relisant; en réalité, après lui avoir tendu un piège, une fois au moins nous nous sommes aperçus que cette écriture était consciente.

D'ailleurs, à partir de ce jour, elle devient réticente. Du 17 décembre au 6 janvier, elle répond hargneusement aux questions qu'on lui adresse et, quand on lui demande si elle est médium, elle répond : « Pas plus que vous. »

En réalité, pendant cette période, le délire continue, car, quand elle ne se croit pas observée, elle converse avec les voix qu'elle entend. A plusieurs reprises, la nuit, elle s'agite et casse les vitres de sa cellule, pour se donner de l'air, dit-elle.

Le 6 janvier, sur la demande de son mari, elle quitte la

©BIUM

Salpêtrière ; pendant deux jours, elle a une attitude agressive ; le 8, à 10 heures du soir, elle dit à son mari : « Je vais retrouver mon amant. » (Elle avait en effet un amant.)

Le mari, persuadé du caractère délirant de ce désir, la fait accompagner par un de ses employés ; elle entre dans une maison, frappe à une porte, réclame son amant, et, n'obtenant pas de réponse, demeure assise sur l'escalier jusqu'au matin. A ce moment, on tente de la ramener chez elle ; elle résiste et finalement elle est amenée au commissariat de police, et au Dépôt ; puis, on la place à Sainte-Anne, et, le 19 janvier, elle entre à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le Dr Dupain.

Son état, à ce moment, nécessite son placement au quartier des agitées ; depuis cette date elle présente des périodes d'excitation et de calme relatif irrégulièrement alternantes : tantôt elle converse, à voix forte, avec les esprits qu'elle croit en elle, crie ses exploits de premier médium du monde, déclame et chante, nous menace violemment ; tantôt elle se tient dans une attitude renfermée, ne répondant que par des injures ou par des paroles ironiques.

Les hallucinations psycho-motrices sont encore au premier plan, jointes à de nombreuses autres hallucinations, et elles soutiennent un délire polymorphe dont quelques éléments diffèrent de ceux que nous avons signalés au début.

L'âme de son père lui parle toujours ; mais c'est un langage particulier, une voix intérieure : « Ce n'est pas une voix ordinaire. Avez-vous eu quelquefois des battements de cœur ? C'est à peu près cela que j'éprouve. » Quelquefois, il y a plus, et elle articule des paroles que son père la force à prononcer. Souvent même il la fait déclamer, chanter.

La malade est persuadée que l'âme de son père habite dans son propre corps, dans la région du cœur. Elle suppose avoir encore en elle beaucoup d'autres esprits : ceux de son grand-père, de Florent Maître, le musicien, le Tout-Puissant (qui n'est pas le Dieu d'une religion particulière, mais l'Etre Suprême), de Louise Sc., une de ses ancêtres, du fils de Napoléon, de tous les animaux de l'univers.

Le Tout-Puissant est, après son père, celui qui lui parle le plus ; c'est toujours la même voix intérieure, mais plus forte ; il lui fait aussi prononcer des paroles, mais plus fortement ; il la fait « tonner ». Il lui a demandé de rénover la religion et la médecine ; il lui dit qu'elle vivra glorieusement jusqu'à quatre-vingt-dix ou quatre-vingt-seize ans.

Ces esprits l'endorment aussi quand ils le veulent ; ils l'ont forcée plusieurs fois à aller aux cabinets (c'était probablement parce qu'elle était constipée). Enfin au début, ils lui ont envoyé

©BIUM

des « chaleurs aux pieds » qui lui donnaient la même sensation que des sinapismes.

Elle voit ces âmes à l'intérieur de son corps « faire la ronde, se moucher, bâiller, etc. »

A ce sujet nous lui posons la question suivante : « Comment pouvez-vous voir tout cela, puisque ce sont des âmes? » Elle nous répond ainsi : « Si, je les vois, car l'âme est représentée; ils ont une image corporelle; et la preuve qu'ils font bien tous ces mouvements que je vois, c'est que, quand ils montent à mon cerveau, ils me font mal. »

Nous lui demandons encore : « Mais les voyez-vous manger? » Tout de suite, elle dit, avec un haussement d'épaules : « Non! ils ne mangent pas, car les âmes n'ont pas besoin de manger; cependant ils mangent les saletés qui sont en moi pour m'empêcher de mourir; aussi je ne crains pas le poison. »

La malade a encore d'autres hallucinations visuelles, qui se présentent sous forme de tableaux changeants et vastes le plus souvent, de panoramas qui n'ont pas le flou et l'imprécision habituels aux hallucinations visuelles ordinaires. Elle s'exprime ainsi pour les définir : « Sur la peau des doigts (elle montre la face dorsale de la première phalange de son pouce droit), je peux voir beaucoup de choses, beaucoup d'événements qui arriveront, des guerres qui se feront : je vois des arbres, des navires, des armées, de nombreuses personnes; pour voir tout cela, je fixe bien avec les yeux sur la peau des doigts; si je veux savoir ce que cela veut dire, je n'ai qu'à interroger le Tout-Puissant qui me l'explique par la voix du cœur. »

Ajoutons qu'elle a, assez souvent, de nombreuses hallucinations visuelles et auditives se rapportant à différentes personnes qu'elle a connues.

Aussi diversement et fortement hallucinée, la malade exprime des idées délirantes de grandeur, de richesse et de persécution.

Elle héritera des Mos.., de Marf... d'une somme de 500.250 francs, car, dit-elle : « J'ai l'âme de leur demoiselle en moi. J'aurai aussi l'héritage des Bas... qui sont apparentés avec G. Mos... de Marf... et qui n'ont pas de famille. Je disposerai encore de 140.000 francs que beaucoup de riches m'ont envoyés. »

Avec cet argent, elle rénovera la médecine et la religion, comme le lui a ordonné le Tout-Puissant; car la religion actuelle entraîne les malheurs de la France. La médecine sera aussi transformée; elle a guéri les hystériques des hôpitaux.

Elle s'est guérie elle-même déjà. Enfin elle créera d'autres œuvres charitables : par exemple, à Bar-sur-Aube où elle est née, elle fera construire une caserne d'agents et de vieillards, une maison de retraite, etc.

©BIUM

Les idées de persécution, moins fortement accusées, ont cependant une grande importance : on veut la faire disparaître, elle, le premier médium du monde, la faire passer pour folle, etc. On lui a fait absorber du sublimé; c'est son père qui le lui a dit; mais les esprits qu'elle a en elle détruisent ces poisons qu'elle ne redoute plus désormais.

Ainsi l'état de crainte et de dépression du début a disparu pour laisser place à des idées prédominantes de mysticisme, de grandeur et de richesse; la malade se sent dominée et dirigée vers des actions grandioses par des esprits supérieurs et bienfaisants. La fatalité plane sur elle : « Le Tout-Puissant et mon père m'ont dit que c'était dans ma destinée de faire de grandes choses; évidemment, c'est rare. Mais, je suis comme Napoléon et Jeanne d'Arc. »

Notons que, chez cette malade, les antécédents héréditaires et personnels sont nuls; elle est très robuste d'apparence et son examen somatique ne nous décèle rien de pathologique; pas de troubles pupillaires, pas d'autres signes physiques de dégénérescence qu'un peu d'asymétrie faciale (il nous a été impossible de savoir si, antérieurement, elle a présenté des stigmates mentaux importants de dégénérescence, tels qu'obsessions, impulsions, phobies, etc.); pas de troubles de la sensibilité.

Au cours de l'interrogatoire que nous lui avons fait subir, nous nous sommes assurés qu'elle avait une instruction moyenne bien conservée; sa mémoire de reproduction n'est pas altérée; son attention est assez soutenue, mais la mémoire de fixation ne paraît pas avoir conservé son intégrité absolue; de plus, elle a quelques fausses reconnaissances et elle est incomplètement orientée dans le temps et dans l'espace.

Il s'agit donc, chez cette malade, d'un délire polymorphe, de date récente, puisqu'il a commencé à la fin d'octobre 1908, à éclosion brusque, vraisemblablement chez une prédisposée; la rapidité du début, la mobilité de ce délire, la légère confusion de la malade plaident en faveur de cette hypothèse; cette femme énergique, active, qui avait su acquérir sur les siens un ascendant tel qu'il explique l'ébauche d'épidémie mystique que nous avons mentionnée, avait antérieurement des inégalités d'humeur, une certaine irritabilité passagère de caractère qui sont la marque d'une déséquilibration psychique; de plus, quoique dégagée de toute préoccupation religieuse, elle était très superstitieuse; c'était une cliente assidue des diseuses de bonne aventure, des cartomancienne, etc., et la dernière séance d'occultisme à

©BIUM

laquelle elle assista fut la cause occasionnelle de son état délirant.

Nous devons faire quelques réserves sur la nature de ce délire : peut-être, d'abord, faut-il soupçonner la malade de quelque exagération, car nous l'avons plusieurs fois prise en flagrant délit de mensonge ; d'autre part, elle a présenté sans aucun doute des accidents hystériformes ; et il est permis de se demander si quelques symptômes, par exemple les hallucinations visuelles particulières et l'écriture automatique (si tant est qu'elle existe), ne doivent pas être rattachés à cette névrose.

En somme, ce cas se place dans le groupe des psychopathies religieuses ; la curiosité ardente et la recherche du merveilleux ont toujours existé et les faibles ne peuvent s'y attacher sans danger ; la forme en varie du reste avec les siècles, et le délire mystique s'adapte aux tendances actuelles.

DISCUSSION

M. Vigouroux. — Le délire de cette malade semblait dériver directement des pratiques de spiritisme. Dans une observation que j'ai publiée, les hallucinations volontaires provoquées par le malade (médium auditif) s'étaient transformées avec le temps en hallucinations réelles survenant à tout moment et ayant été la base d'un véritable délire.

M. Lerat. — Chez notre malade, les éléments actuels du délire sont en effet sous la dépendance immédiate des pratiques spirites, mais il ne s'est pas produit une semblable transformation ; dès la seconde séance de spiritisme à laquelle elle a assisté, les hallucinations psycho-motrices et le délire ont surgi brusquement et involontairement ; plus tard seulement la malade a pu provoquer à son gré cette dernière variété d'hallucinations.

La séance est levée à 5 h. 30.

J.-M. Dupain et A. Vigouroux.

©BIUM

SÉANCE DU 29 MARS 1909

Présidence de M. LEGRAS.

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

MM. Buvat, Dupony, Juquelier, Piéron, Taty, Truelle et Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Leroy, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, qui pose sa candidature à la place vacante de membre titulaire. — Commission : MM. Briand, de Clérambault, Kéraval, Legrain et Vallon ;

2° Une lettre de M. Delmas, chef de clinique de la Faculté de Paris, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Ballet, Blin et Vigouroux, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Jean Lépine, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

4° Des lettres de MM. Carlos Eiras, de Rio-de-Janeiro, et Alfred Gordon, de Philadelphie, qui remercient la Société de les avoir nommés membres associés étrangers.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Connaissance psychiatrique et Jury*, par M. Erwin Stransky ;

2° *Observation sur la mesure de l'intelligence*, par le même ;

3° *Compte rendu du IIIe Congrès international de l'Assistance des aliénés, à Vienne, en octobre 1908*, par le même.

©BIUM

Congrès international de médecine de Budapest
(29 *août*-4 *septembre* 1909).

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Le Comité français d'organisation du Congrès international de médecine qui se tiendra à Budapest, en août prochain, a exprimé le désir que la Société médico-psychologique envoyât à tous ses membres titulaires et correspondants une circulaire les invitant à prendre part à ce Congrès et à se faire inscrire pour des communications.

Voici la circulaire que nous vous proposons d'envoyer :

« MON CHER COLLÈGUE,

« Le Comité français d'organisation du Congrès International de Budapest (29 août-4 septembre 1909) a prié le Comité d'organisation de la section française de psychiatrie de vouloir bien lui adresser, dans le plus bref délai, la liste des travaux et communications que les aliénistes français ont l'intention de présenter au Congrès de Budapest.

« Le Comité français central rappelle, à ce propos, l'intérêt qu'il y a pour notre pays à être représenté par des productions importantes et nombreuses à ce Congrès où les Français sont particulièrement les bienvenus, et pour lequel d'autres pays, l'Allemagne entre autres, organisent un effort considérable

« Je vous serais infiniment obligé de vouloir bien me faire parvenir le plus tôt possible la liste des travaux et communications que vous-même, ou les aliénistes de votre entourage, avez l'intention de présenter au Congrès de Budapest.

« En me permettant d'insister pour obtenir de vous une prompte et favorable réponse, je vous prie d'agréer, mon cher Collègue, l'expression de mes sentiments distingués et dévoués. »

L'impression de cette circulaire et son envoi à près de 150 de nos collègues exigeant une certaine dépense, je désire avoir l'autorisation de nos collègues de la faire ; il s'agit d'une somme d'une trentaine de francs.

Après une courte discussion, le Secrétaire général est autorisé à faire les frais nécessaires à l'impression et à l'envoi de la circulaire qu'il vient de lire.

Mort de M. Motet.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, nous venons de perdre encore un des nôtres. M. Motet, dont vous connaissez le récent décès, n'a pas voulu qu'on prononçât de discours sur sa tombe, affirmant ainsi, jusques après sa mort, ses goûts simples et sa modestie. Néanmoins, je crois devoir me consacrer à l'usage traditionnel de notre Compagnie, en ne laissant pas notre collègue entrer dans le monde inconnu du néant, où la Grande Egalité réunit indistinctement petits et grands, sans exprimer notre sentiment ému en témoignage d'amical souvenir, et en lui adressant un suprême adieu.

Jeune homme, homme fait et vieillard, Motet a vécu la plus grande portion de sa vie, à des titres différents, dans la maison de santé du Dr Archambault. Il y fut interne ; puis, reçu docteur en médecine, en 1859, il en devint le médecin-adjoint ; ensuite, il fut l'associé de Mesnet, gendre d'Archambault ; et enfin, il prit seul la propriété et la direction de la maison en succédant à son associé décédé. Il y vécut donc pendant près de soixante années consécutives, se consacrant exclusivement à l'étude de l'aliénation mentale, et aux soins que réclamaient les infortunés malades, privés de raison, qui venaient y séjourner. Quoique accaparé par des occupations absorbantes et par les efforts qu'il faisait afin d'augmenter la prospérité de la maison dont il était le chef, Motet cependant trouva le temps d'écrire des articles théoriques, parus dans divers recueils ; vous les connaissez tous : articles marqués au coin de la saine raison et de la pure clinique. Puis il fut admis dans plusieurs sociétés savantes. Vers 1875, il fut élu membre titulaire de la Société de médecine légale de France : il assista à sa naissance ; et plus tard, pendant de nombreuses années, il en fut le secrétaire général et ensuite le président. En 1862, il entra dans notre Société, dont il fut pendant un temps le secrétaire général, puis, par deux fois, le président. Poussé par ses tendances charitables et compatissantes, il figura longtemps dans le Conseil de l'Association générale des médecins de France, voulant contribuer au soulagement

©BIUM

des misères nombreuses, et si souvent inconnues, de ses confrères médecins. Entre temps, il reçut la croix de la Légion d'honneur, récompense méritée par une conduite professionnelle intègre et pleine de dévouement. Enfin, en 1895, Motet fut élu membre de l'Académie de médecine. C'était pour lui le couronnement de sa laborieuse carrière : c'était comme son bâton de maréchal. Mais ce fut surtout en sa qualité de médecin-expert aliéniste que Motet s'est fait une place prépondérante. Nommé expert en 1868, il a pratiqué la médecine légale aliéniste pendant près de quarante ans. Il savait que l'on ne s'improvise pas expert-aliéniste du jour au lendemain. Il n'ignorait pas qu'il fallait, par une préparation particulière, se rendre apte à remplir cette fonction si hérissée de difficultés, et dans laquelle on récolte moralement plus de coups que de gratitude ; préparation enfin sans laquelle on s'expose à commettre des erreurs lamentables et gravement préjudiciables. Il estimait, d'autre part, je l'ai entendu émettre cette opinion, que le médecin-expert, quel qu'il fût, manquerait à son devoir en acceptant de remplir une mission judiciaire qui ne rentrerait pas dans la variété clinique qu'il avait choisie et pour laquelle il s'était fait inscrire sur le tableau des experts dressé par le Tribunal. C'est en se conformant à cette droiture de conduite et à cette haute conception de sa fonction que Motet a mené toute une carrière sans reproches.

Ayant des manières amènes, et à l'occasion quelque peu diplomatiques, jouissant d'une voix au timbre velouté qui donnait, dans sa bouche, aux expressions les plus triviales une allure de bonne compagnie, possédant une plume alerte et un réel talent litiéraire, toutes ces qualités jointes à ses connaissances et à sa probité scicentifiques lui valurent une notoriété justifiée et sans mélange suspect, non seulement parmi ses collègues, mais aussi dans le monde judiciaire ; et sa réputation d'expert sagace rayonnait jusque dans les tribunaux de province. Aussi Motet fut fréquemment désigné pour éclairer la justice dans des affaires retentissantes, et, dans leur nombre, on en rencontre particulièrement deux qui sont presque contemporaines. L'affaire Valroff, dans laquelle, en collaboration avec Brouardel et Paul Gar-

©BIUM

nier, il établit, en Cour d'assises, que le prévenu était bien un simulateur, et non pas un épileptique, ainsi que l'avançait un médecin de la Salpêtrière, actuellement décédé. L'affaire Gouffé où, en collaboration aussi avec Brouardel, il fit voir que la complice du meurtrier n'était pas une malade, qu'elle avait une indubitable responsabilité pénale, contrairement à Liégeois, de Nancy, qui soutenait l'irresponsabilité résultant d'un état nerveux spécial. La conduite ultérieure de la complice démontra du reste que les experts de Paris avaient bien jugé.

Entouré des amitiés et des sympathies qu'il s'était acquises, Motet parcourait une existence scientifique bien unie et non sans éclat, dont il ressentait sans tapage une légitime satisfaction. Mais les jours sombres arrivèrent. Il perdit une de ses filles, mariée, et qui laissait après elle deux petits enfants. Ce jour-là, il fut frappé au cœur. A partir de cette époque, il changea. Jusque-là, il avait été, physiquement et intellectuellement, au-dessus de son âge : il bravait des ans l'irréparable outrage. Il commença alors à décliner. Il prit un aspect qu'il n'avait pas encore eu, celui d'un septuagénaire, allant progressivement en s'affaiblissant. Il sentit enfin s'appesantir sur lui les affres de la vieillesse et, ayant entendu sonner l'heure du repos, il céda sa maison de santé, puis il se retira dans l'hôtel particulier qu'il possédait, projetant de réunir de temps en temps à son foyer amis et familiers. Mais, à peine installé depuis trois mois, il fut atteint de la maladie qui le conduisit au tombeau, et, après plusieurs jours d'une épouvantable agonie, il exhala son dernier soupir, espérant retrouver dans l'empyrée religieux, en l'existence duquel il avait foi, celle qu'il pleurait toujours.

La carrière de Motet, Messieurs, toute de droiture et de probité professionnelles, est de celles dont la pureté morale fait honneur à la Compagnie scientifique qui a accueilli le défunt dans son sein. Puisse donc l'expression respectueuse de la haute estime dans laquelle la Société médico-psychologique tenait notre collègue décédé amortir un peu la douleur de celles qui, désormais, ne vivront plus qu'avec le souvenir seul de l'époux et du père de famille à jamais disparu.

©BIUM

M. Motet ayant été deux fois président, la séance est levée en signe de deuil, et reprise un quart-d'heure après.

Du mode de nomination des commissions de prix.

M. le PRÉSIDENT fait connaître les propositions de la réunion de conseil de famille à propos du rapport de M. Pactet. Elles concluent à ce que le bureau présentera pour les commissions de prix une liste des membres sur laquelle la Société aura à voter ; il en sera de même pour les commissions chargées d'examiner les candidatures aux places de membre titulaire.

Quant à la proposition de reporter au mois de mars l'élection du trésorier, la Société maintient le *statu quo*.

Après un échange d'observations avec MM. Vallon et Antheaume, les propositions du conseil de famille sont mises aux voix et adoptées.

Nomination des commissions de prix.

Prix Esquirol. — MM. Briand, de Clérambault, Colin, Deny et Dupré.

Prix Moreau (de Tours). — MM. Blin, Klippel, Pactet, Semelaigne et Trénel.

Rapport de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre prédédente séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Kéraval, Trénel et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Antonio Lecha-Marzo (de Valladolid) qui sollicite le titre de membre associé étranger de votre Société.

M. le Dr Antonio Lecha-Marzo est interne pensionné de la Faculté de Médecine de Valladolid, membre lauréat de la Société Espagnole d'Hygiène. Il a publié de nombreux articles dans les périodiques médicaux espagnols, notamment dans la *Revista de Medecina y Cirurgia praticas*. Il est rédacteur à la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Medicas* de Madrid ; à la *Gaceta*

©BIUM

Medica del Sur de Espana ; à la *Revista Clinica* y *Laboratorio* de Saragosse.

Voici quelques-uns des titres de ses nombreux travaux : *Etudes sur les circonvolutions cérébrales* ; *Nouvelles études sur l'écorce du cervelet* ; *Sur la ressemblance de l'écorce du cerveau et du cervelet* ; *Une intéressante contribution sur les anomalies réversives de la main et leur fréquence chez les dégénérés*, avec de nombreuses photographies des sujets dont l'auteur donne les observations. Cette anomalie se rencontrerait aussi chez des sujets normaux.

Un très intéressant travail sur le cerveau des criminels (*El cerebro de los criminales*). L'auteur étudie et compare le poids du cerveau des criminels, les circonvolutions et les sillons, les variations de l'intérieur des hémisphères, les altérations histologiques de l'écorce cérébrale, les altérations pathologiques. Ce travail est d'autant plus intéressant qu'il est accompagné de 14 gravures d'après des photographies originales des observations de l'auteur.

M. le Dr Antonio Lecha-Marzo a fait paraître divers articles sur l'anthropologie criminelle, sur l'œuvre de Lombroso, sur la médecine légale des aliénés.

Dans la *Revista de Higiène y Tuberculosis* il a publié une étude sur *La tuberculose dans l'étiologie de l'épilepsie*.

J'aurais désiré, Messieurs, vous donner une analyse complète de ces travaux que je n'ai fait qu'énumérer, mais vous pouvez déjà vous rendre compte de l'activité scientifique de notre confrère espagnol.

M. le Dr Antonio Lecha-Marzo est lauréat de la Société Espagnole d'Hygiène. Rapporteur du Congrès de Médecine de Bahia, il est membre correspondant de l'Académie de cette ville. Aujourd'hui il sollicite de votre bienveillance l'honneur d'être admis en votre Compagnie afin de s'associer à vos travaux et de mettre à profit vos scientifiques débats.

Votre Commission vous propose, Messieurs, de vouloir bien ratifier par votre vote les conclusions de son rapport en décernant à M. le Dr Antonio Lecha-Marzo le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

©BIUM

M. Lecha-Marzo est élu à l'unanimité membre associé étranger.

De la réforme du concours de l'adjuvat des asiles d'aliénés.

M. Colin a la parole pour développer les conclusions de son rapport lu à la dernière séance (V. plus haut p. 440).

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Vallon, Magnan, Colin, Antheaume, Dupré, Arnaud, Lwoff, la Société adopte les conclusions suivantes :

La Société médico-psychologique émet les vœux suivants :

Le jury du concours de l'adjuvat devrait être composé ainsi :

Un président ayant seulement voix consultative et nommé par désignation administrative ;

Sept juges titulaires et un suppléant tirés au sort parmi les médecins des asiles publics d'aliénés ;

Soit :

Quatre juges tirés au sort parmi les chefs de service de province ;

Deux juges tirés au sort, l'un parmi les chefs de service de la Seine, l'autre parmi les chefs de service de la Seine augmentés des chefs de service de Bicêtre et de la Salpêtrière, des chefs de service de Charenton et du chef de service de l'Infirmerie spéciale ;

Un juge, professeur, chargé de cours ou agrégé, spécialisé pour la médecine mentale représentant la Faculté que le sort aura désignée entre les Facultés de médecine pour avoir un délégué au concours de l'adjuvat ;

Un juge suppléant tiré au sort parmi les chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les médecins en chef des asiles pourront être appelés à être juges sept ans après la date de leur entrée en fonctions de médecins adjoints.

Le tirage au sort du jury aura lieu en présence d'un membre de l'administration du ministère de l'Intérieur,

©BIUM

de deux membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique et de deux candidats.

Les noms de tous les médecins qualifiés pour faire partie du jury seront mis dans l'urne sous enveloppes cachetées et par catégories.

Immédiatement après le tirage au sort du jury, il est tiré au sort, dans les même conditions que pour les juges ordinaires, une lites de jurés destinés à remplacer les premiers en cas de non-acceptation de leur part ou de récusation. Les enveloppes cachetées contenant les noms des jurés tirés ainsi sont ouvertes au fur et à mesure des besoins et par catégories.

Tout en réservant la question de principe, la Société estime qu'il suffirait de soumettre les médecins des maisons de santé privées à un examen comportant les épreuves suivantes :

1° Une épreuve écrite : examen d'un malade aliéné, suivi d'un rapport médico-légal ;

2° Deux épreuves orales : une épreuve clinique sur un malade aliéné ; une épreuve d'administration et de législation.

Cet examen pourrait avoir lieu à la suite du concours de l'adjuvat et devant le même jury.

M. ARNAUD présente des observations à propos du recrutement des médecins-adjoints des maisons de santé privées ; ces observations sont du reste en accord avec les propositions adoptées par la Société.

M. VALLON pense qu'il serait bien d'adjoindre au bureau de la Société médico-psychologique, chargé de présenter les vœux au ministre de l'Intérieur, le président de la Société médicale des Asiles d'aliénés de la Seine, le président de l'Asssociation amicale des Internes et anciens Internes des Asiles d'aliénés de la Seine, le président de l'Association amicale des médecins des Asiles d'aliénés de province.

La proposition de M. Vallon est adoptée.

La séance est levée à 6 h. 20.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

ANNÉE 1906.

Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali.

I. — *Paraplégie spasmodique familiale et démence précoce*; par le Dr Pellizzi (n° 1). — Cette intéressante observation, dont il n'existe que deux autres analogues suivies d'autopsie (Strümpell, Bischoff), concerne un sujet mort à vingt-cinq ans. A l'autopsie, on trouva des altérations dégénératives et atrophiques des cellules nerveuses de la substance cérébrale, des cellules de Purkinje et des cellules ganglionnaires de la rétine. La chromatolyse périphérique est très accentuée dans un grand nombre de ces éléments, surtout dans les cellules polymorphes; accumulation de pigment jaune dans les cellules pyramidales, disparition presque complète des fibres myéliniques corticales dans les lobes frontaux et pariéto-temporaux, moins nette dans les lobes occipitaux et les zones rolandiennes. Sclérose des voies pyramidales surtout marquée dans la capsule interne et à droite. Sclérose des faisceaux de von Flechsig, de Gowers, de Goll et de la bandelette de Lissauer. Chromatolyse périphérique des cellules des cornes antérieures de la moelle lombaire. Dégénérescence et atrophie des fibres des racines antérieures de cette région. Chromatolyse périphérique de quelques cellules des ganglions intervertébraux, lombo-sacrés, atrophiés, et disparition de la gaine myélinique dans quelques fibres des racines postérieures venant de ces ganglions. En somme, les lésions indiquent une altération profonde des éléments atteints et une faible vitalité de l'ensemble du système cérébro-spinal. La démence précoce a évolué en deux ans.

II. — *Les infantilismes. Étude nosographique et clinique*; par le Dr Sante de Sanctis (n° 1). — Très importante étude des infantilismes que le distingué professeur a faite avec un soin extrême. Il y a des infantilismes normaux physiologiques:

©BIUM

celui des femmes, celui de certaines races (négritos) ; il en est même de partiels, sous ou sus-ombilical. Les principaux types pathologiques sont : l'infantilisme par dystrophie du type Lorrain, celui qui est dû à l'hypoplasie des vaisseaux chez les chlorotiques (Virchow), celui des mitraux ou des cirrhotiques. D'autres formes sont les infantilismes par tuberculose, par hérédo-syphilis, celui des descendants d'alcooliques, celui des pellagreux, des adénoïdiens. Sante de Sanctis insiste particulièrement sur le type Lasègue-Lorrain du « gringalet » et surtout sur celui bien plus intéressant du myxœdémateux de Güll et Charcot dont il reconnaît trois variétés : l'idiotie myxœdémateuse, l'infantilisme myxœdémateux type Brissaud, l'infantilisme myxœdémateux fruste type Thibierge ; tantôt l'intelligence est normale et le myxœdème est accentué ; tantôt, au contraire, l'intelligence est gravement atteinte et les caractères myxœdémateux peu accentués. Parfois, l'insuffisance thyroïdiennne prédomine sur le squelette (nanisme), tantôt sur la sphère génitale. Au point de vue mental, les myxœdémateux sont : 1° des idiots, 2° des imbéciles, 3° des vésaniques. L'idiotie ne paraît pas uniquement due à des lésions de la thyroïde ; les lésions parathyroïdiennes semblent jouer un rôle surtout dans les formes qui s'accompagnent de tétanie ou d'éclampsie infantile (myxœdème parathyroïdien de Brissaud) ; tantôt, au contraire, des glandes paraissent suppléer la thyroïde altérée (Gley). Quel est le rôle des thyroïdes accessoires? Il est encore inconnu. Pour Tamburini et Lambranzi, il y aurait des relations entre le système génital et les divers systèmes thyroïdiens ; les infantiles auraient la plupart des sécrétions internes troublées, les troubles thyroïdiens retentiraient sur la menstruation ; dans l'acromégalie, on trouve des lésions thyroïdiennes. Chez les castrats et les vieillards il y aurait hypertrophie des thyroïdes. Mais n'est-ce point simplement une solidarité fonctionnelle ? Quoi qu'il en soit, l'infantilisme est avant tout caractérisé par une structure et un développement physique généralement inférieurs à ceux qui correspondent normalement à l'âge du sujet, par un développement retardé ou incomplet des organes sexuels et de leurs fonctions, par un degré inférieur d'intelligence accompagné d'une mentalité enfantine. L'infantilisme est facile à reconnaître chez le rachitique, l'achondroplasique (micromyélie de Kassowitz). Dans la dysostose cléido-cranienne héréditaire de P. Marie et Sainton, le tronc est trop long pour les membres courts, musculeux et

©BIUM

recourbés ; de même la main trapue, les doigts courts et en « trident » du crétin, l'idiot mongoloïde, le géant infantile, l'ennuque infantile (spado des Romains), l'idiot du type Aztèque, sont faciles à reconnaître. Il était bon que les innombrables travaux qu'ont suscité depuis une trentaine d'années ces différentes formes aient pu être résumés dans un travail d'ensemble aussi remarquable que celui du professeur S. de Sanctis.

III. — *Le pouvoir réducteur des urines chez les déments précoces* ; par le Dr d'Ormea (n° 1). — Chez ces malades, le pouvoir réducteur des urines est fortement abaissé ainsi que la quantité d'urine émise dans vingt-quatre heures, tant au point de vue du chiffre absolu qu'à celui du rapport entre ce nombre et le poids du corps. La quantité d'urée est abaissée également (d'Ormea et Maggiotto). Il y a donc chez les déments précoces un ralentissement des processus organiques d'oxydation, tandis que l'assimilation s'accomplit chez eux d'une façon plus complète que chez les sujets normaux, le catabolisme est plus accentué que les processus anaboliques et les oxydations. Cette interprétation est confirmée dans tous les cas dans lesquels l'obésité se retrouve, et cela est fréquent, l'obésité ne pouvant se produire que grâce à un ralentissement des oxydations organiques, joint à un manque d'assimilation des aliments et à une augmentation de la désintégration cellulaire.

IV. — *Sur la dégénération et la régénération à la suite de la section de fibres nerveuses périphériques* ; par le Dr Besta (n° 1). — C'est dans le moignon central que se passent les phénomènes ; là, prolifèrent les cellules de Schwann qui forment de nombreuses chaînes cellulaires qui modifient peu à peu leur forme et finissent par s'unir avec les stries périphériques formées après la destruction des fibres nerveuses.

C'est ainsi que se reforment les fibres, les parties périphériques étant en quelque sorte passives dans ce travail de régénération ; c'est le trophisme central qui a le rôle directeur et actif. Au bout de six mois environ, la régénération est complète. En somme, les recherches de Besta confirment en les précisant les vieilles idées de Waller. Mais sa technique que nous ne pouvons résumer ici donne des figures d'une netteté extrême et, selon lui, *mutatis mutandis*, jettent un jour intéressant sur le rapprochement que l'on doit faire entre la régénération et le développement embryonnaire de la cellule nerveuse.

V. — *Sur un cas d'amyélie expérimentale. Contribution à*

l'étude des nerfs périphériques ; par le Dr Ceni (n° 1). — Il s'agit d'un embryon de poulet atteint d'anencéphalie totale ; le tube médullaire est exclusivement représenté chez lui par deux ébauches ayant la forme de cavités allongées et assez dilatées, placées l'une à l'extrémité céphalique, l'autre à l'extrémité caudale. Ces cavités sont dues à un processus hydromyélique primitif et limitées par quelques strates cellulaires qui toutes correspondent à l'état le plus primitif des neuroblastes et dont beaucoup sont dans un état avancé de désagrégation. On n'aperçoit ni trace de racines antérieures, ni nerfs moteurs. Au contraire, à diverses hauteurs sur la ligne médiane postérieure, on constate des racines spinales postérieures et des nerfs sensitifs. Ces trois éléments se trouvent à l'état normal de différenciation qui correspond à ce stade embryonnaire et ont entre eux un rapport intime et direct, mais ne présentent au contraire aucun rapport avec le reste des tubes médullaires. Les racines postérieures apparaissent constituées par la fusion de neurofibrilles provenant du pôle central de plusieurs éléments cellulaires du ganglion spinal correspondant. Les nerfs sensitifs périphériques apparaissent, au contraire, comme formés par la fusion de neurofibrilles qui partent du pôle périphérique de plusieurs éléments cellulaires du ganglion correspondant. Dans les points dans lesquels il n'y a point d'éléments cellulaires des ganglions spinaux en état de différenciation normale, manque aussi toute trace soit de racines postérieures, soit de nerfs périphériques sensitifs.

VI. — *Sur quelques variétés de démence précoce* ; par le Dr Sante de Sanctis, (n° 1) — Le concept de Kraepelin est adopté par la majeure partie des auteurs en Allemagne et en Italie ; en Angleterre et en France il n'y a pas la même unanimité. Christian, Seglas, Parant, Marandon de Montyel, Régis Conolly, Mounan rejettent en tout ou en partie les idées du professeur de Munich. La démence précoce simple a été décrite d'une façon très complète dans la thèse de G. Monod, la forme hallucinatoire a été la source de bien des débats. Schüle admet une imbécillité hébéphrénique. Pour Morel, la démence n'est que le dernier terme d'une évolution fœtale dont l'adolescent a apporté le germe en naissant. Pour Toulouse, les démences précoces de la puberté sont les idioties d'individus congénitalement prédestinés que S. de Sanctis désigne sous le nom de phrénasthéniques progressifs. Il y a en effet, une démence très précoce que beaucoup ont confondu avec l'idiotie

©BIUM

qui apparaît avant la puberté chez des sujets tarés. La forme paranoïde de la démence précoce débute de la trentième à la quarante-cinquième année et laisse derrière elle un affaiblissement définitif de l'intelligence. Marandon de Montyel objecte avec raison, à notre avis, que qualifier de démence une forme curable n'est pas très heureux.

Il est certain qu'il existe des formes démentielles qui se développent vers l'âge de la puberté, et qui sont caractérisées par de l'étrangeté du caractère, des caprices, de l'apathie, de la dépression, du négativisme et parfois même de la catatonie. Ces formes, qui débutent vers l'âge de dix à douze ans et qui parfois peuvent guérir, correspondent aux formes hébéphrénique et catatonique de Kraepelin, à l'état de régression idéative de Kahlbaum, elles sont dues au surmenage, à l'émotion. Plus rarement on observe des cas de démence très précoce débutant dans le jeune âge. Ces formes sont encore peu connues, mais il est probable que certains troubles catatoniques des idiots relèvent de ces formes arrivées à leur entier développement. Pour S. de Sanctis, les formes curables des psychoses de l'enfance et de l'adolescence ressortissent plutôt à la démence précoce qu'à la phrénasthénie. Doit-on admettre autrement que sous bénéfice d'inventaire des démences précoces retardées apparaissant de quarante à cinquante ans avec des stéréotypies, du négativisme, du délire absurde, des hallucinations? Le diagnostic semble en être bien difficile et les exemples rares. Souvent la démence précoce est précédée d'une période prodromique qui remonte aux premiers âges de la vie ; d'ailleurs jamais pour de Sanctis, et je partage entièrement son opinion, la démence précoce ne se développe chez un sujet dont les antécédents sont « vierges »; il y a généralement chez les ascendants de ces sujets des bizarreries de caractère, du bigotisme, de l'irritabilité, de l'absence de sens moral ou de la faiblesse intellectuelle.

Nous rappellerons avec l'auteur romain, que depuis quelques temps, divers auteurs ont décrit l'anatomie pathologique de la démence précoce.

VII. — *Considérations sur un cas de tumeur comprenant la moitié droite du pont de Varole diagnostiquée pendant la vie. Contribution à l'étude du syndrome de Millard-Gubler, de la kératite neuro-paralytique et de l'Unterschenkel Phänomen d'Oppenheim*; par le Dr Gino Volpi Ghirardini (n° 1). — Une femme de cinquante ans entra à l'asile le 8 avril 1905 et mourut le 1er mai d'une dilatation anévrismale du tronc basi-

laire et de compression probable de la protubérance; une endo-artérite de quelque artériole du pont était probablement la cause d'un ramollissement local d'une partie de cet organe. On avait, en effet, constaté sur la malade le syndrome de Gubler-Millard, le signe de Babinski et l'Unterschenkel Phænomen d'Oppenheim; la surdité paraissait s'expliquer par la contiguité anatomique des centres de la 7e et de la 8e paire. Les troubles vertigineux semblaient confirmer cette hypothèse que pouvait aussi expliquer les rapports du pont et du cervelet; mais rien ne permettait d'étayer la supposition de lésions cérébelleuses. Les lésions de la cornée droite paraissaient dues à une compression du trijumeau vers son origine apparente, d'autant plus que de violentes douleurs s'irradiaient le long de ce nerf. L'autopsie révéla une tumeur ronde du volume d'un œuf de poule, bien délimitée, énucléable, située en face de l'angle ponto-cérébelleux droit, comprimant la moitié droite du pont, qui était écrasée. Cette tumeur s'étendait jusqu'à l'origine du trijumeau droit, recouvrait le lobule du pneumogastrique et comprenait les centres des 7e, 8e, 9e et 10e paires du côté droit, dans son intérieur. Elle était de consistance dure, gris jaunâtre, avec des parties plus foncées à la surface des coupes; c'est un nouvel exemple, et on sait combien ils sont fréquents, qui montre qu'il faut examiner complètement tous les malades entrant dans les asiles aussi bien que partout ailleurs. Le certificat médical d'entrée la déclarait simplement démente; l'autopsie révéla, comme dans les cas cités par Tonnini, une tumeur cérébrale s'accompagnant à la fois de troubles psychiques et de troubles somatiques. Comment interpréter anatomiquement les idées de suicide présentées par ce sujet?

VIII. — *Sur le cycle biologique des penicillium verts dans ses rapports avec l'endémie pellagreuse* (3e note); par le Dr Ceni (n° 1). — De l'ensemble de ses longs travaux sur les penicillium et leurs rapports avec la pellagre, l'auteur se croit autorisé à conclure qu'il lui semble bien établi que toutes les variétés du penicillium sont pathogènes, qu'elles peuvent traverser des périodes plus ou moins longues d'activité toxicogènes, de même que pendant des périodes plus ou moins longues, elles paraissent absolument ou presque absolument privées de toute propriété d'élaborer des toxines pendant certaines périodes de l'année. Pendant les périodes d'activité toxicogène, dont la durée n'est pas encore déterminée, les hyphomycètes peuvent produire alternativement des principes

©BIUM

toxiques de nature excitante et convulsivante et des principes toxiques de nature déprimante et paralysante. Les périodes d'activité toxigène des penicillium sont caractérisées par une alternative de phases d'activité maxima et minima qui sont en rapport avec les saisons de l'année. Sous le climat de l'Italie, c'est au printemps et à l'automne que ces champignons ont généralement leur maximum de toxicité, et pendant l'hiver et les mois les plus chauds de l'été leur minimum; ils peuvent même à ces époques devenir inoffensifs. Ces phases d'activité toxique maxima et minima sont en rapport avec les saisons de l'année et s'accompagnent souvent de modifications notables des principaux caractères de ces végétaux, spécialement de leurs couleurs typiques, de leur feutrage et de l'aspect de leur culture.

IX. — *Contribution à l'étude de la structure des cellules nerveuses. Note préliminaire*; par le frère Dr A. Gemelli, de l'ordre des Dominicains (n° 1). — L'auteur a étudié sur Lumbricus agrestis, Nereïs regia, Serpula contortuplicata et arenicola. Il immergeait les pièces pendant une demi-heure dans un mélange osmio-bichromique à 1 p. 100, puis les lavait, les traitait par le nitrate d'argent pendant quarante-huit, cinquante-six, soixante-cinq ou soixante-douze heures, puis les laissait dans une solution osmio-bichromique acidifiée à l'acide chromique pendant plusieurs mois. L'auteur étudia les ganglions pharyngiens supérieurs de Serpula contortuplicata, les ganglions œsophagiens supérieurs de Nereïs regia et les ganglions abdominaux de Lumbricus agricolis. Il mit en relief par sa méthode des prolongements nerveux, pénétrant dans l'intérieur des corps cellulaires par des fibrilles tenues fortement réfringentes se colorant en noir par l'argent réduit. Ces fibrilles sont lisses, régulières, uniformes lors de leur pénétration dans le corps cellulaire, puis s'y divisent en deux, trois, quatre ramuscules qui s'anastomosent entre eux, décrivent des gyrus et constituent un complexus réticulaire très serré de très faible épaisseur. Les méthodes de von Bethe et de Donaggio donnent chez les mammifères des résultats anologues, mais non celles de Golgi et de Retzius. Il y a donc chez les vers un appareil endo-cellulaire réticulaire formé par des fibrilles provenant d'un cylindraxe s'anastomosant plusieurs fois avec lui-même.

X. — *La pression sanguine dans les maladies mentales. La pression sanguine chez les déments précoces*; par les Drs Lugiato et Ohanessian (n° 1). — La pression sanguine du-

rant la période initiale de la démence précoce est, en général, de beaucoup inférieure à la normale. Cette diminution de pression est due pour les auteurs à un développement insuffisant du système cardio-vasculaire et à l'hypotonie du muscle cardiaque. En effet, Roubinovitch et Phulpin ont rencontre fréquemment des bruits extra-cardiaques et même de l'insuffisance mitrale. Cette constatation d'hypotension est confirmée par les recherches de d'Orméa et Maggiotto sur les échanges matériels des déments précoces, chez lesquels les urines sont diminuées de quantité et d'une faible densité. La pression artérielle est en général plus élevée dans l'après-midi que dans la matinée. Il n'y a pas une grande différence entre les pressions constatées à droite et à gauche, celle du côté droit ne dépasse que de 1 à 6 millimètres de Hg celle du côté gauche. Les courbes fournies par les deux côtés coïncident presque parfaitement entre elles. Les oscillations chez un même sujet peuvent varier de 20 à 25 millimètres d'un jour à l'autre; dans une même journée, ces oscillations ne dépassent guère 20 millimètres de Hg. La fréquence du pouls et de la respiration se maintient dans les limites physiologiques et ne subissent pas de grandes oscillations. Il n'existe aucun rapport constant entre les oscillations de la pression sanguine et celle de la fréquence du pouls; ces deux phénomènes sont complètement indépendants l'un de l'autre.

XI. — *Les modifications qualitatives et quantitatives des cellules éosinophiles dans le sang des épileptiques*; par les Drs A. Morselli et A. Pastore (n° 1). — Pendant la période interaccessuale, il existe dans le sang des épileptiques une hyperéosinophilie plus ou moins marquée; ce grand nombre d'éosinophiles se trouve chez les deux tiers des malades et indique indubitablement une réaction de l'organisme à la toxine circulante. Les modifications que ces éléments présentent eu égard à leur nombre sont les indices de variations correspondant au degré de concentration des toxines. Plus ils sont nombreux, moins les toxines sont actives. Il existe une série d'altérations des éosinophiles de caractère pathologique, mais qui n'est pas en rapport constant et évident avec la quantité des substances toxiques circulant dans le sang. Les altérations se présentent non seulement dans le protoplasma, mais aussi dans le noyau et doivent être regardées comme des processus de nécrobiose. Les éosinophiles se comportent d'une manière caractéristique avant, pendant et après l'accès. Le pourcentage

©BIUM

diminue progressivement dans les trois jours qui précèdent l'accès. Pendant l'accès, ils atteignent un chiffre très bas, il y a hypoéosinophilie, non seulement relativement à l'hyperéosinophilie spéciale des épileptiques dans la période de repos, mais même absolument. On peut quelquefois montrer un rapport entre l'intensité de l'accès et la diminution des acidophiles, en observant les diverses attaques d'un même malade. Après l'accès, les éosinophiles augmentent d'une manière progressive. L'augmentation survient dans les 10 heures qui suivent l'attaque, elle peut atteindre son maximum dès cette dixième heure, comme elle peut ne le présenter qu'après un temps assez long, en moyenne trois jours. La rareté ou l'abondance des éosinophiles est due probablement pour un peu à un processus de cytolyse, en majeure partie à une action chimico-toxique des toxines circulantes. Cette influence est négative avant et pendant l'accès, à cause de leur grande concentration, et positive après l'accès et pendant la crise, à cause de leur moindre quantité.

XII. — *Sur la polynévrite inflammatoire des nerfs craniens*; par le Dr Forli (n° 1). — Ce syndrome relève de trois groupes de causes : 1° celles que lèsent le nerf dans son trajet intraencéphalique : tumeurs intra-occipitales, hémorragies, embolies, thromboses, anévrismes, polioencéphalites aiguës, hémorragiques ou chroniques (fréquence des paralysies oculaires et optiques), tabes, sclérose en plaques ; 2° celles qui agissent sur le nerf *a contiguo* : tumeurs de la base du crâne, hydrocéphalies chroniques, anévrismes, hémorragies des vaisseaux de la base, méningites aiguës et chroniques de la base, carie des os de la base ; 3° celles qui proviennent d'altérations des nerfs eux-mêmes : névrites néoplasiques de Darthcheinwitch et Klinow, névrites syphilitiques, béribéri et même paralysies diphthériques, inflammations dites *a frigore*. Ces dernières sont facilement en relation avec les névroses (Neumann et Charcot), les lésions de l'oreille (Gellé et Launois) ; elles sont certainement infectieuses, bien que le refroidissement joue dans leur étiologie une influence certaine (Mœbius). Romberg a décrit en 1851 une diplégie faciale paralytique. Certains auteurs (Mœbius, Hoffmann, etc.) ont décrit des associations paralytiques portant sur deux troncs nerveux différents du même côté. L'auteur rapporte l'observation curieuse d'un homme de quarante-huit ans, manœuvre sur les chemins de fer, qui fut atteint de malaise, de fièvre, d'irido-parésie droite, de phéno-

©BIUM

mènes paralytiques dans les 6, 7 et 12e paires, dans le nerf masticateur droit. On constatait à la pression, de la douleur le long des trajets des différentes branches du trijumeau droit, de l'hypoesthésie et de l'hypoalgésie, dans la zone de distribution de ce dernier nerf. Ce malade, qui n'était pas un syphilitique, mais plutôt un alcoolique, d'ailleurs à un bien faible degré, fut guéri par l'aspirine assez rapidement; il avait présenté à un moment donné le signe de Remak (subluxation de la mâchoire).

XIII. — *Etude critique de 393 cas d'épilepsie*; par le Dr Ricci (nos 1 et 3). — Ces 393 cas en comprennent : 79 terminés par décès, 271 par sortie et 43 restés en traitement. L'épilepsie est fréquente à Rome et aux environs; d'après Morselli, il y aurait 40.000 épileptiques en Italie. Lombroso admet qu'un sixième de la population est atteinte de la terrible névrose dans le sens qu'il attribue à ce vocable. Ce qui explique le grand nombre d'épileptiques internés dans la capitale de l'Italie, c'est que, comme le dit Venturi, « l'évolution sociale n'augmente pas la folie, mais la met en évidence ». On la considère généralement comme héréditaire, malgré l'opinion de Lemoine et de Marie. Cette hérédité serait similaire dans 75 à 80 p. 100 des cas, surtout dans les formes caractérisées par l'absence, le petit mal, l'accès vertigineux. Les traumatismes psychiques (1/3 des cas), les maladies de l'encéphale, l'éclampsie, les traumatismes craniens, l'abus de l'alcool, la fièvre typhoïde, l'accouchement prédisposent à cette maladie. Les attaques sont fréquemment en rapport avec l'époque menstruelle. Elles débutent généralement avant vingt ans, parfois par des accès vrais dès l'âge de dix mois; exceptionnellement, elle débute plus tard jusqu'à soixante-quinze ans. Quatre fois l'épilepsie coïncidait avec la maladie de Flavani. L'admission à l'asile n'a généralement lieu que quinze à vingt ans après le début, alors que la personnalité commence à s'affaiblir. Généralement, le petit mal précède les périodes d'attaque, mais ce n'est pas toujours exact; on rencontre les formes anormales plus fréquemment lorsque la maladie débute dans le jeune âge. L'épilepsie serait plus fréquente dans le sexe masculin, contrairement à l'avis des auteurs français. L'éducation et l'instruction sont peu développées, chez la moyenne des épileptiques, la criminalité est très fréquente chez eux. On rencontre chez eux des caractères dégénératifs, surtout l'asymétrie cranio-faciale; souvent l'épilepsie coïncide avec des lésions organiques ou d'autres affections nerveuses, surtout celles qui sont causées par les toxi-infections,

©BIUM

la scrofule, l'artério-sclérose, l'éclampsie, les méningo-encéphalites en apparence guéries. Les troubles psychiques sont constants dans l'épilepsie. D'après Christian, tantôt ce sont des états dépressifs, tantôt ce sont des états maniaques, des hallucinations, de la confusion mentale, l'idiotie, l'imbécillité; souvent elle se termine par la démence. L'auteur rappelle et décrit les auras sensitives, sensorielles, psychiques, vasomotrices, sécrétoires, complexes, puis l'accès lui-même; il insiste sur le signe de Bourneville. Il arrive à l'étude des états psychopathiques permanents; l'épilepsie jacksonienne ou partielle avec lésions connues, l'épilepsie post-hémiplégique consécutive à des attaques apoplectiformes, l'épilepsie procursive, rotatoire, saltatoire, circumcursive, etc., et il insiste sur l'alternance de ces formes avec les formes vulgaires. Il donne la description des attaques abortives de Binswanger. Avec Tanzi, il considère les « équivalenti protratti » qui comprennent tous les phénomènes psychologiques accessuels de longue durée, caractérisés par des troubles plus ou moins profonds de la conscience qui reste obnubilée, mais non tout à fait éteinte avec souvenirs confus et tendance aux actes impulsifs et violents. Toutes les formes psychiques peuvent exister lorsque le sujet est sous l'influence de crises. L'état crépusculaire et les formes automatiques sont particulièrement fréquents. Enfin, l'auteur étudie la démence post-épileptique. Sur les 79 cas terminés par la mort, l'auteur en a constaté 19 terminés par l'état de mal, 5 par des maladies cérébrales dont une méningite purulente consécutive à la trépanation, 35 par des lésions pulmonaires (4 fois la tuberculose, 11 par marasme, 1 par fièvre typhoïde, 4 par névrites chroniques, 3 par maladie du cœur). A l'autopsie, on n'a constaté que 34 fois des lésions du système nerveux central : tous les autres devaient être rattachés à l'épilepsie essentielle. Ces lésions cérébrales étaient l'hyperémie des méninges, leur adhérence, l'hyperémie de la substance grise, l'affaissement et la diminution des circonvolutions. Une fois, Ricci a vu de la microgyrie frontale; une autre, de l'atrophie des circonvolutions du lobe temporal supérieur; une autre fois, de l'atrophie des circonvolutions postérieures à droite, des dilatations ventriculaires, des troubles circulatoires, des adhérences; une fois, l'épendyme de la fosse rhomboïdale était tapissée de nombreuses et grosses granulations. L'examen histologique manque.

XIV. — *Recherches sur la pression sanguine, le pouls et la*

©BIUM

température des épileptiques ; par le Dr Berta (nos 1 et 3). — L'auteur a voulu rechercher : 1° si la pression sanguine, mesurée systématiquement à des heures déterminées de la journée, se comporte chez les épileptiques comme chez les normaux ; si, à une élévation de pression, correspondrait l'élévation normale ; s'il y a des oscillations journalières pareilles à celles des normaux ; 2° si l'élévation de la pression est modifiée d'une manière sensible et durable par les accès ou s'il n'y a que des variations indépendantes ; 3° si les accès convulsifs sont produits par des variations notables de la pression sanguine ; 4° si le nombre des pulsations est égal à celui des normaux ou présente des variations, s'il y a un rapport entre le nombre des pulsations et l'élévation de la pression d'un côté et les accès épileptiques de l'autre ; 5° dans quelle mesure s'observent les variations de température chez les épileptiques ; quel rapport ont-elles avec la pression ; le nombre des pulsations et les accès convulsifs? Les variations de pression n'obéissent pas à une loi et présentent de nombreuses variations de malade à malade. En prenant comme moyenne P = 125 à 140 millimètres de Hg chez les hommes et de 120 à 130 millimètres chez les femmes, elle est généralement supérieure, même de 35 ou de 40 millimètres. Besta a choisi des sujets à cœur et à vaisseaux sains. Deux jacksonniens se sont comportés comme des idiopathiques : il n'y a pas de rapport entre l'intensité de la pression et celle de la maladie, il n'y a point de rapport entre l'augmentation de la pression et l'état général du sujet observé. La courbe de la pression est, chez les épileptiques, extraordinairement irrégulière, probablement troublée par des centres vasomoteurs supérieurs. La pression sanguine n'a aucun rapport avec la courbe des accès épileptiques sauf, bien entendu, pendant l'accès lui-même, pendant lequel il y a des oscillations tumultueuses qui durent quelques minutes. Si l'accès survient pendant la période ascendante, il y a chute avec oscillations irrégulières. L'attaque est une décharge des poisons de l'organisme. Le pouls augmente beaucoup de fréquence pendant l'attaque. Cette augmentation n'a aucun rapport avec la pression, les variations n'en sont point parallèles, mais la température s'abaisse après l'accès. Ces diverses constatations appuieraient, d'après l'auteur, les théories de son maître Ceni sur les actions corticales et les actions bulbaires dans l'épilepsie.

XV. — *Contribution à l'étude des fines altérations de la fibre nerveuse, phénomènes de dégénération et de régénération*

©BIUM

dans la névrite parenchymateuse dégénérative expérimentale; par le Dr Medea (n° 1). — L'auteur, élève de Golgi, dans le laboratoire duquel il a travaillé, a pratiqué sur des chiens, des cobayes et des lapins, des injections d'éther dans le sciatique; il a étudié la dégénération et la régénération du nerf : il est porté à croire, bien qu'il ne puisse encore l'affirmer, à l'origine centrale des fibres régénérées, sans cependant pouvoir nier les rapports d'origine qui peuvent exister entre les neurofibrilles et les noyaux périphériques. Il a d'ailleurs l'intention de chercher à établir, s'il est possible, qu'il y a un rapport entre les fibres nouvelles et les vieux cylindraxes en quelques points de leur parcours, et de décrire la manière dont se compose le cylindraxe central. Des notes plus récentes de divers auteurs n'ont point encore éclairci ces points.

XVI. — *L'échange organique dans la démence précoce*; par le Dr Pighini (nos 1 et 3). — Au début, l'organisme fléchit sous l'influence d'une destruction de sa propre albumine, que l'on constate par l'augmentation de N et de S dans les urines, et quoique la graisse soit en partie perdue dans les fèces, 24 à 27 p. 100, les calories décomposées par l'organisme sont en excès ou tout au moins équivalentes à celles qu'on y introduit. Dans les périodes avancées de la maladie, l'élimination du Na par les urines est assez faible, une bonne partie de l'azote ingéré passe dans les fèces, l'albumine n'est absorbée que dans la proportion de 80 à 90 p. 100, la perte des graisses par les fèces est de 20 à 25 p. 100; 5 à 6 p. 100 des calories absorbées ne sont point utilisées par l'organisme. Il y a augmentation du S par rapport à l'Az éliminé et une augmentation des bases xanthiques en rapport avec l'énorme destruction des nucléo-protéides. Aucune altération des viscères n'explique ces anomalies des échanges; nous ne pouvons parler de troubles du chimisme dans l'état actuel de la science; nous ignorons trop complètement le rôle des sécrétions internes. La démence précoce paraît être une autointoxication des fonctions psychiques et une désassimilation protéique des tissus, le processus paraît être subaigu dans quelques cas, avec une légère augmentation de la température et probablement des périodes de rémission : c'est une désassimilation organique par manque d'absorption des parois intestinales, la graisse étant surtout perdue dans les fèces. Le pourcentage du Na de l'urine, de l'acide urique, du soufre (SO^2H^2) est diminué, ce qui élimine toute idée d'altération des processus oxydants, mais évoque celle des sucs

©BIUM

digestifs intestinaux et en particulier du suc pancréatique; il semble que ce soient des altérations fonctionnelles par complexus pathologiques nerveux, tant du système nerveux central que du sympathique, à en juger par les œdèmes, les troubles cyanotiques des extrémités, les altérations du pouls, la sialorrhée, les troubles du trophisme et de la sécrétion, puisque l'on sait que le sympathique préside aux échanges organiques. L'augmentation de l'élimination du soufre par rapport au sodium dans les urines, l'exagération des bases xanthéniques que l'on trouve aux deux phases de la maladie et qui augmente encore avec les exacerbations du mal, l'énorme destruction des nucléo-protéides et des substances soufrées qu'elles révèlent indiquent l'importance du processus autotoxique et amènent à distinguer deux périodes de la maladie : l'une est le début, l'autre la période d'état; mais toutes ces considérations ne permettent pas de dire quelle en est la cause prochaine, car il faudrait pour cela connaître l'origine de cette auto-intoxication; espèrons qu'on le saura un jour, et répétons avec l'excellent Leonardo : « La sagesse est fille de l'expérience. »

XVII. — *Effets de l'action combinée du jeûne et du froid sur les centres nerveux des mammifères adultes*; par le Dr Donaggio (n° 1). — L'auteur commence par faire l'historique des emplois de la méthode histologique à laquelle il a attaché son nom, puis celui de l'action du froid sur le système nerveux par cette méthode. Il a choisi le lapin pour expérimenter; il l'a placé dans des conditions bien déterminées et a ainsi pu étudier la structure du réticulum fibrillaire qui présente une très grande résistance (cf. le paragraphe suivant). Dans la corne antérieure de la moelle, l'aspect du réticulum est altéré, les mailles en sont resserrées et entrecoupées de grosses fibrilles uniformément colorées et absolument anhystes. Ces grosses fibrilles se trouvent localisées à la périphérie du noyau et forment des bourrelets périnucléaires. La nucléole est colorée en deux parties par la méthode de Fünk Salt, l'une bleu de ciel et l'autre violette : cette dernière est formée de masses plus ou moins volumineuses, adossées à la périphérie de la substance bleue. Dans les cellules cordonales, ces masses sont plus grosses que dans les cellules des cornes antérieures. Quelquefois, ces zones contiennent de nombreuses et très fines granulations. Dans les racines motrices du trijumeau, les noyaux bulbaires et protubérantiels, les cellules ont un aspect normal. Les lésions trouvées par l'auteur, et pour la description complète desquelles je ne puis que ren-

©BIUM

voyer à l'article original, ont une très grande ressemblance avec celles que Ramon y Cajal et Marinesco ont trouvées dans la rage et qu'ils considèrent comme caractéristiques. Quoi qu'il en soit de cette analogie qui n'est peut-être pas une similitude, il n'en est pas moins certain que dans les cas qu'il a étudiés, Donaggio a trouvé une lésion histochimique, signe manifeste d'une modification pathologique et qui montre l'influence infectivo-toxique des causes mises en jeu, c'est-à-dire, somme toute, une lésion inflammatoire. Dans les cellules de Purkinje, le réseau est réduit à de gros filaments avec épaississements fusiformes; dans les cellules du toit, il y a de très gros blocs placés à la périphérie de la cellule, de l'agglutination des fibrilles, des prolongements protoplasmiques et des vacuoles formées des zones nucléolaires.

XVIII. — *Lésions du réseau neurofibrillaire de la cellule nerveuse dans l'inanition expérimentale étudiée par la méthode de Donaggio*; par le Dr Riva (n° 1). — La première note publiée par l'auteur admettait que le réseau fibrillaire endocellulaire présentait une notable résistance à l'inanition, mais des travaux ultérieurs lui ont montré que cette résistance était plus grande encore qu'il ne le croyait et que ce n'est que lorsque le froid venait ajouter son action à celle de l'inanition que les lésions devenaient considérables; on croyait autrefois qu'entre les altérations intra-cellulaires et la formation des vacuoles il y avait un parallélisme absolu : il n'en est rien. Sous l'influence du froid seul le réseau envahi par les vacuoles est altéré, mais non dégénéré, et continue à conserver ses mailles typiques dans les parties qui ne sont pas envahies par les vacuoles. On peut donc décrire un type hivernal et un type estival de l'inanition, le dernier se caractérise seulement par de l'amaigrissement des fibrilles dues à la formation des vacuoles. Chez la sangsue, comme l'a démontré Ramon y Cajal, les phénomènes dégénératifs sont plus accusés que chez les mammifères; il faudrait donc étudier à ce point de vue des animaux des diverses classes.

Dr L. Wahl.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Précis des maladies mentales; par le Dr A. Rémond (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine, chargé de cours à la Faculté de droit de Toulouse, 2e édition, 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque des Précis de médecine*. Paris, de Rudeval, 1909.

Le temps n'est pas loin où le nombre des ouvrages didactiques de médecine mentale était des plus restreints. Depuis quelques années nous assistons à une véritable floraison de manuels et de précis, sans oublier le traité copieux de M. Gilbert Ballet; de cela il ne faut pas se plaindre; une telle floraison, même si elle n'était pas le signe d'une renaissance et d'une extension nouvelle des études de psychiatrie, serait faite pour maintenir le bon renom scientifique de la France, terre natale de la médecine des aliénés. La médecine mentale finit ainsi par prendre peu à peu sa place dans l'enseignement officiel de nos universités, tant il est vrai que tout arrive, et il ne faut pas désespérer de voir arriver le moment où toutes nos facultés posséderont pour la spécialité une véritable chaire, une chaire magistrale.

La Faculté de médecine de Toulouse, bien que la dernière venue, est loin cependant d'avoir été la dernière à créer cet enseignement, et la façon dont il y a été créé et compris mérite que nous nous y arrêtions un moment. L'existence à la Faculté de médecine de Toulouse pendant cinq ans, de 1893 à 1898, d'un professeur de clinique des maladies mentales sans service et sans chaire n'est pas le fait le moins curieux de cette histoire; mais il y avait à cette situation plusieurs raisons dont la plus importante était l'éloignement de l'asile départemental situé à quatre kilomètres de la ville. Il était donc nécessaire de trouver le moyen, et, tout en respectant la loi, d'organiser un service avec de véritables aliénés. Ce moyen fut fourni par l'article 24 de la loi du 30 juin 1838 (et l'on dit que cette loi est mauvaise!) : « Les hospices ou hôpitaux civils seront tenus

©BIUM

« de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront « adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles « soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les rece- « voir... » Dans une portion facile à isoler de l'ancien quartier d'hospice de La Grave, on réserva deux ailes où fut installé un service mixte de vingt-sept lits avec chambres d'isolement, salle de cours, laboratoire, jardins. Il fut convenu que tous les aliénés provenant de la commune de Toulouse seraient soumis dans ce service à une observation préalable d'une durée maxima de vingt jours une fois renouvelable, et que pendant la même durée de temps des placements volontaires pourraient y être faits. Cette organisation très ingénieuse et somme toute très simple présente donc de nombreux points communs avec l'infirmerie spéciale du Dépôt à Paris et surtout avec certaines cliniques allemandes.

Ainsi donc, après bien des tâtonnements, le service s'ouvrit officiellement le 1er novembre 1898 ; il ne manquait plus que des malades. Je n'oublierai jamais que pendant deux jours M. le professeur Rémond, son chef de clinique et moi-même qui eus l'honneur d'être son premier interne, entourés de quatre infirmiers et infirmières et d'une surveillante, nous attendîmes avec angoisse notre premier client. Le deuxième soir de notre grande détresse, un service de clinique de l'Hôtel-Dieu voulut bien alors nous céder, pour orner nos salles, un vieux paralytique général dément; pendant deux jours encore il fut l'objet exclusif de nos soins; enfin, le 4 novembre, à dix heures du soir, un alcoolique délirant nous était conduit par la police; le service fonctionnait définitivement; il a aujourd'hui plus de dix ans d'existence et il a vu passer plus de 1.200 malades.

M. le professeur Rémond a jugé bon de résumer, dès 1903, son enseignement dans un *Précis des maladies mentales* dont il nous offre aujourd'hui la seconde édition.

Ce qui faisait l'intérêt de l'édition de 1903 de ce livre était une classification nouvelle, dont il me serait difficile de faire la critique, à cause de la part que je pris à son élaboration. Un point de cette classification était choquant et mauvais. Je ne commets aucune indiscrétion en le disant aujourd'hui, parce que j'étais le seul coupable. M. le professeur Rémond et moi avions été séduits par une analogie toute théorique, et depuis longtemps un article de la *Gazette des hôpitaux* où nous avions publié cette première classification nous pesait. Le temps a permis de modifier ce qu'il y avait là de choquant et de mauvais; il a

©BIUM

suffi pour cela de faire rentrer dans un chapitre, duquel elle n'aurait jamais dû être extraite, une affection que son allure prétendue spéciale nous avait fait estimer qu'il fallait classer à part.

Malgré ce qu'elle peut encore avoir de particulier cette classification respecte cependant les vieux types cliniques français ; malgré la tournure générale de son esprit, malgré ses origines et malgré sa connaissance parfaite de la langue et de la bibliographie allemandes, M. le professeur Rémond ne s'est, en effet, pas laissé éblouir par toutes les brillantes conceptions de l'École de Heidelberg, auxquelles, dans notre pays, on a un peu trop sacrifié toutes les vieilles et solides acquisitions de notre école française. Son esprit critique et son bon sens lui ont permis de se rendre compte que beaucoup des assertions de l'école de Kraepelin ne devaient être acceptées que sous bénéfice d'inventaire, et il ne s'est décidé à briser notre ancien cadre nosologique que lorsqu'il lui est apparu comme évident qu'il devait être brisé.

C'est ainsi que s'il conserve à la mélancolie une place dont l'importance ne saurait être discutée, il n'hésite pas au contraire à faire de la manie une simple forme d'attente qui s'appauvrit tous les jours et dont la disparition est prochaine ; en revanche, il fait de sages réserves sur la psychose maniaco-dépressive et s'en tient jusqu'à plus ample informé à la conception française si claire des folies à double forme.

Une place importante est naturellement réservée aux délires par infection et par intoxication, types aujourd'hui parfaits des psychoses à substratum chimico-anatomique et dont l'étude de la démence précoce accroît tous les jours l'importance. L'intérêt clinique des délires par infection et par intoxication n'est cependant pas moins grand que leur intérêt anatomo-pathologique, puisque ces délires permettent d'étudier la genèse des troubles mentaux dans ce qu'ils ont de plus général, grâce aux liens solides qui réunissent le rêve, le cauchemar, le délire des pyrexies et le délire par auto-intoxication. La confusion mentale acquiert ainsi aujourd'hui une importance énorme en pathologie mentale puisqu'elle rattache la médecine mentale à la médecine générale dont elle n'aurait jamais dû être détachée.

Un autre lien est constitué par la folie des névroses constitutionnelles qui souvent par ses formes les plus atténuées place les malades dans cette marche assez large qui sépare les individus sains d'esprit des aliénés. Ce chapitre englobe toute une

©BIUM

série de malades dont le placement dans un cadre morbide bien défini n'est pas toujours facile mais qui n'en sont pas moins et pour toujours des individus tarés; certains malgré leurs tares peuvent continuer pendant longtemps et souvent jusqu'à la fin à vivre dans la société; mais il en est beaucoup d'autres qui, en raison de leur situation sociale ou de l'intensité des phénomènes qu'ils présentent, deviennent au contraire à brève échéance des malades d'asile. Mais les uns et les autres intéressent l'aliéniste pour qui l'exercice de la profession ne doit pas se résumer exclusivement, comme on le croit trop, dans la pratique manicomiale, mais qui doit ou qui devrait jouer un rôle non moins important dans le traitement des malades dans leur milieu, soit avant l'éclosion, soit pendant la marche des phénomènes délirants.

Comme les névrosés, les dégénérés, les *incomplets*, qui sont leurs plus proches parents, sont des malades qui peuvent faire et qui font souvent illusion et qui sont cependant des aliénés, bien que pas toujours délirants. Ce n'est que quelquefois, en effet, que sur un état mental permanent se développent chez les dégénérés des syndromes de nature et d'allure variables qui peuvent être soit l'une des formes classiques aujourd'hui bien délimitées, soit l'une des formes particulières de la folie des dégénérés : délires polymorphes, délire systématisé des héréditaires, délire chronique à évolution systématique.

M. Remond, ne croit pas, en effet, devoir dissocier le délire chronique de la folie des dégénérés. Entre le délire chronique et le délire systématisé des héréditaires, « il existe une infinité « de degrés dans lesquels la constitution mentale du sujet est de « plus en plus affectée et la débilité de plus en plus grande ». La systématisation dépend, en effet, beaucoup moins de la maladie que du malade lui-même, et « plus l'hérédité monte, « plus la systématisation baisse ». M. Rémond fait au surplus remarquer la rareté véritablement extraordinaire et de plus en plus grande du délire chronique tel qu'il a été schématisé par M. Magnan et le manque de données précises sur une maladie que sa longue évolution ne permet généralement pas à l'observateur de suivre pendant toute une vie.

Ce sont là les points les plus intéressants à signaler du *Précis des maladies mentales* de M. le professeur Rémond; ajoutons que la description de chaque affection et de chaque forme mentale est appuyée d'une observation détaillée et personnelle.

©BIUM

La fin de l'ouvrage, qui constitue presque une deuxième partie, est consacrée à la législation, à l'administration et à la médecine légale. La loi de 1838 et l'ordonnance de 1839 sont commentées et critiquées ; quelques notions générales d'administration pourront rendre service à ceux qui, dans notre pays, quelquefois trop économe, ne se désintéressent pas de cette partie si importante de l'assistance des aliénés.

Enfin, M. Rémond, se souvenant que, même avant d'être chargé de cours à la Faculté de droit, il a été le traducteur averti et l'éditeur de la Médecine légale des aliénés de Krafft-Ebing, a eu l'heureuse inspiration de joindre au chapitre de médecine légale, qui ne traite ordinairement que de l'aliéné devant le Code pénal, un paragraphe sur la capacité civile : interdiction, mariage, divorce, testament.

Comme nous le disions au début, les ouvrages didactiques de médecine mentale ne manquent plus aujourd'hui dans notre pays ; l'étudiant, le praticien n'ont que l'embarras du choix ; cet embarras est d'autant plus grand que tous ces livres sont bons. Mais que l'on me permette de dire ici que le Précis de M. le professeur Rémond est parmi ceux-là l'un de ceux que l'on doit le plus vivement recommander à cause de deux qualités précieuses qu'il possède : il est clinique et essentiellement personnel ; c'est donc un guide excellent, facile à lire, illustré, sous forme d'observations, d'exemples qui aident à comprendre ; puis, malgré qu'il soit personnel, il est toujours classique. C'est un bon livre.

LUCIEN LAGRIFFE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A. ALBERTI et E. PADOVANI. I riflessi vascolari nei normali e negli alienati. 21 pages in-8°. Extrait des *Note e riviste di psichiatria*, 1908.

MAX FISCHER. Jahresbericht der grossherzoglich badischen Heil-und Pflegeanstalt bei Wiesloch für das Jahr 1907. 44 pages in-8°. Carlsruhe, Macklot, 1908.

ERNEST DUPRÉ. Conférences cliniques de psychiatrie médico-légale. Revue policlinique des psychoses hallucinatoires chroniques. 21 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, 1907.

ERNEST DUPRÉ et RENÉ CHARPENTIER. Des psycho-poly-

©BIUM

névrites chroniques. 8 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, 1908.

Ernest Dupré et Paul Camus. Les cénesthopathies. 16 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, 1908.

Jean Lépine. Pathogénie des états neurasthéniques. Rapport présenté au X^e^ Congrès français de médecine (Genève, septembre 1908). 35 pages in-8°. Genève, Imprimerie Albert Kündig, 1908.

The eighty-first annual report of James Murray's royal asylum, Perth. 54 pages in-8°. Perth, J. Young and Sons, 1908.

Ladame. Des Sociétés suisses de secours aux aliénés. 14 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du II^e^ Congrès international de l'assistance des aliénés* (Milan, septembre 1906), Bologne, 1907.

Max Kauffmann. Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. Zweiter Teil : Die Epilepsie. 199 pages in-8° avec 6 planches. Iena, Gustav Fischer, 1908.

Luigi Mongeri. Principii di psicopatologia legale per gli studenti di medicina e legge, medici pratici e giuristi. 1 vol. in-18 (421 pages) des *Manuali Hœpli*. Milan, Ulrico Hœpli, 1908.

Raecke. Grundriss der psychiatrischen Diagnostik nebst einem Anhang enthaltend die für den Psychiaten wichtigsten Gesetzesbestimmungen und eine Uebersicht der gebräulichgten Schlafmittel. 1 vol. in-8° cart. de 146 pages avec 11 figures dans le texte. Berlin, August Hirschwald, 1908.

Charles Ladame. Le rôle du travail dans le traitement des maladies mentales. Conférence faite à la III^e^ assemblée générale de la Société génevoise de Patronages des aliénés. 15 pages in-8°. Genève, 1908.

— L'association des idées et son utilisation comme méthode d'examen dans les maladies mentales. 16 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, août 1908.

Max Dubuisson. Rapport sur l'asile public d'aliénés de la Haute-Garonne en 1907. 92 pages in-8°. Toulouse, 1908.

G. Boschi. Ricerche sui centri nervosi di un embrione umano di due mesi. 16 pages in-8° Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1908.

Andrea Cristiani. L'abolizione dell'uso del tabacco per gli alienati nel manicomio di Lucca. 8 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1908.

T. Cortesi. Un caso di afasia totale per lesione sottocorticale della zona di Broca e della zona di Wernicke. 15 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1908.

©BIUM

VARIÉTÉS

Nominations et Promotions.

Arrêtés de mars 1909 : M, le Dr Jacquin, médecin-adjoint de l'asile de Château Picon (Gironde), est nommé médecin en chef de l'asile de Montpellier (poste créé) ;

M. le Dr Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois, est nommé médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton (poste créé) et maintenu dans le cadre des médecins-adjoints des asiles d'aliénés ;

MM. les Drs Levet, directeur de l'asile de la Charité (Nièvre) ; Baruk, directeur médecin de l'asile d'Alençon (Orne), et Santenoise, médecin en chef de l'asile de Saint-Ylie (Jura), sont promus à la 2e classe de leur grade (6.000 fr.) ;

M. le Dr Privat de Fortunié, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs) ;

M. le Dr Robert, médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon (Gironde) ;

M. le Dr Camus, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1909), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

M. le Dr Perrens, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1909), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure) ;

M. le Dr Froissard, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1909), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Piémontré (Aisne) ;

M. le Dr Cotard, déclaré admissible au concours d'adjuvat (février 1909), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon (Côte-d'Or) ;

M. le Dr Albès, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Montpellier (poste créé) ;

M. le Dr Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 francs) ;

©BIUM

M. le Dr Alombert-Goget, médecin en chef de l'asile de Marseille, est promu à la 2e classe de son grade (6.000 francs);

M. le Dr Privat de Fortunié, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Nécrologie.

Dr A. Motet. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le Dr Motet, décédé le 11 mars 1909, dans sa soixante-dix-septième année.

Né à La Flèche le 7 septembre 1832, Auguste Motet, après de solides études classiques, était venu à Paris pour y suivre le cours de la Faculté de médecine. Il concourut à l'internat des hôpitaux et fut nommé dans les premiers internes provisoires. Il ne persévéra pas dans la carrière des concours, où certes il n'aurait pas manqué de réussir, grâce à la netteté de son esprit, à ses connaissances étendues et sa faculté remarquable d'élocution.

Comme il arrive souvent, le hasard d'une circonstance devait donner à son existence une orientation autre. Le Dr Archambault, qui dirigeait la maison de santé de la rue de Charonne fondée par Belhomme et à qui il avait été recommandé, l'accueillit paternellement et lui proposa une place d'interne en médecine dans son établissement. Motet accepta avec joie; il ne devait plus quitter cette maison hospitalière où il devint successivement médecin résident, co-directeur avec Mesnet, enfin seul directeur. C'est dans cette existence au milieu des malades, dans ce contact constant avec eux, que notre ami regretté acquit cette connaissance approfondie des maladies mentales que nous lui reconnaissions tous; ajoutez à ce savoir étendu un sens clinique des plus fins, un jugement des plus sûrs, ainsi que de rares facultés d'expression, et l'on ne s'étonnera pas que Motet soit devenu un des aliénistes les plus distingués et les plus écoutés de ce dernier quart de siècle.

Sa thèse de doctorat, qu'il soutint en 1859, avait pour titre : « Les effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe ». Ce travail inaugural lui fait le plus grand honneur : on y trouve décrits, dans une forme saisissante, les phénomènes qui marquent les phases diverses de l'intoxication. En insistant tout particulièrement sur l'extension chaque jour croissante — et qui depuis n'a fait que s'accroître encore — de la consommation de cette liqueur de mort, le jeune docteur insiste surtout sur un des symptômes les plus graves que produit l'absorption de l'essence d'absinthe, c'est-à-dire sur les

©BIUM

phénomènes convulsifs. Ce que Motet avait ainsi fait ressortir grâce à son sens clinique très aiguisé, M. Magnan devait quelques années plus tard en donner la preuve expérimentale.

Motet fut, peu après, nommé médecin de la Petite Roquette. Cette fonction qu'il remplit avec zèle et dévouement, lui donna l'occasion d'étudier toute une classe de petits dégénérés, vicieux et criminels, dont le nombre s'est grandement accru depuis lors par suite de l'alcoolisme des parents et aussi pour d'autres causes qu'il serait trop long d'énumérer.

En 1862, dans sa séance du 24 février, la Société médico-psychologique élut Motet membre titulaire sur un rapport très étudié et très élogieux de Mesnet. Il fut depuis un des membres les plus assidus de cette Compagnie, y apportant des communications savantes et bien étudiées, prenant part aux discussions et y donnant toujours une note très personnelle. Il en devint le secrétaire général en 1874, et occupa ces délicates fonctions jusqu'en 1881 Chargé en cette qualité de prononcer l'éloge des membres décédés, notre regretté collègue traça des portraits vivants de Félix Voisin, de Morel, d'Aubanel, de Ferrus et d'Ulysse Trélat. Il a réuni en volume ces éloquentes notices, qu'on relit toujours avec plaisir et non sans profit. Voici l'appréciation que nous en faisions lors du Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, et de laquelle nous n'avons rien à retrancher :

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

Motet fut appelé deux fois à la présidence de la Société médico-psychologique : la première, en 1883 ; la seconde, en 1902, l'année même où cette Compagnie fêtait le cinquantenaire de sa fondation.

Les questions médico-légales, si nombreuses et si délicates en aliénation mentale, attirèrent tout spécialement l'attention de notre collègue ; il apporta à leur solution un constant souci de la vérité clinique, un jugement droit et sûr, une rare finesse d'analyse psychologique, qui, joints aux qualités de forme,

©BIUM

font de ses rapports médico-légaux de véritables petits chefs-d'œuvre. Sans doute, il n'était pas arrivé du premier coup à cette perfection, et il se plaisait à raconter combien il devait, à ce point de vue, au professeur Lasègue, qui l'avait aidé de ses conseils et de ses encouragements. Lui qui était devenu un maître très écouté et très apprécié, il raillait volontiers son premier début dans cette carrière si difficile de médecin expert en médecine mentale. Je lui ai souvent entendu raconter l'histoire de son premier rapport. Pour le faire, il s'était beaucoup appliqué, et, tout fier de son œuvre, il était allé en donner lecture à son maître Lasègue. Celui-ci, après quelques instants de réflexion, lui conseilla de jeter son manuscrit au panier. Sans doute, il lui reconnaissait des qualités littéraires, mais il s'agissait dans un rapport médico-légal de faire œuvre, non de littérateur mais de clinicien. Motet comprit, recommença et, quelques jours après, apporta à son censeur une œuvre qui eut l'heur de lui plaire.

Pendant près de quarante ans qu'il se consacra à la médecine légale des aliénés, il avait réuni une collection de rapports des plus riches et des plus variés. Un grand nombre de ces rapports, et non des moins intéressants, ont été publiés dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*; mais combien d'autres mériteraient le même honneur! Les registres où sont consignés avec soin les résultats de ses innombrables expertises, sont une mine de documents, que notre ami regretté se proposait d'utiliser pour édifier une œuvre qui manque dans la littérature médicale de notre pays. Personne, en effet, n'était mieux en mesure que Motet d'écrire un traité magistral de la médecine légale des aliénés; il s'était fait du rôle de l'expert une idée très élevée; éclairer la justice était pour lui une « grande et noble tâche pour l'accomplissement de laquelle il faut mettre à la recherche de la vérité, toute son intelligence, tout son savoir ».

Le rôle de l'expert, il l'a tracé de main de maître dans le discours qu'il prononça comme président du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes qui se tint à Angers en 1898; faisant appel à sa longue expérience, il résuma les règles d'une bonne expertise en une page aussi fortement pensée que bien écrite, laquelle, à tous égards, mérite d'être reproduite :

« La médecine légale des aliénés avec les intéressants problèmes qu'elle est chaque jour appelée à étudier et à résoudre, est l'une des branches les plus importantes de la médecine légale prise dans son ensemble. Elle est singulièrement attachante et si variée qu'on peut dire que chaque cas présente ses particularités qui doivent être mises en lumière. Sans doute, il importe de déterminer à quel groupe, à quelle forme appartient

©BIUM

lé cas soumis à l'examen; cette précision clinique est au début de toute expertise médico-légale : c'est elle qui guidera dans les recherches; c'est elle qui éloignera les chances d'erreurs. Quand le médecin, qui sait comment se détermine un aliéné appartenant à un type nettement défini, aura, dans une observation sévère, analysé les symptômes d'un trouble mental, il pourra s'élever à la notion des mobiles qui auront amené l'aliéné à commettre l'acte qualifié crime ou délit. Dans les cas simples, les difficultés ne sont pas grandes; mais il en est de compliqués où les perversions du sentiment et du caractère peuvent tout d'abord paraître ne pas différer beaucoup de manifestations qui ne sont pas pathologiques. C'est alors que l'étude doit porter sur l'ensemble de toute une existence que dans les conditions défavorables créées par une hérédité morbide, par une éducation mauvaise, par les habitudes, devenues si communes aujourd'hui, de l'abus d'agents toxiques, doivent être appréciées, une à une, afin que les défaillances de la volonté, les impulsions qui les suivent, la perte de la conscience de la valeur morale des actes puissent être rigoureusement démontrées. Nous ne devons jamais oublier que nos conclusions doivent être assez claires, reposer sur des déductions positives assez évidentes, pour que la conviction du magistrat qui nous consulte s'établisse sans effort. La véritable mission du médecin-expert dans les questions relatives à l'aliénation mentale, est surtout de rattacher l'acte incriminé à un état pathologique antérieur, de montrer qu'il est tout entier sous sa dépendance, qu'il s'explique par l'influence des causes différentes de celles qui, chez les individus normaux, deviennent des mobiles d'action. »

La notoriété qu'il s'était acquise par ses travaux scientifiques devait ouvrir à Motet les portes de la Société de médecine légale, puis de l'Académie de médecine. Il entra dans la première de ces Compagnies savantes comme membre titulaire dès 1875; il en fut nommé secrétaire général en 1887; il occupa ces fonctions jusqu'en 1904, où il fut appelé à la présidence.

Le 15 janvier 1895, il fut élu membre de l'Académie de médecine dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, par 65 voix sur 68 votants (presque l'unanimité), en remplacement du Dr Aug. Ollivier. Il en fut le secrétaire annuel de 1902 à 1907; on n'a pas oublié les rapports annuels sur les prix qu'il fut chargé de lire aux séances solennelles de la savante Compagnie et qui sont des modèles de clarté et d'élégance de style. Rappelons aussi l'éloge de son maître Lasègue qu'il prononça en 1896 : dans ces pages consacrées à la vie et à l'œuvre du meilleur de ses maîtres, il déversa tout son cœur, toute sa reconnaissance.

©BIUM

Motet fut longtemps un collaborateur assidu des *Annales médico-psychologiques* ; il y inséra des études du plus haut intérêt, parmi lesquelles nous citerons, outre des rapports de médecine légale, des articles sur le *Rapport général sur le service des aliénés en* 1874, par les Drs Constans, Lunier et Duménil (*Ann. méd.-psych.*, 1879, t. II, pp. 54 et 408) ; sur *Broadmoor criminal lunatic asylum* (*id.*, 1881, t. VI, p. 441) ; sur le *Projet de loi concernant les aliénés en Italie* (1884, t. XII, p. 442), etc.

Motet laissera à tous ceux qui l'ont approché, comme à ceux qui ont vécu dans son intimité, le souvenir d'un homme excellent ; aux dons les plus brillants de l'esprit, il joignait les qualités du cœur les plus exquises. Ami sûr et dévoué, on trouvait toujours auprès de lui consolation et réconfort dans les moments difficiles de l'existence. Bon et bienveillant, sa bienveillance et sa bonté étaient actives ; aussi, comme l'a si bien dit le Dr G. Thibierge, « il était, pour ainsi dire, de fondation de toutes les œuvres qui se proposent le soulagement des infortunes, le relèvement physique et moral des malheureux, des infirmes et des coupables, de toutes celles qui se consacrent à prévenir les calamités publiques et à en atténuer les conséquences..... »

Notre ami vivait heureux dans sa maison de santé ; ses années s'écoulaient dans les joies de la famille et de l'amitié, lorsqu'un malheur épouvantable vint s'abattre brutalement sur ce foyer si uni : la mort lui enlevait, dans les circonstances les plus douloureuses, sa fille aînée. Le coup fut des plus rudes. Non sans peine et sans effort, Motet parvint à surmonter l'immense douleur dont était frappé son cœur de père si tendre et si doux. Il se remit courageusement au travail ; mais il faut bien le dire, le charme était rompu. Le repos s'imposait. Notre ami le comprit ; il abandonna, il y a quelques mois, la maison de santé où il avait vécu près de cinquante ans. Il ne devait pas jouir longtemps de sa retraite, qu'il se proposait de rendre laborieuse. Une maladie cruelle le guettait, à laquelle il succomba après plusieurs semaines d'une douloureuse agonie.

Ses obsèques eurent lieu le lundi 15 mars, au milieu d'une affluence considérable de collègues, de confrères, de magistrats et d'amis qui, tous, venaient rendre un suprême hommage à son dévouement à la plus noble des causes, celle de l'infortune, à sa rare probité, à ses vertus professionnelles. Sur son désir formel, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

ANT. RITTI.

©BIUM

Prix de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine, dans sa séance du mardi 23 mars 1909, a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages adressés pour concourir aux prix à décerner à la fin de cette année ; elle a procédé dans la même séance à l'élection des Commissions des prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

Prix Barbier. — N° 7. Du régime végétarien chez les épileptiques, par MM. les Drs A. Rodiet, médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron ; Lallemant, médecin en chef de l'asile Saint-Yon, et Ch. Roux, assistant de consultation spéciale à l'hôpital de Saint-Antoine.

N° 8. Le traitement des crampes professionnelles. — Devise : *Labor omnia vincit improbus.*

N° 11. Epilepsie et médication thyroïdienne, par M. Louis Waldemann, de Fontaines-Saint-Martin (Rhône).

Commission : MM. Chantemesse, Troisier, Balzer.

Prix Civrieux. — Question : *De l'anorexie hystérique.*

N° 1. Devise : *Mens agitat molem.*

Commission : MM. Hayem, Troisier, Dejerine.

Prix Desportes. — N° 5. La psychothérapie et la stomatologie, par M. le Dr Charézieux, de Paris.

N° 8. Neurasthénie et névrose ; leur guérison définitive en cure libre, par M. le Dr P. Emile Lévy, de Paris.

Commission : Section de thérapeutique.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — N° 1. Etudes sur l'asthénie (3 mémoires) et l'angoisse (1 mémoire), par M. le Dr Paul Londe, de Paris.

N° 2. Manuel de neurologie. — Manuel de médecine mentale, par M. le Dr Marchand, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Blois.

N° 3. Traité des torticolis spasmodiques, spasmes, tics, etc. par M. le Dr René Cruchet, professeur agrégé à la Faculté de, médecine de Bordeaux.

N° 4. Etude de neuropathologie sur les radiculites, par M. le Dr Paul Camus, de Paris.

N° 5. La couche optique, etc., par M. le Dr Gustave Roussy, de Paris.

N° 6. La myopathie des vieillards, par MM. les Drs P. Lejonne et G. Lhermitte, de Paris.

Commission : MM. Dieulafoy, Magnan, Raymond.

©BIUM

PRIX HENRI LORQUET. — N° 1. Etude clinique et médico-légale des fugues en pathologie mentale par MM. les Drs R. Benon et P. Froissart, de Paris.

Commission : MM. Bouchard, Magnan, Richer.

LA CONSOMMATION DE L'ALCOOL ET DE L'ABSINTHE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1907.

La lecture des statistiques, si elle est aride au premier abord, fournit, lorsqu'on a pu franchir les aspérités des chiffres, des cartes et des graphiques, d'utiles et intéressantes indications.

C'est ainsi que dans le bulletin de statistique du ministère des Finances, M. Martin, directeur général des contributions indirectes, donne des renseignements du plus haut intérêt sur la consommation des alcools et de l'absinthe en France pendant l'année 1907.

En portant les yeux sur la carte dressée par ses soins, on est frappé de l'inégalité de la consommation dans les diverses régions de la France. Un groupe compact de 21 départements, qui à partir de Paris embrasse une partie du nord-est, le nord et l'ouest de la France, les départements à bière et à cidre, forme une large tache noire; c'est là que se fait la plus grande consommation d'alcool. La Seine-Inférieure tient la tête avec près de 12 litres par habitant; puis viennent : la Somme avec 9 lit. 11, l'Eure avec 8 lit. 97, le Calvados avec 8 lit. 54, l'Oise avec 7 lit. 82, le Pas-de-Calais avec 7 lit. 43, l'Eure-et-Loir avec 6 lit. 80, l'Aisne avec 6 lit. 60, l'Orne avec 6 lit. 23, la Manche avec 6 lit. 48; les autres départements consomment de 4 lit. 06 (la Seine) à 5 lit. 64.

Deux autres groupes de départements, l'un à l'est, l'autre au sud-est, consomment de 2 à 4 litres par habitant.

Enfin sur la carte une grande tache blanche s'étend sur le Centre, le Sud-Ouest et une petite partie de l'Est; ce sont les départements où la consommation de l'alcool descend à moins de 2 litres par habitant.

La statistique montre ensuite que la consommation est plus élevée dans les villes que dans les campagnes, la proportion restant la même suivant les grands groupements que nous venons d'indiquer. C'est ainsi qu'au Havre la consommation est de 15 lit. 43, à Rouen de 13 lit. 79, à Boulogne-sur-Mer de 11 lit. 15, tandis qu'à Nancy elle n'est que de 2 lit. 39, à Limoges 2 lit. 16.

Mais des chiffres que nous donne le directeur général des contributions indirectes une constatation rassurante se dégage : c'est que la consommation de l'alcool tend d'une façon générale

©BIUM

à diminuer, et cette diminution est plus rapide dans les villes que dans les campagnes.

Prenons des exemples, en comparant l'année 1897 à l'année 1907. Le Havre et Rouen, qui tiennent la tête pour la consommation, ont vu descendre leur taux de 19 à 15 et de 17,51 à 13,79 ; à Paris, le taux descend de 7 lit. 95 par habitant à 3,87 ; à Marseille, de 7,58 à 3,45 ; à Lyon, de 5,73 à 2,59 ; à Bordeaux, de 4,52 à 2,75 ; à Nice, de 5,09 à 2,32 ; à Toulon, de 8,08 à 4,70 ; à Montpellier, de 5,27 à 2,27 ; à Tours, de 4,91 à 2,85 ; au Mans, de 10,64 à 5,55 ; à Béziers, de 2,21 à 0,95.

La baisse est sensible dans toutes les régions. A quelles causes faut-il l'attribuer ? D'abord les surtaxes votées par le Parlement ont amené les fabricants à diminuer le degré des spiritueux, puis les taxes d'octroi que les villes ont mises sur les alcools. C'est ainsi qu'à Paris, où la consommation a diminué de plus de moitié, les droits sont passés de 266 fr. 05 à 415 francs ; à Marseille, à Lyon, les droits sont également très élevés : 350 francs par hectolitre.

Mais il convient de dire aussi que la propagande antialcoolique a contribué, pour une large part, à cette baisse de la consommation ; c'est à elle qu'il faut attribuer la diminution un peu moins accentuée mais plus continue que l'on constate dans les villes du nord, Calais, Lille, Roubaix, Saint-Quentin, Reims.

Une autre cause de cette diminution a été l'interdiction de l'alcool dans les casernes ; le soldat s'est déshabitué peu à peu de boire de l'alcool et il a rapporté dans la vie civile de nouvelles mœurs.

Malheureusement, si d'une façon générale la consommation de l'alcool a diminué en France, un autre danger nous est révélé par les statistiques de M. Martin : c'est l'augmentation de la consommation de l'absinthe.

Ici, le Midi prend une revanche éclatante sur le Nord ; c'est Marseille qui tient la tête ; en effet, la moyenne pour l'année 1907 est de 3 *litres d'absinthe pure par habitant*. Vient ensuite le département du Var, avec 2 litres et demi, puis Vaucluse et le Gard avec 2 litres environ, l'Hérault et les Basses-Alpes avec 1 litre et demi.

La Seine-Inférieure, qui était en tête pour l'alcool, ne consomme qu'un litre et demi d'absinthe. La Seine en consomme deux.

Ce sont les départements du sud, du sud-est et de l'est qui boivent le plus d'absinthe ; dans les autres départements, nord, centre et ouest, la consommation n'atteint pas un litre par habitant. (*Le Temps*, numéro du mercredi 3 mars 1909.)

©BIUM

La qualité du cidre et l'alcoolisme.

Dans une des sections du Congrès des sociétés savantes qui s'est tenu récemment à Rennes, un intéressant débat a été soulevé à propos d'une communication sur *la qualité du cidre et l'alcoolisme*; nous en empruntons le résumé au *Temps* (numéro du mardi 13 avril 1909) :

Suivant M. Jean Choleau, de l'Union régionaliste bretonne, à Vitré, la consommation de l'alcool en Bretagne varie suivant l'importance de la culture des pommiers à cidre.

C'est ainsi que les pays produisant du bon cidre, comme les pays de Vitré, la Guerche, Rennes et Quimperlé, ne possèdent que de rares alcooliques.

On rencontre ces derniers principalement dans les régions à cidre de qualité inférieure telles que les montagnes Noires et le Léon. Cette dernière région, où le cidre, en tant que boisson habituelle, n'existe pas, où l'on boit du lait, de l'eau ou du vin, est sans contredit l'une des plus malignes de la Bretagne.

Le remède : développer la culture du pommier en Bretagne et améliorer les procédés de fabrication du cidre. Il ne faut donc pas, comme l'ont préconisé quelques-uns, remplacer en Bretagne l'usage du cidre par l'usage du vin, changement sans aucune influence sur la marche de l'alcoolisme. L'alcoolisme, à Fougères, n'est pas dû essentiellement au développement industriel de cette ville. On peut même affirmer que les ouvriers arrivant à Fougères sont déjà alcooliques, ou tout au moins prédisposés à l'alcoolisme. La cause : ils viennent de campagnes à mauvais cidre. Il faudrait agir aussi auprès des commerçants des campagnes, qui, pour faire des affaires, offrent des consommations alcooliques à leurs clients et traitent toutes les transactions le verre en main.

M. Turgeon, professeur d'économie politique à la Faculté de droit de Rennes, estime que l'on a surtout parlé de l'alcoolisme dans les milieux ouvriers. Le mal a des causes multiples, des sources profondes et souvent inaccessibles. L'alcoolisme rural sera le plus difficile à guérir. Il est héréditaire et souvent invétéré. On boit chez soi, l'aisance règne au foyer, on y mange de la viande, l'eau est excellente et le cidre abondant... et cependant l'alcoolisme ravage les campagnes de Normandie.

Comment atteindre ces milieux ruraux? On s'empoisonne en famille. L'enfant est déjà souvent un alcoolique à convertir et à guérir. Malheur à l'instituteur qui dénonce l'alcool comme un fléau et l'alcoolisme comme un vice! On ne tarde pas à lui faire sentir son imprudence. Il faut avoir le courage de tout dire : le privilège des bouilleurs de cru est le principal aliment

©BIUM

du mal. Comment le supprimer? Cette mesure héroïque est au-dessus des forces de nos parlementaires.

M. Bodin, qui occupe le fauteuil de la présidence concurremment avec M. Georges Harmand, avocat à la Cour de Paris, membre du comité, dit qu'il ne veut pas que cette discussion puisse se terminer sur une note trop pessimiste.

Il croit que si le mal est profond et si les causes en sont complexes, l'alliance de toutes les forces sociales contre l'alcoolisme peut finir par en avoir raison. Le législateur, le gouvernement et les tribunaux, soit en développant la législation antialcoolique, soit en appliquant les lois existantes d'une façon plus énergique, donneraient un exemple salutaire; les classes aisées, qui ont peut-être appris l'alcoolisme au peuple, ont le devoir de l'en détourner; enfin l'apostolat, contribuant à transformer lentement la mentalité générale du pays : voilà toutes les énergies qu'il convient d'associer. Si ce résultat était atteint, on aurait le droit d'escompter une assez prompte atténuation du mal et sa disparition presque totale après l'effort persévérant de quelques générations.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

36. *Tentative d'homicide et suicide.* — On télégraphie de La Rochelle au *Journal* (numéro du mardi 16 février 1909) :

A Saint-Nazaire-sur-Charente, Louis Benoît, âgé de soixante-huit ans, dans un accès de folie, a tenté de couper avec un rasoir la gorge de sa femme. Il s'est ensuite tiré un coup de fusil dans la tête.

37. *Suicide.* — Dans un accès d'aliénation mentale, M^me^ Gallien, âgée de vingt-cinq ans, demeurant 59, rue Fessart, à Boulogne-sur-Seine, s'est précipitée par la fenêtre de son logement. La pauvre femme n'a pas tardé à expirer. (*Le Journal*, numéro du jeudi 18 février 1909.)

38. *Menaces de mort.* — On lit dans *La Liberté* (numéro du dimanche 21 février 1909) :

Hier soir, le nommé Louis Lechaudel, âgé de vingt-cinq ans, demeurant à Bezons (Seine-et-Oise), en sortant du restaurant du *Chien qui fume*, rue du Pont-Neuf, fut pris d'un accès subit de folie. Sortant un revolver de sa poche, il en menaça les passants, voulant les contraindre à partir avec lui pour reprendre l'Alsace-Lorraine. Comme un porteur aux Halles, Auguste Basset, voulait le désarmer, il fit feu sur lui. Fort heureusement un inspecteur du commissariat des Halles put détourner l'arme. Lechaudel a été conduit à l'infirmerie du Dépôt.

©BIUM

39. *Actes de violence.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du vendredi 26 février 1909) :

Depuis plusieurs jours, une domestique Joséphine Lohard, âgée de quarante ans, au service de M. Jean, 34, rue de la République, à Saint-Germain-en-Laye, donnait des signes d'aliénation mentale, détériorant différents objets et insultant les passants par les fenêtres.

M. Carette, commissaire de police, averti de ces faits, envoya, hier matin, des agents qui trouvèrent la folle déambulant dans les appartements, brisant les meubles et les vitres. Elle avait illuminé l'appartement à l'aide d'une douzaine de bougies.

Son patron, M. Jean, avait jugé prudent de se réfugier chez des voisins, car la folie de sa bonne, due à l'excès de pratiques religieuses, était devenue dangereuse.

C'est docilement que, grâce à un stratagème, on put la conduire à l'hôpital, où elle fut admise dans une salle spéciale en attendant son transfert dans une maison d'aliénés.

40. *Suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du vendredi 26 février 1909) :

Le riant village de Bernes, en forêt de Carnelle, vient d'être profondément ému par le suicide de son adjoint au maire.

Celui-ci, M. Oscar-René-Edouard Parmantier, régisseur du château de M^me^ la comtesse Claparède, souffrait depuis longtemps de neurasthénie aiguë, et avait plusieurs fois manifesté l'intention d'en finir avec l'existence.

Dans la soirée d'avant-hier, il décrocha un fusil de chasse chargé de chevrotines, s'en fut dans une allée du château et se plaça le canon de l'arme dans la bouche. A l'aide d'un bâton terminé en fourche, il pressa sur la gâchette, et les chevrotines, faisant balle, lui emportèrent le crâne.

Le désespéré, qui était âgé de cinquante-six ans, fut tué net.

41. *Tentative d'homicide.* — Affligé d'une femme neurasthénique au dernier degré, Henri Boissier, employé dans une filature de Pussay, près d'Angeville, faisait ce qu'il pouvait pour la soigner et éviter de la contrarier.

Avant-hier soir, comme il entrait dîner, sa femme, sans mot dire, le frappa de trois coups de couteau et le blessa fort grièvement.

L'infortuné mari fut transporté à l'hospice d'Etampes et la femme mise en observation. (*Le Journal*, numéro du samedi 17 février 1909.)

42. *Menaces de mort.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du lundi 1^er^ mars 1909) :

Ce matin, à dix heures, un juge à la cour de Berlin, atteint

©BIUM

de folie furieuse, se mit en devoir de réduire en miettes son mobilier. Puis, armé d'un revolver, il menaça de massacrer son entourage. Parents et amis prirent prudemment la fuite.

Cependant, la police, avertie, prévint à son tour les pompiers, que l'on emploie, à Berlin, aux besognes les plus inattendues. Ceux-ci arrivèrent sans tarder et, armés de lances, pénétrèrent dans la maison.

La porte était barricadée, mais elle s'abattit bientôt sous la hache des sapeurs et avant que le malheureux juge ait pu faire usage du revolver dont il était armé, une puissante douche glacée le fit rouler à l'extrémité de la chambre, où il fut maîtrisé.

Le régime sera continué dans la maison d'aliénés où le pauvre dément a été transporté.

43. *Tentative de suicide.* — Subitement atteint d'aliénation mentale, M. Félix Oleri, âgé de quarante-sept ans, marchand de pommes, demeurant sur péniche, quai de l'Hôtel-de-Ville, ameutait des passants, hier matin, rue de Vouillé. Prétendant être Azeff, et pour échapper aux poursuites imaginaires des terroristes russes, le malheureux se porta deux coups de couteau dans la région du cœur. On l'a transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du mercredi 3 mars 1909.)

44. *Triple infanticide et suicide.* — On télégraphie de Châlons-sur-Marne au *Journal* (numéro du jeudi 4 mars 1909) :

Un drame affreux vient de jeter la consternation parmi les habitants du quartier de la Chaussée, à Montmirail (Marne).

M^me^ Gérard, née Aline Colin, âgée de vingt-neuf ans, atteinte de neurasthénie aiguë, vient de se suicider avec ses trois jeunes enfants, âgés respectivement de neuf, sept et six ans. Le matin, après le départ de son mari, employé dans une laiterie, la désespérée résolut de mettre fin à ses souffrances et d'entraîner avec elle ses trois enfants dans la mort. Elle les appela tous trois, les fit coucher dans son propre lit, puis calfeutra toutes les issues de la chambre, alluma deux réchauds remplis de charbon, puis s'étendit auprès des pauvres petits, en attendant la mort.

Vers midi, M. Gérard, de retour de son travail, trouva la porte d'entrée du logis fermée à l'intérieur. Pressentant un malheur, il appela quelques voisins, et parvint avec eux à pénétrer dans son logement. Un navrant spectacle s'offrit à leurs regards. Quatre cadavres gisaient sur le lit. L'oxyde de carbone avait fait son œuvre.

45. *Actes de violence.* — Chemise au vent, M. Louis Granger, comptable chez M. Cahen, 62, rue du Faubourg-Saint-Antoine, s'était juché hier matin sur la marquise du magasin

©BIUM

et, devant les passants effarés, louait le Seigneur et ses ministres.

Les agents voulurent se saisir du pauvre dément, mais celui-ci se barricada dans sa chambre; on n'osa point enfoncer la porte, dans la crainte de voir le malheureux Granger se jeter par la fenêtre.

Les pompiers de la caserne de Chaligny furent mandés. Pendant ce temps, le fou hurlait de rage, brisait les vitres et secouait furieusement les meubles de son logis. Des éclats de verre l'ensanglantèrent, et quand les pompiers, à l'aide de leur échelle, purent s'emparer de lui, l'infortuné était méconnaissable.

M. Boutineau, commissaire de police, a fait transporter Louis Granger à l'hôpital Saint-Antoine. (*Le Matin*, numéro du samedi 13 mars 1909.)

46. *Menaces de mort.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du samedi 13 mars 1909) :

Une scène d'épouvante a eu lieu dans le quartier de Picpus. Un fou redoutable, M. Pierre Mignon, comptable également, domicilié, 5, rue du Sergent-Bauchat, armé d'un énorme gourdin, poursuivait dans son logement et sur le palier sa femme et ses deux enfants, en proférant des menaces de mort.

Les voisins terrifiés appelèrent les gardiens de la paix qui, avec de grandes difficultés, purent réussir à ligoter le forcené.

M. Girard, commissaire de police, a envoyé le dément à l'infirmerie spéciale.

47. *Tentatives d'homicide.* — Il était midi et M. Lauret, demeurant faubourg Saint-Denis, allait se mettre à table avec ses deux enfants et sa femme quand, tout à coup, celle-ci fut prise d'une crise de folie furieuse.

Saisissant une lampe à pétrole, elle en frappa à tour de bras son mari, puis elle la lui brisa sur la tête. Puis, avec une chaise, la folle frappa son fils aîné, Jean, âgé de huit ans, tandis que le plus jeune enfant, âgé de six ans, assistait, terrifié, à cette scène.

Enfin, on intervint et la malheureuse femme fut conduite, non sans peine, à l'infirmerie du Dépôt, tandis qu'on transportait les deux blessés à l'hôpital Lariboisière. Seul, M. Lauret, dont l'état est très grave, y est resté. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 18 mars 1909.)

48. *Excentricités.* — Pas plus vêtu que l'Apollon du Belvédère, un individu d'une trentaine d'années gesticulait la nuit dernière place Pigalle. On devine le succès qu'il remporta parmi les fêtards qui, à deux heures du matin, pullulent à cet endroit.

— Tiens, voici Adam ! entendait-on crier de toutes parts.

©BIUM

A l'arrivée d'un agent, l'homme nu, qui jusqu'alors s'était contenté de sourire aux dames, se mit dans une violente colère. Il sortit de dessous son aisselle un petit revolver et tira six balles en l'air. Trois agents furent nécessaires pour s'emparer de ce pauvre déséquilibré. Au poste de police où il a été conduit, ce singulier promeneur a refusé de faire connaître son identité et son domicile. On a dû l'envelopper dans une capote d'agent pour le conduire à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du lundi 22 mars 1909.)

49. *Triple infanticide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du lundi 29 mars 1909) :

Hier soir, dans la petite ville de Thames-Ditton (comté de Surrey), trois enfants ont été noyés, dans une baignoire, par leur mère, prise soudainement d'un accès de folie.

Vers onze heures, M. Baldock fermait les portes de l'auberge de la « Couronne et de l'Ancre », lorsque sa femme, descendant les escaliers en toute hâte, accourait vers lui, épouvantée, en s'écriant :

— Monte là-haut, et vois ce que j'ai fait!

En arrivant dans la salle de bain, l'hôtelier trouva ses trois enfants : une petite fille de six ans et deux petits garçons, l'un âgé de trois ans et l'autre de dix-huit mois, gisant dans la baignoire remplie d'eau. La police, avertie, accourut aussitôt avec un médecin, qui ne put que constater le décès des enfants.

Une première enquête a établi que la mère, subitement folle, avait pris ses trois enfants du lit où ils dormaient, pour les transporter dans la baignoire. Dans un moment de lucidité, elle vit toute l'étendue de son crime et c'est alors qu'elle appela son mari. M^me^ Baldock était sujette à de violentes névralgies, mais rien ne laissait prévoir qu'elle s'abandonnerait à un tel acte. Elle a été mise en état d'arrestation.

50. *Triple infanticide.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du lundi 29 mars 1909) :

On apprend de Budapest : A Godollo, le menuisier Stéphane Salkoevski était un ivrogne invétéré. Hier, pris de boisson, il se sentit animé des meilleurs sentiments, et envoya son fils, âgé de douze ans, à l'église pour prier. Puis, appelant ses trois fillettes, il leur distribua des friandises. Peu habituées à de pareilles douceurs, les pauvres petites n'en croyaient pas leurs yeux.

Soudain, le misérable père saisit la plus jeune, Barbara, âgée de deux ans, la porta dans sa chambre et la tua de deux coups d'une énorme bûche dont il s'était armé.

La vue du sang ne faisant qu'aviver sa folie criminelle, il poursuivit sa deuxième fille Elisabeth, qui se réfugia sous le lit.

©BIUM

Le menuisier, saisissant la bûche par l'extrémité, frappa jusqu'à ce que son enfant eût rendu le dernier soupir. La troisième, âgée de dix ans, essaya de lutter avec le monstre, lui griffant la figure, mais l'immonde brute frappa cette fois avec une telle violence que la bûche se brisa. La petite Margareth avait succombé à son tour.

En sortant de sa maison les vêtements ensanglantés, l'homme rencontra sa femme, qui, à sa vue, appela au secours.

Tandis que la malheureuse devenait folle à la vue du terrifiant spectacle de ses trois petites filles atrocement mutilées, les gendarmes se lançaient à la poursuite de Salkoevsky, qui fut retrouvé dans un fossé. Dégrisé, il n'a manifesté aucun repentir.

51. *Infanticide et suicide.* — On télégraphie de Toulon au *Journal* (numéro du mercredi 31 mars 1909) :

Un drame épouvantable s'est déroulé, à l'arrivée du train de luxe n° 21. Au moment où la locomotive franchissait à grande allure le tunnel pratiqué sous les remparts, une femme tenant un enfant dans les bras se précipitait au-devant de la lourde machine, qui fit de son corps une horrible bouillie, tandis que le baby, le bras droit coupé net, était projeté sur le ballast, où il se fracassait le crâne.

Cette malheureuse, que l'on a su être une jeune femme de trente ans, Emilie Denans, mariée à un facteur des postes, a dû mettre fin à ses jours au cours d'une crise de neurasthénie aiguë.

Tandis que son mari était parti faire sa distribution de lettres et que l'aîné de ses trois enfants, un garçonnet de douze ans, s'était rendu à l'école, Emilie Denans, prenant son dernier-né sur les bras, était partie de chez elle avec sa fillette, âgée de huit ans. Rien dans son allure ne laissait deviner l'horrible dessein qu'elle nourrissait.

Elle descendit dans les fossés des fortifications et alla se placer, avec ses deux enfants, dans une encoignure du rempart, au bord de la voie.

Lorsque le train arriva, la malheureuse prit la fillette par la main et voulut s'élancer sur la voie, mais l'enfant se débattit, résista et fit lâcher prise à sa mère, qui alla s'abattre devant la locomotive. La pauvre petite poussa un véritable hurlement d'horreur et, grimpant affolée le talus du rempart, elle alla vers le chemin des Lices, en criant : « Maman s'est tuée ! »

Un passant, attiré par ses cris, la recueillit, tandis que l'on plaçait dans un drap les restes mutilés de la mère et du bébé.

Cet événement a produit une très vive émotion à Toulon.

52. *Parricide et suicide.* — On télégraphie de Lorient au *Journal* (numéro du jeudi 1er avril 1909) :

©BIUM

Un drame de la folie, avec toute son horreur tragique et inattendue, s'est déroulé, la nuit dernière, au village de Kergalic-en-Bansor. Mme Samzun, soixante ans, veuve d'un capitaine marin, habite une petite maison isolée, avec sa fille et son fils aîné, Laurent, âgé de quarante-quatre ans.

Ce dernier donnait depuis quelques temps des signes d'aliénation mentale. La nuit dernière, comme la tempête faisait rage, affolé, il se leva, et s'armant d'une pioche, enfonça la porte de la chambre où couchait sa mère et sa sœur. Les deux femmes purent s'enfuir, en chemise, au dehors, poursuivies par le fou, qui poussait des cris terribles.

Bientôt, tout le village fut sur pied et une poursuite tragique commença sous la pluie. Soudain, des cris d'agonie retentirent, Samzun avait rejoint sa mère et, après l'avoir frappée à coups de pioche, il s'enfuyait.

La pauvre femme fut trouvée inanimée, gisant dans une mare de sang et couverte de blessures.

Le fou enfonça alors la porte du forgeron Lhermite, à qui il brisa le bras droit d'un coup de pioche; puis il rentra chez lui et s'y barricada.

Quand on put pénétrer dans la maison, Samzun râlait, la gorge ouverte à coups de rasoir.

L'état de Samzun et de sa mère est désespéré.

53. *Homicide et tentatives d'homicide.* — On télégraphie de Valladolid (Espagne) au *Journal* (numéro du jeudi 8 avril 1909) :

Un fou furieux, qui allait être interné dans un asile, s'est échappé hier au soir de son domicile.

Ayant rencontré un agent de police, il a réussi à lui enlever son sabre avec lequel il l'a tué. Puis, s'emparant du revolver de sa victime, il a parcouru les rues de la ville, tirant à tort et à travers et blessant grièvement trois personnes.

Des agents de police et des gendarmes se sont mis à la poursuite du fou, tirant sur lui des coups de fusil et de revolver et le blessant grièvement.

Le bruit des détonations a jeté l'alarme dans une grande partie de la ville. Les établissements et les magasins ont fermé en toute hâte. La panique a duré près de deux heures.

54. *Tentatives d'homicide; cinq victimes.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du vendredi 9 avril 1909) :

Dans le petit village de Saint-Blazey (Cornouailles), un fou, nommé Cecil Dench, barricadé dans sa maison, tient depuis vingt-quatre heures la police en échec.

Cecil Dench, ancien pensionnaire d'un asile d'aliénés, fut irrité, hier soir, à la vue de deux petits garçons qui jouaient dans un jardin situé derrière la maison où il habite avec sa

©BIUM

vieille mère âgée de quatre-vingts ans. Il courut chercher un fusil de chasse et, de la fenêtre, fit feu sur l'un des deux enfants, qui fut atteint à la tête. Les voisins, effrayés, appelèrent la police, qui tenta de pénétrer dans la maison. Mais le fou barricada aussitôt l'unique porte d'entrée, et, du premier étage, reçut les assaillants à coups de fusil.

Des soldats et des civils se joignirent aux policemen, mais l'attaque ne dura pas longtemps. Quatre personnes furent successivement blessées : un agent, un plombier, à qui il fallut faire l'amputation de la main droite, un matelot et un capitaine.

La position à l'extérieur étant trop dangereuse, la maison n'ayant qu'une seule entrée sur la rue, il fut résolu de prendre le forcené par la faim. La journée s'est tranquillement passée dans l'attente et Dench n'a pas essayé de faire de nouvelles victimes. Il va d'un étage à l'autre, apparaît à une fenêtre, puis à une autre, observant ses ennemis et prêt à faire usage de son arme, qui ne le quitte pas. Cet après-midi, vers quatre heures, il envoya sa mère, au dehors, pour chercher de l'eau, afin de se désaltérer; mais la police ne permit pas à la pauvre femme de revenir chez elle.

On ignore si l'assiégé possède encore des cartouches, et toute la population, vivement émue par cette étrange affaire, est tenue à une distance respectueuse, par un cordon de police.

Le petit garçon atteint hier soir, bien que grièvement blessé, n'est pas en danger de mort.

55. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie d'Arras au *Journal* (numéro du samedi 9 avril 1909) :

Un drame causé par un accès de folie alcoolique s'est produit la nuit dernière à Avesnes-le-Comte.

Théodore Sebert, soixante-sept ans, ancien boulanger, demeurant chez sa fille, M^me^ Lamourette, trente-cinq ans, entra dans la chambre de cette dernière, vers onze heures et demie, et lui porta un violent coup de couteau au côté gauche, puis il se barricada dans une chambre.

Les gendarmes, informés, arrivèrent, mais Sebert refusa de sortir, criant par la fenêtre qu'il venait de tuer ses trois fils.

Le maire de la commune réussit enfin à faire sortir le malheureux fou, en lui promettant d'aller avec lui chercher des cercueils pour y placer ses victimes, puis il le conduisit à la mairie, où on le garda à vue.

Sébert sera examiné par un médecin et vraisemblablement interné. Il buvait depuis quelque temps et donnait de tels signes d'aliénation que son entourage le redoutait.

56. *Agressions violentes.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mercredi 14 avril 1909) :

Hier, après midi, Eugène Halbert, pris d'un accès de fureur

©BIUM

alcoolique, terrorisait les passants dans la rue de Reuilly. Après avoir cherché noise à un menuisier, qui se chargea d'ailleurs de lui répondre, l'énergumène, apercevant un passant tenant deux enfants par la main, s'élança sur lui et le frappa violemment à coups de poing derrière la nuque. Terrorisé, celui-ci, abandonnant ses deux bébés, s'enfuit.

L'agresseur s'en prit ensuite à un garçonnet qui passait. Il le poursuivit, armé d'un couteau. N'ayant heureusement pu le rejoindre, il tourna sa fureur contre les écrans de verre de la terrasse du débit Vaylet et les pulvérisa.

A ce moment vint à passer M. Feydit, secrétaire du commissariat de Picpus, qui, avec un courage et un sang-froid extraordinaires, empoigna le forcené et le maîtrisa jusqu'à l'arrivée d'un soldat, Marcel Turiet, du 153e de ligne, à Toul, lequel lui prêta main-forte.

L'alcoolique, que l'on dut ligoter avec des cordes, fut alors conduit, non sans peine, chez le commissaire de police du quartier de Bel-Air, qui l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

57. *Suicide.* — En l'absence de sa femme, M. Paul Brossard, âgé de trente ans, chef cuisinier, demeurant 8, rue du Vivier, dans une crise de neurasthénie, se coupait, hier soir, la gorge avec un rasoir. La mort tardant à venir, il se plongea, par six fois, un couteau dans la région du cœur.

Sur ces entrefaites, sa femme rentra. Elle le trouva couvert de sang, étendu à terre, râlant. Affolée, elle courut chercher du secours. Mais, profitant de cette sortie, le désespéré, rassemblant ses forces, se redressa et, ouvrant la fenêtre, se précipita du quatrième étage dans la région de l'immeuble.

Transporté à l'hôpital Laënnec, il y expira deux heures après. (*Le Journal*, numéro du samedi 17 avril 1909.)

FAITS DIVERS

La crampe des écrivains et des télégraphistes. — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du mardi 2 mars 1909) :

Le Dr Romain Vigouroux, médecin chef de l'Institut municipal d'électrothérapie à la Salpêtrière, nous adresse quelques intéressantes observations au sujet de la note que nous avons publiée sur « la crampe des télégraphistes et des écrivains » (1).

M. Faurt, d'Alger, dont nous relations les observations, conseille, pour se rendre maître de cette fâcheuse crampe, la

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1909, p. 75, et de mars-avril 1909, p. 351.

©BIUM

rééducation du bras et de la main par des exercices patiemment gradués.

Ce n'est pas l'avis du Dr Vigouroux, qui a présenté une note sur ce sujet à l'Académie de médecine en 1888.

Les crampes, ou impotences professionnelles, ne sont pas, dit-il, contrairement à l'opinion générale, la conséquence d'une fatigue ou d'un surmenage. La « crampe des écrivains », par exemple, survient tout aussi bien chez des gens qui n'ont que rarement l'occasion d'écrire. Elles ne sont pas des « névroses » dans le sens médical du mot, car elles dérivent toujours d'une altération organique définie. La crampe, ou plus généralement l'impotence professionnelle, est toujours, d'après le Dr Vigouroux, sauf quand elle est d'origine centrale, le résultat d'affections de natures diverses des muscles, des nerfs ou même des vaisseaux des membres.

L'acte professionnel, l'écriture par exemple, n'est pas le seul acte empêché ou troublé. Les autres usages du membre, surtout ceux qui exigent de la précision, sont également gênés ; de plus, la force du membre, mesurée au dynamomètre, est diminuée.

L'écriture, le télégraphe ou le piano ne sont pas cause des crampes auxquelles ils donnent leur nom : ils sont simplement l'épreuve qui décèle l'affection causale et latente. Un individu atteint de rhumatisme musculaire ou fibreux, chronique, ou de névrite fruste, aura la crampe correspondant à sa profession. Quel traitement suivre pour y remédier?

Il est long et pénible pour certains malades, dit le Dr Vigouroux. Pour l'instituer, il faut, d'abord, déterminer le siège et la nature de l'affection musculaire ou nerveuse, ce qui ne dépasse pas les ressources ordinaires du diagnostic. Le choix de la médication en découle; elle est très variable.

Dans la majorité des cas, il s'agit de myosite rhumatismale. Alors la « gymnastique intensive » des muscles malades, l'électrisation générale et une hygiène en rapport avec la diathèse, arthritisme par exemple, constituent la thérapeutique la plus efficace. Dans la « gymnastique », l'auteur fait entrer des exercices d'écriture ; mais il n'admet pas le mot de rééducation en cette occasion, car il ne s'agit en rien d'agir sur des centres de coordination.

Jeanne d'Arc apparaît. — Dans une petite localité de l'Oise, à Orrouy, Jeanne d'Arc, depuis bientôt un an, apparaît à une enfant de dix ans, Suzanne Bertin. C'est du moins ce que raconte la petite fille.

Le 14 juillet dernier, en gardant une chèvre, elle vit, dans les branches d'un vieil orme, une dame revêtue d'une armure, les cheveux dénoués et tenant dans la main une épée.

©BIUM

L'enfant, fort effrayée, raconta sa vision à ses grands-parents, qui se moquèrent d'elle. Mais, quelques jours plus tard, Suzanne vit de nouveau « la dame »; depuis lors l'apparition s'est renouvelée fréquemment.

Suzanne prit courage et lui demanda : « Qui êtes-vous? » Elle répondit : « Je suis Jeanne d'Arc, martyre. »

Dans une de ses apparitions, Jeanne d'Arc dit à la petite fille : « Suzanne, Suzanne, il va arriver une grande guerre; ça sera suivi du choléra, de la fièvre jaune, de la fièvre noire et des mouches infectueuses (*sic*). Rome, Messine et tous ses alentours seront engloutis. Suzanne, je t'ordonne d'aller bénir le drapeau français et les armes de guerre. »

Les habitants du pays font souvent raconter à l'enfant ses visions, et ils ne sont pas éloignés de croire qu'ils ont au milieu d'eux une nouvelle Bernadette Soubirous. (*Le Temps*, numéro du samedi 10 avril 1909.)

Traitement de la folie par le fer rouge. — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du samedi 10 avril 1909) :

Le *Lokal-Anzeiger* signale un cas de folie superstitieuse qui dépasse tout ce que l'on peut imaginer.

Dans le village de Vagas, en Hongrie, un jeune paysan, du nom de Georges Szerati, donnait des signes de démence. Son père, désespéré, alla prendre conseil de femmes de l'endroit qui avaient la réputation de pouvoir guérir les maladies de ce genre. Les dignes matrones apprirent à Szerati que son fils était possédé du démon et qu'il devait chasser le malin au moyen d'un fer rouge.

Suivant ce conseil, le père, sûrement fou lui-même ou peut-être animé de mauvaise intention, plaça son fils sur une grille de fer préalablement portée au rouge blanc. Il paraît que le diable n'a pu résister à cet exorcisme. Le jeune homme non plus, d'ailleurs, car, comme bien l'on pense, il n'a pas survécu à ce sauvage traitement.

Un miracle de Lourdes au Tribunal des Echevins de Metz. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 3 mai 1909) :

Une dame Rouchel, cliente du Dr Ernst à Metz, avait été présentée par celui-ci comme guérie miraculeusement par les eaux de Lourdes. La Société des médecins de Metz ayant contesté cette guérison, le Dr Ernst avait attaqué la Société des médecins en payement de 5.000 marks de dommages-intérêts. L'affaire a causé à Metz une vive curiosité, car cette ville envoie chaque année plusieurs trains de pèlerins à Lourdes. Le tribunal des échevins a rendu hier une sentence défavorable au docteur de la miraculée. Il a été débouté de sa demande et condamné à payer les frais.

©BIUM

XIX^e^ Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

Nantes. — Août 1909.

Le XIX^e^ Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Nantes, du 2 au 8 août, sous la présidence de M. le D^r^ Vallon, médecin-directeur de l'asile de Sainte-Anne.

Travaux scientifiques. — I. Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Dijon.

a) *Psychiatrie.* — « Les fugues en Psychiatrie ». — Rapporteur : M. le D^r^ Victor Parant fils, de Toulouse.

b) *Neurologie.* — « Les chorées chroniques ». — Rapporteur : M. le D^r^ Sainton, de Paris.

c) *Médecine légale.* — « Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal ». — Rapporteurs : MM. les D^rs^ Granjux, de Paris, et Rayneau, d'Orléans.

II. Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Présentation de malades, de pièces anatomiques et de coupes histologiques.

Les adhérents qui auront des communications à faire devront en envoyer les titres et les résumés au secrétaire général avant le 1^er^ juillet.

III. Visite de l'asile d'aliénés de Nantes.

Excursions. — Pendant le Congrès, des excursions seront organisées : visite de la ville et de ses monuments ; excursion aux environs ; excursion à Clisson et à l'asile de la Roche-sur-Yon ; excursion sur les plages de l'Océan. Le programme sera envoyé ultérieurement,

Avantages et conditions. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront avant l'ouverture du Congrès les trois rapports, après le Congrès le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les Compagnies françaises de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Nantes.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au Dr Ch. Mirallié, 11, rue Copernic, à Nantes.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IXe VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Psychologie morbide.

PAGES

Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique (*suite et fin*); par le Dr Lucien Lagriffe . . . . . 5 et 177

Etude psychologique sur l'Islam; par le Dr Ahmed Chérif 353

II. — Pathologie.

Les traitements modernes des épileptiques; par le Dr Wahl. . . 14

Psychoses grippales et psychoses catarrhales; par le Dr C. Rougé. . . . . 194 et 364

Les ictus amnésiques dans les démences « organiques »; par le Dr R. Benon 205

III. — Médecine légale.

De l'interversion des habillements sexuels; par le Dr P. Hospital. 29

Auto-accusation d'attentats terroristes chez un débile intellectuel. Note sur une expertise de médecine légale psychiatrique; par le Dr Bravo y Moreno. 37

La simulation de la folie d'après un livre du professeur Mairet (de Montpellier); par le Dr A. Giraud 220

Amnésie et folie simulées; épilepsie et somnambulisme allégués; expertise médico-légale; par les Drs A. Reignier, A. Monestier et G. Vernet 303

IV. — Établissements d'aliénés.

L'assistance des aliénés algériens dans un asile métropolitain; par le Dr Levet. . . . . 44 et 237

Du choix du personnel infirmier des asiles parmi les pupilles de l'Assistance publique; par le Dr A. Rodiet. 411

©BIUM

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES

Séance du 25 *octobre* 1908. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dupain, Picqué, Ravarit, Antonio Coelho, Cordier, Doumergue, Muggio. — Mort de M. Paul Dubuisson : MM. Séglas, Ritti. — Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive, par M. Maurice Page 68

Séance du 30 *novembre* 1908. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. de Clérambault, Mignot, Carlos Eiros. — Mort de MM. Joffroy et Carrier : M. Séglas. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Ravarit; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Fornaca; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Antonio Coelho; élection. — Tabes et délires de persécutions, par MM. J. Séglas et Ch. Vallon. — Les infections et les intoxications dans l'étiologie de la démence hébéphrénique, par MM. Vigouroux et Naudascher. Discussion : MM. Klippel, Arnaud, Trénel, Vigouroux, Séglas. — Présentation d'un cas d'othématome chez l'animal, par M. Trenel 75

Séance du 28 *décembre* 1908. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ritti, Ravarit, Fornaca, Coelho, Rémond (de Metz), Bornstein. — Election du bureau de 1909 : MM. Vallon, Pactet, Colin. — Rapport de M. Trenel sur les candidatures à une place de membre titulaire; élection de M. de Clérambault. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Carlos Eiras; élection. — Deux cas de psychose hallucinatoire, par M. Lucien Cotard. Discussion : MM. Arnaud, Cotard, Séglas. — Un cas de psychose polynévritique, par MM. J.-M. Dupain et G. Lerat 250

Séance du 25 *janvier* 1909. — Correspondance : MM. Blondel, Dupain, Olivier, de Clérambault, Jean Lépine, Alfred Gordon. — Mort de M. Paul Moreau (de Tours) : M. Séglas. — Rapport de la Commission des finances : MM. Semelaigne, Vallon, Trenel, Séglas. — Election du Bureau de 1909 (*suite*). — Installation du bureau : MM. Séglas, Legras. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1909. — Nomination des commissions de prix : MM. Legras, Colin, Pactet, Vallon, Antheaume, Magnan, Legrain, Lwoff. — De l'origine périphérique de certains délires (*suite*), par M. Lucien Picqué. 271

Séance du 22 *février* 1909. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Olivier, Lecha-Marzo, Alcorta, Montes de Oca, Cabred, Pilcz. — Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de M. Jean Lépine; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Gordon; élection. — Rapport sur le mode de nomination des commissions de prix : MM. Pactet, Vallon. — Rapport sur la réforme du concours de l'adjuvat des asiles d'aliénés, par M. Colin. — Pathogénie de certaines formes délirantes associées. Coexistence de l'épilepsie avec une vésanie. Action convergente de la double hérédité, par MM. Marcel Briand et Brissot. Discussion : M. Marcel Briand. — Dessin satirique sur les bains prolongés, par M. Trénel. — Délire de médiumnité à caractère polymorphe, par MM. Lévy-Valensi et Georges Lerat. Discussion : MM. Vigouroux, Lerat. 433

©BIUM

PAGES

Séance du 29 mars 1909. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Leroy, Delmas, Jean Lépine, Carlos Eiras, Alfred Gordon, Erwin Stransky. — Congrès international de médecine de Budapest (29 août-4 septembre 1909) : M. Ritti. — Mort de M. Motet : M. Legras. — Du mode de nomination des commission de prix (*suite*) : MM. Legras, Vallon, Antheaume. — Nomination des commission de prix. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Lecha-Marzo ; élection. — De la réforme du concours de l'adjuvat des asiles d'aliénés. Discussion : MM. Colin, Vallon, Magnan, Antheaume, Dupré, Arnaud, Lwoff. 469

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1908).

(Anal. par les Drs G. VERNET et P. GUIRAUD.)

Montaigne était-il hypocondriaque? 294
Escarres multiples et récidivantes depuis deux ans et demi aux deux bras et au pied. Amputation du bras gauche. Discussion sur la nature de ces escarres. Pathomimie 296
Polioencéphalite syphilitique. Ophtalmoplégie totale et bilatérale, accompagnée de symptômes bulbaires. Efficacité du traitement spécifique 297
De l'emploi des courants électriques pour le rappel à la vie en cas de mort apparente causée par le chloroforme ou par l'électrocution 298
Anesthésie électrique. 298
Un cas litigieux d'amnésie post-traumatique. 299
Un cas de suggestibilité apparente due à un état de docilité pathologique 299
Dilatation de l'aorte et de la sous-clavière chez un dément délirant. Arrêt de développement des artères chez un dément précoce. . 299
Délire de persécution chez un dégénéré. Evolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytique et attaques d'épilepsie. Mort. 300
Ulcère et symphyse gastro-hépatique chez un aliéné alcoolique . . 300
Trois cas de psychose polynévritique alcoolique. 300
Athétose familiale double et croisée chez une débile persécutée. . 301
Les injections de liquide céphalo-rachidien autogène dans le traitement des états asthéniques d'origine organique ou fonctionnelle 301
Maladie de Basedow compliquée d'alcoolisme 302
Catatonie chez une jeune fille de vingt ans. 302
Stéréotypies de l'attitude du mouvement et du langage chez une démente. 302
Délire hypocondriaque. Appendicite ancienne. Pyonéphrose. Lésions anciennes des poumons et des testicules. 302

JOURNAUX ITALIENS (1905-1906).

(Anal. par le Dr WAHL.)

Morphologie des ongles chez les dégénérés 104
La cavité glénoïde du temporal chez l'homme sain d'esprit, l'aliéné et le criminel. 104
Asymétrie bilatérale des mouvements chez les femmes normales et chez les épileptiques 105

©BIUM

PAGES

Le champ de la vision distincte des formes chez les aliénés et les délinquants 105
Travaux plastiques et dessins spontanés de quelques enfants arriérés 106
Note sur la réaction électrique myasthénique et sur le phénomène de la propulsion 106
Polioencéphalite aiguë infantile de Strümpell combinée avec une poliomyélite antérieure aiguë 107
Sur les effets des armes à feu modernes 107
Sur la réaction de Schoenbein pour le diagnostic générique du sang. 108
Influence de la mort et de la putréfaction sur le pouvoir réducteur des muscles; expériences faites avec les appareils de Bofalini. 109
Action du calcium injecté par la carotide vers les centres nerveux. Recherches expérimentales 110
Le troisième trochanter de l'homme, ses formes, ses dimensions, sa valeur ontophylogénétique 110
Une psychopathie compliquée. 110
Polymastie périvulvaire. 111
Stéatopygie chez les prostituées 111
Epileptique simulateur 111
Benvenuto Cellini. Contribution à l'étude de la paraphrénie . . . 112
Ergothérapie dans l'épilepsie 113
Syndrome cérébelleux des tuberculeux 113
Un moyen simple et nouveau pour obtenir des préparations permanentes de cristaux d'hémochromogène. Note préliminaire . . 114
Sur la valeur de la docimasie hépatique. Note expérimentale. . . 114
Paralysie générale progressive et crétinisme. Note clinique. . . . 115
L'oreille des Napolitains normaux et criminels 115
Modification de la criminalité produite par la puberté 116
Le développement des strates moléculaires du cerveau et du cervelet chez les animaux et chez l'homme 116
Mattoïde, faux monnayeur 117
Nosologie de l'arrêt du développement intellectuel 117
Crises psychogastriques d'épilepsie. Observation d'une nouvelle forme d'équivalent psychique 119
Un auteur de blessures épileptique et incestueux 119
Contribution à la pathogenèse de la maladie de Dupuytren. . . . 120
Lésions histologiques des reins dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. 120
Au sujet d'un cas de méningite cérébro-spinale traumatique dans une affaire médico-légale 121
Dents canines animales dans un crâne humain. Notes d'anthropologie 121
Deux étalons de mauvais caractère avec asymétrie cranienne évidente 121
Chien épileptique et dégénéré 122
Une bande de sacrilèges professionnels. 122
La criminalité des nègres à Cuba 123
Simulation chez un voleur international 124
Nouvelles recherches sur les altérations histo-morphologiques du cortex cérébral 124
Fossette occipitale médiane chez les aliénés. 125
L'ancienne religion du Japon devant la psychiatrie moderne. . . 125
Onanisme précoce, psychopathie sexuelle, phénomènes de télépathie 126
Contribution à l'étude des paralysies périphériques du nerf accessoire et de l'hypoglosse 126
Distinction des os appartenant à diverses espèces animales par la méthode biologique. 127

©BIUM

PAGES

Nouveau procédé pour obtenir des cristaux d'hémochromogène et d'iodohématine. 128
Elimination du bleu de méthylène par voie rénale chez les phrénasthéniques. 128
Le crachat comme moyen de défense chez les débiles 129
Paraplégie spasmodique familiale et démence précoce. 478
Les infantilismes. Etude nosographique et clinique. 478
Le pouvoir réducteur des urines chez les déments précoces 480
Sur la dégénération et la régénération à la suite de la section des fibres nerveuses périphériques 480
Sur un cas d'amyélie expérimentale. Contribution à l'étude des nerfs périphériques. 480
Sur quelques variétés de démence précoce. 481
Considérations sur un cas de tumeur comprenant la moitié droite du pont de Varole diagnostiquée pendant la vie 482
Sur le cycle biologique des penicillium verts dans ses rapports avec l'endémie pellagreuse 483
Contribution à l'étude de la structure des cellules nerveuses. . . . 484
La pression sanguine dans les maladies mentales. La pression sanguine chez les déments précoces. 484
Les modifications qualitatives et quantitatives des cellules éosinophiles dans le sang des épileptiques 485
Sur la polynévrite inflammatoire des nerfs craniens 486
Etude critique de 393 cas d'épilepsie 487
Recherches sur la pression sanguine, le pouls et la température des épileptiques 488
Contribution à l'étude des fines altérations de la fibre nerveuse phénomènes de dégénération et de régénération dans la névrite parenchymateuse dégénérative expérimentale 489
L'échange organique dans la démence précoce. 490
Effets de l'action combinée du jeûne et du froid sur les centres nerveux des mammifères adultes. 491
Lésion du réseau neuro-fibrillaire de la cellule nerveuse dans l'inanition expérimentale étudiée par la méthode de Donaggio . . . 492

JOURNAUX AMÉRICAINS (1907)

(Anal. par le Dr VICTOR PARANT.)

Un cas de maladie d'Addison, avec troubles mentaux 129
Histoire et emploi du mot « démence » 129
Folie et suicide 130
Derniers résultats de l'assistance familiale des aliénés dans le Massachusetts 130
La « démence précoce » est-elle le « nouveau péril » de la psychiatrie 130
Etude des neurofibrilles dans la démence paralytique, la démence sénile, l'alcoolisme chronique, la syphilis cérébrale et la microcéphalie 131
Etat maniaque chez des adolescents. Résumé de six observations. 131
Les aspects cliniques de la démence paralytique. 131
Etat du cœur chez les déments 132
De l'application du système des cottages aux nouveaux asiles . . 132
Un cas de mélancolie vraie 132
Assistance des aliénés sortis des asiles 133
Les procès d'aliénés inculpés de crimes. 133
Rapports de l'immigration et de la folie 133
Le liquide cérébro-spinal dans la paralysie générale 134

©BIUM

PAGES
Hôpitaux d'admission, salles pour maladies mentales dans les hôpitaux ordinaires 134
Etude statistique sur la paralysie générale 134
Du pronostic des maladies mentales où l'on constate le sentiment de l'irréalité. 135
Pronostic de la folie récurrente du type manie dépressive 135

JOURNAUX ANGLAIS (1906)

(Anal. par le Dr VICTOR PARANT, fils.)

Amentia et démence 303
Sur quelques relations entre l'aphasie et les maladies mentales. 304
Notes sur l'étude de la folie. 305
Lipomes multiples dans la paralysie générale. 306
Notes cliniques sur l'examen des urines et ses résultats. 306
Notes sur la terminologie et la classification en psychiatrie. . . . 306
La colonie d'épileptiques David Lewis à Manchester. 307
Note sur la tuberculose dans les asiles. 307
Nécessité de l'intervention de l'Etat en faveur des imbéciles. . . 307
L'emploi des infirmières pour le soin des aliénés hommes dans les asiles. 308
Alcoolisme, crime et folie. 308
La pathogénie de la paralysie générale des aliénés. 309
Le pronostic dans la démence paralytique. 309
Infirmières mentales; leur condition et leur enregistrement. . . . 310
Le personnel des infirmiers à l'asile métropolitain de Leavesden. Notes sur un système d'avancement. 310
Sur l'étiologie de la dysenterie des asiles. 310
De l'instinct. Etude psychophysiologique sur son évolution et sa dissolution 310
Signification clinique de l'indoxyle dans l'urine 311
Industrie et alcoolisme. 311
Une séro-réaction chez les personnes atteintes d'infection 312
L'évolution de la folie. Discours présidentiel à l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande. 312
La théorie des neurones. Fatigue, repos et sommeil 313
Alcool et folie. Effets de l'alcool sur le corps et l'esprit, d'après une expérience clinique et anatomique d'asile et d'hôpital. . . . 314
Sur la psychologie des croisades. 315
La possibilité de la limitation de la folie par la législation. . . . 315
Folie et indicanurie (indoxylurie). Note critique. 316

III. — Bibliographie.

Leçons sur la structure des organes du système nerveux central de l'homme et des animaux; par Ludwig Edinger (Anal. par Jules Soury) 136
Les déformations du palais chez les individus normaux et chez les faibles d'esprit; par Walter Channing et Clark Wissler (Anal. par le Dr Ameline). 143
La folie chez les peuples non européens; par le Dr Selvatico d'Este (Anal. par le Dr Lagriffe) 147
La pression artérielle dans la démence paralytique; par le Dr Bravetta (Anal. par le Dr Lagriffe). 149
L'alcoolisme et ses effets sur l'individu, la famille et la société; par le Dr Delfino (Anal. par le Dr Arsimoles). 317

©BIUM

PAGES

Les troubles de la sensibilité, du goût et de l'odorat dans la démence paralytique; par le Dr T. de Angelis (Anal. par le Dr Lagriffe). 321

Précis des maladies mentales; par le prof. A. Rémond (de Metz) (Anal. par le Dr Lucien Lagriffe). 493

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 150, 322 et 497

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Dupouy, Kéraval, Bonnet, Leroy, Truelle, Rodiet, Pierre Guillard, Henry Tinat, Masselon, Arsimoles, Courbon, Latreille, Girma, Monestier, Pellissier, Guiard, Danjean, Maillard, Séglas, Charpentier, Riche, Mmes Pascal, Coffinet, Liles, Verna, Corbel, Cartel-Lebrun, Boucherie, Boyer, Aker. — Nécrologie : Professeur Joffroy, Dr Albert Carrier. — Prix de l'Académie de médecine. — Concours de 1909 pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Décret relatif à la retraite du personnel subalterne des établissements nationaux de bienfaisance. — Tribunaux. — La lutte contre l'alcoolisme en Angleterre. — Les aliénés en liberté. — Faits divers 153

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. J. Voisin, Girma, Gilbert Ballet, Cossa, Planat, Tissot, Pasturel, Castin, Allaman, Monestier, Fenayrou, Ricoux, Dodero, Homery, Duprey-Lemausois, Pain, Berthelot, Gras, Bellamy, Egron. — Nécrologie : Paul Moreau (de Tours), Edmond Cortyl. — Concours de 1909 pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1910-1911) 352

Nominations et promotions : MM. Jacquin, Marchand, Levet, Baruk, Santenoise, Privat de Fortunié, Robert, Camus, Perrens, Froissard, Cotard, Albès, Vigouroux, Alombert-Gogé. — Nécrologie : A. Motet. — Prix de l'Académie de médecine. — La consommation de l'alcool et de l'absinthe en France pendant l'année 1907. — La qualité du cidre et l'alcoolisme. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — XIXe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Nantes. Août 1909. 499

Table des matières du tome IX de la 9e série. 522

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.