Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 12. - Paris: Masson, 1910.
Cote : 90152, 1910, n° 12

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1910x12

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

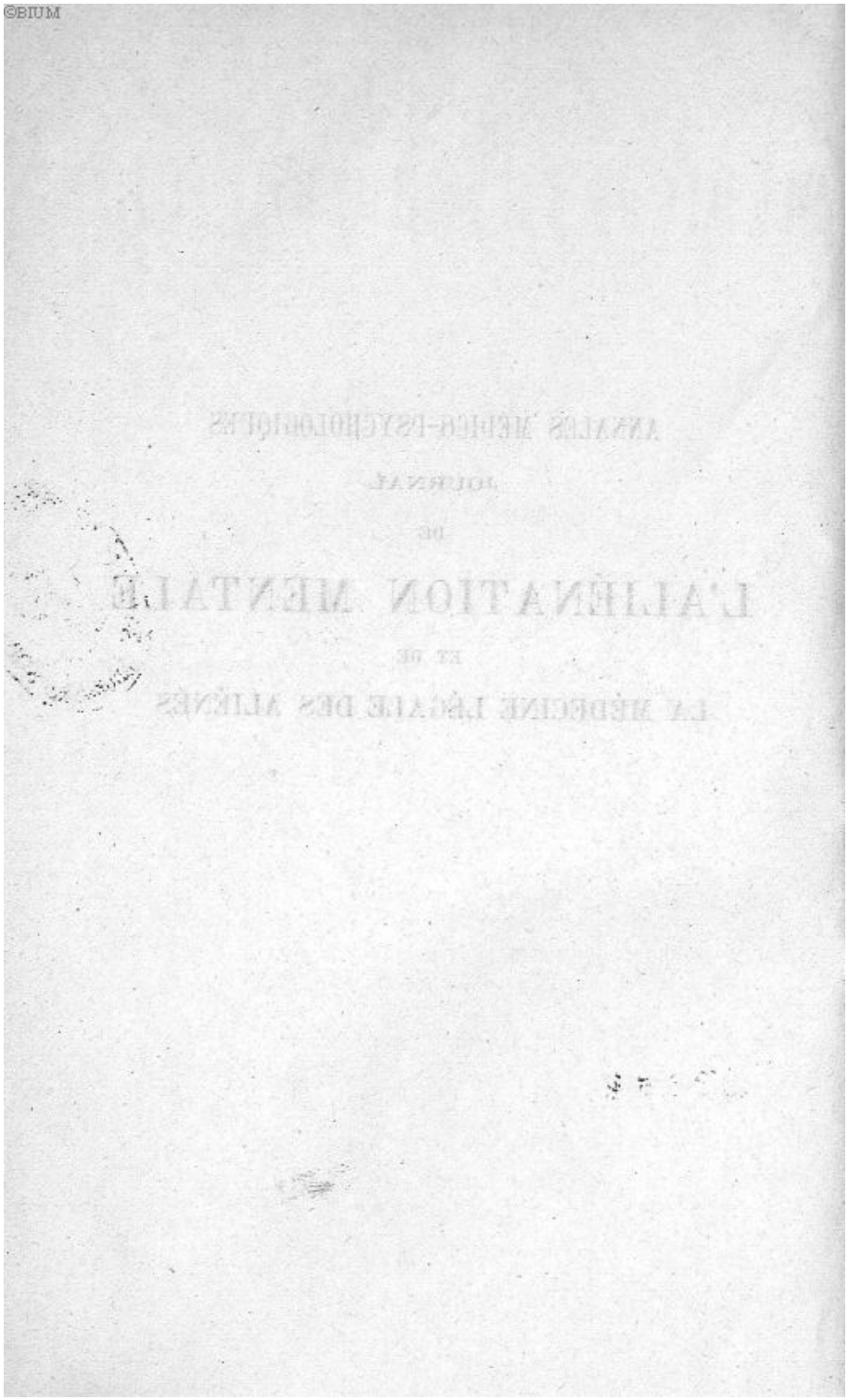
DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton

NEUVIÈME SÉRIE — TOME DOUZIÈME

SOIXANTE-HUITIÈME ANNÉE

90152

PARIS

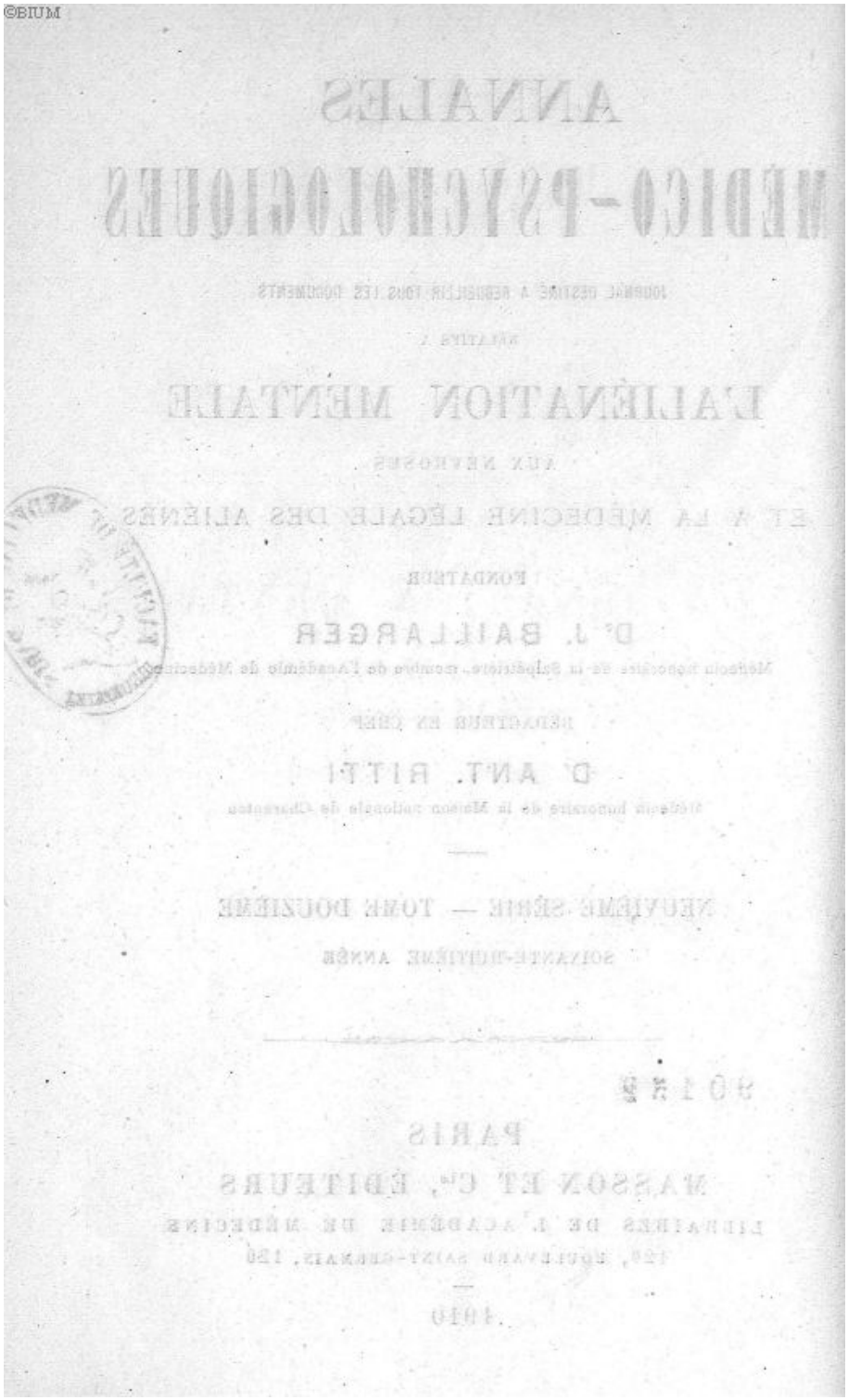
MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1910

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide.

UN DÉLIRE D'INTERPRÉTATION DANS L'HISTOIRE

MARIA-STELLA CHIAPPINI

LADY NEWBOROUGH, BARONNE STERNBERG

(1773-1843)

Par le Dr Lucien LAGRIFFE

Médecin des asiles publics d'aliénés.

« La légitimité découle d'une simple « prescription traditionnelle, puisque, en « tête de toute ascendance royale, on dé- « couvre, presque toujours, un usurpateur « doué de plus d'habileté ou de moins de « scrupules que la foule de ses contempo- « rains. »

M. DE VILLIERS DU TERRAGE.

On a écrit un livre sur les rois sans couronne (1); mais ces rois, qui ont tenté l'historien et à qui n'a manqué, pour s'imposer, que la réussite ou la longueur d'un

(1) Marc de Villiers du Terrage. *Rois sans couronne.* Paris, Perrin, 1906.

©BIUM

règne, ont été, pour la plupart, des rois ou des conquérants malchanceux beaucoup plus que des rois sans couronne; ils ne sont pas les seuls qui appartiennent à l'histoire, ni, on peut le dire pour certains, à la pathologie.

A côté d'eux, il faut faire une place, et une place importante, à toute une série d'individualités, épaves de dynasties déchues, dont le royaume n'est plus qu'une terre promise, mais qui ont eu, pour un temps du moins, ce qui généralement a manqué aux rois sans couronne : des partisans ; puis à défaut de sujets qui sont toujours ingrats, ils ont laissé après eux des descendants qui au contraire des peuples n'oublient jamais.

Enfin dans une troisième catégorie viennent se ranger des prétendants dont le royaume n'a jamais été qu'une terre souhaitée et dont le succès, passager, est le fait moins de partisans que de complices ; en faisant abstraction de leur bonne ou de leur mauvaise foi, on rencontre surtout en effet dans leur entourage des individus sans convictions qui alimentent et entretiennent leurs espérances dans le but de les opposer à ceux dont la légitimité contrarie les menées.

Souvent même ces complices ont été les initiateurs de la supercherie et des revendications consécutives. Chez Naundorff, l'idée d'une descendance auguste et d'une évasion mystérieuse du Temple n'a pu surgir naturellement ; elle lui a été soufflée, inspirée, imposée. Sa personnalité ne peut pas être envisagée en dehors de ses premiers partisans. Car même en admettant qu'à une époque il ait pu avoir l'intuition de ce qu'il était ou de ce qu'il aurait pu être, il n'est pas douteux que demeurant isolé, il serait resté ce qu'il était, un original, un *monomaniaque* dont les prétentions n'eussent pu franchir le cercle fort restreint dans lequel il évoluait. Or, depuis plus d'un siècle, il y a un parti Naun-

©BIUM

dorff et qui compte. Aujourd'hui, le temps et les circonstances, principalement celle de la fusion de la branche aînée et de la branche cadette, ont fait que tous les naundorffistes sont des partisans honnêtes et convaincus; mais au début, à côté de gens bien intentionnés quoique peut-être naïfs et crédules, et dont dans tous les cas la bonne foi ne saurait être mise en doute, il est certain que Naundorff a été poussé par des intrigants, des agitateurs, adversaires, soit de la royauté en général, soit de la branche aînée en particulier, et qui n'ont pas manqué de saisir une occasion d'être désagréables aux frères de Louis XVI et agréables peut-être aux descendants de Philippe-Egalité ; enfin, on pourrait trouver aussi dans le premier entourage de Naundorff un certain nombre de chevaliers d'industrie, heureux de l'occasion de profiter des quelques avantages matériels et moraux que procure toujours la situation facile de comparse d'un prétendant. De sorte que le parti Naundorff se composait, à une époque, de gens qui prétendirent plus que lui-même.

La conduite équivoque de la maison d'Orléans depuis Gaston d'Orléans et la Fronde, et surtout depuis le Régent, autorise toutes les suppositions, et il ne semble pas trop téméraire de penser que lorsque Naundorff, Mathurin Bruneau et autres parurent, le duc d'Orléans et son entourage ne furent pas trop désolés des embarras que la venue d'un Louis XVII, fût-il un faux Louis XVII, pouvait causer à leurs cousins Louis XVIII et le comte d'Artois.

Mais toute médaille a son revers ; à l'époque où les faux Dauphins parurent, le moment où semblable aventure devait arriver à la branche cadette n'était pas loin. En 1824, Maria-Stella Chiappini, veuve de lord Newborough, épouse en secondes noces du baron Ungern

©BIUM

Sternberg, arrive à Paris et commence ses recherches sur la filiation du duc d'Orléans. Il ne s'agissait plus cette fois-ci de la réapparition sur la scène du monde d'un Dauphin que l'on croyait mort, mais d'une substitution. Le cas était autrement grave ; malgré l'existence d'un Louis XVII, Louis XVIII restait toujours Bourbon et comte de Provence ; certes sa situation était diminuée, mais son état civil restait le même. La véracité des assertions de Maria-Stella entraînait, au contraire, des conséquences plus importantes ; car dans cette hypothèse, le duc d'Orléans, plus tard Louis-Philippe Ier, n'était plus rien, pas même d'Orléans, mais Chiappini, fils d'un geôlier et ancien capitaine des archers du grand-duc de Toscane.

L'histoire de Maria-Stella, Marie-Étoile d'Orléans, diffère assez peu de celle des autres prétendants, en ce sens qu'on y retrouve les mêmes comparses, escrocs, chevaliers d'industrie, aigrefins et aventuriers, attirés beaucoup plus par la bourse de la baronne Sternberg que par la justesse de sa cause. Malheureusement la fortune de la baronne Sternberg, représentée par une rente viagère, ne permettait guère des assauts répétés ; bien qu'engagée en partie dès les débuts, elle permit à Maria-Stella de ne pas connaître la misère, mais elle mit un frein à ses démarches et à celles de ses conseillers. En même temps, les insuccès que la prétendante connut dès les débuts, l'invraisemblance de sa cause ne permirent pas aux mystificateurs de se maintenir longtemps en faveur ; ils durent se succéder sans s'associer. Les prétentions de Maria-Stella ne purent donc pas donner naissance au plus petit complot ; au contraire de Naundorff, la baronne Sternberg ne parvint pas à se constituer une cour, et il ne paraît pas qu'elle ait fait souche.

Sa cause était à tel point mauvaise, que ni le gou-

©BIUM

vernement de Louis-Philippe, ni, à plus forte raison, précédemment, celui de Charles X, ne semblent en avoir éprouvé de l'émotion. Il ne paraît pas, non plus, tant l'affaire fit peu de bruit, que Maria-Stella ait jamais été inquiétée ; l'affaire resta dans le domaine du civil ; sans être molestée et presque sans interruption, de 1824 à 1843, la prétendante put demeurer à Paris et, à la fin, aux portes du Palais-Royal et des Tuileries ; à peine fut-elle surveillée par la police et filée. En plus d'une absence de preuves, elle avait d'ailleurs contre elle la loi salique qui, fût-elle réellement princesse d'Orléans, l'empêchait d'être reine, à moins que ce ne soit comme épouse d'un roi ; or, elle était la femme du baron Sternberg.

Une seule fois elle trouva des défenseurs à qui elle n'avait pas, personnellement, soumis sa cause. Deux ans après sa mort, au procès Affenaër, en 1845, la Compagnie de Jésus se fit d'elle une arme contre la monarchie de Juillet, et il paraît qu'aujourd'hui encore, quelques naundorffistes empruntent à la cause de Maria-Stella quelques arguments. En réalité, il n'y a pas eu une cause, mais une affaire Maria-Stella. Depuis 1843, l'incident est clos ; on peut donc aujourd'hui envisager froidement cet incident et le disséquer sans craindre de réveiller des susceptibilités.

Maria-Stella fut une paranoïaque ; c'est le lot probable de tous ceux qui, pour les mêmes raisons qu'elle, surgissent de temps à autre dans l'histoire. Tout récemment, dans une Revue critique (1), nous avons dit d'elle qu'elle fut une revendicatrice ; c'est là une erreur. Une étude attentive nous permet de rectifier aujourd'hui cette assertion.

(1) Le délire d'interprétation. Revue critique (*Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1909).

©BIUM

Maria-Stella est un exemple très net de délire à base de fausses interprétations ; ses revendications ne sont que secondaires. C'est ce dont on peut se rendre compte en étudiant, comme nous l'avons fait, le mémoire (1) qu'elle édita dans les premiers mois de 1830, avant, par conséquent, les Ordonnances de Juillet, mémoire qui ne fut que le premier de toute une série de pamphlets et de plaidoyers dont l'apparition s'échelonne jusqu'à sa mort.

Ce mémoire est intéressant parce qu'il est une véritable observation dont le thème fut composé par Maria-Stella elle-même et qui, apparemment, a été corrigé, mis en ordre et en valeur par l'un des nombreux conseillers auxquels elle ne cessa de s'adresser. Cette observation tire de son caractère autobiographique un puissant intérêt. Nous allons la résumer ici en mettant en vedette toute la série des caractéristiques qui en marquent le côté pathologique. On pourra se rendre compte combien, dans un cerveau originairement taré, les moindres faits sont susceptibles de servir de base à des déductions qui n'empruntent à la logique que ses caractères extérieurs.

Maria-Stella-Petronilla Chiappini est née le 16 avril 1773 à Modigliana (Grand-duché de Toscane) ; son père était huissier public, geôlier du palais prétorial.

Prise en affection dans son enfance par la comtesse Camilla Borghi, dont souvent même « elle partageait le « lit », elle vivait, du moins pendant la belle saison, presque entièrement chez elle, « précieux dédommage- « ment des maux que j'éprouvais dans ma maison, où

(1) *Maria-Stella ou échange criminel d'une demoiselle du plus haut rang contre un garçon de la condition la plus vile.* Se vend au profit des pauvres, à Paris et dans les départements, chez les principaux libraires. 1830.

©BIUM

« j'avais à souffrir les cruelles brutalités d'une mère « barbare, pour qui j'étais un objet d'horreur! (1). »

En 1777, Maria-Stella arrive à Florence où son père vient d'être appelé par le grand-duc Léopold comme chef d'une compagnie d'archers. « Pendant tout le « voyage, qui dura deux jours, ma mère sembla ne faire « attention qu'à mon jeune frère à qui elle accordait « tous ses soins. Sa négligence à mon égard me pénétra « d'une telle amertume que je fus sur le point de me « plaindre à mon père au moment de mon arrivée à « Florence (2). »

« La beauté de ma figure, mes manières distin- « guées..., mes riches parures, mes superbes bracelets, « mon collier de corail et tous les cadeaux de la com- « tesse Borghi m'attirèrent bientôt les regards de tout « le monde. On m'envoyait chercher, on se plaisait à « me voir, on aimait à m'entendre. Mais ce qui frap- « pait si avantageusement les autres ne faisait sur ma « mère qu'une impression défavorable ; pour la moindre « faute j'étais punie avec la dernière sévérité (3). »

« Quoique l'emploi de mon père ne lui rapportât que « 100 francs par mois, il maniait beaucoup d'argent. Il « était bien habillé et ne cessait de nous acheter de « belles choses. Il faisait bonne chère (4). »

« Mais ces avantages étaient bien loin de compenser « mes désagréments... Sans cesse je déplorais mon « sort ; je me trouvais humiliée de ma condition ; je « portais envie aux dames..., je me trouvais extrême- « ment blessée lorsqu'on me forçait à fréquenter des « personnes communes (5). »

(1) *Ibid.*, p. 10.
(2) *Ibid.*, p. 12.
(3) *Ibid.*, p. 13.
(4) *Ibid.*, p. 14.
(5) *Ibid.*, p. 15.

©BIUM

A l'âge de sept ans, Maria-Stella commence son instruction qui semble avoir été assez soignée : maîtres d'écriture, de danse, de musique, etc., malgré quoi on l'obligeait à chanter et à jouer du piano pendant huit heures par jour, ce qui ne devait guère laisser de temps aux autres maîtres. Comme elle allait un jour avec sa mère et sa tante voir une parente à Pise, son père lui donne deux montres en or et un anneau très précieux, lui achète plusieurs robes et n'oublie pas de lui faire prendre des bottines à talons rouges fort élevés. A la parente, étonnée de la voir si bien mise, sa mère répond qu'elle est une bâtarde, titre qu'elle lui donnait assez souvent et dont elle ne comprenait pas encore la signification.

Au cours de ce voyage à Pise, sa mère la grondait et la tourmentait continuellement, allait jusqu'à lui enlever ses montres et son anneau ; elle lui ordonne un jour de chanter devant deux femmes déguenillées et maussades, ordre qui l'indigne profondément.

« La nature avait formé ma taille en perfection (1). » Après l'avoir conduite fort souvent à l'Opéra, son père, lui demandant un jour s'il ne serait pas temps qu'elle lui remboursât ce qu'il avait dépensé pour son éducation, lui annonça qu'il l'avait engagée au Piazza-Vecchia.

Malgré sa résistance, elle dut remplir cet engagement, et non seulement celui-ci, mais bientôt un autre encore. « Je me sentais véritablement dégradée, avilie. « Quelle honte surtout, quand j'entendis les actrices se « dire l'une à l'autre : « On nous déshonore en nous « adjoignant ainsi la fille d'un sbirre [archer](2). »

Maria-Stella avait à cette époque deux frères et une

(1) *Ibid.*. p. 20.
(2) *Ibid.*, p. 23.

©BIUM

sœur pour qui « rien n'était assez bon », et dont elle devait contenter les moindres caprices, faute de quoi sa mère les excitait à l'insulter, à la battre, à lui jeter des pierres. Elle reçoit un jour une déclaration d'amour qui est lue en famille et, peu après, son père l'ayant parée comme une déesse et l'ayant ornée des bagues de sa mère, rapetissées avec de la cire, lui annonce la visite d'un personnage illustre qu'il lui ordonne de bien recevoir. C'était un pair d'Angleterre âgé, veuf avec un enfant, Lord Newborough. De fréquentes entrevues ont lieu qui n'ont d'autre but que d'amener le noble lord au mariage. Maria-Stella prétend avoir combattu ce dessein, préférant s'ensevelir dans un cloître plutôt que de consentir à une pareille union avec un homme vieux, laid et vicieux.

Cependant, Lorenzo Chiappini, son père, passa outre et conclut un accord avec lord Newborough moyennant 15.000 francesconi, une pension de 30 ducats par mois, une maison de campagne à Fiésole, et divers autres avantages. Epouvantée, Maria-Stella fait une fièvre cérébrale dont elle guérit. Son père, pour vaincre sa résistance, lui représente que le grand-duc, instruit de ce qui la concerne, veut absolument qu'elle soit noble. Elle ne pouvait plus reculer.

A treize ans, en 1786, Maria-Stella-Petronilla Chiappini épouse lord Newborough, vieillard laid, alcoolique et coléreux, chez qui finit bientôt par naître et grandir une profonde antipathie pour le reste de la famille Chiappini. « Pour vous, chère moitié de mon « être, soyez bien sûre qu'il n'est rien de commun « entre votre aimable personne et cette race odieuse. — « Souvent, en effet, je m'étonnais moi-même qu'il y eût « une aussi sensible différence, soit dans la couleur et « la forme du visage, soit dans la complexion et le tem- « pérament, soit dans la démarche et la parole, soit

©BIUM

« dans les facultés de l'esprit et les inclinations du « cœur (1). »

Pourtant la vie en commun continue au milieu de tiraillements incessants causés, soit par l'inconduite de lord Newborough, soit par les exigences des Chiappini. D'ailleurs « j'avais mille sujets de mortification ; la « noblesse italienne me regardait avec mépris, et dans « les grandes réunions milord seul était invité (2) ».

Enfin lady et lord Newborough passent en Angleterre après avoir été reçus à leur passage par la cour de Hollande. En Angleterre, Maria-Stella est qualifiée de Marchesina di Modigliana, elle est naturalisée Anglaise, puis présentée à la cour. Plus de la moitié de ce que lui donnait son mari était destiné par elle à ses parents d'Italie. Lord Newborough, désormais sans postérité, par suite de la mort de son fils, règle par ses dispositions testamentaires qu'à son décès, sa fortune reviendra à la famille de sa première femme, et assure à Maria-Stella une rente annuelle de 1.400 livres sterling à condition que celle-ci consente à la consommation du mariage. « Sa douleur était si vive, il avait « toujours eu tant de bonté pour moi, que je crus enfin « de mon devoir de faire pour lui le plus pénible des « sacrifices : je consentis à devenir mère !... (3). » Elle eut successivement deux fils.

« J'avais remarqué que, depuis la visite de mon « père » (Chiappini était allé visiter sa fille en Angleterre), « milord me faisait assez souvent la défense d'as- « sister aux réunions fréquentées par la noblesse fran- « çaise, et surtout par les princes de Bourbon. Cette « nouvelle antipathie m'amusait beaucoup : j'étais

(1) *Ibid.*, p. 35.
(2) *Ibid.*, p. 42.
(3) *Ibid.*, p. 58.

©BIUM

« cependant étonnée d'une précaution si singulière (1). »

Lord Newborough mourut dans les bras de Maria-Stella le 11 octobre 1807, après avoir considérablement augmenté sa rente viagère.

Le 11 septembre 1810, lady Newborough épouse en secondes noces un Russe rencontré aux eaux de Cheltenham, Edouard Ungern, baron Sternberg, et elle perd de ce fait la tutelle de ses enfants.

En août 1811, elle donne naissance à un troisième fils. Revenue en Italie pour voir ses frères, « il ne me « fut que trop facile de me convaincre qu'on avait eu « l'art perfide de leur inculquer d'injustes préventions « contre celle qui les avait toujours si tendrement « chéris. Malgré toute la bonté de leur cœur, ils ne « purent s'empêcher de laisser paraître un certain refroi- « dissement... (2) ». Maria-Stella se flatte d'être parvenue ensuite à ranimer leur ancienne tendresse.

Elle demeure ainsi pendant deux années en Italie, et, semble-il, sans son mari. Son père lui témoignait le plus profond respect, ne l'appelait que du nom de milady, gardant toujours vis-à-vis d'elle « l'humble « attitude d'un suppliant... les tendres reproches ne « pouvaient l'exciter aux doux élans de l'amour pater- « nel. Il n'osait presque me regarder en face, et ne me « parlait que de gratitude... Sans cesse il balbutiait le « mot Borghi, et un autre qu'il n'achevait jamais. Tant « d'embarras, tant de mystérieuses expressions pas- « sèrent à mes yeux pour un pronostic d'aliénation « mentale (3) ».

Enfin Lorenzo Chiappini tombe dangeureusement malade ; il va mourir ; il appelle sa fille, veut lui parler

(1) *Ibid.*, p. 60.
(2) *Ibid.*, p. 66.
(3) *Ibid.*, p. 69.

©BIUM

et ne peut articuler d'autres mots que : Mio Dio !... Barant, Baranto (1)... Il meurt vers la fin de décembre 1821.

A une époque que l'on peut fixer aux premiers mois de 1822, Maria-Stella, toujours fixée en Italie, reçoit la lettre suivante :

« Milady,

« Je suis finalement arrivé au terme de mes jours « sans avoir dévoilé à personne un secret qui regarde « directement vous et moi. Ce secret est le suivant :

« Le jour que vous naquîtes d'une personne que je ne « puis nommer, et qui est déjà passée dans l'autre vie, « il me naquit aussi un garçon. Je fus requis à faire un « échange, et attendu ma fortune de ce temps, je con- « sentis à des propositions réitérées et avantageuses, et « ce fut alors que je vous adoptai pour ma fille, de la « même manière que mon fils fut adopté par l'autre « partie.

« Je vois que le ciel a suppléé à mes fautes, puisque « vous êtes placée dans un état de meilleure condition « que votre père, quoiqu'il fût dans un rang presque « semblable, et c'est ce qui me fait terminer ma vie « avec quelque repos.

« Gardez ceci par devers vous, pour ne pas me rendre « totalement coupable : oui, en vous demandant pardon « de ma faute, je vous prie de la tenir, s'il vous plaît, « cachée, pour ne point faire parler le monde sur une « affaire sans remède.

« Cette lettre même ne vous sera remise qu'après « ma mort.

« LORENZO CHIAPPINI. »

---

(1) *Baranto*, probablement pour *baratto*, troc, échange avec l'idée de tromperie.

©BIUM

« Le voile tombe, le doute est dissipé (1). »

Maria-Stella possède donc enfin l'explication des différences qui existent entre elle et ses prétendus parents ; elle comprend aujourd'hui le motif des mauvais traitements que les Chiappini lui infligèrent, elle saisit le sens des énigmes à demi prononcées par son premier époux.

Mais Chiappini, auquel d'ailleurs elle pardonne, n'a plus désormais aucun droit sur elle ; elle ne tiendra donc aucun compte du désir qu'il exprima de la voir garder ce secret. Son honneur n'exige-t-il pas qu'elle s'efforce de découvrir son véritable père?

Maria-Stella va donc mettre tout en œuvre pour percer le secret de sa naissance et tâcher d'en réunir les témoins.

Ringrezzi, confesseur de Lorenzo Chiappini, concède que toujours il a estimé, en son particulier, que Maria-Stella est issue du grand-duc Léopold ; en entendant ceci, Fabroni, neveu du confesseur de la feue comtesse Camilla Borghi, déclare que c'est là une erreur et que milady est la fille d'un seigneur français, le *comte Joinville*, riche propriétaire de Champagne ; il est persuadé que dans cette province elle trouverait des documents précieux qu'on lui a dit y avoir été remis à un respectable ecclésiastique.

Maria-Stella apprend au surplus que Chiappini a possédé des papiers importants qui n'ont pu être retrouvés et que souvent il s'attirait de sa femme en colère cette piquante interpellation : « Monstre, ne te « rappelles-tu point que tu as commis un crime digne « de la potence (2). »

Maria-Stella remet son affaire entre les mains d'un

(1) *Maria-Stella*, etc., p. 74.
(2) *Ibid.*, p. 79.

©BIUM

jurisconsulte ; la lettre de Lorenzo Chiappini soumise à des experts est reconnue authentique (Décision rendue le 17 décembre 1822 et déposée ainsi que la lettre originale en l'étude de Me A. Chelli, notaire à Florence. Cette lettre existerait toujours aux archives de Florence) (1).

En 1823, revenant enfin auprès de ses enfants, Maria-Stella retrouve une ancienne amie qu'elle a connue chez le ministre d'Angleterre en Toscane, la marquise B... ; celle-ci lui remet, en vue de son prochain voyage en France, des lettres de recommandation pour l'ambassadeur d'Angleterre à Paris et pour le duc d'Orléans. Elle suppliait ce dernier « d'avoir la complaisance de « me présenter à sa sœur [Mme Adélaïde], qui, lui « disait-elle, serait bientôt mon amie, puisque mes « traits et mes manières étaient tout à fait semblables « aux siens (2) ».

Maria-Stella, continuant ses recherches, peut enfin joindre deux vieilles servantes de la comtesse Camilla Borghi : « Leur premier mot, en m'abordant, fut cette « exclamation simultanée : « Oh Dio! comme vous « ressemblez à la comtesse Joinville (3)! » Puis les deux vieilles servantes font le récit suivant : en arrivant au château de Modigliana au printemps de 1773, on trouva, déjà établis au palais prétorial, deux Français, le comte et la comtesse Louis Joinville ; le comte, de belle taille, le teint un peu brun, le nez rouge et bourgeonné ; la comtesse, image parfaite de Maria-Stella. Le comte Joinville était extrêmement familier avec les personnes de la plus basse condition et principalement avec le

(1) *Intermédiaire des chercheurs et curieux*, 20 juin 1909, vol. LIX, n° 1223, p. 906. Note de M. le comte de Beaulaingourt-Marles.

(2) *Maria-Stella*, etc., p. 81.

(3) *Ibid.*, p. 84.

©BIUM

geôlier Chiappini ; leurs épouses étaient enceintes et le comte Louis désirait ardemment un garçon à la venue duquel se rattachait une promesse d'héritage. Ses vœux n'ayant pas été exaucés, un échange eut lieu avec l'enfant mâle que la femme Chiappini venait de mettre au monde.

Les vieilles servantes ajoutèrent avoir eu confirmation du troc par des femmes du palais prétorial et par Chiappini lui-même ; quant à la comtesse Joinville, instruite de tout, elle aurait paru contente. Cependant, la rumeur publique ayant fait craindre la découverte de cette substitution, le comte Joinville s'enfuit et fut arrêté peu après au couvent de Saint-Bernard à Brisighella.

La comtesse Camilla Borghi s'affligeait constamment de cet échange, et, jusqu'au départ de Chiappini pour Florence, prit la jeune Maria-Stella sous sa protection.

Après un voyage en Champagne, où elle apprend que le titre de Joinville appartient à la seule famille d'Orléans, Maria-Stella arrive à Paris le 5 juillet 1823 et, par la voie des journaux, se met en quête du comte Louis Joinville ou de son fils né à Modigliana le 16 avril 1773.

Les résultats ne se font pas attendre. Un colonel se présente ; malheureusement, son titre de Joinville lui a été octroyé par Louis XVIII. Au colonel, succède l'abbé de Saint-Fare ; cet abbé vient de la part du duc d'Orléans, qui a pensé qu'il s'agit d'un héritage. L'abbé doit d'ailleurs confesser que Monseigneur le duc d'Orléans est né à Paris et le 6 octobre 1773 ; mais il remarque que, comme le feu duc était très gai avec le beau sexe, l'enfant dont il s'agit pourrait fort bien être né de quelqu'une de ses favorites ; le duc était un bel homme, il avait la jambe bien faite, sa figure était d'un rouge un peu sombre et, sans les nombreux boutons qui la couvraient, il eût été extrêmement bien. On admirait principalement en lui sa rare affabilité envers tout le monde.

©BIUM

L'abbé se serait inquiété ensuite de savoir s'il y avait beaucoup d'argent à prendre et en quel temps. Durant la conversation, M. de Saint-Fare ne cessait de regarder Maria-Stella d'une manière presque offensante, cherchant, inutilement d'ailleurs, quelle pouvait être sa langue natale.

Malgré une promesse, l'abbé de Saint-Fare ne revient pas la voir et le confident qu'elle lui dépêche, reçu de plus en plus froidement, est finalement éconduit. Cependant, Maria-Stella se transporte au Palais-Royal et remarque la ressemblance de certains portraits avec elle et avec ses enfants. Son jeune fils, Edouard Sternberg, en aperçoit un devant lequel il s'écrie : « Dieu, maman, comme « cette figure ressemble au vieux Chiappini et à son « fils ! » C'était justement le portrait du duc actuel.

Maria-Stella s'explique alors la visite de l'abbé de Saint-Fare, oncle naturel (1) de Louis-Philippe, duc d'Orléans, et son intime ; elle décide de ne pas user de la lettre de recommandation qui lui a été remise pour le prince ; puis elle envoie celle qu'elle a reçue pour l'ambassadeur d'Angleterre à l'ambassade avec sa carte. L'ambassadrice, lady Stuart, fait simplement répondre huit jours après par un valet.

Rentrée en Italie, Maria-Stella parvient à voir le comte Biancoli-Borghi, héritier des Borghi de Modigliana. Le comte Borghi lui déclare avoir trouvé dans les papiers Borghi, à Modigliana, mais avoir ensuite déchiré, une lettre adressée au feu comte Pompéo Borghi, datée de Turin et signée Louis, comte de Joinville.

---

(1) L'abbé Louis-Etienne de Saint-Fare ou Saint-Phar, fils naturel de Louis-Philippe, duc d'Orléans, petit-fils du Régent et père de Philippe-Egalité, et de Mlle Le Marquis, dite Mlle Marquise, danseuse. Né en 1750, légitimé par Louis XVIII et autorisé à prendre le titre de comte et les armes des d'Orléans ; mort le 24 juillet 1825 et inhumé au Père-Lachaise. (Marquis de Belleval, *Les bâtards de la maison de France*. Paris, Vivien, 1901.)

©BIUM

Cette lettre disait en substance : « Depuis que nous « avons quitté ces lieux, ma femme, toujours féconde « en filles, m'a enfin donné un garçon. Quant à celui « que vous connaissez, il ne me reste que le chagrin de « l'avoir perdu, et je n'ai plus *aucun scrupule* à son « égard... (1). » Le comte Borghi avait de plus remarqué que, à partir de l'année 1773, le geôlier Chiappini, client, pour certaines denrées, de la famille Borghi, payait régulièrement au comptant tous ses achats ; ce qui prouvait qu'à dater de cette époque sa situation matérielle s'était fortement améliorée ; mais il se trouvait que les comptes d'intendance sur lesquels cette remarque s'appuyait avaient été détruits.

Maria-Stella ne manque pas de se demander quel intérêt le comte Borghi a bien pu avoir à ne pas conserver des papiers si importants. Toutefois, ces recherches ne passent pas inaperçues et le nombre de ceux qui ont des révélations à faire sur l'affaire Joinville croît chaque jour. On raconte qu'étant sorti pour une promenade du couvent de Saint-Bernard, le comte de Joinville fut arrêté, conduit devant le cardinal-légat de Ravenne qui le remit en liberté après l'avoir fort bien reçu et embrassé.

Les témoins, en dehors des deux servantes Borghi et du comte Borghi, sont un milicien, le barbier des pères de Saint-Bernard qui décrit le comte de Joinville comme étant un peu gros, de taille juste, de carnation brune avec un nez rouge, bourgeonné, de superbes jambes ; un employé du tribunal criminel de Ravenne, le secrétaire de la commune de Brisighella qui tient ses renseignements d'un religieux de Saint Bernard et qui au cours d'un inventaire au monastère a trouvé des

(1) *Maria-Stella*, p. 98.

©BIUM

lettres signées L. C. Joinville; un chanoine de Ravenne, fils du gouverneur de Brisighella, etc. etc.

Maria-Stella, pensant que le comte Borghi ne dit pas tout ce qu'il sait, lui fait connaître qu'elle a retrouvé en France sa dernière parente, laquelle n'attend plus que les dernières preuves pour l'accueillir avec joie. Le comte Borghi lui révèle alors que la feue comtesse transmettait régulièrement à Chiappini une pension annuelle envoyée par le comte Joinville pour l'éducation de sa fille.

Maria-Stella arrive à ses fins : le 29 mai 1824, le tribunal épiscopal de Faenza rend un jugement en rectification d'acte de baptême après avoir entendu un curateur nommé d'office aux Joinville défaillants et à défaut de comparution du Dr Thomas Chiappini, frère de Maria-Stella. Il n'y eut pas d'appel, la rectification fut opérée et Maria-Stella Chiappini déclarée fille des époux M. le comte Louis et Mme la comtesse de Joinville, Français.

(*A suivre.*)

©BIUM

Pathologie.

LE DIAGNOSTIC DE LA FOLIE MANIAQUE DÉPRESSIVE

PAR LES DOCTEURS

AFRANIO PEIXOTO et **Ulysse VIANNA**

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro — Médecin aliéniste de l'Hospice national

La synthèse kraepelinienne de la folie maniaque dépressive a rencontré chez nous, comme en plusieurs pays latins, des résistances : les unes, par la tradition classique de la multiplicité des maladies qu'elle a la prétention de réunir ; les autres, par une conviction basée en apparence sur l'observation clinique. Ces deux classes d'adversaires ont de nombreux représentants au Brésil. Nous n'avons pas à nous occuper des premiers, qui obéissent à des idées de routine, et dans ce cas la préoccupation scientifique n'est pas en jeu. Quant aux seconds, il vaut la peine d'essayer de leur démontrer le peu de fondement de leur manière de voir.

C'est ce que nous nous proposons de faire en partie, en mettant en relief, à l'aide de quelques faits, la cause principale d'erreur dans le diagnostic psychiatrique.

©BIUM

Cette cause reconnue, on sera forcé d'admettre la folie maniaque dépressive, telle que l'a conçue le professeur Kraepelin, de Munich.

Les caractères cliniques essentiels de la folie maniaque dépressive sont les suivants :

I. — Le mélange plus ou moins prépondérant ou alterné d'agitation et de dépression psycho-motrice dans un même accès de la maladie.

II. — La répétition de l'accès, sous la même forme ou avec une prépondérance diverse, fréquemment dans le cours de la vie du malade.

Il suffit d'avoir présents à l'esprit ces deux postulats pour éviter l'erreur des diagnostics mal faits et qui à la longue engendrent des convictions sans fondement.

Notre pratique à l'hôpital national des aliénés de Rio-de-Janeiro nous a montré que les désaccords à ce sujet et les convictions qu'ils produisent viennent précisément de l'oubli de ces caractères.

En observant superficiellement la maladie, on en saisit les symptômes dominants et on la désigne différemment comme neurasthénie, mélancolie et même paranoia ; en observant insuffisamment le malade, non dans la continuité de sa vie morbide, mais dans un accès donné, les erreurs sont plus graves, car les diagnostics successifs hurlent de se trouver ensemble ou arrivent au résultat absurde de représenter des modalités périodiques de maladies qui n'en possèdent point.

Nous extrayons ci-dessous des livres d'observation de l'hôpital national des aliénés de Rio-de-Janeiro et de ceux de la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de cette ville des notes relatives à quelques malades, maniaques-dépressifs typiques, qui nous sont connus depuis de longues années. Nous sommes persuadés que la lecture de ces notes et de ces observations, bien qu'incomplètes, fera facilement apprécier le défaut

©BIUM

des diagnostics parcellés, parfois successifs et des erreurs auxquelles ils conduisent. On arrivera forcément à la conviction qu'il existe une maladie mentale, un trouble émotif, une dyscénesthésie, déprimée ou agitée, dont les accès se répètent à travers l'existence. C'est à cette maladie que le professeur de Munich a donné le nom de folie maniaque dépressive. On peut changer ce nom, si l'on veut, mais il faut bien avouer que la chose existe.

Obs. 1. — Manuel (A...), de race blanche, quarante ans, Portugais, célibataire. Père épileptique ; chute violente sur la tête, à l'âge de onze ans ; entre l'âge de dix-sept à dix-huit ans, perturbations mentales caractérisées par de la tristesse, l'envie de pleurer, de distribuer ce qu'il possédait, de s'isoler de ses compagnons ; des sensations étranges lui parcouraient le corps. Cet état persiste avec des exacerbations qui obligent le malade à garder le lit quelques jours. Ensuite sa santé s'améliore ; il s'adonne activement au travail, jusqu'à une nouvelle prostration. Il est déjà entré six fois à l'hôpital, depuis 1898 jusqu'à ce jour.

Première entrée 1898. — Le malade se défend d'être fou ; il raconte une longue histoire ; depuis le Portugal, une ombre le persécute et l'oblige souvent à commettre des extravagances et des méchancetés ; il a dans le corps des sensations d'une personne étrangère ; physionomie abattue et aspect triste.

Diagnostic : Paranoia.

Deuxième entrée 1898. — Entré en état de mutisme. Diagnostic : Paranoia.

Troisième entrée 1905. — Diagnostic : alcoolisme? Excitation maniaque.

Quatrième entrée 1905. — Diagnostic : alcoolisme? délire épisodique?

Cinquième 1908. — Emotionné, agité, irritable. Mémoire entière, orientation légèrement altérée, idées incohérentes.

Diagnostic : Excitation maniaque.

Sixième entrée 1908. — Agité, désorienté dans le temps et dans l'espace ; certaine coordination d'idées. Le malade devient ensuite calme, parfaitement orienté, bonne mémoire.

Diagnostic : Psychose périodique, manie intermittente. Folie maniaque dépressive (hôpital).

©BIUM

Obs. II. — Joâr (P.-C.-L.), de race blanche, marié.

Son père est entré vingt et une fois à l'hôpital national des aliénés; la dix-huitième fois, d'après l'observation, il est sujet à des accès de courte durée, pendant lesquels il est inconvenant, gênant, agressif, durant quelques jours. A sa dix-neuvième entrée, diagnostic de manie périodique avec accès de peu de durée. Il est resté parfois moins d'un mois à l'hôpital. Son fils, dont nous nous occupons, est entré sept fois à l'hôpital depuis 1896 jusqu'à ce jour.

Première entrée 1896. — Il n'y a pas d'observation.

Diagnostic : paranoia.

Deuxième entrée 1905. — A l'hôpital : gai, enjoué, illusions, délire de persécution. Il écrit un mémoire pour demander la séparation de corps et biens d'avec sa femme, cohérent. Notion exacte du temps, du lieu et du milieu. Quelques jours plus tard, il tombe en état de dépression. Sa santé s'étant améliorée, un mois après il sort de l'hôpital.

Diagnostic : paranoia (clinique de la Faculté). Folie maniaque dépressive (hôpital) (1).

Troisième entrée 1906. — Il n'y a pas d'observation.

Diagnostic : paranoia (clinique de la Faculté).

Quatrième entrée 1906. — Il n'y a pas d'observation.

Diagnostic : paranoia (clinique de la Faculté).

Cinquième entrée 1907. — Il n'y a pas d'observation.

Diagnostic : paranoia (clinique de la Faculté).

Sixième entrée 1908. — A l'hôpital : agité, un peu confus; il parle sur différents sujets en même temps, de ses affaires, de ses relations, de ses emplois, avec ironie et sarcasme, en rimant certains mots; raillerie, blâmes, récriminations.

Diagnostic : paranoia (clinique de la Faculté).

Septième entrée 1908. — Note de la police; le malade est alité : il se plaint amèrement des persécutions qu'il endure depuis longtemps de sa femme, de la police, des hommes politiques, peut-être de quelque puissant ennemi secret. A l'hôpital il entre calme, causant bien. Au bout de vingt-cinq jours, il commence à devenir triste et à perdre sa loquacité habituelle.

---

(1) Depuis 1904 on fait à l'hôpital national des aliénés de Rio le diagnostic de folie maniaque dépressive; c'est la raison pourquoi, dans cette observation comme en d'autres, figure ce diagnostic, bien qu'il soit en désaccord avec celui de la clinique de la Faculté de médecine.

©BIUM

La gaîté, la loquacité lui reviennent; il écrit actuellement un travail sur l'alcoolisme, « fléau de l'humanité ». Mémoire bonne, orientation parfaite.

Diagnostic : Paranoia (Clinique de la Faculté).

Obs. III. — Antonio (N. C.), de race blanche, soixante-cinq ans, Brésilien. Sa maladie a commencé en 1866 et il est entré deux fois à l'hôpital en 1877 et en 1883.

Première entrée en 1877. — Manie intermittente et raisonnante, avec de longs intervalles lucides. Ses accès se manifestent par une fureur agressive : il provoque et attaque son père; il se dit fils du Père Eternel, de la famille du prophète Elie, il affirme avoir été au ciel et en enfer.

Diagnostic : Manie chronique à forme déprimante, accompagnée d'hallucination de la sensibilité générale, délire de persécution (hôpital).

Deuxième entrée 1883. — Folie impulsive, raisonnante, intermittente, longs intervalles de lucidité. Dans un accès de fureur, s'élance contre ses parents et ses amis. Idées délirantes. Dans ses moments de calme, le malade est affable, obligeant, obséquieux; il se dit alors victime de l'envie. Mémoire parfaite. Il demande pardon de ce qu'il a fait dans les accès. A l'hôpital, il est sujet à des accès d'agitation prenant la forme d'un état maniaque. Logorrhée interminable; face animée, congestionnée, physionomie sombre. Idées religieuses et de grandeur; il est fils de Dieu, il est éternel, auteur de la création, il a déjà vécu dans plusieurs corps, ne gardant que sa tête et son esprit. Ces accès étaient fréquents et leurs intervalles ne dépassaient pas vingt jours à un mois. Après une attaque de choléra, en 1895, le patient est resté six mois sans accès; mais les accès sont ensuite revenus, presque mensuellement. Malgré la longue évolution de la maladie, il conserve une bonne orientation dans le temps et dans l'espace et une mémoire excellente.

Diagnostic : Manie raisonnante avec hallucinations de la vue, impulsions dangereuses, délire de persécution. Paranoia. Folie maniaque dépressive.

Obs. IV. — A. P., de race blanche, vingt et un ans, Brésilien, marié. Entré deux fois à l'hôpital. La maladie commence par une phase de dépression, remplacée aussitôt par une grande agitation; ses amis sont alors obligés de demander l'intervention de la police, pour le faire interner.

Première entrée 1904. — Le malade se présente en état

©BIUM

d'appauvrissement, l'air hébété; il répond à peine aux questions qui lui sont faites. Deux mois après son mariage, il a commencé à concevoir des soupçons à l'égard de sa femme, la croyant infidèle; il a même voulu l'assassiner. Il déplorait sur un ton déclamatoire les revers de son sort.

Diagnostic : Neurasthénie.

Deuxième entrée 1904. — A l'hôpital. Il n'a pas la notion sûre de lieu, de milieu, et seulement une faible notion du temps. Etranger au milieu extérieur; tantôt confusion d'esprit, fragments de délire, mots isolés, réponses incertaines; tantôt tristesse, anxiété, idéation lente.

Il devient ensuite enjoué, logorrhéique, délirant. Au mois de février 1905, sa maladie a pris franchement le caractère de manie délirante, suivie d'hypomanie. A la fin du même mois est venue la dépression. Nouvelle crise de manie délirante.

Jusqu'à aujourd'hui, on peut dire que le malade vit alternativement en agitation et en dépression. Actuellement, la prédominance est dépressive.

Diagnostic : Neurasthénie (Clinique de la Faculté). Folie maniaque dépressive (Hôpital).

Obs. V. — José M., de race blanche, soixante-huit ans, Portugais, commerçant. Entré cinq fois à l'hôpital : la première fois en 1866, à l'âge de vingt-cinq ans; les autres, récemment.

Première entrée 1866. — Diagnostic : Folie avec accès de fureur. Monomanie.

Deuxième entrée 1896. — Etant en route pour l'Europe, il s'est montré tellement excité à bord qu'on a dû le débarquer à Bahia et l'interner dans un hôpital. L'aliéniste qui l'examina à cette occasion signala chez lui tous les symptômes fondamentaux de la manie délirante. Visage très animé, gai, regard brillant; vêtements en désordre, portant sur la poitrine des insignes en papier, symbole d'un haut grade maçonnique. En état lucide, il conte à haute voix ce qui lui est arrivé à bord du paquebot; il dit qu'il a débarqué pour ne plus être en butte aux insolences des Anglais, etc. Fuite d'idées, délire mobile, avec des idées de grandeur décousues et variées; tour à tour il est général, amiral, polyglotte, restaurateur du Brésil; il distribue des charges aux médecins de l'établissement. Tendances érotiques accentuées. Au milieu de l'euphorie la plus expansive, le souvenir de son fils, dont on l'avait séparé, le faisait fondre en larmes. A la Clinique de la Faculté, caractère turbulent, s'efforçant de briser les grilles, de se jeter sur les

©BIUM

personnes; il dit avoir sur lui des journaux qui attestent la régularité de sa vie. Délire de persécution. Il forme des plans pour s'évader de l'hôpital.

Diagnostic : Paranoia (Clinique de la Faculté et Hôpital).

Troisième entrée 1898.— Il n'y a pas de nouvelle observation.

Diagnostic : Paranoia (Clinique de la Faculté). Accès périodiques de folie. Paranoia (Hôpital).

Quatrième entrée 1901. — Il n'y a pas eu de nouvelle observation.

Diagnostic : Paranoia (Clinique de la Faculté et Hôpital).

Cinquième entrée 1905. — A l'hôpital. Notion parfaite du temps, du lieu et du milieu. Il sait fort bien qu'il est à l'hôpital. Pas de confusion de l'esprit; tout au plus, quelquefois, fuite d'idées, humeur instable : tantôt il est gai, tantôt il est abattu. Phases d'excitation, de calme et de dépression, avec prédominance des premières. La dépression n'est pas longue; le malade passe rapidement de l'agitation aux pleurs. Relations avec le milieu; il cherche à se mêler à tous les actes pratiqués en sa présence, véritable hyperactivité psycho-motrice (hyperboulie de Eminghaus).

Délire des grandeurs, avec système variable : tantôt il est général, il est médecin, il sait toutes les langues; tantôt il va sauver le Brésil. Intelligence ordinaire. Bonne coordination des idées. Idées érotiques. Mémoire saine, tant pour le passé que pour les faits récents.

Diagnostic: Paranoia (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

Obs. VI. — Luiz (J.-B.), de race blanche, vingt et un ans, Brésilien, célibataire. Père tuberculeux; mère nerveuse, souffrant d'attaques convulsives hystériques. A la suite d'une blennorragie, le patient a commencé à devenir triste, impressionnable, à souffrir d'insomnies; il s'alimentait peu et fumait beaucoup.

Première entrée. — Il a de très nombreuses crises nerveuses; il pleure beaucoup et dit que ces crises sont la conséquence de son état de santé et de l'impression causée par les attaques épileptiques auxquelles il a assisté. Il est impressionné par la visite ou par l'absence de ses parents. Ensuite le calme lui revient.

Diagnostic : Lypémanie anxieuse (hôpital).

Deuxième entrée. — Etat de grande agitation, face sanguine, grande loquacité, confus. Cet état dure quelques jours,

©BIUM

après quoi le calme lui revient. Il se plaint de sa famille, de son beau-père, qui lui vole ses biens. Il se montre toujours agité après les visites de sa famille. Idées paranoïdes. Il trouve des poisons dans les remèdes qu'on lui donne. Surviennent ensuite de longues périodes de calme et de lucidité. Nouvelle agitation pendant quinze jours au maximum : il se plaint de ce qu'on le maltraite, de ce qu'on le bat. Crises de dépression sans agitation motrice ni troubles sensoriels.

Diagnostic : Folie maniaque dépressive, avec prédominance maniaque (hôpital).

Obs. VII. — Sebastiao (C.), de race blanche, trente ans, Brésilien, célibataire, professeur. Entré deux fois à l'hôpital. Antécédents omis.

Première entrée 1905. — Délire de persécution. Bon niveau intellectuel, il montre beaucoup d'intérêt pour la langue portugaise, qu'il veut réformer de façon à en faire une langue brésilienne. Un jour, il y a quelque temps, il s'est senti possédé d'une force surnaturelle qu'il ne sait expliquer, et qui le faisait grimper sur les arbres, manger des fruits verts, etc. Délire des grandeurs. Il discourt sur différents sujets, mathématiques, philosophie, histoire naturelle. Le 25 février, il est calme ; le 26, il est agité. A l'hôpital : le début de sa maladie remonte à une passion mal partagée. Une fois, dans la maison meublée où il habitait, il s'est levé en agitation, entendant des voix, a commis une série d'extravagances, s'est mis à monter sur les arbres pour manger des fruits verts, etc. C'est alors qu'on l'a interné à l'hôpital. Notion parfaite du temps, du lieu et du milieu. Hallucinations auditives et visuelles. Délire de persécutions et de grandeurs. Il s'agite souvent pendant la visite médicale.

Diagnostic : Paranoia (clinique de la Faculté, hôpital).

Deuxième entrée. — Le malade commence à devenir triste, il ne parle à personne, s'alimente peu, se lève souvent pendant la nuit, s'isole. Après cette phase de dépression, qui dure cinq jours, il commence à s'agiter beaucoup, déchire ses vêtements, jette dehors les objets qui se trouvent à sa portée, se met à discuter. Il s'écrie quelquefois : « Misérable Soleil ! tu me laisseras donc seul ici ! » Au milieu de l'agitation, il parle de Gall et discute les localisations cérébrales. Il lui survient ensuite des crises alternées de dépression et d'agitation.

Diagnostic : Paranoia (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

©BIUM

Obs. VIII. — Manuel (S. G.), de race blanche, cinquante ans, Portugais, journalier, marié (?). Antécédents omis. Entré à plusieurs reprises à l'hôpital, de 1897 à 1905.

Première entrée 1897. — Le malade se montre effrayé. Il entend des voix qui le traitent de filou et le menacent de mort ; il s'en plaint vivement. Expression constante de douleur. Etat continuel de crainte, un rien lui fait peur. Au bout de quelques jours il se calme et demande pardon à tout le monde.

Diagnostic : Lypémanie (clinique de la Faculté et hôpital).

Deuxième entrée 1903. — Etat d'agitation, le malade ne veut pas écouter les infirmiers et cherche à lutter contre les autres internés. Il se sent poursuivi, sans savoir pourquoi, par des individus inconnus. A l'hôpital : « Se trouvant sans place et ayant perdu deux enfants, il est devenu triste et, au bout de quelque temps, a commencé à s'agiter. Il voyait ses enfants partout. » Il s'est alors livré à la boisson ; agitation, internement.

Diagnostic : Manie (clinique de la Faculté), délire alcoolique (hôpital).

Troisième entrée 1904. — Même observation.

Diagnostic : Manie (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

Quatrième entrée 1905. — Même observation.

Diagnostic : Manie (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

Obs. IX. — Faustino (C. P.), de race blanche, cinquante ans, Portugais, célibataire, employé de commerce.

Père alcoolique, d'humeur irritable, décédé à la suite de cirrhose hépatique ; sa mère est morte folle et un de ses frères est également fou, ainsi qu'une de ses tantes du côté paternel.

Première entrée 1907. — Gai, euphorique, loquace, insistant avec exubérance sur ses propres qualités et ses mérites ; se vantant de ses relations ; idées érotiques et pornographiques ; détails cyniques sur les infidélités de sa maîtresse ; idées querellantes. Insomnie, mémoire entière. Orientation auto et allopsychique parfaite.

Diagnostic : Manie (clinique de la Faculté).

Deuxième entrée 1908. — Triste, déprimé, larmoyant, préoccupé du sort de ses enfants et des conséquences de ses propres dissipations. Il espère que Dieu le sauvera de cette situation. Mémoire entière, bien que retardée, idéation lente, orientation parfaite.

©BIUM

Diagnostic : Mélancolie (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

Obs. X. — Maximiniano (A. C.), de race blanche, soixante ans, Brésilien, veuf, employé public. Il est déjà entré trois fois à l'hôpital, où son séjour s'est prolongé.

Première entrée 1901. — Le malade présente le délire de persécution. Il a des illusions et des hallucinations. Il existe un certain trouble dans la sensibilité affective.

La mémoire ne paraît pas compromise. Le malade dit qu'il lui était impossible de passer tranquillement la nuit, parce que sa maison était assaillie par des voleurs. A l'hôpital, délire de persécution et hallucinations auditives : troubles de la sensibilité ; logorrhée.

Diagnostic : Paranoia (clinique de la Faculté), paranoia manie chronique (hôpital).

Deuxième entrée 1907. — Note de la police. Le malade a l'air gai, affable ; mimique exubérante. Il parle sans interruption (logorrhée), mais ses paroles s'enchaînent presque toujours par assonance.

Diagnostic : Manie intermittente (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

Troisième entrée 1908. — A l'hôpital, le malade se montre triste et ne parle pas. Parfois, pourtant, il se livre à une longue série d'idées hypocondriaques ; il souffre surtout d'affreuses palpitations. Il y a six mois qu'il se trouve dans un état de dépression.

Diagnostic : Manie intermittente (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

Obs. XI. — Sebastiao (G. F.), de race blanche, vingt-neuf ans, Brésilien, journalier. Mère tuberculeuse ; son père était d'un caractère très difficile, irritable, buveur. Dans son enfance le malade a souffert d'affections infectieuses et était d'humeur difficile, irritable ; il avait fréquemment des rêves et des cauchemars. Il était intempérant en boissons et en plaisirs vénériens ; marié à l'âge de vingt ans, il s'est surmené dans les plaisirs sexuels.

Première entrée 1899. — Système nerveux irritable. Parfois état mélancolique. Après son mariage, il y a quatre ans, il s'est trouvé dans une situation difficile ; sa santé s'en est altérée ; il a commencé à avoir des insomnies ; il devenait tantôt irrité, tantôt triste jusqu'aux larmes. Il a envie de briser les objets et de se jeter sur les personnes qui l'entourent et ne se

©BIUM

contient qu'à grand'peine. Cohérence d'idées. A l'hôpital, insomnies, quelquefois état mélancolique. Très instable. Vertiges. Impulsions qu'il cherche à contenir. Périodiquement, il est attaqué de manie aiguë avec fureur : il déchire ses vêtements, brise tout ce qui est à sa portée, se met à crier et à parler, désordonnément, d'une façon décousue, se frappe lui-même, etc. La première de ces crises a commencé le 8 février et ne s'est terminée que le 28 du même mois. Etat de dépression vertigineuse, démarche chancelante. Autre crise, moins intense que la première, etc.

Diagnostic : Paranoia (clinique de la Faculté). Epilepsie larvée (hôpital).

Troisième entrée 1904. — A l'hôpital : crises d'agitation avec fuite d'idées, loquacité inépuisable, salade de paroles. Crises de dépression, où il attribue à lui-même ses propres maux et ses malheurs, domestiques et autres. Bonne mémoire ; attention et perception nettes.

Diagnostic : Paranoia (clinique de la Faculté), folie maniaque dépressive (hôpital).

La lecture de ces notes, fidèlement transcrites en leurs termes essentiels des livres d'admission à la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro et à l'hôpital des aliénés de cette ville, conduira à deux considérations importantes. Elle montrera la brièveté, l'insuffisance de l'observation des accès ; à chacune de ses nouvelles entrées, le malade est classé sous la spécification précédente, sans qu'on s'occupe de vérifier si elle lui convient ou non, et en fait, presque toujours, comme il est facile de le voir, elle ne lui convient aucunement. Cette lecture prouvera surtout qu'on ne s'occupe pas du malade dans la continuité de sa vie, en ses accès et en leur forme, mais simplement en ce qui regarde les caractères les plus frappants d'un accès donné, incomplètement observé.

Nous ne voulons ici blâmer personne : ce qui se passe à Rio, nous en sommes convaincus, se passe de même dans plusieurs autres services d'aliénés ; mais

©BIUM

ce qui a lieu d'étonner, c'est que, par suite de défauts et d'insuffisance d'observation, des hommes intelligents et instruits contestent la vérité scrupuleusement observée et dont ils peuvent se convaincre d'après les notes, incomplètes elles-mêmes, écrites par eux, et que nous publions aujourd'hui pour notre enseignement commun. Cette obstination est peut-être due à un attachement à des principes et des doctrines, mais ces doctrines devraient céder devant les faits.

En parcourant les notes de ces observations, on retrouvera chez tous les malades, sinon le mélange, la prépondérance, l'alternance de l'agitation et de la dépression qui font l'accès maniaque dépressif, du moins, chez tous, la répétition de ces états périodiquement ou à des intervalles espacés, avec l'intelligence lucide, et seulement les lésions de la cénesthésie qui constituent la folie maniaque dépressive, comme nous l'avons diagnostiqué nous-mêmes pour quelques patients.

Cette étude n'a d'autre but que d'appeler l'attention sur une cause d'erreur dans le diagnostic, erreur que l'on évitera sûrement en obéissant au précepte fondamental de la clinique : observer bien la maladie, et mieux encore le malade.

©BIUM

LA PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE

Par les Drs ARSIMOLES et HALBERSTADT,

Médecins des asiles d'aliénés.

Suite (1).

Symptomatologie

La maladie peut affecter plusieurs modes de début. Le plus souvent, c'est l'affaiblissement des facultés intellectuelles qui ouvre la scène ; chez un enfant qui fréquente l'école ou qui est en apprentissage, on remarque un changement qui va s'accentuant dans sa manière d'être : il devient paresseux, lent à comprendre, apathique, oublie les commissions dont il est chargé, ne se rappelle plus ses leçons, se classe parmi les mauvais élèves, et est obligé enfin d'abandonner ses études ou son métier. On ne trouve pas ici cette période d'exubérance dite médico-légale, bien connue dans la paralysie générale de l'adulte. Cependant, on observe quelquefois des symptômes psychiques de début différents, qui font une démarcation tranchée avec l'état de santé antérieur. C'est ainsi qu'on a signalé divers troubles du caractère consistant en irritabilité, tendance à des excès (Deventer et Benders, garçon de seize ans), accès de colère (Klieneberger), tristesse anormale (Babinski), angoisse, panophobie (Davidoff, K. Mendel), même

(1) Voir les *Annales* de mai-juin 1910

©BIUM

mélancolie vraie (Marchand et Léridan). A ces états dépressifs s'opposent de rares cas d'excitation maniaque (Worcester, Wiglesworth). Dans un cas de Devay, le malade fut condamné pour des vols peu importants dont il ne tirait aucun bénéfice. Plusieurs cas de fugues ont été rapportés, dont l'un chez un enfant de sept ans (Trömner). Régis a observé des manifestations délirantes dès le début de l'affection.

Assez fréquemment le début se fait par des symptômes somatiques, tantôt brusquement par des ictus congestifs, tantôt d'une façon insidieuse par des troubles de la motilité, surtout des membres inférieurs. Les troubles de la marche et les chutes sont parfois les symptômes révélateurs ; dans d'autres cas, c'est la maladresse des mains qui attire l'attention. Le mode de début par ictus apoplectiformes, ou plus fréquemment épileptiformes, serait spécial à l'enfant (Delmas). Il y a lieu de faire des réserves sur la primauté réelle de ces ictus, qui peuvent être précédés de symptômes atténués ayant passé inaperçus. Claude et Lévi-Valensi ont signalé de l'épilepsie jacksonienne. On a mentionné exceptionnellement le début par de l'insomnie (Vrain), une céphalée intense et tenace (K. Mendel, Major), quelquefois compliquée de vomissements (Savage), du ptosis (Régis), des douleurs dans les jambes accompagnant de l'atrophie optique (Westphal). Des troubles moteurs choréiformes ont été observés dans plusieurs cas (Major, Mendel, Haushalter, Hirschl, Bressler), avec une fréquence inusitée chez l'adulte.

La maladie, une fois installée, présente un ensemble de symptômes psychiques et physiques dont certains sont trop semblables à ce qu'on voit chez l'adulte pour que nous y insistions. Les troubles intellectuels évoluent sous l'aspect d'un affaiblissement psychique progressif, global comme chez l'adulte, et tendant vers

©BIUM

la démence. Il s'agit presque toujours d'une forme de démence simple, sans superposition de troubles délirants ou sensoriels, et sans adjonction d'états d'excitation ou de dépression.

Exceptionnellement, on a signalé des symptômes d'un autre ordre. Dans un petit nombre de cas, il existait des idées délirantes de contenu divers. A côté des idées de satisfaction et de la béatitude niaïse qui est la règle (joie passive de Mignard), on a constaté parfois de véritables idées de grandeur. Babonneix, en 1906, en a relevé quatorze cas ; nous pouvons y ajouter ceux de Régis (1909), Hagelstamm, Deventer et Benders, Westphal et Klieneberger. Ces idées de grandeur sont généralement puériles et proportionnées au psychisme de l'enfant; ce sont, comme l'a dit Babonneix, « de petites idées de grandeur », et par là même souvent difficiles à distinguer des idées de satisfaction. Plus rarement encore on a observé des idées de persécution (Bourneville et Charles Richet fils, Middlemas), des idées de jalousie (Régis, Marchand et Vurpas), des idées hypocondriaques (Régis), des idées de suicide (Marchand et Vurpas, Brunet). Quelquefois ces idées se combinent d'une façon variable et peuvent produire un riche polymorphisme délirant : le malade de Joffroy et Rabaud avait un délire hypocondriaque (se plaignait d'avoir des bouteilles et du papier dans le ventre); de plus il avait des idées de persécution (on allait faire tomber le plafond sur sa tête), des idées de suicide, et avait fait des tentatives d'automutilation.

Les troubles sensoriels sont également exceptionnels. Ils peuvent aller depuis les simples illusions jusqu'aux hallucinations, et affecter alors l'ouïe (Alzheimer), ou la vue (Brunet, Hirschl, Stewart Purwes), parfois les deux sens (Mingazzini, Kéraval). Dans un cas de

©BIUM

Hirschl, les hallucinations visuelles faisaient partie intégrante d'un syndrome confusionnel.

Des états pathologiques de dépression et d'excitation ont été observés plusieurs fois. Nous ne nous arrêtons pas à ces manifestations simples de l'émotivité, très banales, où le petit malade pleurniche pour des motifs futiles. Signalons par contre le cas de Brunet où existait un véritable « délire mélancolique », celui de Bernhardt caractérisé par des raptus anxieux, enfin celui de Klieneberger. Dans un ordre d'idées opposé, l'euphorie est un phénomène habituel. L'excitation intellectuelle a été relevée dans des cas exceptionnels ; elle ne va jamais jusqu'à ces états d'extrême agitation si fréquents chez l'adulte, mais se révèle plutôt par de l'irritabilité et par des accès de colère. Dans un cas de Marchand et Vurpas, il y avait alternance des deux états. Quoi qu'il en soit, tous ces désordres psychiques sont absolument rares et, quand ils existent, superficiels, marqués au coin de la puérilité, et ne modifiant en rien l'aspect clinique de démence paralytique simple, qui est la règle.

Dans l'ordre somatique, la forme juvénile de la paralysie générale présente des particularités importantes : 1° la symptomatologie est, en général, dans son ensemble, plus accusée que chez l'adulte ; 2° la période de début est marquée, plus souvent que chez l'adulte, par des symptômes physiques prédominants ; 3° un certain nombre de signes effacés ou tardifs chez l'adulte occupent, au contraire, chez l'enfant le premier plan du tableau clinique.

Parmi les symptômes les plus fréquents et les plus saillants se placent les ictus de formes diverses. Tantôt ce sont de légères attaques congestives, avec ou sans perte de connaissance, et s'accompagnant de vomissements et de fortes céphalalgies. Hirschl les distingue

©BIUM

des attaques apoplectiformes proprement dites, beaucoup plus intenses. Tantôt il s'agit d'ictus épileptiformes, soit généralisés, soit, très rarement, du type jacksonien (Claude et Lévi-Valensi). Ces attaques sont suivies en même temps d'obnubilation psychique, et de troubles parétiques qui le plus souvent rétrocèdent lentement; les parésies affectent surtout des formes localisées (hémiplégies ou monoplégies). A mesure que les ictus se répètent et que la maladie progresse, des contractures s'établissent souvent, et acquièrent une intensité autrement considérable que chez l'adulte. C'était le cas chez le malade que nous avons observé. A ces phénomènes spastiques se rattache le signe de Babinski, plusieurs fois constaté (Marchand, Colin, Klieneberger).

Les réflexes tendineux sont le plus souvent augmentés. Dans une statistique de Frölich (1901), sur 50 cas, les réflexes étaient 37 fois augmentés, 3 fois diminués et 10 fois abolis.

Sans insister sur le tremblement, qui n'offre rien de spécial, notons l'existence assez fréquente de mouvements choréiformes.

L'affaiblissement moteur combiné à l'incoordination détermine des désordres dans le fonctionnement des membres. Du côté des membres inférieurs, ce sont des troubles particuliers de la marche, qui sont précoces, fréquents et intenses. On a signalé la possibilité du steppage (Delmas). Ce qui est plus spécial chez les jeunes paralytiques généraux, c'est la démarche dite de matelot (Charcot) : les malades s'avancent à petits pas, les jambes écartées, comme pour maintenir leur équilibre. Notre malade présentait ce signe d'une manière frappante. Peut-être peut-on rattacher ces phénomènes à des lésions cérébelleuses.

De même, parmi les symptômes précoces se classe la

©BIUM

maladresse des mains, qui peut être marquée au point d'empêcher tout travail. Des cas d'apraxie vraie ont été signalés récemment (Régis, 1909, Claude et Lévi-Valensi).

Ces différents troubles moteurs prennent une importance croissante avec l'évolution de la maladie et amènent de bonne heure l'impotence complète du malade.

L'étude des troubles du langage démontre, à côté de la rareté de l'aphasie vraie chez l'enfant comme chez l'adulte, la fréquence relative, dans la paralysie générale juvénile, des troubles aphasiques passagers consécutifs aux ictus, et tantôt isolés (Hagelstamm), tantôt associés aux paralysies. L'embarras de la parole est plus tardif et peut-être moins caractéristique que chez l'adulte : il est parfois plutôt dysarthrique. Chez notre malade, la parole était, en même temps qu'hésitante et bredouillée, un peu scandée et explosive. Ces derniers caractères, joints au syndrome du rire et pleurer spasmodique, qu'il présentait nettement, faisaient penser à la possibilité de lésions bulbaires.

Les symptômes oculaires classiques de la paralysie générale de l'adulte se retrouvent chez les jeunes avec les mêmes caractères. Trömner remarque que l'absence du réflexe pupillaire à la lumière serait plus constante que chez l'adulte. Plusieurs auteurs ont signalé en outre assez fréquemment du nystagmus (Clouston, Middlemas, Raymond, Brissaud et Gy, Klieneberger), du strabisme et de l'amaurose par atrophie optique (Régis, 1909). Kraepelin et Alzheimer admettent la fréquence particulière de ce dernier symptôme. Raymond a vu chez un de ses malades de la choroïdo-rétinite double d'origine syphilitique avec association de nystagmus.

Nous nous permettons de passer sur les troubles sensitifs, sensoriels, trophiques et vaso-moteurs, que rien

©BIUM

ne distingue, dans la paralysie générale juvénile, de ceux de l'adulte.

Les auteurs insistent sur l'arrêt du développement physique qui se produit dès le début de la maladie et sous son influence. Cela s'observe surtout, et avec une grande netteté, chez les malades atteints au voisinage de la puberté : la croissance s'arrête d'une façon définitive ; chez les filles, la menstruation n'apparaît pas ou se supprime. L'un des malades les plus caractéristiques à ce point de vue est celui de Régis (1909). Pawell a vu cet arrêt physique prendre l'aspect d'infantilisme thyroïdien.

Évolution. Formes cliniques.

L'évolution de la paralysie générale juvénile marche progressivement comme chez l'adulte, mais se fait remarquer par sa longue durée. Hirschl, en se basant sur vingt cas de la clinique de Krafft-Ebing, a indiqué une durée moyenne de trois ans trois quarts. Pour Babonneix, cette durée moyenne serait de trois à cinq ans. Dupré (1) donne comme chiffres moyens quatre à cinq ans. De nos recherches personnelles sur un certain nombre de cas dont la durée nous était connue, il ressort que la durée moyenne est de cinq ans un quart environ pour les cas débutant avant douze ans, et de quatre ans environ pour les cas à début plus tardif. La durée peut être parfois très longue et atteindre sept et huit ans ; elle était de neuf ans dans un cas de Deventer et Benders.

De l'avis général, les rémissions sont exceptionnelles, et de courte durée quand elles existent. La maladie s'avance d'une façon régulière vers la cachexie finale.

(1) Dupré. *Traité de pathologie mentale de G. Ballet*, Doin, 1903.

©BIUM

Exceptionnellement on a signalé des phénomènes terminaux particuliers : hypothermie prolongée dans un cas de J. Voisin, R. Voisin et Rendu, accidents bulbaires ayant causé la mort par asphyxie (Deroubaix).

A côté de la forme clinique habituelle, d'autant plus différente de la paralysie générale de l'adulte que le début est plus précoce (Frölich), on observe quelquefois des modalités dues à des associations morbides. Telle est l'association avec l'épilepsie, avec l'idiotie (Toulouse et Marchand). Mais la plus importante de ces associations est constituée par l'adjonction de symptômes médullaires. Hirschl rapporte deux cas où la maladie se compliquait de poliomyélite antérieure aiguë ancienne et un cas avec sclérose primitive des cordons latéraux. Des symptômes tabétiformes (abolition des réflexes patellaires, ataxie, signe de Romberg, etc.) s'observent assez fréquemment. Quant à l'association vraie de paralysie générale et de tabes dans le jeune âge, on n'en connaît qu'un petit nombre de cas certains, confirmés par l'autopsie, dus à Westphal, Woltär, Köster, et Bourneville, L. Kindberg, Ch. Richet fils.

Diagnostic.

Le diagnostic de la paralysie générale juvénile présente parfois de réelles difficultés. A une période peu avancée de la maladie, les troubles psychiques peuvent être pris pour de la débilité mentale. D'autre part, lorsque le tableau clinique s'est complété, on peut croire à l'existence d'une forme plus accentuée de faiblesse intellectuelle (imbécillité, ou même idiotie). La connaissance de l'état antérieur de l'intelligence sera nécessaire pour nous montrer l'existence d'un trouble acquis. Ceci cesse d'être vrai dans le cas où la paralysie

©BIUM

générale juvénile se développe sur un terrain de faiblesse psychique congénitale plus ou moins profonde. Le diagnostic devient alors très difficile. Bachmann pense que beaucoup de malades sont étiquetés imbéciles ou idiots qui ne sont en réalité que des déments paralytiques juvéniles méconnus.

La prédominance, parmi les signes somatiques de la paralysie générale juvénile, de troubles moteurs avec fortes contractures dans certains cas pourra à première vue en imposer pour une affection spasmo-paralytique de l'enfance avec déficit intellectuel notable. La recherche des signes propres de la paralysie générale lèvera tous les doutes. Mais si le diagnostic est facile dans ce cas, il n'en est pas de même pour certaines formes d'hérédo-syphilis nerveuse. Nous ne reproduirons pas ici tous les éléments du diagnostic entre la syphilis cérébro-spinale et la paralysie générale ; ce que nous pourrions en dire s'applique d'une façon générale aussi bien à l'adulte qu'à l'enfant. Insistons pourtant sur les difficultés résultant de certains caractères très particuliers de l'hérédo-syphilis cérébrale : dissémination et multiplicité des lésions d'une part, d'autre part leur gravité. Ces deux faits déterminent une déchéance intellectuelle intense, comparable à celle de la paralysie générale juvénile, et pouvant être confondue d'autant plus facilement avec celle-ci qu'elle se complique d'arrêt de l'évolution physique et de certains signes somatiques (symptômes oculaires, altérations de la parole, troubles paralytiques). Ce qui augmente encore la difficulté du diagnostic, c'est la possibilité, constatée par plusieurs auteurs, de la coexistence de lésions de paralysie générale et de lésions syphilitiques : c'est ce qu'ont observé Kaplan et Meyer, Raymond, Rad, Lalanne (nous aurons à revenir sur ces faits à propos de l'anatomie pathologique). Dans des cas de ce genre,

©BIUM

cette coexistence d'une double lésion se révèle par l'adjonction, à la symptomatologie de la paralysie générale juvénile, de symptômes d'origine nerveuse appartenant nettement à l'hérédo-syphilis.

Enfin, on connaît des cas vraiment difficiles à classer soit comme paralysie générale soit comme hérédo-syphilis tardive. Tel est, par exemple, celui de Janssens et Mees, dans lequel la maladie débuta à onze ans, se caractérisa cliniquement par une démence progressive, des troubles de la parole et de la marche, sans signes oculaires, et amena la mort à l'âge de vingt-deux ans. En outre, un certain nombre des cas publiés, considérés par les uns comme des cas de paralysie générale juvénile authentiques, sont étiquetés par d'autres hérédo-syphilis tardive ; tel est le cas de Homen, que Kraepelin range dans le groupe des manifestations syphilitiques. Cela s'expliquerait, et c'est l'opinion de Kraepelin, par la parenté étroite entre la paralysie générale juvénile et certaines formes de syphilis cérébro-spinale.

En résumé, si, comme nous l'avons dit plus haut, nombre de cas catalogués imbécillité ou idiotie sont en réalité des cas de paralysie générale juvénile, en revanche nous sommes convaincus qu'on doit rattacher à la syphilis héréditaire nerveuse proprement dite plus d'une observation publiée sous le titre de paralysie générale juvénile.

Le diagnostic avec la sclérose en plaques doit être envisagé, malgré, d'une part, la rareté connue de cette affection dans l'enfance, malgré, d'autre part, l'existence exceptionnelle de troubles démentiels dans la sclérose en plaques en général (Müller, Strümpell) (1). En effet,

(1) Müller. *Die multiple Sclerose*, 1904.

©BIUM

la prédominance de troubles moteurs spasmodiques dans certains cas de paralysie générale juvénile peut exposer à une erreur de diagnostic. Ainsi, Brissaud et Gy ont publié un cas de paralysie générale juvénile qui a, pendant quelque temps, revêtu si nettement l'aspect de la sclérose en plaques, avec tremblement intentionnel, exagération des réflexes, nystagmus, etc., que ce dernier diagnostic fut d'abord posé. Il en fut de même dans un cas de Trömner. Le cas que nous avons observé personnellement fut aussi considéré pendant un certain temps comme un cas de sclérose en plaques. En faveur de celle-ci plaidaient un tremblement intense, quoique non intentionnel, la parole scandée et explosive, et les signes bulbaires (rire et pleurer spasmodiques), ainsi que l'absence, pendant une longue période, des signes oculaires de la paralysie générale. Idrac, dans sa thèse inspirée par R. Cestan, insiste beaucoup sur le diagnostic différentiel avec la sclérose en plaques, et rapporte les conclusions d'un travail de R. Cestan et Philippe, pour lesquels un certain nombre d'observations de sclérose en plaques avec troubles démentiels se rattacheraient, d'après les détails histologiques et macroscopiques fournis, soit à la paralysie générale, soit à la syphilis cérébrale, soit au groupe des encéphalopathies infantiles.

Plusieurs auteurs signalent la nécessité de faire le diagnostic différentiel avec la maladie de Friedreich (Babonneix, Cyaglinski) ; la distinction n'est à faire en général que dans la période de début.

Certains cas, notamment ceux où l'on rencontre une céphalée intense avec vomissements et de l'atrophie optique, à côté des accidents épileptiformes, pourraient faire penser à l'existence d'une tumeur cérébrale. Savage a rapporté une observation de ce genre, dans laquelle le diagnostic de tumeur cérébrale fut même

©BIUM

porté au début. L'évolution et l'intensité du déficit mental suffisent à rectifier le diagnostic.

Trömner indique l'importance du diagnostic avec la méningite, et rapporte un cas avec agitation et confusion mentale, qui induisit en erreur tout d'abord.

Parfois, la démence épileptique, précoce et intense, ressemble à s'y méprendre à la paralysie générale. C'est là une éventualité à laquelle il faudra penser, surtout dans les cas, d'ailleurs extrêmement rares, où la paralysie générale juvénile se développe chez un épileptique.

Les auteurs signalent la possibilité d'une confusion entre la paralysie générale juvénile et la démence précoce. L'absence des impulsions, de la catatonie, des troubles du caractère propres à cette affection, d'une part, et la présence des signes somatiques et de l'affaiblissement global des facultés, d'autre part, feront reconnaître la paralysie générale.

En dehors des démences précoce, épileptique et syphilitique, il existe des états d'affaiblissement psychique, séquelles de maladies infectieuses, de méningite, etc., qui sont encore mal connus. Leur différenciation de la paralysie générale juvénile se fera par les antécédents morbides et l'évolution de la maladie.

De ces considérations sur le diagnostic clinique de la paralysie générale juvénile, il résulte que dans beaucoup de cas il présente de réelles difficultés. Les procédés de laboratoire seront souvent un adjuvant des plus utiles. La ponction lombaire donne ici les mêmes résultats que chez l'adulte (M^lle^ Giry, Régis, etc.). La réaction de Wassermann, utilisée déjà dans quelques cas de paralysie générale juvénile, a toujours été nettement positive : Senkpiel (1908), Régis, Fleschl, K. Mendel, Colin et A. Marie, Kraepelin (1909). Dans plusieurs de ces cas, la réaction était également positive chez la mère du malade ; elle l'était même chez plusieurs frères et

©BIUM

sœurs dans deux cas sur les quatre que rapporte Kraepelin.

Malheureusement, cette méthode perd sa valeur quand il s'agit de différencier la paralysie générale juvénile de l'hérédo-syphilis nerveuse. Resterait alors la ressource de l'épreuve par le traitement spécifique. A notre avis, il importe, plus encore que chez l'adulte, d'être prudent dans l'application du traitement mercuriel, qui peut influer d'une manière fâcheuse sur la marche de la paralysie générale.

(*A suivre.*)

©BIUM

Médecine légale

LES ALIÉNÉS DANS L'ARMÉE
ET DEVANT LA JUSTICE MILITAIRE

Par le Dr A. BIAUTE
Médecin en chef de l'asile de Nantes.

Ce sujet a été remarquablement traité au dernier congrès de Nantes. Je n'ai donc pas l'intention de le reprendre d'une manière générale, bien moins encore de discuter les conclusions qui ont été adoptées et que j'admets en tous points. Je désire simplement contribuer, au moyen de quelques exemples parmi les nombreux que j'ai pu recueillir, à signaler comment les dégénérés, les anormaux, les débiles et les aliénés même entrent dans l'armée, comment leurs infractions sont punies par les conseils de guerre, comment enfin ils sont maintenus sous les drapeaux au lieu d'être mis à la réforme.

Il y a une quinzaine d'années, un de nos malades de l'asile Saint-Jacques, dégénéré par hérédité, dément précoce, fut retiré de l'établissement par sa famille. A peine sorti, il se présenta au bureau de recrutement, demanda un rengagement dans l'armée coloniale, fut accepté, toucha la prime et rejoignit son corps à Brest. Dès le lendemain de son arrivée, on s'aperçut aisément qu'on était en présence d'un aliéné, et cette constatation

©BIUM

aurait pu aussi facilement être faite au bureau de recrutement. Il fut admis à l'hôpital et, après observation de très courte durée, sa réforme fut prononcée. Il fut rapatrié dans la Loire-Inférieure, son département d'origine et de secours, et replacé à l'asile où il est décédé par tuberculose pulmonaire.

Au mois de janvier 1909, j'ai été chargé d'examiner un jeune homme de vingt ans inculpé de vol. Durant la nuit de Noël, il avait pénétré par la cheminée dans la maisonnette de sa tante qu'il savait absente et, pour faire réveillon, s'était préparé une forte tasse de chocolat et avait bu une bouteille de vin ; il avait enfin dérobé des draps dont la vente lui rapporta quelque argent pour faire la noce avant son départ au régiment, car il ne lui manquait plus qu'une pièce à fournir pour que son engagement volontaire fût accepté.

Il était physiquement bien constitué, mais bègue et atteint de strabisme.

Dégénéré par une forte hérédité vésanique et convulsive, il avait été déjà trois fois délinquant et condamné. Il pouvait verser dans le crime, à l'instigation des gens sans aveu qu'il fréquentait.

Arriéré, vicieux, il avait eu plusieurs fois des troubles mentaux transitoires avec la caractéristique d'impulsivité maniaque.

Tel est le sujet que l'armée a failli compter dans ses rangs par engagement volontaire. Il en aurait été ainsi si tous ses papiers avaient été en règle avant que les poursuites judiciaires aient été dirigées contre lui. Une ordonnance de non-lieu fut rendue à son égard et il fut placé à l'asile d'où il s'évada quelques mois après. Il y fut bientôt réintégré et, y étant encore au moment du Conseil de révision de la classe à laquelle il appartenait, il put ainsi être déclaré impropre au service militaire.

©BIUM

L'exemple suivant est fourni aussi par ma pratique médico-légale.

A seize ans, B..., paresseux, violent, intraitable, jaloux de ses frères et sœurs, avait quitté sa famille, disant qu'il était trop malheureux et qu'il ne voulait pas être tué par son père. On apprenait bientôt qu'il s'était fait condamner par le tribunal de Ploërmel, pour vol d'une somme de 600 francs, à un an de prison avec sursis. Un mois après, le tribunal de Nantes le condamnait à six mois de prison, encore pour vol. Il purgea les deux peines à la maison d'arrêt de Nantes où il causa les plus grands soucis, se montrant redoutable pour les gardiens et ses co-détenus, menaçant de tuer et de se suicider. Avant qu'il fût libéré, sa famille manifesta ses craintes de le voir revenir près d'elle et il fut convenu que le personnel de la prison ferait tous ses efforts pour le décider à s'engager. Il acquiesça, mais à la sortie il voulut revenir sur la promesse qu'il avait donnée. Ce n'est que muni d'une forte somme d'argent qu'il consentit à partir pour un des bataillons d'Afrique, seul corps où l'autorité militaire pouvait l'admettre à cause de ses condamnations antérieures.

C'était en juin 1906, et il avait dix-huit ans. En octobre 1907, il passe en conseil de guerre et obtient un an de prison pour vol. En septembre 1908, le conseil de guerre d'Oran lui infligea un an de prison pour destruction volontaire d'effets appartenant à l'Etat. Au pénitencier militaire, il se blesse de nombreux coups de couteau et est envoyé à l'hôpital de la région où il fut reconnu aliéné et dirigé sur l'asile de Marseille, en novembre 1908. Il fut réformé pendant son séjour dans cet asile où il s'améliora suffisamment pour pouvoir être mis en liberté le 6 février 1909 et revenir seul dans la Loire-Inférieure.

Arrêté en mai pour attaque nocturne, il lui a été

©BIUM

fait application de l'article 64 du Code pénal et il a été placé à l'asile de Nantes. Evadé au moment où la vésanie guérissait, il vit dans la ville en vrai apache.

Son torse, en avant et en arrière, et les deux membres supérieurs sont complètement recouverts de tatouages représentant toutes sortes de sujets : des femmes, des hommes, des militaires, des mousquetaires, des toréadors, des oiseaux et des fleurs ; sur l'avant-bras gauche, on lit cette inscription : « L'armée est l'école du crime ». Un poignard est dessiné sur le prépuce. La lèvre supérieure est aussi tatouée de façon à représenter une moustache à extrémités relevées en pointe. Il a appris le métier de boulanger et on juge quelle confiance il inspirerait à un patron auquel il irait demander du travail.

Il a donc été bien à propos exclu de l'armée par réforme, mais nous avons vu comment il y était entré.

Il y a quelques années, un soldat du régiment d'infanterie stationné à Fontenay-le-Comte comparaissait devant le conseil de guerre du XI[e] corps d'armée, pour outrages et voies de fait envers plusieurs supérieurs. Tous le regardaient comme un simulateur, officiers et médecins de son régiment, commissaire du gouvernement, surveillants de la prison. Il fallut toute l'autorité de son défenseur, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats, pour arrêter momentanément le cours de la justice militaire et faire reconnaître la nécessité d'un examen mental. Il me fut confié.

Le fait, les circonstances d'accomplissement et certaines particularités de la vie du prévenu me donnèrent la conviction que ce soldat était non seulement un aliéné au moment où je l'observais, mais qu'il était aussi un épileptique. Un jour, et alors qu'il était sergent, il était tombé sans connaissance à la salle de rapport et, transporté à l'infirmerie, il était revenu à

©BIUM

lui un quart d'heure après. On n'avait attaché aucune importance à cet accident que l'on avait simplement attribué à la chaleur qui régnait dans la salle. Je conclus que l'acte reproché avait été commis en état de mal ou d'équivalence.

Dans une seconde audience il fut acquitté et fut placé ensuite à l'asile. Peu de mois après, il succombait à la suite d'attaques répétées.

Je l'ai dit, il a fallu dans ce cas toute l'autorité du défenseur pour obtenir d'abord l'expertise et enfin l'acquittement. Le professeur Régis accomplit donc une bien noble tâche en vulgarisant la psychiatrie parmi les officiers, en leur montrant comment ils doivent se préoccuper de la mentalité des soldats. Si ses efforts avaient déjà produit tout l'effet désirable, le cas de médecine légale qui va suivre aurait peut-être été résolu d'une tout autre façon qu'il ne l'a été.

Je soussigné, docteur A. Biante, médecin en chef du Quartier d'aliénés de l'Hospice général de Nantes, expert commis par Ordonnance du 27 janvier 1910 de M. le capitaine rapporteur près le Conseil de guerre de la 11e région de Corps d'armée, à l'effet de procéder à l'examen du soldat X... du 6e régiment d'infanterie coloniale, détenu à la prison militaire de Nantes sous l'inculpation de coups et blessures volontaires et de tentative de vol, et de dire dans un rapport écrit mon avis sur ses facultés mentales, déclare avoir, serment préalablement prêté, rempli la mission qui m'avait été confiée et en donner le résultat dans le présent rapport.

X... est né le 15 janvier 1880. Il est le dernier de neuf enfants, dont six ont disparu en bas âge. Il lui reste un frère et une sœur.

Le père, journalier, était buveur et maltraitait sa femme. Celle-ci le quitta immédiatement après la naissance de l'inculpé, se rendit à Rennes, emmenant avec elle son nouveau-né qu'elle déposa aux Enfants trouvés.

©BIUM

Elle se fixa définitivement dans cette ville et obtint ensuite le divorce.

Le père et la mère vivent encore et sont âgés de soixante-dix ans environ.

X... ne connaît, parmi ses ascendants ou collatéraux, aucun cas de folie ou d'épilepsie. Mais, par renseignements, nous avons appris certaines particularités que nous dirons plus loin.

Il a été placé aux Enfants-Assistés de la Loire-Inférieure en 1890 et y est resté jusqu'en 1892, c'est-à-dire de dix à douze ans. Sa conduite a été bonne, son caractère a été reconnu faible et son intelligence peu développée.

En 1892, il retourna aux Enfants-Assistés de l'Ille-et-Vilaine et, un an après, sa mère demanda à le reprendre. En raison du peu de temps qu'il a passé dans ce service, l'Administration n'a pas été appelée à juger sa conduite, son caractère et son intelligence; toutefois il n'a donné aucun sujet de mécontentement.

Il avait alors treize ans et travailla pendant quelque temps dans un cirque qui séjournait à Rennes. Il soignait les chevaux et apprenait les exercices acrobatiques. Quand le cirque quitta la ville, il ne put pas le suivre, le directeur exigeant pour cela l'autorisation de la mère, et X... ne voulut pas la demander.

Peu après, 14 décembre 1893, il passait en jugement pour vol, et était condamné à être enfermé dans une maison de correction jusqu'à sa vingtième année. On l'envoya dans une colonie appartenant à un ordre religieux, et il y resta jusqu'au 15 janvier 1900. On dit qu'il y a été mauvaise tête, toujours en révolte et puni.

Dans le service des Enfants-Assistés et à la colonie, X... avait reçu une instruction primaire très suffisante et avait aussi commencé à apprendre le métier de charron-forgeron.

Sorti du pénitencier, il revint à Rennes près de sa mère et, deux mois après, 21 mars 1900, il contracta un engagement volontaire de cinq ans au 6e régiment d'infanterie coloniale « pour faire sa carrière dans l'armée et pour voir du pays ».

Le 10 septembre 1901, il encourait sa première condamnation militaire, infligée par le Conseil de guerre

©BIUM

de Hanoï, sept mois de prison pour bris de clôture. D'autres condamnations se succèdent ensuite à intervalles assez rapprochés.

8 avril 1903. Conseil de guerre de Marseille : abandon de poste et outrages à un supérieur, cinq ans de travaux publics.

17 octobre 1906. Conseil de guerre de Montpellier : désertion, six mois de prison.

21 juillet 1907. Conseil de guerre de Nantes : refus d'obéissance, un an de prison.

Ces condamnations ont nécessairement retardé sa libération et, à l'âge de trente ans, il lui reste encore à faire plus d'un an de service.

Au corps, pour toutes sortes d'infractions que peut commettre un soldat que ses chefs qualifient d'indiscipliné, ivrogne, sans moralité, antimilitariste, il a subi les punitions suivantes :

Trente-six jours de consigne ;

Quatre-vingt-neuf jours de salle de police ;

Trois-cent-dix-sept jours de prison ;

Cinquante-trois jours de cellule.

Le nombre des punitions au corps est donc considérable, eu égard au temps qu'il y a passé, diminué encore par plusieurs et longs séjours dans les hôpitaux et par plusieurs congés de convalescence.

Durant un de ces congés, il a été condamné par le Tribunal correctionnel de Montfort (Ille-et-Vilaine), le 30 juin 1906, à quarante jours de prison pour vol.

Après divers changements de régiment par mesure disciplinaire, X... était revenu au 6e d'infanterie coloniale à Brest. Il y était depuis quelques mois seulement, quand se sont passés les faits qui l'ont mis de nouveau en prévention de Conseil de guerre.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre 1909, vers une heure du matin, X... et trois autres soldats du 6e régiment d'infanterie coloniale se trouvaient au débit de l'Etoile du Nord, avec le soldat Rogé du 2e régiment. Celui-ci rentrant de permission était supposé avoir de l'argent en poche et une discussion survint pour le paiement des consommations. A la sortie, Rogé fut frappé par X... d'un coup de rasoir au front, renversé à terre, frappé à coups de pied et de poing et enfin fouillé.

©BIUM

Peu après et dans un autre quartier, ce groupe de militaires rencontra le nommé Tallec, cordonnier à Brest. On chercha à lui enlever son chapeau, il y eut une rixe, et enfin le civil se sentit frappé à la figure. Des coups de rasoir lui avaient entaillé les deux joues et le nez. Il fut renversé à terre, frappé et fouillé. Son argent ne put lui être enlevé, pas plus d'ailleurs qu'au soldat Rogé.

Quand tous les soldats eurent été arrêtés et conduits au poste de police, on retrouva sous le siège de X... un rasoir qu'il dit lui appartenir. Les deux agressions sont donc à sa charge.

X... reconnut avoir frappé le soldat Rogé, mais il expliqua son acte de la manière suivante : Il était complètement ivre, et, dans la salle de l'Etoile du Nord, il s'était trouvé non loin de deux civils à l'air menaçant. Un d'eux avait passé un revolver à l'autre. A la sortie, la lumière projeta une ombre devant lui, il crut que les civils venaient derrière ; il eut peur, saisit son rasoir et frappa, mais c'était Rogé qui se trouvait là et qui avait été atteint. Il s'enfuit aussitôt, mais revint peu après pour se rendre compte de la gravité du coup de rasoir qu'il avait porté. Il ne l'a ni piétiné ni fouillé. Ce rasoir se trouvait accidentellement dans sa vareuse, il ne l'avait jamais emporté dans l'intention d'en faire usage.

Quant aux blessures de Tallec, il prétend n'en être pas l'auteur. Il dit connaître celui qui l'a frappé et espère que celui-là se dénoncera dans le cours de l'instruction.

Les blessures de Rogé et de Tallec ont été heureusement sans gravité et ont assez facilement guéri.

X... n'a pas le souvenir d'avoir eu de maladies graves durant l'enfance ou durant l'adolescence jusqu'à l'époque de son engagement volontaire. Nous dirons plus loin, d'après les renseignements qui nous ont été communiqués, que pendant cette période de sa vie il a eu cependant des troubles cérébraux.

Il porte au niveau de la bosse frontale droite une cicatrice résultant d'une blessure qu'il se fit en tombant d'un arbre vers l'âge de huit ans. Le traumatisme n'eut aucune suite sérieuse. Un instrument de travail l'a blessé au nez et il en porte encore les traces.

©BIUM

En 1908, à l'hôpital de Rochefort, et en 1909, à l'hôpital de Diégo-Suarez, sa feuille d'observation médicale portait le diagnostic d'anémie paludéenne et de neurasthénie. De Madagascar, il fut envoyé en France avec un congé de convalescence et, paraît-il, avec des propositions de réforme.

En 1907, pendant qu'il était en traitement à l'hôpital de Brest pour bronchite avec fièvre, il reçut quatre coups de marteau sur la tête de la part d'un autre malade, aliéné en observation placé dans la même salle que lui.

Le traumatisme se révèle encore aujourd'hui par trois légères exostoses au sommet du crâne et par une excavation dénotant qu'il y eut fracture des bords pariétaux vers la partie postérieure de la suture sagittale. Le cuir chevelu est adhérent au fond de la cavité, probablement avec les enveloppes du cerveau, et la moindre pression détermine de la douleur.

Après avoir reçu les quatre coups de marteau et jusqu'à la guérison des plaies, X... fut sujet à de l'hébétude et à des étourdissements dus à l'irritation sous-jacente, occasionnée par les esquilles osseuses et par la suppuration. Il bénéficia ensuite d'un congé de convalescence, mais sans autorisation d'aller dans sa famille parce qu'il était en prévention de Conseil de guerre. Il avait été question de la réforme, prétend-il.

Le défenseur a recueilli de son côté, sur le compte de X... et de ses parents, des renseignements que nous devons reproduire dans ce rapport.

Le Directeur de l'école communale de Rennes fréquentée par X... a écrit :

« Je conserve au pauvre garçon toute ma sympathie malgré la faute qu'il a commise. Non, X... n'est pas méchant et ne l'a jamais été. Sa vie n'a été que souffrance. C'est un de ces pauvres êtres qui n'ont jamais rencontré que dureté et indifférence et auquel il n'a manqué qu'un peu de bonté et d'affection pour faire comme les autres un honnête ouvrier.

« Fils d'un père alcoolique, X..., dès son bas âge, a été pour ainsi dire abandonné, sa mère, pour vivre, ayant dû prendre un petit commerce de marchande foraine et courant tous les jours les foires et les marchés.

©BIUM

« Il vint à mon école vers l'âge de huit ou neuf ans. De son ascendance il lui restait certainement une tare, car c'était un garçon brouillon, désordonné, dont il était impossible de fixer l'attention et qui désespérait son maître par son peu d'application. Non pas qu'il fût bruyant, querelleur avec ses camarades, il n'était jamais brutal, mais il était toujours prêt à les troubler dans leur travail. J'avoue que plus d'une fois son regard, à la fois naïf et rieur sous mes reproches, désarmait ma sévérité. J'y étais d'autant plus porté que je sentais un enfant anormal, malade, que j'aurais mieux aimé à la maison qu'à l'école. Mais c'eût été le jeter à la rue et il n'y a été que trop tôt.

« Je restai en relations avec lui pendant toute la durée de son service militaire. De temps en temps, soit en France, soit d'une colonie, je recevais une lettre dans laquelle il me racontait son existence, ou bien c'était une simple carte postale qui venait me parler de lui. J'ai conservé toute cette correspondance, bien insignifiante dans les termes, mais à laquelle j'attache du prix. A chacun de ses congés, il venait me voir, me faire part de ses projets, aspirer après le temps où il pourrait rentrer dans la vie civile et rester auprès de sa mère qui se faisait bien vieille. J'avoue que chacune de ses visites me disposait en sa faveur. Comme bien d'autres, X... aurait pu faire appel à ma générosité, solliciter un secours d'argent. Jamais il ne l'a fait et les seules demandes qu'il m'a adressées ont été pour l'aider à trouver du travail. Il voulait surtout ne pas être à charge à sa mère et, ce qui est vraiment touchant, c'est l'affection qu'il a vouée à celle-ci. L'homme qui conserve au cœur de tels sentiments n'est pas la brute que les apparences peuvent faire craindre. Il est bien malheureux que la demande par lui faite, il y a quelques mois, en vue d'être réformé, alors qu'il revenait des colonies, malade, n'ait pas été agréée. Je pense que s'il doit être encore soldat, avec son tempérament malade, il lui arrivera un jour ou l'autre malheur. »

Le passage suivant de cette lettre est le point le plus important pour notre expertise médicale :

« Un jour, on me l'amena secoué par une crise atroce. Il était tombé pendant la récréation, pris de convulsions,

©BIUM

et je le gardai pendant plus d'une demi-heure, avant l'arrivée d'un médecin, étendu sur ma table, le corps raidi, la gorge serrée, les yeux vitreux, me demandant s'il n'allait pas passer entre mes mains. Il était sujet à ces crises, plus ou moins violentes, mais qui heureusement ne se renouvelaient pas souvent à l'école. Quelques instants de repos et le grand air suffisaient souvent à le calmer. »

Il n'est pas douteux pour nous, quoique aucune étiquette médicale n'ait été mise sur ces accidents, qu'ils n'aient été des manifestations convulsives de la névrose épilepsie, à forme de grand mal.

Le défenseur a su aussi que, vers l'âge de quatre ans, X... avait eu un transport au cerveau. Le médecin qui l'avait soigné à cette époque n'a plus le souvenir de cette maladie et n'a pas pu délivrer un certificat d'authenticité. Ce qui a été constaté, quelques années après, permet de penser que ce transport au cerveau devait être une fièvre cérébrale ou méningitique ou une première série de convulsions de l'enfance, dérivant d'une aptitude héréditaire et d'une réaction indéterminée.

Le père de X... avait eu une fièvre typhoïde à onze ans et, à la suite, il fut sujet à des impulsions terribles. Il a fait une vie d'enfer à sa femme qui fut obligée de se séparer de lui. Il était alcoolique, mais avait le « vin doux ». C'était à jeun que sa fureur le prenait et ses crises dangereuses revenaient à chaque « tour de lune ». Le divorce est basé sur des faits d'une violence inouïe et le défenseur se met en mesure de les faire connaître en demandant copie de l'enquête ordonnée par le Tribunal civil de Redon. X... père, vieux et infirme de la vue, est retiré dans un hospice.

Une sœur de X... est sujette à des colères et à des violences que rien ne peut expliquer. Elle a failli un jour étrangler sa mère. Elle a eu une fille décédée par méningite à l'âge de huit ans.

X... est de bonne constitution générale et ne porte pas de stigmates physiques appréciables de dégénérescence. Les muscles sont bien développés.

Nous avons parlé déjà des traces de traumatismes anciens qu'il porte sur la tête.

Il a encore parfois des accès de fièvre des pays

©BIUM

chauds. Mais, avant comme après, la santé est bonne et il n'a aucune marque de cachexie paludéenne.

Il a souvent été traité pour des bronchites. Les poumons cependant, à la percussion et à l'auscultation, ne révèlent aucun signe pathologique important; à peine la respiration est-elle un peu rude.

Toutes les fonctions s'opèrent normalement.

Il a le corps couvert de tatouages et, sur le deltoïde du côté gauche, il porte cette inscription : « Souviens-toi du 10 septembre 1901 », jour de sa première condamnation en Conseil de guerre, un an et demi après son engagement volontaire. Pourquoi a-t-il fait graver cette date sur son bras? Est-ce comme gage de repentir ou de rancune? Nous croyons au repentir plutôt et, en tout cas, cette inscription n'est pas odieuse comme celle que nous avons eu l'occasion de voir récemment sur un sujet réformé depuis peu et passé par les travaux publics lui aussi : « L'armée est l'école du crime. »

A la prison militaire, X... ne se fait remarquer par aucun acte anormal. Il se soumet sans aucune manifestation d'insubordination à toutes les exigences de la discipline intérieure. Mais on a été obligé de l'isoler parce qu'il a montré des sentiments de haine à l'égard d'un de ses coaccusés, celui qui le charge dans l'instruction, celui qu'il dit être l'auteur de l'agression contre le civil Tallec et ne voulant pas se dénoncer. On connaît son caractère emporté et on a craint des violences à son égard.

X... n'a aucun trouble des facultés intellectuelles. Il est conscient de sa situation présente, il a le souvenir exact de toute sa vie passée, il donne avec précision toutes sortes de renseignements. Il n'a ni conceptions délirantes ni hallucinations sensorielles. Parfois, dit-il, il lui semble que des bêtes lui courent sur le corps. Nous estimons qu'il ne faut considérer cela que comme un phénomène nerveux de sensibilité générale, car à cette demande : « Les voyez-vous? » X... répond : « Comment voulez-vous que je puisse les voir puisque je sais qu'il n'y a réellement rien. »

C'est la négation de l'hallucination.

Il ne souffre pas habituellement de céphalée et il n'a pas d'insomnie opiniâtre. On a dit qu'il parlait en

©BIUM

dormant, mais on ne l'a jamais vu déambuler pendant le sommeil. Dans la cellule qu'il occupe la nuit, il se met tard au lit, veille le plus qu'il peut avec le souvenir de ses misères et de sa triste vie militaire et avec le souci de voir constamment éloignée la date de sa libération du service.

Cela entretient chez lui un état d'énervement constant dont nous avons pu nous rendre compte durant nos visites. Il nous est arrivé d'être obligé d'interrompre notre conversation avec lui, pour que la colère ne survienne pas et qu'il n'ait pas un langage haineux et violent, lorsqu'il était question de ses punitions au régiment, de ses condamnations en conseil de guerre et surtout du temps passé aux travaux publics. « Il faut, dit-il, que tout cela ait une fin bon gré ou de force ; une personne charitable prendra peut-être pitié de moi, ou une amnistie libérant les soldats âgés de trente ans me rendra à la vie civile. »

Cette manière d'être et de penser, cet état d'âme plein de soucis, d'amertume et d'espoir en même temps sont des plus naturels chez X... ; ils ne sont symptomatiques d'aucune maladie mentale, constitutionnelle ou fonctionnelle par défaut de quantité ou de qualité psychiques.

Il n'est donc pas atteint de démence dans le sens de l'article 64 du Code pénal.

X... a des habitudes d'intempérance, il boit beaucoup. Il prétend ne pas pouvoir faire autrement avec le découragement dans lequel il se trouve. Il ne laisse échapper aucune occasion qui se présente et elles sont nombreuses. Tous les faits qui l'ont conduit en Conseil de guerre ont été commis en état d'ivresse. Mais nos investigations nous permettent de croire qu'il n'a jamais eu les accidents graves et vraiment pathologiques de l'alcoolisme aigu sous la forme de *delirium tremens*. Il n'a aucun signe d'alcoolisme chronique, à moins d'accepter les sensations qu'il dit éprouver parfois comme appartenant à cette affection.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre, X... était ivre. Dans le débit de l'Etoile du Nord, il y avait près de lui deux civils à l'air menaçant, et l'un d'eux passa un revolver à l'autre. Est-ce réel ou une simple allégation

©BIUM

destinée à excuser le coup porté à Rogé, ou est-ce une hallucination suivie de phobie, ayant provoqué l'acte de défense? Si le fait est réel, la médecine mentale n'a pas à intervenir, bien moins encore si c'est une excuse inventée. Si c'est une hallucination suivie de phobie, elle n'a été que passagère, sous la dépendance immédiate de l'intoxication, et n'a pas eu plus de durée que celle-ci. L'ébriété n'enlève pas la responsabilité pénale des actes commis en cet état, lorsque, en dehors d'elle, la mentalité n'est compromise à un degré quelconque et sous quelque forme que ce soit.

X... est atteint d'épilepsie, c'est certain. Il est étonnant que ses manifestations convulsives n'aient jamais été remarquées dans les régiments où il a servi, ou du moins qu'il n'en soit fait mention dans aucune pièce militaire. La description du directeur d'école de Rennes est typique.

X... ne sait pas être épileptique et il n'invoque aucunement cet état pour atténuer sa conduite indisciplinée ou ses actes plus gravement répréhensibles. Il ne met pas sur le compte de la névrose des accidents qu'il a eus, dont il n'a eu connaissance que par les personnes qui en avaient été les témoins, auxquels il n'avait attaché aucune valeur. Il ne nous en aurait jamais parlé spontanément, et c'est notre manière de l'interroger qui seule les a fait découvrir.

Peu de jours avant le 15 novembre, X... est tombé sans connaissance dans un café de Brest, sans être ivre. Le soldat Y..., co-inculpé, était avec lui, et il nous a fait la description exacte d'une crise d'épilepsie : cri, chute à terre, contorsions, sommeil, durée d'un quart d'heure, nul souvenir de ce qui s'était passé. Nous sommes convaincu qu'il ne peut pas y avoir eu entente entre Y... et X... pour rappeler ce fait et en dire les détails.

A Madagascar, il s'est trouvé un matin, dans la cour du casernement, réveillé par le froid. Il était cependant rentré deux heures auparavant, sans être ivre. Il a été étonné de n'être pas dans son lit et n'a pu comprendre pourquoi il était resté dans la cour. Il avait eu certainement une attaque d'épilepsie.

On rapporte qu'il a eu aussi une crise en octobre der-

©BIUM

nier, à Rennes, pendant qu'il était en permission dans cette ville.

Il a uriné au lit jusqu'à l'âge de dix-sept ans, ce qui indiquerait peut-être la fréquence de crises nocturnes.

L'épilepsie ne peut faire accorder l'irresponsabilité que si elle coexiste avec un affaiblissement intellectuel prononcé et permanent, ou si les actes ont été commis durant une complication vésanique ou en état de mal. Ce n'est pas le cas pour X... dans le fait qui lui est reproché.

Nous avons dit que nous avions relevé dans ses notes médicales le diagnostic de neurasthénie. Dans le langage vulgaire, ce mot a une signification fort vague et sert surtout à masquer de véritables états d'aliénation mentale. Scientifiquement, neurasthénie veut dire épuisement nerveux par suite d'affections physiques, de fatigues corporelles ou cérébrales, de surmenage et de préoccupations morales. Tant que les malades sont conscients de leur défaillance psychique, nerveuse et motrice et de sa cause, tant qu'ils acceptent les soins qui leur sont donnés, bien qu'enclins à l'humeur difficile et à l'irritabilité, ils restent des neurasthéniques purs ; mais dès que le désespoir incoercible survient, dès que l'anxiété apparaît et que le mal est attribué à des causes occultes, et par conséquent délirantes, c'est la folie hypocondriaque et mélancolique. La distinction des deux états est malaisée parfois, et le passage de l'un à l'autre se fait progressivement quand la thérapeutique n'a pas donné de résultats favorables.

Les médecins militaires ont donc employé le mot neurasthénie, et nous devons croire qu'ils ont voulu désigner la forme simple. En effet, X... nous dépeint ainsi qu'il suit la situation dans laquelle il se trouvait alors.

Après des accès de fièvre paludéenne ou des affections des organes respiratoires, il était déprimé de corps et d'esprit, sans volonté, incapable d'agir, obsédé par le souvenir de sa malheureuse existence et de ses longs séjours dans les prisons militaires, plein de haine pour ses chefs, impuissant à réprimer sa tendance à la désobéissance et ses idées de révolte. Il avait « le cafard », dit-il.

©BIUM

La promesse d'un congé de convalescence et la perspective d'une période de liberté faisaient disparaître le découragement et le changeaient complètement.

Nous savons que X... a été engendré par un père depuis longtemps alcoolique, violent, ayant des accès de fureur épouvantable à chaque « tour de lune », fureur que l'on dit folle et épileptique quand elle est inexplicable. C'est avec raison que cette fureur est ainsi vulgairement dénommée, car, avec sa régularité périodique, on doit la regarder comme une transformation de la névrose. Le fils est un épileptique convulsif, le père est un alcoolique avec les équivalents mentaux de l'épilepsie.

Le père est la cause de tout le mal chez le fils, il le lui a légué par hérédité. Il a produit un enfant anormal, instable, difficile, à sentiments moraux émoussés, disposé à l'intempérance, épileptique. Cet enfant a été un indiscipliné dans l'armée, un impulsif sous l'influence de l'alcool, un révolté avec des périodes d'exaltation et de dépression.

Mais ses facultés intellectuelles sont restées intactes, il a conservé l'usage de la raison qui le rendait capable d'écouter et de suivre les bons conseils, qui devait lui servir à corriger ses défauts et à mettre un frein à ses mauvais instincts. C'est pour cela que nous le disons responsable.

Mais sa responsabilité est notablement diminuée parce qu'il tient de l'hérédité ses imperfections morales et sa maladie nerveuse. Celle-ci influe aussi pour aggraver les imperfections.

Le directeur d'école de Rennes terminait ainsi sa lettre : « Je pense que si X... doit être encore soldat, avec son tempérament malade, il lui arrivera un jour ou l'autre malheur. »

C'est notre avis, et nous le formulons en disant que, dès qu'il sera rentré au régiment, X... devrait être présenté devant une Commission de réforme. Nous estimons qu'un sujet anormal, alcoolique et épileptique par hérédité, qui été reconnu plusieurs fois neurasthénique par les médecins militaires, qui porte à la tête les traces d'un grave traumatisme, ne peut être conservé dans l'armée sans danger pour autrui et pour lui-même.

©BIUM

Conclusions :

X... n'était pas en démence quand il a commis les faits qui lui sont reprochés ;

Il est responsable, et l'article 64 du Code pénal ne peut lui être appliqué ;

L'épilepsie dont il est atteint et les tares héréditaires qui pèsent sur lui diminuent notablement sa responsabilité.

Nantes, le 26 février 1910.

Dr A. BIAUTE.

X... est passé en Conseil de guerre le 15 avril, et a été condamné à quatre ans et onze mois de prison. C'est tout simplement pour ne pas l'envoyer aux travaux publics que la peine n'a pas été portée à cinq ans.

J'ai déposé à l'audience en pure perte, et la justice militaire n'a aucunement pris en considération les conclusions de mon rapport. X... devait être puni, mais beaucoup moins sévèrement, car les blessures avaient été sans gravité, et surtout en raison des nombreuses causes d'atténuation de sa responsabilité. Elle a enlevé ainsi la possibilité d'une prochaine proposition de réforme et d'une prompte exclusion de l'armée.

Il est bien à craindre que cet homme, qui à trente-sept ans ne sera pas encore libéré du service, ne commette pendant l'accomplissement de sa peine des actes plus dangereux, par exemple un attentat contre le personnel de la maison de détention où il sera envoyé.

Nous pouvons conclure en disant que les vœux émis au Congrès de Nantes, même par des médecins militaires, sont encore loin d'être réalisés.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

DU DROIT DE VISITE

DES PARENTS OU AMIS AUX ALIÉNÉS INTERNÉS

A PROPOS D'UNE RÉCENTE DÉCISION JUDICIAIRE

Par le Dr Victor PARANT père,
Directeur médecin de la maison de santé de Toulouse.

Les proches parents ou même les amis des aliénés placés dans les établissements spéciaux ont-ils le droit de les visiter lorsqu'ils le demandent? Quels sont, par contre, en cette matière, les droits de directeurs-médecins de ces établissements? Doivent-ils obtempérer aux exigences qui leur seraient manifestées? Peuvent-ils, et dans quelles conditions, opposer à ces exigences une fin de non-recevoir? Peut-on, enfin, obtenir contre eux des injonctions judiciaires, les obligeant, malgré tout, à accueillir et à satisfaire les visiteurs?

Ces questions présentent un intérêt pratique.

Une instance, dans laquelle j'ai été pris à partie, et qui vient de se terminer après être passée successivement au Tribunal civil et à la Cour d'appel de Toulouse, et qui se rapporte à ces questions, me paraît mériter d'être relatée ici avec détails; elle leur donne en effet de bons éléments de solution et peut indiquer la conduite à suivre en pareil cas.

Ann. méd.-psych., 9e série, t. XII. Juillet 1910. 5. 5

©BIUM

Voici quelles furent la genèse et l'évolution de cette instance.

J'ai parmi mes pensionnaires une dame qui me fut confiée en 1907.

Précédemment elle avait été placée dans deux autres établissements spéciaux. Elle fut subrepticement enlevée du deuxième par son beau-frère et sa sœur, qui, ayant demandé à la voir, réussirent à la faire monter dans une automobile appostée à cette intention à la porte de l'établissement et l'emmenèrent chez eux, à Paris.

Ils soutenaient que la malade était indûment placée dans un asile d'aliénés, que son état ne l'exigeait pas, et ils paraissaient se faire forts de la garder eux-mêmes. Elle avait, paraît-il, bien accueilli d'abord leur entreprise et, arrivée chez eux, s'y tint calme pendant quelques jours. Mais sujette à des accès d'agitation violente, accès qui avaient été pour son mari le motif principal de l'interner, elle recommença d'en avoir; puis un jour elle s'enfuit de chez sa sœur et revint chez son mari.

Mais comme de nouveau les accès d'agitation redevenaient fréquents et même redoutables ; que dans ces accès la malade brisait tout chez elle ; qu'elle causait à ses jeunes enfants des terreurs inquiétantes et nuisibles, son mari dut l'interner de nouveau et ce fut alors qu'il nous la confia.

Nous vîmes se produire chez nous les mêmes accès d'excitation et de violence qu'elle avait eus chez son mari ; elle était défiante, inquiète, dominée peut-être par des idées de persécution que cependant elle n'exprimait pas nettement. Mais il lui arrivait souvent de dire qu'elle ne voulait pas *être trafiquée*, et cette expression nous parut être une de celles que les persécutés adoptent pour exprimer leur délire. Actuellement les crises d'agitation sont moins fréquentes, mais la

©BIUM

déchéance mentale se prononce, et la malade se montre indifférente à tout ce qui devrait l'intéresser.

En nous confiant la malade, le mari nous informa de ce qui s'était passé, et nous dit qu'il ne permettait à sa belle-sœur et à son beau-frère de visiter la malade, s'ils le demandaient, qu'en présence de la mère de celle-ci, laquelle, d'ailleurs, approuvait entièrement toutes les mesures que son gendre prenait et était d'accord avec lui.

Il arriva donc que lorsque ledit beau-frère et sa femme nous demandèrent à visiter la malade, nous leur indiquâmes les conditions dans lesquelles cette visite serait permise.

La restriction ne leur convint pas et dès lors ils manifestèrent l'intention de chercher à s'y soustraire.

Ils commencèrent par adresser au Tribunal de Toulouse une requête tendant à obtenir purement et simplement que la malade serait mise en liberté, comme n'étant pas atteinte de maladie mentale.

Le Tribunal estima qu'il fallait recourir à une expertise médicale, que d'accord avec les requérants il confia à MM. les Drs Dupré, professeur agrégé à la Faculté de Paris; Rémond, professeur de clinique des maladies mentales de Toulouse, et Malfilâtre, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège).

Les conclusions du rapport des experts furent les suivantes : « Mme H... est atteinte d'une affection mentale caractérisée par un affaiblissement général des facultés et un désordre de l'activité psychique symptomatique d'une démence précoce à forme simple.

« Cet état justifie son maintien dans un établissement offrant les garanties nécessaires de surveillance et de protection. »

Au cours de leur rapport les experts avaient dit d'ailleurs qu'ils ne voyaient aucun inconvénient à ce que la malade reçût les visites de sa sœur.

©BIUM

Sur ces données le Tribunal rendit le 29 juillet 1908 un jugement dont voici la teneur :

Le Tribunal, vu l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 ;
Vu le rapport des experts commis :
Rejette la demande des époux Z...
Dit en conséquence n'y avoir lieu d'ordonner la sortie de la dame X... de l'établissement où elle se trouve.
Sur la demande subsidiaire desdits époux Z... tendant à obtenir qu'ils seraient autorisés à voir leur sœur et belle-sœur nonobstant la condition que le mari prétendait leur imposer, et sous la seule réserve que le médecin traitant n'y mettrait pas obstacle à raison du traitement :
Attendu que l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838 a conféré aux tribunaux le droit d'ordonner, après vérification, la sortie des personnes placées dans les établissements d'aliénés, mais que le rôle des juges se borne à accueillir ou à rejeter la demande en élargissement, en recherchant uniquement si la démence constatée lors de l'internement existe encore au moment où ladite demande en élargissement est formée, c'est-à-dire, en un mot, si les causes de l'internement ont persisté ; *qu'aucun texte de loi ne confère au Tribunal le pouvoir de prescrire une mesure de la nature de celle qui est subsidiairement réclamée* ; qu'en la prescrivant ils empiéteraient arbitrairement sur les pouvoirs que la loi du 30 juin 1838 a conférés à certaines personnes déterminées pour la protection des aliénés ;
Attendu d'ailleurs en fait que les experts nommés par le Tribunal, après avoir constaté que la dame X... est démente et qu'elle ne peut vivre en dehors d'une surveillance continue exercée sur elle tant dans son intérêt que dans celui de son entourage, concluent au maintien de ladite dame dans un établissement offrant les garanties nécessaires de surveillance et de protection ;
Attendu, dès lors, que même en admettant que le Tribunal eût le droit d'ordonner la mesure spéciale sollicitée, cette mesure ne lui paraît pas s'imposer, puisque, d'une part, l'établissement du Dr Parant offre les

©BIUM

garanties de surveillance que les experts jugent nécessaire et que, d'autre part, la dame X... peut y recevoir tous les soins que comporte son état, tel qu'il est décrit par ladite expertise.

Par ces motifs, le Tribunal statuant publiquement :

Rejette la demande subsidiaire formée par les époux X..., *mais accorde à la dame Z... l'autorisation de voir sa sœur à la condition que le médecin traitant n'y mette pas obstacle à raison du traitement.*

Nous devons remarquer ici qu'entre ces dernières paroles du jugement et les motifs exposés plus haut, il semble y avoir quelque discordance, puisqu'il est dit dans ces motifs : « qu'aucun texte de loi ne confère au Tribunal le pouvoir de prescrire une mesure de la nature de celle qui était subsidiairement réclamée ». Il semble évident, toutefois, que le Tribunal n'a pas entendu faire, par son dispositif, une injonction formelle, comme la suite des événements l'a démontré.

Ce jugement me fut notifié par ministère d'huissier, le 7 août 1908.

Je répondis à l'officier public que je n'autorisais Mme Z... à voir sa sœur qu'en présence de leur mère. Je mettais ainsi hors de question des empêchements d'ordre médical ou autres qui auraient pu rendre les visites impossibles, pour m'en tenir aux intentions que le mari de la malade m'avait manifestées.

Les époux Z... introduisirent d'abord un référé pour obtenir de passer outre à mon opposition. Ce référé ne fut pas admis.

Ils nous assignèrent alors, le mari de la malade et moi, pour obtenir du tribunal une décision plus expresse et conforme à leurs désirs.

L'affaire vint en février 1909 devant le Tribunal civil de Toulouse.

©BIUM

La plaidoirie qui fut prononcée pour les époux Z... révéla que ceux-ci n'agissaient pas uniquement pour le seul bien et dans l'intérêt de la malade, mais qu'au fond de tout cela, il y avait, avant tout et peut-être uniquement, des motifs d'animosité particulière de M. Z... contre son beau-frère, et je compris alors que celui-ci avait eu de justes et sages motifs pour ne pas vouloir que sa femme fût visitée sans la présence d'un tiers et qu'aucun tiers ne pouvait d'ailleurs offrir de meilleures garanties que la mère de la malade.

Nous fîmes soutenir, de notre côté, le mari que c'était son droit d'agir comme il le faisait, et moi, qu'il n'y avait rien, ni dans la loi, ni dans les règlements administratifs, qui pût permettre au Tribunal de m'imposer, à un titre quelconque, que Mme X... recevrait, de quelque manière que ce fût, les visites de sa sœur.

Il se trouvait d'ailleurs que le jugement que j'ai transcrit ci-dessus ne nous était pas opposable parce que nous n'y avions pas été parties, et qu'il avait été rendu entièrement en dehors de nous. En y faisant réponse, de la manière que j'ai dite, lorsqu'il me fut notifié, j'ignorais complètement cette règle de la procédure. L'avocat de M. Z... et le mien ne manquèrent pas de le rappeler dans leurs conclusions.

A la date du 25 février 1909, le Tribunal rendit le jugement que je crois devoir reproduire presque en entier, parce qu'il est fort intéressant en ses diverses parties.

« Attendu que la dame Z... se fondant sur la clause du jugement du 29 juillet 1908 qui l'autorise à voir sa sœur dans la maison de santé du Dr Parant, à la condition que le *médecin traitant n'y mette pas d'obstacle en raison du traitement*, demande au Tribunal de déclarer que cette clause n'implique nullement la condition que veulent imposer les défendeurs de la présence de Mme A...,

©BIUM

mère des dames Z... et X...; que la demanderesse réclame en conséquence le droit de visiter sa sœur hors de la présence de la dame A...;

Mais attendu *que la clause sus ramenée n'a pas la portée et l'étendue qu'on voudrait ainsi lui assigner*;

Que si le tribunal n'a pas cru devoir, en principe, refuser l'autorisation sollicitée par la dame Z..., il n'a pas entendu du moins, en l'accordant conditionnellement, *porter une atteinte quelconque aux pouvoirs que* le Dr Parant tient des décrets et règlements qui régissent sa profession; *qu'il a voulu, au contraire, en soumettant les visites à son contrôle, lui permettre d'apprécier, suivant les circonstances, si, dans l'intérêt de la personne confiée à ses soins, il était opportun d'interdire toute visite ou plus particulièrement telle ou telle visite de nature à nuire à la santé de la malade en troublant sa tranquillité*, ou encore de n'autoriser ces visites qu'en présence de personnes désignées, si cette précaution lui semblait utile au traitement;

Attendu que le tribunal n'a pas entendu davantage faire échec aux droits que le mari de l'internée puise dans l'article 213 du Code civil;

Qu'à la vérité ces pouvoirs n'échappent pas entièrement à la surveillance de l'autorité judiciaire à laquelle il appartient notamment de réglementer le droit de visiter, dans le cas d'internement de la femme; mais qu'il y a lieu de ne recourir à cette réglementation que lorsque le mari exerce son autorité d'une manière arbitraire, capricieuse, abusive, contraire, en un mot, au véritable intérêt de sa femme;

Or, attendu qu'il n'est pas établi que le refus d'autoriser tout entretien entre les deux sœurs, hors de la présence de leur mère, revête un tel caractère; qu'au contraire cette mesure apparaît plutôt comme une sage précaution, étant données les circonstances de la cause, et que d'ailleurs Mme X... n'a nullement manifesté le désir de voir Mme Z...;

Qu'au surplus, il suffit de constater que la demande de cette dernière se heurte en fait, non seulement au refus justifié de M. X..., exerçant sans abus son autorité conjugale, mais surtout à la décision formelle prise par le Dr Parant, agissant dans la plénitude de ses

©BIUM

pouvoirs, de supprimer à l'avenir toute visite comme préjudiciable à la malade ;

Attendu que dans ces conditions, ni M. Parant, ni M. X..., ne sont allés à l'encontre du jugement du 29 juillet 1908, mais qu'ils ont au contraire appliqué avec exactitude cette décision dont les termes fort clairs n'ont pas besoin d'être interprétés ;

Attendu d'ailleurs que les défendeurs sont fondés à soutenir que ce jugement ne leur est pas opposable, puisqu'ils n'y ont pas été partie.

Par ces motifs :

Le tribunal, jugeant publiquement, contradictoirement, en matière ordinaire et en premier ressort, le ministère public entendu ;

Dit que le jugement du 29 juillet 1908 n'a accordé qu'une autorisation conditionnelle, qui ne pourra sortir à effet que dans le cas où le docteur traitant le jugera sans inconvénients pour l'intérêt de la malade, intérêt dont il restera le seul juge ;

Dit que le tribunal n'a pas entendu davantage restreindre les droits qui appartiennent au mari, en vertu de l'article 213, et dont il n'est pas prouvé que celui-ci ait fait aucun abus ;

Dit d'ailleurs que le jugement dont on demande l'interprétation n'est pas opposable aux défendeurs qui n'y ont pas été parties ;

Déboute la dame Z... de toutes ses autres demandes, fins et conclusions.

Les époux Z... firent appel de ce jugement et leur cause est venue devant la cour de Toulouse aux audiences des 15 et 16 mars 1910. Elle occupa deux longues séances. Cette fois, nous devons le noter, l'affaire prit plus nettement encore qu'en première instance son véritable caractère. Sous le couvert de manifestations d'intérêt affectueux envers la malade, elle avait plutôt pour but, comme je l'ai déjà indiqué, de satisfaire une violente animosité du sieur Z... contre M. X..., et la plaidoirie dirigée contre celui-ci tendit, en majeure partie, à le

©BIUM

déconsidérer et à lancer contre lui des imputations calomnieuses.

Cependant je ne fus point négligé. Le sieur Z... avait pris deux avocats, l'un contre M. X..., l'autre contre moi. Celui-ci s'efforça de me mettre en mauvaise posture ; il m'accusa de séquestration arbitraire, de mercantilisme, d'incapacité, et me reprocha, malgré toutes les constatations faites avant l'entrée de la malade chez moi, malgré le rapport des experts chargés par le Tribunal de première instance de se prononcer sur l'état d'aliénation mentale de la dame X..., d'avoir été cause de l'aggravation de cet état et de la marche vers l'incurabilité. Il ne manqua pas de lancer l'anathème, non seulement contre les maisons de santé privées, mais aussi contre les asiles publics, et crut devoir citer des faits de séquestration arbitraire qui se seraient passés dans les asiles publics de la Seine ; il parla de ces « Bastilles modernes » que sont les asiles d'aliénés en général et prononça avec énergie le « Delenda Carthago » qui est le thème habituel en pareille circonstance.

La Cour sembla avoir eu vite fait de former son opinion puisque le jugement, sans être renvoyé au Conseil, fut rendu séance tenante, à la fin de la deuxième audience.

Je rapporte également ce jugement en reproduisant même les paroles très flatteuses qu'il contient pour moi. Et je le fais, moins pour m'enorgueillir de ces paroles, bien que, je l'avoue, j'aie été très flatté et très honoré de les entendre, que pour montrer que s'il est encore des magistrats qui, comme une partie du public, gardent des préventions et de l'hostilité contre les aliénistes et contre leurs établissements, il en est d'autres qui ne méconnaissent pas leurs efforts méritoires et leur désintéressement.

Voici donc les termes du jugement d'appel :

©BIUM

Attendu que les motifs des premiers juges justifient leur décision ;

Qu'il est incontestable en droit que le jugement du 29 juillet 1908 n'est opposable ni à M. X..., ni au Dr Parant, qui n'ont pas été parties au procès ;

Qu'au surplus, la prétention des appelants est de nature à faire échec à la puissance maritale en ce qu'elle a de plus respectable et de plus nécessaire, et ne tend à rien de moins qu'à substituer à une autorité légale le caprice de tiers sans responsabilité ;

Attendu qu'il n'apparaît pas que M. X..., qui avait le droit, sa femme étant en santé, de surveiller ses relations et de les diriger, ait abusé de cette autorité en refusant au cours de la maladie de celle-ci une communication entre les deux sœurs et en la réglementant, alors qu'il pouvait estimer, d'accord avec le médecin traitant et responsable devant la loi et l'autorité supérieure, que des entrevues hors de la présence de leur mère commune, chef de la famille, devaient avoir pour effet d'augmenter l'agitation démente de Mme X... par des excitations personnelles directes ou indirectes contre lui, en l'état de ses relations avec les époux Z... et de leur hostilité déclarée ;

Attendu qu'il est malheureusement trop certain, si l'on examine la marche de la maladie en regard de la succession des faits, que les chances déjà bien faibles de guérison ont été en s'atténuant, pour aboutir au triste état actuellement constaté et reconnu par toutes les parties, à partir du moment où les époux Z... ont, sans droit, au mépris de l'autorité conjugale et de la loi, enlevé la dame X... par fraude de l'asile où elle avait été légalement internée, pour lui faire accomplir, avec ou sans eux, une série de déplacements aussi déraisonnables que funestes à sa santé ;

Attendu que les époux Z... ne sauraient être admis à critiquer les mesures prises sous sa responsabilité par le médecin traitant dans l'intérêt de la malade qui lui était régulièrement confiée que s'ils établissaient un abus de sa part sous forme de séquestration arbitraire et contraire aux règlements ; que vainement ils ont essayé, en le représentant comme un commerçant vulgaire, agissant dans une pensée de lucre, de diminuer

©BIUM

la considération dont jouit à Toulouse le Dr Parant aussi bien que dans tout le corps médical, pour son savoir, son expérience, sa prudence et sa haute probité ;

Qu'une telle tentative dont le but est d'atteindre X... en lui prêtant un rôle qui n'est pas le sien donne au procès sa véritable physionomie ; qu'un tel procès, inspiré par la haine, préparé par des insinuations aussi perfides que dénuées de vraisemblance contre X..., survenant après l'emploi de la fraude et la violation de la loi, ne peut, avec l'assentiment de la justice, aboutir au scandale qu'on a recherché contrairement aux plus vulgaires convenances universellement acceptées pour le repos et l'honneur des familles, contrairement à l'intérêt évident de la dame X..., de sa mère, de son mari et de ses enfants ;

Par ces motifs et ceux des premiers juges, la Cour, les adoptant....., confirmant le jugement dont est appel, démet les époux Z... de toutes leurs demandes, fins et conclusions.

Les arguments que j'avais chargé Me Deniau, avocat très distingué du barreau de Toulouse, de développer pour moi, tant en première instance qu'en appel, et que j'ai déjà indiqués sommairement, étaient les suivants :

La loi du 30 juin 1838, qui régit encore les asiles d'aliénés, publics ou privés, spécifie en son article 4 que certaines autorités administratives ou judiciaires, qui sont désignées, ont droit de visiter ces établissements et par suite ceux qui y sont placés.

Elle est muette sur ce qui concerne les visites d'autres personnes, parents ou amis ; et les autres projets de loi sur les aliénés qui ont été examinés par les Chambres à des époques plus ou moins récentes sont tous également muets sur le même sujet.

Cela est naturel, car pareille question est affaire plutôt de règlements administratifs que de dispositions légales.

Le règlement du service intérieur des asiles publics

©BIUM

d'aliénés, du 20 mars 1857, règlement qui est encore en vigueur, spécifie, en son article 167, « que les aliénés ne peuvent être visités par leurs parents et leurs amis que sur une permission écrite du médecin en chef, soumise au visa du directeur. »

Ce règlement, ni ses commentaires, n'indiquent les motifs que le médecin et le directeur de l'asile peuvent invoquer pour permettre ou refuser ces visites, dont l'autorisation est évidemment laissée à leur entière appréciation.

Partant de là, je réclamais pour moi, comme pour tout directeur-médecin d'un asile public ou privé, le droit absolu de permettre ou de refuser à qui que ce soit, sauf bien entendu aux autorités mentionnées en l'article 4 de la loi du 30 juin 1838, la permission de visiter les aliénés qui nous sont confiés.

Les motifs qui peuvent nous guider dans l'exercice de ce droit sont divers. Ce n'est pas seulement à raison du traitement, pour employer les termes que dans le principe, et sans que j'eusse été entendu par lui, avait employés le Tribunal de première instance de Toulouse, que nous pouvons prohiber les visites. En effet, les aliénés qui nous sont confiés sont, en quelque sorte, de deux catégories : les uns en traitement proprement dit, parce qu'on les suppose encore curables ; les autres à plus justement parler seulement en garde, parce que, étant devenus incurables, mais ne pouvant ni être conservés dans leur famille ni maintenus dans le milieu social ordinaire, ils ont besoin d'être mis en tutelle dans un établissement spécial. Pour ces derniers le mot de traitement est impropre et prêterait à l'équivoque. Mais on peut, à leur égard, invoquer les besoins de leur tranquillité, la nécessité de ne pas donner d'aliments à leur délire, de ne pas les troubler par des conversations dans lesquelles les interlocuteurs n'auraient peut-être

©BIUM

pas toujours la prudence et la réserve nécessaires ; on peut aussi invoquer des motifs de discipline générale pour le cas où les visites qui leur viendraient seraient intempestives ou les mettraient dans un état susceptible de troubler le bon ordre et la tenue de l'établissement.

Les motifs dont nous venons de parler sont en quelque sorte d'ordre intrinsèque. Il y en a d'autres qui sont plutôt extrinsèques et relatifs.

Il peut arriver, en effet, que ceux qui nous ont confié des malades et qui ont, suivant les cas, de l'autorité sur eux aient des motifs pour s'opposer à ce que telles ou telles personnes, par eux désignées, ne soient pas admises à visiter ces malades. Nous n'avons pas à connaître leurs motifs, mais nous devons cependant tenir compte de leurs autorisations ou de leurs prohibitions.

Ni la loi, ni les règlements, il est vrai, ne déterminent l'exercice de cette autorité. Cependant, par analogie, on peut bien en trouver l'origine et la justification dans l'article 29 de la loi du 30 juin 1838. Cet article donne à un tuteur, à l'époux ou à l'épouse, aux ascendants et aux descendants, des droits prépondérants et exclusifs pour réclamer, même avant guérison, la sortie des aliénés internés. Il spécifie que ce droit s'exercera, dans l'ordre que nous venons d'indiquer, pour les derniers nommés, à défaut de ceux qui sont mentionnés avant eux, de telle sorte que les droits de l'époux ou de l'épouse, par exemple, priment ou excluent ceux des ascendants et des descendants. Il n'est fait aucune mention des collatéraux ou des amis.

Or, il paraît légitime de faire application des indications de cet article aux recommandations qui nous sont faites sur les visites permises ou défendues, de telle sorte que le médecin-directeur d'un asile d'aliénés, en dehors des motifs qui lui sont personnels d'admettre

©BIUM

ou d'écarter les visiteurs, doive tenir compte aussi des prescriptions qui lui ont été faites par les personnes ayant qualité pour les faire.

Ceux qui se verraient ainsi évincer peuvent d'ailleurs, suivant le cas, recourir, soit aux dispositions de l'article 14 de la loi du 30 juin 1838, concernant les sorties avant guérison, soit à celles de l'article 29 qui donne, à qui que ce soit, le droit de se pourvoir devant le tribunal aux fins de la sortie de l'aliéné.

Et sous réserve de recours aux dispositions de la loi en ces divers cas, il reste que le directeur-médecin de tout établissement d'aliénés a le droit, pour de justes motifs dont il est seul juge, soit motifs de traitement, soit motifs de tranquillité et de bien-être des malades, ou de discipline et de bon ordre de l'établissement, de refuser la permission de visite à qui que ce soit, même à un tuteur, même à un époux ou à une épouse, à des ascendants ou à des descendants ; ou bien, s'il n'a pas de motifs personnels d'évincer tel ou tel visiteur, et que, par lui-même, il ne verrait ni impossibilité ni inconvénient à permettre accès auprès de ses malades, il doit se conformer aux prohibitions ou restrictions qui lui sont imposées par ceux qui ont, pour en faire, des droits réels et légitimes.

Dans le cas présent, ce sont ces dernières considérations qui me commandaient de ne permettre à M. et M^me^ Z... de visiter leur sœur et belle-sœur qu'en présence de la mère de celle-ci, conformément aux instructions qui m'avaient été données par son mari.

Le Tribunal de première instance, comme la Cour d'appel, ont jugé conformément aux arguments que j'avais fait valoir.

Ils ont déclaré que le mari était pleinement en droit de me spécifier ce qu'il permettait ou défendait pour les visites à faire à sa femme.

©BIUM

Ils ont déclaré que de son côté, le médecin-directeur, agissant dans la plénitude de ses pouvoirs, est seul juge de ce qu'il doit permettre ou défendre à l'égard des visites, et qu'il peut les évincer même complètement s'il le juge utile ou nécessaire pour le bien des malades qui lui sont confiés ou pour le bon ordre de son établissement ; qu'il n'y a dans la loi ni dans les règlements aucune prescription qui règle sa conduite à cet égard ou restreigne ses pouvoirs ; qu'enfin les tribunaux ne peuvent lui donner d'injonctions à ce sujet, le rôle du juge se bornant à accueillir ou à rejeter une demande d'élargissement, en recherchant uniquement si les causes de l'internement ont, ou non, persisté.

En fait, il est rare que des difficultés surgissent à ce sujet entre les médecins-directeurs des établissements spéciaux et ceux qui leur ont confié des malades. Ceux-ci, d'ordinaire, sont tout disposés à se conformer aux indications qui leur sont données, soit que, dans l'intérêt d'un traitement proprement dit, il soit utile ou nécessaire de séparer entièrement les malades de leurs parents ou amis, soit que, pour des motifs divers, il soit opportun de suspendre ou de supprimer toute visite.

C'est plutôt avec des tiers, y compris des parents proches, comme dans le cas présent, que les difficultés surgissent. Ce sont ces tiers qui se montrent importuns, exigeants, parfois même menaçants si on fait mine de ne pas bien accéder à leurs demandes. Ils sont enclins à récriminer et prompts à faire des insinuations malveillantes. Dans la plupart des cas il est cependant possible de les évincer. Mais il peut arriver aussi que cela soit moins facile et qu'on soit embarrassé sur la conduite à tenir à leur égard.

Les décisions des tribunaux de Toulouse permettent de se faire une règle de conduite et établissent qu'en pareil cas le médecin-directeur peut nettement opposer,

©BIUM

à qui que ce soit, et pour quelque motif que ce soit, une fin de non-recevoir. Assurément il serait inexcusable de n'agir que par un vain caprice ; mais il peut se décider, soit pour de bonnes raisons qui lui soient personnelles, et dont il est seul juge, soit d'après des instructions que des ayants droit lui auraient données à cet égard. Les réclamants n'ont qu'un droit, celui de se pourvoir devant les tribunaux, aux fins de mise en liberté, si l'internement leur semble injustifié ou arbitraire, ou bien, s'ils rentrent dans les catégories de personnes mentionnées à l'article 29 de la loi du 30 juin 1838, et d'après les pouvoirs attribués à ces personnes, retirer immédiatement leurs malades.

A ma connaissance, il n'a encore été publié sur cette matière aucun fait comme celui que je viens de rapporter ; il m'a donc paru, à cause de cela, intéressant de le produire. Il peut, comme on dit dans les tribunaux, contribuer à faire jurisprudence.

©BIUM

Revue critique.

—

LES FUGUES ET LE VAGABONDAGE

Par le Dr Lucien LAGRIFFE

Médecin des asiles d'aliénés.

Suite et fin (1).

La *fugue hystérique* est, comme la fugue dromomaniaque, une variété de la fugue du déséquilibré ; comme elle, elle est le résultat d'un véritable dédoublement de la personnalité : mais alors que le dromomaniaque a, du moins après sa crise, conscience de ce dédoublement, l'hystérique, au contraire, n'a qu'une conscience alternante.

L'hystérie, quelle que soit la formule que l'on adopte pour la définir, est une psychose, fonction d'un état dégénératif de l'esprit ; l'état mental de l'hystérique est celui du déséquilibré constitutionnel, mais auquel s'ajoutent, comme caractéristiques particulières, l'amoindrissement électif de l'intelligence portant sur le pouvoir de progresser et d'acquérir des notions nouvelles et l'automatisme intellectuel, c'est-à-dire le rêve élevé à la hauteur d'un système. En même temps l'hystérique est un aboulique, un égoïste et un émotif qui présente de l'hyperémotivité élective. Tout cela conduit l'hystérie à n'être, comme l'a dit Janet, qu'une forme de la désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité.

(1) Voir les *Annales* de mai-juin 1910.

©BIUM

Toutes ces particularités, qui font de l'hystérique un déséquilibré d'une nature spéciale, donnent aussi à la fugue hystérique un cachet original.

La fugue hystérique est de l'automatisme ambulatoire, en donnant au terme automatisme non son acception véritable, et à ce compte l'automatisme ne saurait exister chez les êtres vivants, mais la signification d'acte impersonnel ; les actes automatiques, en effet, ne sont que les actes psychiquement les plus inférieurs parce que minimalement volontaires. Particulièrement dans l'hystérie, l'acte automatique n'est automatique que vis-à-vis de la personnalité première, car pour la personnalité seconde, ou tierce, ou quarte, etc., il est parfaitement mnésique et volontaire. On sait que le dédoublement de la personnalité chez l'hystérique est une conséquence de la désagrégation mentale. Cette désagrégation est facilitée par cette circonstance que l'hystérique arrive à ne percevoir que ce qui se rapporte à l'idée détachée de celles qui constituent la personnalité normale ; aussi a-t-on pu dire que l'hypnose était une crampe de l'attention ; si les idées qui se détachent sont en nombre suffisant, elles arriveront à constituer une nouvelle personnalité qui sera d'autant plus marquée, d'autant plus riche que les idées ainsi détachées seront plus nombreuses.

Mais il peut arriver que certains souvenirs de l'autre personnalité soient conservés ; on observe ainsi des états mixtes, mi-primes, mi-seconds, etc.

Naturellement la fugue hystérique, étant l'expression d'une personnalité nouvelle, se reproduit aussi souvent que cette personnalité ; elle est donc caractérisée en définitive par des accès ambulatoires accomplis en état somnambulique ou second.

Ces fugues s'observent surtout chez les sujets jeunes et chez les hommes, le fugueur étant parfois déjà connu comme un hystérique ; la fugue éclôt suivant deux modes différents : sous l'influence d'un choc émotionnel inattendu, qui détermine un état somnambulique qui, si l'idée commandant tout somnambulisme est celle d'un déplacement, détermine immédiatement une fugue ; ou bien l'état second s'installe progressivement avec ou sans incidents préparatoires : malaise, oppression,

©BIUM

étreinte, angoisse, sensation d'étouffement comme dans la phase préconvulsive. On observe souvent, comme phénomènes particuliers importants, l'existence presque constante, lorsqu'il y a une phase prodromique, de céphalée, surtout sous la forme du clou hystérique, et la fréquence du rêve qui oriente la fugue et souvent se stéréotype chez le même malade. Ce rêve se produit, comme chez le dormeur, parce que la personnalité se disjoint, et il constitue le premier moment de l'accès de somnambulisme ; il a trait aux préoccupations prédominantes et se rapporte à des idées de marche, d'excursion, de voyage. Chez l'hystérique, comme chez tout déséquilibré, le désir acquiert une puissance énorme, et le rêve, déterminé par le désir, tend par conséquent à s'actualiser ; la fugue hystérique est donc la mise à exécution en période somnambulique d'une idée antérieure dont la puissance a fait un désir.

Après ou sans crise convulsive, l'hystérique entre ainsi dans la vie somnambulique ; c'est la période de l'accès. La fugue revêtira des caractères différents suivant l'idée fixe qui lui a donné naissance ; le malade se sauvera, marchera ou voyagera paisiblement en touriste ; son attitude est généralement correcte, mais parfois, sous l'influence d'hallucinations visuelles ou auditives, le fugueur se comportant comme un halluciné attirera l'attention ; d'autres fois, son attitude ne sera qu'étrange : allure précipitée, air distrait, bizarre. Enfin l'attention pourra être appelée sur lui à l'occasion d'un délit.

Cependant, même lorsqu'il n'attire pas l'attention, le fugueur paraît changé à son entourage et aux étrangers, surtout lorsqu'ils sont amenés à procéder à un examen, à un interrogatoire ; on constate, en effet, chez le fugueur l'existence de lacunes énormes dans la mémoire. La fugue, comme l'état second, peut durer plus ou moins longtemps, de quelques heures à des années ; elle se reproduit ordinairement dans les mêmes conditions. Au point de vue médico-légal, la fugue s'accompagne assez fréquemment de délits, vols, escroqueries, grivélerie, meurtres, incendies ; c'est même ce qui permet ordinairement de la dépister. Ajoutons à ces délits d'autres conséquences, qui ne deviennent délictueuses que dans des circonstances particulières : abandon de

©BIUM

poste, absence illégale, désertion pour les militaires.

L'accès se termine généralement brusquement sans crise convulsive; le fugueur est tout étonné de se retrouver hors de chez lui et parfois fort loin ; il en résulte de la dépression, des larmes, de l'angoisse, mais le suicide est beaucoup plus rare que chez le dromomane. Il y a en même temps de l'amnésie partielle, quelques clartés sur un fond obscur, ou complète. Quelquefois l'amnésie est retardée : la mémoire de l'accès, comme la mémoire des rêves, ne dure que quelques instants ; elle se réveille au cours de l'hypnose, lorsque cette hypnose parvient à évoquer la personnalité qui a fait la fugue.

Le diagnostic de la fugue hystérique ne peut donc guère s'appuyer solidement que sur les troubles de la mémoire, caractérisés par les lacunes énormes dont nous parlions plus haut, et sur des altérations de l'idéation caractérisées par l'existence d'une idée fixe de déplacement.

La fugue hystérique est donc un automatisme ambulatoire que l'on peut décrire à part, parce qu'il n'est tel que vis-à-vis de la personnalité prime. Mais cet automatisme se rencontre d'ailleurs peu dans l'hystérie ; on l'observe chez l'idiot, chez le grand imbécile, chez l'obsédé et parfois, jusqu'à un certain point, chez le délirant.

Il est essentiellement fonction de la non-agrégation psychologique, de l'agrégation défectueuse par insuffisance constitutionnelle, de la désagrégation par effritement d'une personnalité parvenue antérieurement à un développement normal, ou de la désagrégation par dissociation momentanée des différents éléments psychologiques, mais sans disparition de ceux-ci comme dans la démence, les liens qui les unissent les uns aux autres étant seuls rompus. Cette dernière lésion de la personnalité se rencontre chez l'hystérique, chez le confus et peut, chez les uns comme chez les autres, donner naissance aux mêmes actes. Cet automatisme confusionnel présente deux types principaux : alcoolique et épileptique.

L'automatisme ambulatoire se rencontre, en dehors de la démence alcoolique, au cours d'un état qui est un

©BIUM

véritable somnambulisme alcoolique. Les alcooliques sont particulièrement auto et hétéro-suggestibles, à tel point que, après la guérison du délire, peut subsister une idée fixe post-onirique ; mais il ne faut cependant pas oublier que des associations avec l'hystérie peuvent exister et que les poisons peuvent provoquer le somnambulisme purement hystérique. La seule différence est que l'amnésie chez le confus ne s'évanouit pas au commandement et n'alterne pas comme dans l'hystérie avec une autre mémoire.

L'automatisme ambulatoire alcoolique est, ou bien un type d'automatisme confusionnel avec ou sans idée fixe post-onirique, ou bien le produit d'une association hystéro-alcoolique.

L'automatisme épileptique peut précéder, remplacer une crise convulsive ou une absence, ou lui succéder ; il dure de quelques minutes à quelques jours. Dans la forme la plus atténuée cet automatisme porte le nom d'épilepsie procursive : ce sont des mouvements automatiques très brusques et de très courte durée d'ambulation en avant, en arrière, en cercle ; on trouve ensuite tous les intermédiaires entre l'épilepsie procursive et la fugue ; l'impulsion épileptique surgit à la faveur d'un état de confusion mentale obnubilant l'intelligence, paralysant la volonté, favorisant les décharges impulsives aussi soudainement que l'idée s'en présente à l'esprit, sans que l'intelligence, voilée, puisse s'y opposer. Ces impulsions épileptiques naissent donc toujours au milieu de la confusion mentale. Cette confusion est évidente au cours de la crise d'automatisme qui se termine en laissant une amnésie complète ; par conséquent, la désagrégation psychologique est consécutive à la confusion mentale.

La crise d'automatisme est souvent précédée de prodromes tout comme les attaques convulsives, puis la confusion croît peu à peu, il y a de l'excitation physique et intellectuelle, mais incoordonnée, dysharmonique ; enfin, avec ou sans aura et attaque, la crise se produit.

Le malade est hébété, son visage reflète les divers sentiments qui l'assaillent ; il va, proférant des paroles incohérentes, ne répondant pas ou grossièrement et presque jamais avec une parole appropriée ; il marche

©BIUM

droit devant lui, franchissant ou brisant les obstacles, mais ne les contournant pas ; ou bien il erre au hasard, prenant et volant ce qu'il trouve, quelquefois lubrique et obscène, victime parfois de son impulsion, tombant, se noyant.

L'impulsion épileptique est uniforme et brutale ; uniforme, en ce sens qu'elle est souvent stéréotypée ; brutale, non pas seulement parce que l'épileptique ne contourne pas les obstacles, mais encore parce que sous l'influence de ses hallucinations il peut réagir par des violences, par le meurtre, qui peuvent être aussi l'exécution automatique d'une idée préexistante ; cette idée peut même être unique et jouer le rôle de l'idée fixe post-onirique.

Après l'accès d'automatisme ambulatoire, l'épileptique a perdu ou à peu près tout souvenir de ses actes et généralement il est vaincu par le sommeil.

Le diagnostic d'épilepsie est parfois délicat, d'autant que l'épileptique est déjà un déséquilibré et qu'il peut y avoir des associations comme, par exemple, avec l'hystérie. Fugues et automatisme chez un épileptique ne sont donc pas toujours dus à l'épilepsie.

En résumé, l'automatisme ambulatoire épileptique est confusionnel, irréfléchi, plus ou moins coordonné, brusque, irrésistible, violent et brutal ; souvent peuplé d'hallucinations, il est le plus ordinairement complètement amnésique, à répétition, fréquemment uniforme ; il naît et disparaît d'une façon généralement soudaine et inopinée et n'est pas reproductible par la suggestion hypnotique.

Le déséquilibre et la dégénérescence ne se traduisent pas toujours par des états aussi précis que l'hystérie et l'épilepsie ; pendant un certain temps, et parfois pendant toute la vie, sans l'adjonction d'aucun syndrome, le fond mental persiste seul ; il constitue le tempérament paranoïaque.

On sait que le tempérament paranoïaque est fait de susceptibilité, de méfiance, d'orgueil et que les défectuosités mentales du paranoïaque sont constitutionnelles. Il n'y a donc pas chez lui, à proprement parler, maladie, mais déviation originelle et congénitale. Ces défectuosités mentales se traduisent principalement par

©BIUM

des altérations du jugement et de l'éthique, et l'un des caractères du paranoïaque est sa tendance native au vagabondage. C'est parmi les paranoïaques, en effet, que se recrutent nombre de trimardeurs, de chemineaux, de mendiants, qui se refusent à tout travail régulier, dont certains, impulsifs violents, ne reculent pas même devant le crime pour manifester d'une manière plus directe leur mépris et leur haine pour tout ce qui est régulier, ordonné, légal ; misanthropes et orgueilleux, ils considèrent que la société leur doit tout et que seule elle est responsable de leurs déboires. Mais il faut reconnaître qu'à côté de ces vagabonds paranoïaques amoraux, il existe d'autres vagabonds paranoïaques par simple soif de liberté, véritables vagabonds par tempérament, êtres extra-sociaux, comme on a dit, mais inoffensifs ; ceux-là, à la rigueur, travaillent sans récriminer pour gagner leur pain, artisans d'occasion, incapables de s'en tenir à un seul métier. Dans tous les cas, amoral ou non, criminel ou non, le vagabond paranoïaque est toujours un irrégulier égoïste, autophile ; c'est lui que certains ont considéré comme un vagabond par atavisme, guidés qu'ils ont été par ce que nous appellerons, non pas de vieilles erreurs, mais des hypothèses gratuites à la propagation desquelles la théorie ancienne de Vico, et celle, plus récente, de Nietzsche sur le retour éternel n'ont pas été étrangères. Mais il n'en est rien et il n'en peut rien être parce que si loin que l'on remonte, il serait paradoxal de prétendre que tous les hommes furent, à une époque, des paranoïaques ; si certains peuples, autrefois, ont vagabondé comme certains aujourd'hui vagabondent encore, c'est, non pas par tempérament, mais par habitude, en même temps que par nécessité ; ils ne sont pas comme le paranoïaque des vagabonds par instabilité mentale. A côté des vagabonds paranoïaques et très près d'eux, car ils appartiennent à la même famille morbide, on peut placer certains névropathes qui, lorsqu'ils appartiennent à un certain milieu social, se contentent de voyager perpétuellement s'ils sont riches ou de déménager périodiquement pour changer de quartier ou de ville si leurs moyens ne leur permettent pas la vie d'hôtel et de sleeping-car.

Enfin, certains paranoïaques trouvent un dérivatif à

©BIUM

leur paranoïa ambulatoire dans les voyages d'exploration, dans un engagement dans les troupes coloniales, dans l'émigration qui leur permet de vagabonder sous d'autres cieux.

Jusqu'ici les fugues et le vagabondage ont été étudiés seulement dans leurs rapports avec un fond constitutionnel anormal.

Ce sont là des faits banaux. Mais sur ce fond constitutionnel et mental, et même en dehors de lui chez des sujets que l'on peut considérer comme originairement normaux, peuvent survenir des épisodes qui modifient momentanément ou définitivement les fonctions psychiques, de manière à créer un nouvel état mental, une maladie. Cette maladie peut à son tour occasionner des manifestations psycho-motrices qui se traduisent parfois, elles aussi, par des fugues et du vagabondage; c'est ainsi qu'on peut observer ceux-ci dans les états d'excitation et de dépression mentale, dans la confusion et dans les divers états délirants.

L'activité générale dans les états maniaques est toujours exaltée ; il n'est donc pas étonnant que cette exaltation se traduise à de certains moments et même en dehors de toute complication délirante par des manifestations motrices. C'est dans ces conditions que l'on peut observer des fugues chez les maniaques. Ces fugues sont occasionnées par le besoin de mouvement ou par l'éclosion de projets qui nécessitent l'abandon momentané du domicile. D'ailleurs, lorsque l'excitation est assez forte, les états de conscience se succèdent si rapidement et l'instabilité mentale est telle que la fugue ne peut guère durer très longtemps. La fugue complète se rencontrera donc plutôt dans l'hypomanie : c'est alors une fugue raisonnée, logique, souvent ingénieuse, se terminant avec succès, mais accompagnée parfois aussi de délits. Ces fugues des états d'excitation se présentent presque toujours avec les mêmes caractères, quelle que soit la maladie sur laquelle évolue l'état maniaque. Dans la psychose maniaco-dépressive, ce sont toujours, dans tous les cas, des fugues conscientes, mnésiques et ordinairement bien menées. Cependant, au début de la paralysie générale qui souvent se traduit par de l'exaltation psycho-motrice, on observe ordinairement des fugues

soudaines se produisant immédiatement après l'éclosion de l'idée qui leur donne naissance. Ce sont là encore des fugues mnésiques, mais dont le récit fait par le malade lui-même est ordinairement entaché de vantardise et d'orgueil.

Au contraire, dans les états de dépression où l'activité générale est plus ou moins réduite, les fugues ne peuvent être que rares. On les rencontre pourtant dans certaines formes de la mélancolie et dans la psychasthénie. C'est ainsi que le dégoût de la vie peut, même sans idées délirantes, conduire le mélancolique à la fugue-suicide par raptus; mais c'est surtout dans la mélancolie anxieuse où l'activité motrice est toujours exaltée par l'inquiétude que l'on rencontre le plus souvent la fugue et le vagabondage. La fugue est ordinairement brusque et fortuite; elle détermine souvent des évasions au cours de l'internement et particulièrement ce genre spécial d'évasion qu'on a appelé l'évasion à l'intérieur. La fugue et le suicide sont dans l'idée non pas de tous les mélancoliques, comme le dit M. Victor Parant, mais de la plupart, et le raptus anxieux n'est peut-être justement nécessaire que chez ceux dans la conscience de qui l'idée de fugue et de suicide n'a pas encore pris place.

Avec M. Victor Parant il est bon de faire une place à la fugue des déprimés par nostalgie, mais en la signalant seulement, parce que la nostalgie est un état sujet à revision dont, sinon l'existence, du moins l'autonomie, a besoin d'être prouvée. C'est là un terme dont on a beaucoup abusé, surtout dans les milieux maritime et militaire, et qui, bien souvent, a été appliqué à des débiles et à des déments précoces méconnus.

D'autres déprimés, comme les neurasthéniques, les psychasthéniques et certains hypocondriaques qu'angoisse la crainte d'une contagion, sont sujets à des fugues, mais plus particulièrement aux fugues obsédantes dromomaniaques. On peut cependant observer chez eux, mais plus rarement, des déplacements impulsifs non obsédants qui leur permettent de fuir le milieu où ils souffrent moralement et physiquement.

Enfin il est peut-être bon de noter les déplacements et le vagabondage de la pseudoneurasthénie et de la

©BIUM

psychasthénie préparalytiques et dont l'exemple le plus fameux est celui de Frédéric Nietzsche (1), auquel on pourrait ajouter aussi celui de Guy de Maupassant et de tant d'autres.

A côté des états de dépression et d'excitation dont nous venons de nous occuper, il existe un troisième état qui constitue avec eux le trépied sur lequel repose toute la symptomatologie objective de la médecine mentale : c'est la confusion.

La confusion mentale se caractérise par l'incohérence des idées, la désorientation dans le milieu et dans le temps, le délire de rêve, résultant de l'impossibilité de coordonner les divers éléments sensoriels et idéatifs, la dissociation des idées allant jusqu'à l'automatisme cérébral et la stupidité avec inertie complète. Dans ses formes les plus accusées, la confusion mentale donne naissance à un véritable automatisme inconscient et amnésique qui rentre dans le cadre de l'automatisme ambulatoire. Mais, en dehors de cet automatisme, on observe des fugues dans lesquelles la conscience et la mémoire, bien qu'altérées et diminuées, sont encore vivaces. Ces fugues sont surtout celles des confus par intoxication et le plus souvent des confus alcooliques dont les troubles psychiques se traduisent par de la confusion mentale hallucinatoire ; dans l'alcoolisme, en effet, la confusion n'est ordinairement pas assez marquée pour que l'alcoolique ne puisse plus se mouvoir, même dans les cas où l'intoxication est poussée fort loin : c'est ainsi que l'on observe des fugues par raptus panophobique. L'observation personnelle que nous citions précédemment (2) en fournit un exemple intéressant. En même temps et presque toujours les fugues de la confusion alcoolique sont, partiellement du moins, conscientes et mnésiques.

De même, dans les autres intoxications, qu'elles soient exogènes ou endogènes, on peut observer tous les degrés jusqu'à l'automatisme ambulatoire. Il n'est pas jus-

(1) Ces déplacements et cette vie d'hôtel de l'illustre philosophe sont notés dans l'intéressant livre de M. Daniel Halévy, *La vie de Frédéric Nietzsche*. Paris, 1909.

(2) Rémond et Lagriffe, *loc. cit.*

qu'aux fugues de l'épilepsie qui ne puissent revêtir, elles aussi, les mêmes caractères ; dans certains cas, en effet, l'abolition de la mémoire n'est pas complète chez l'épileptique et le souvenir de la crise peut persister ; on observe même dans l'épilepsie un état crépusculaire qui ne se distingue en rien de la confusion mentale. Faut-il s'en étonner? Non, car la plupart des épilepsies qualifiées autrefois d'épilepsies *sine materia*, sinon toutes, sont probablement d'origine toxique. On sait les relations étroites des auto-intoxications et des convulsions chez l'enfant, germe fréquent de l'épilepsie des adolescents et des adultes, et l'on connait aussi la puissance épileptogène de certains poisons.

Cependant, comme la conscience et la mémoire sont rarement conservées dans l'épilepsie, les fugues mnésiques y sont, somme toute, forcément rares. On voit pourtant certains épileptiques fuir les hallucinations terrifiantes de leur aura sans qu'une crise convulsive y succède forcément.

Il faut enfin signaler les fugues confusionnelles survenant après un ictus cérébral non épileptique, ictus qui peut être simplement vertigineux ou syncopal et passer inaperçu, du moins comme ictus.

On voit donc, par ce qui a été dit jusqu'ici, que, conformément aux données du problème qu'ont cherché à résoudre MM. Joffroy et Dupouy, toutes les fois que les fonctions psychiques sont troublées, les fonctions motrices peuvent présenter à leur tour des altérations. Il n'est donc pas étonnant que les fugues et le vagabondage soient particulièrement fréquents au cours des états délirants.

D'ailleurs, le délire ne peut que difficilement germer sur un terrain indemne de toute tare, et généralement on retrouve dans les antécédents des aliénés tout ou partie des stigmates qui caractérisent le terrain du déséquilibre ou de la débilité. Ces terrains ont été étudiés précédemment ; on a vu que les altérations motrices, ou du moins psychomotrices, y sont fréquentes ; il faut donc s'attendre à ce que, lorsque sur ce terrain évolue par surcroît un état délirant, ces troubles psychomoteurs soient alors plus fréquents, plus marqués et peut-être plus spéciaux.

©BIUM

Les fugues au cours du délire sont en général de deux sortes : ce sont tantôt des fugues raisonnées, longuement mûries, présentant tous les caractères de l'acte volontaire normal ; tantôt, au contraire, ce sont des fugues soudaines, irréfléchies, déterminées par un paroxysme anxieux d'origine hallucinatoire. Ces dernières fugues sont évidemment mal conduites et se résument en une fuite éperdue, désespérée, aveugle. La forme mentale au cours de laquelle ces différentes fugues se produisent ne leur imprime aucun cachet particulier ; c'est l'idée délirante, c'est-à-dire le contenu du délire, qui seul est capable de leur donner une caractéristique.

Parmi les idées délirantes, ce sont surtout les idées de persécution qui donnent naissance à la fugue et au vagabondage et c'est particulièrement chez les persécutés que se recrutent les aliénés migrateurs de Foville.

La fugue du persécuté est le plus ordinairement un acte de défense et l'un des derniers, après que le malade, ayant inutilement demandé aide et protection et porté plainte, se décide, en désespoir de cause, à se protéger lui-même ; il déménage, change de quartier, de ville, fuit, et sa fugue se termine inévitablement par du vagabondage, soit qu'il voyage perpétuellement s'il est riche, soit que, dans le cas contraire, il erre çà et là. Chez le persécuté et dans cette forme spéciale de la fugue et du vagabondage de défense, l'hallucination joue un rôle beaucoup plus important que l'interprétation délirante, car l'interprétateur n'est pas comme l'halluciné constamment persécuté et jusque chez lui. Ordinairement la fuite est longuement préparée, c'est une fugue raisonnée, systématisée parfois comme le délire lui-même, et au cours de laquelle le persécuté se cache, se dissimule, se grime, cherche par tous les moyens à dépister l'adversaire. Dans d'autres circonstances le persécuté sous l'influence d'hallucinations terrifiantes s'affole et s'enfuit tout d'un coup droit devant lui, poursuivi et traqué par ses hallucinations : c'est la fugue par raptus analogue à celle que l'on observe chez les anxieux, mélancoliques, confus ou alcooliques. Ces deux fugues, fugue raisonnée et fugue par raptus, sont déterminées par des hallucinations agressives ; or, à côté de celles-ci, on rencontre parfois des hallucinations défensives qui peuvent

©BIUM

conseiller la fuite ; c'est la fugue conseillée qui se trouve être en même temps une fugue raisonnée, car l'idée de fuir préexistait dans l'esprit du malade. Dans d'autres cas encore l'hallucination provoque la fugue parce qu'elle est impérative et donne non un conseil mais un ordre ; cela se produit surtout chez les mystiques ; parfois enfin l'hallucination tout en restant impérative est en même temps défensive, car elle ordonne de fuir un danger immédiat. Toutes ces fugues commandées sont ordinairement des fugues anxieuses par raptus.

A côté des fugues des persécutés il faut faire une place aux fugues des persécutés persécuteurs : ceux-ci, au lieu d'être poursuivis, poursuivent, ils font des fugues agressives ; mais peut-on vraiment les regarder comme des fugues? Et la même remarque peut être faite à l'endroit des voyages accomplis par certains revendicateurs qui vont châtier celui ou ceux par qui ils croient avoir été lésés. Il nous paraît exagéré de donner le nom de fugue à de pareilles déterminations, d'abord parce que la fugue est l'action de fuir, ensuite parce que le persécuteur peut être le proche voisin du persécuté et qu'il n'y aurait alors fugue qu'à partir d'une certaine distance : laquelle?

Chez les mélancoliques misanthropes, les persécutés mélancoliques, les persécutés auto-accusateurs ou hypocondriaques, on peut citer des fugues par misanthropie, par indignité, par intérêt pour les autres. Ces fugues sont souvent terminées par le suicide, fugue-suicide, soit après raisonnement, soit par raptus déterminé par un paroxysme hallucinatoire. Quant aux fugues des hypocondriaques et des négateurs, elles ne se distinguent en rien de celles des mélancoliques. A l'endroit de ces dernières M. Victor Parant, en l'absence de toute observation publiée, regarde la fugue par indignité des mélancoliques persécutés comme douteuse ; il ne croit pas d'ailleurs que l'idée délirante joue un rôle prépondérant dans la fugue du mélancolique.

Dans certains états la fugue peut revêtir des caractères spéciaux : c'est ainsi que chez les mystiques, où le vagabondage est si fréquent, on rencontre la fugue par obéissance à Dieu avec ou sans hallucinations impératives conseillères : c'est la fugue-mission à l'appui de

©BIUM

laquelle on a coutume de citer l'exemple de Jeanne d'Arc. Cet exemple est peut-être mal choisi parce qu'il est loin d'être prouvé que Jeanne d'Arc ait été délirante et que chez elle l'hallucination impérative était probablement moins l'expression d'une constitution psychopathique que l'effet de préoccupations obsédantes.

C'est chez les mystiques que l'on rencontre fréquemment des fugues gémellaires, à cause de la facilité avec laquelle ces malades font des adeptes par contagion mentale. Mais c'est aller bien loin que de ranger parmi les fugues l'abandon du domicile paternel par les jeunes gens qu'une vocation impérieuse mais contrariée dirige vers les couvents.

Les idées de grandeur poussent souvent à la fugue. Le mégalomane abandonne son domicile pour aller prendre possession du poste élevé ou du palais qui lui est dévolu; c'est la fugue des mégalomanes euphoriques. Les mégalomanes peuvent aussi fuir une société indigne d'eux; ce sont, par exemple, les fugues orgueilleuses des paranoïaques qui peuvent dégénérer en vagabondage. Enfin parmi les paranoïaques mégalomanes on rencontre un certain nombre de fugueurs qui émigrent et vont au loin chercher la fortune qui ne vient pas à eux. Certains sont intéressants parce qu'ils appartiennent à l'histoire; chercheurs d'un royaume ou d'une couronne, ils ont tout au moins l'avantage de connaître pendant un temps la notoriété, comme le baron James-Aloysus Harden-Hickey, ancien élève étranger de l'Ecole de Saint-Cyr et fondateur du « Tribonlet », qui, en septembre 1893, se proclamait prince de La Trinidad sous le nom de James Ier et finit cinq ans après par le suicide.

La plupart de ces malades délirants sont des candidats à la démence et plus tard, en tant que déments, ils appartiennennt à nouveau à l'histoire clinique des fugues et du vagabondage.

La démence est caractérisée par une déchéance des diverses facultés; cette déchéance est l'expression de troubles de la mémoire qui décroît progressivement, suivant la loi de régression de Ribot. Cependant l'amnésie du dément n'est pas toujours progressive, elle peut s'établir brusquement à la suite de ce qu'on a

©BIUM

appelé un ictus amnésique déterminant une perte de mémoire variable suivant la localisation de la lésion.

Quoi qu'il en soit la régression de la mémoire s'accompagne en même temps d'une régression corrélative du jugement, de la volonté et du pouvoir frénateur. De telle sorte que chez le dément les actes finissent par tomber progressivement au rang des actes psychologiquement les plus inférieurs : les désirs tendent à se satisfaire sans résistance, le caprice et l'entêtement règnent en maîtres. Les actes démentiels deviennent donc des actes capricieux, puérils, instinctifs, réflexes, automatiques, comme au début de la vie chez l'enfant. Aussi le vagabondage démentiel est-il relativement fréquent, en dehors naturellement des fugues et du vagabondage dus à des épisodes délirants.

Le cas le plus fréquent est celui du vagabondage démentiel par amnésie chez le dément qui s'égare parce qu'il a perdu la mémoire des points de repère et des lieux, comme cette démente que nous avons vue, qui de Paris était allée rendre visite à son fils habitant à 700 kilomètres de la capitale et qui, le premier soir après dîner, demandait avec insistance son chapeau pour rentrer chez elle et se coucher de bonne heure ; malade à rapprocher d'un autre dément qui, pendant dix ans, s'obstina à se croire en visite chez lui et que tous les jours inlassablement les siens devaient inviter à déjeuner, à dîner, puis à coucher dans sa propre demeure.

Au contraire du vagabondage la fugue démentielle est une véritable impulsion déterminée par un caprice, par le désir enfantin de se rendre à tel endroit malgré les sages représentations de l'entourage ; c'est là ordinairement le fait des déments agités et turbulents. Dans tous les cas la fugue démentielle est généralement suivie de vagabondage amnésique, soit que le malade ait oublié l'endroit où il devait se rendre, soit qu'il en ait désappris le chemin ou qu'il ne sache plus rentrer chez lui.

Les fugues et le vagabondage démentiels sont surtout fréquents chez les séniles. Mais il est une autre affection démentielle au cours de laquelle ces actes revêtent parfois un caractère spécial de gravité en raison des obligations auxquelles peuvent être soumis les

©BIUM

malades qui en sont atteints : c'est la démence précoce lorsque, méconnue et en l'absence de tout épisode délirant, elle occasionne des fugues au cours du service militaire, fugues qui sont souvent irrésistibles et automatiques. On peut observer d'ailleurs au cours de la démence précoce toutes les variétés de fugues et de vagabondage précédemment décrites.

Les fugues de la paralysie générale n'offrent rien de particulier que leur fréquence avant l'internement; il en est de même pour les fugues des autres démences terminales ; il n'est utile de signaler que la fréquence du vagabondage dans le déficit intellectuel postyphoïdique.

*
* *

En somme, les altérations de la volonté sont toujours secondaires aux troubles du jugement, et c'est par ses déterminations volontaires que nous pouvons mesurer la qualité du jugement d'un individu donné : la volonté n'est qu'un effet, quel que soit le cas que l'on envisage. Les troubles du jugement sont dus eux-mêmes à l'instabilité mentale, que cette instabilité mentale soit le fait d'un défaut physiologique ou pathologique du développement intellectuel, d'anomalies de ce développement, ou de modifications passagères ou définitives du fonctionnement cérébral.

Il semble donc que l'on puisse serrer le problème de plus près en basant la classification des fugues et du vagabondage sur les altérations du jugement : ce n'est là qu'un changement de mot, mais qui peut avoir son importance surtout au point de vue médico-légal où, plus qu'ailleurs, et plus que jamais, il faut se dégager le plus possible de conceptions métaphysiques anciennes et erronées sur la liberté de la volonté. L'homme sain, comme l'homme malade, n'agit jamais sans motifs : l'action n'a en elle-même aucune importance ; elle est aujourd'hui une action normale, utile, morale, elle sera demain une action anormale, inutile, immorale. La valeur des motifs d'agir, au contraire, est beaucoup moins changeante, elle repose sur des bases beaucoup plus solides et moins sujettes à variations.

C'est pourquoi nous pensons qu'il y aurait intérêt à

modifier ainsi la classification de MM. Joffroy et Dupouy.

I. — *Faiblesse congénitale du jugement* :

A. Par défaut de maturité : le vagabondage de l'enfant normal.

B. Par insuffisance pathologique du développement :
Vagabondage de l'idiot.
— de l'imbécile.
— du débile.

II. — *Anomalies et déviations du jugement* :

A. Constitutionnelles :
Fugues du déséquilibré.
Vagabondage du paranoïaque.
Fugue hystérique.
Impulsion dromomaniaque.
Automatisme ambulatoire.

B. Acquises : Fugues et vagabondage :
Des déprimés.
Des excités.
Des confus.
Des délirants.

III. — *Affaiblissement progressif du jugement* :
Fugues et vagabondage démentiels.

Dans cette classification modifiée comme dans celle de MM. Joffroy et Dupouy, vagabondage et fugues restent confondus. Il ne faut pas s'en étonner, il ne peut en être autrement. Nous avons dit précédemment que si l'on s'en tenait au sens strict du mot, le vagabondage serait une rareté et il deviendrait presque impossible de classer certains états comme les déplacements des paranoïaques, qui ne seraient pas du vagabondage et que cependant on ne pourrait considérer comme des fugues. En réalité, on ne peut guère étudier les fugues et le vagabondage séparément; la marge très large qui les sépare et qui est remplie de cas mixtes obligera toujours de les réunir dans une même vue; au surplus, mais ceci n'est encore qu'une hypothèse, un jour viendra peut-être où nous serons autorisés à regarder le vagabondage comme une fugue d'une espèce particulière, tout au moins comme une variété de

©BIUM

la fugue : une fugue sans but, ou quelquefois à la recherche d'un but imprécis, comme il advient des paranoïaques dont le vagabondage est l'expression de « l'impossibilité d'être satisfaits », comme les héros de Zangwill, qui ne sont vraiment chez eux que sur la grande route s'ils sont pauvres, ou, s'ils sont riches, « dans les grands express qui les emportent, les remportent, les transportent et les distribuent ».

Dans tous les cas, il est insuffisant de ne tenir compte dans l'étude des fugues et du vagabondage que de l'élément psychique et de l'élément moteur ; l'élément sensitif, en effet, doit lui aussi y trouver sa place. Bien que, comme dit Pangloss, l'homme ne soit pas né pour le repos, l'existence de troubles de la sensibilité musculaire ou autre permet seule d'expliquer la longueur et la fréquence de certaines fugues dont un individu normal ne saurait faire les frais ; en réalité, les myo-psychies de M. Joffroy sont des esthéso-myo-psychies et la sensibilité doit être un des éléments du pouvoir frénateur.

Bien que l'on ne puisse pas considérer que la question des fugues et du vagabondage soit encore absolument résolue, le livre de MM. Joffroy et Dupouy n'en constitue pas moins un essai qui servira de base, et de base solide, aux travaux futurs ; c'est un recueil précieux d'observations, de notations et d'aphorismes. Tous ceux qui voudront s'attaquer à ce gros sujet devront le consulter, et tous ceux qui le consulteront en retireront le plus grand profit, ce qui est beaucoup, car ceci n'est pas à dire de tous les livres.

Nous devons seulement regretter que M. Joffroy, mort trop tôt, n'ait pu y mettre la dernière main ; car malgré que M. le Dr Deny, dans une préface faite comme il sait les faire, ait dit : « Il l'avait terminée au moment où la mort l'a frappé », on sent que les derniers chapitres n'ont pas tout à fait la grande allure des premiers, ce n'est qu'une nuance. Nous préférons cependant que, dans de telles circonstances, cette monographie soit restée telle que la laissa le professeur Joffroy, et nous devons savoir gré à M. Dupouy de la pieuse pensée qu'il a eue de n'y faire aucune retouche.

De ce livre, nous pouvons dire, en terminant, qu'il est presque un livre à mettre entre les mains des débutants

©BIUM

pour leur plus grand profit, parce qu'il traite de symptômes qui sont communs à tous les grands syndromes mentaux et que ces grands syndromes y sont merveilleusement et clairement exposés et résumés. Mis entre les mains des jeunes étudiants, comme une sorte de livre de lecture, il serait capable, plus que tout autre, de leur donner le goût de la médecine des aliénés s'il n'était émaillé de tous les néologismes de la jeune école psychiatrique qui cherche malheureusement à se créer un vocabulaire clinique et même un vocabulaire philosophique, lequel n'est même pas celui des anciens philosophes, abandonné autrefois sous l'heureuse influence de Ribot.

Mais ceci n'empêche pas que, pour ceux qui sont dans le secret des dieux, voici un bon livre et qui n'est pas un testament, parce que le professeur Joffroy a laissé des élèves ; ceux-ci, comme son collaborateur, notre collègue Dupouy, le continueront et nous donneront pendant longtemps encore un peu de sa pensée.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 AVRIL 1910

Présidence de M. ARNAUD.

Lecture et adoption du procès verbal de la séance précédente.

MM. Bonnet, Buvat, Charon, René Charpentier, Dheur, Doutrebente, Dromard, Samuel Garnier, Hamel, Juquelier, Lalanne, Lallemant, Levassort, Marchand, Marie, Meilhon, Mignot, Ramadier, Rayneau, Riche, Rist, Rodiet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Ameline, médecin-directeur de la colonie agricole d'aliénés de Chezal-Benoît (Cher), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Legrain, Truelle, et Trenel, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Gimeno Riera, médecin du manicome provincial de Saragosse (Espagne), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Blin, Dupré et Dupain, rapporteurs.

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures de M. le professeur Pilcz, de Vienne ;

2° Trois brochures de M. Del Greco, du manicome de Cône.

©BIUM

3° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro d'avril 1910.

M. DOUTREBENTE fait hommage à la Société de son ouvrage intitulé : *Médecine mentale. Quarante années de pratique médicale et administrative.*

Rapport de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre séance précédente vous avez désigné une Commission composée de MM. Semelaigne, Truelle et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr Croustel, médecin en chef-directeur de l'asile départemental d'aliénés de Lesvellec, près Vannes, qui sollicite le titre de membre correspondant de votre Société.

Ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, M. le Dr Croustel fut successivement l'élève de nos collègues MM. Marcel Briand et Kéraval, des regrettés Paul Garnier et Joffroy. Nommé médecin-adjoint au concours de 1894, il fut d'abord placé à l'asile de Rennes. Quelques années plus tard il venait à l'asile de Lesvellec, près Rennes, et peu de temps après, il était nommé sur place directeur-médecin en chef. Sa thèse inaugurale *Sur la vision colorée* (*Recherches sur la perte de la sensibilité chromatique dans les maladies mentales*) fut particulièrement remarquée. Le sujet fut inspiré à l'auteur par une phrase de Charcot touchant le rétrécissement concentrique du champ visuel chez les hystériques et la disposition de la vision du violet en raison de l'emplacement central de cette couleur. Il s'agit de la loi de Landolt, à savoir, « dans l'amblyopie hystérique avec rétrécissement concentrique du champ visuel, c'est toujours le violet la couleur qui disparaît la première, puis la maladie progressant, ce sera au tour du vert, autre couleur centrale, puis du rouge, de l'orangé ». Le Dr Croustel nous explique le choix de la méthode pour la révélation de l'achromatopsie. Il lui fallait employer une méthode qui lui donnât le maximum de résultat avec le minimum d'efforts, qui lui révélât les anomalies de la vision colorée de ses malades, sans leur demander une opération intellectuelle trop compliquée et une attention trop soutenue.

©BIUM

Il fit usage du chromatoptomètre de M. le Dr Chibret. Cet instrument, présenté au Congrès de chirurgie de 1885, est basé sur le phénomène de la polarisation rotatoire. C'est la lumière spectrale elle-même que voit la malade sous la forme de deux petites lunes exactement complémentaires l'une de l'autre quant à la couleur. M. le Dr Croustel a examiné 450 malades, mais il n'a retenu que 378 réponses convenables, ainsi réparties d'après les formes mentales :

Alcooliques	95
Paralytiques généraux	103
Déments	70
Vésanies diverses	56
Imbéciles, idiots	23
Dégénérescence mentale	31

D'après cet ensemble de recherches il formule les conclusions suivantes : 1° Il existe dans la démence un rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs, caractérisé par une perte plus ou moins complète de la sensibilité chromatique à l'égard du violet.

2° Cette anianthinopsie se rencontre indifféremment dans toutes les démences, de quelque nature qu'elles soient, dans la proportion de 10 p. 100. Elle s'accompagne, en général, d'une diminution de l'acuité visuelle et de la sensibilité lumineuse.

Outre cette *Thèse*, véritablement originale, le Dr Croustel a présenté un important mémoire à l'Académie de médecine pour le Prix Civrieux. Ce mémoire a obtenu une mention très honorable. Il s'agissait du rôle de l'alcool en pathologie mentale. Après quelques pages d'historique, l'auteur étudiait les effets physiologiques de l'alcool introduit dans l'organisme — les lésions qu'il engendre — l'influence de l'alcool sur la production de la folie, avec des statistiques diverses. Dans une autre partie, il était question de l'intoxication alcoolique aiguë, de l'intoxication alcoolique chronique; des accidents aigus au cours de l'intoxication chronique; de l'intoxication alcoolique compliquée de délire vésanique l'accompagnant et lui survivant; de l'alcool et de la paralysie générale; alcool et dégénérescence.

Je n'ai point à vous parler de ses rapports médico-légaux en tant que médecin-expert auprès des tribu-

©BIUM

naux. M. le Dr Croustel n'est pas un inconnu pour le plus grand nombre d'entre vous, Messieurs; ancien interne des asiles de la Seine, il a continué ses relations scientifiques avec ses anciens maîtres, et votre Commission vous propose de lui décerner le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Croustel est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

Rapport de la Commission du Prix Aubanel.

M. Colin. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Dupré, Legras, Séglas, Vigouroux et Colin, *rapporteur*, à l'effet d'examiner les mémoires présentés pour le Prix Aubanel.

Le sujet proposé était le suivant : *Etude clinique de l'insomnie dans les maladies mentales.*

Un seul mémoire a été présenté. Il a pour auteur M. le Dr Calmettes, médecin adjoint à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

L'auteur, après avoir exposé brièvement les théories qui ont actuellement cours pour expliquer le sommeil, se rattache aux idées de Claparède, pour lequel l'épuisement produit l'insomnie et non le sommeil. C'est donc pour nous empêcher d'être épuisés que nous dormons, en vertu de l'instinct de conservation.

Lorsque l'instinct de conservation disparaît, et c'est le cas pour beaucoup d'aliénés, le sommeil disparaît également.

L'insomnie provient d'une irritation du système nerveux, qui peut porter sur le système nerveux central, ou sur le système nerveux périphérique (sensibilité générale, organe des sens).

Pour le sommeil normal, dit l'auteur, « on admet généralement depuis les recherches de Mounhingoff et Piesbergen, de De Sanctis et Neyroz, que le sommeil atteint son maximum d'intensité dans les premières heures, pour aller en décroissant jusqu'au réveil ; quelques minutes avant le réveil, la courbe aurait tendance à se relever. Micheson a suivi, avec beaucoup de détails, la courbe du sommeil, et il arrive aux conclusions suivantes : le sommeil augmente lentement jusqu'au deuxième quart

©BIUM

d'heure de la deuxième heure, puis, pendant les deuxième et troisième quarts d'heure, il augmente très rapidement. A partir de ce moment il diminue progressivement jusqu'à la deuxième demi-heure de la cinquième heure ; à ce moment se produit un relèvement de la courbe qui atteint son maximum en une heure ; ensuite la courbe redescend jusqu'au réveil. Nous avons pu vérifier cette courbe du sommeil, elle correspond à la majorité des faits ; l'ascension qui se produirait vers le matin nous paraît être très nette, elle serait même, nous semble-t-il, plus marquée que ce que l'on indique ordinairement. » L'auteur termine cette première partie en résumant, dans un court essai de thérapeutique, le mémoire de Trénel au Congrès de Bruxelles (1903).

Le Dr Calmettes étudie l'insomnie au cours des différents syndromes mentaux (maniaque, dépressif, confusionnel, délirant, démentiel), et dans les névroses (épilepsie, hystérie, neurasthénie).

Il aurait voulu étudier la tension artérielle au cours de l'insomnie et contrôler les recherches de De Fleury, sur les insomnies à hypotension et à hypertension ; mais « il nous a été impossible, dit-il, d'avoir un sphygmomanomètre à notre disposition et, plutôt que d'exposer des recherches où l'élément subjectif aurait trop de part, nous avons préféré supprimer ce chapitre qui aurait présenté un grand intérêt ».

C'est évidemment une lacune regrettable, mais qu'explique la parcimonie, parfois excessive, des Conseils généraux vis-à-vis des asiles de province.

Nous ne suivrons pas l'auteur du mémoire dans tous les détails de son étude au cours des différents états d'aliénation. Il y a eu là, de sa part, un travail considérable et consciencieux, et les courbes fournies sont intéressantes à consulter.

Peut-être pourrait-on reprocher aux observations d'être un peu trop concises. De même on ne saurait admettre, sans d'absolues réserves, les théories émises par le Dr Calmettes, au sujet de la confusion mentale à laquelle il rattache, au point de vue étiologique, la démence précoce qui devient la confusion mentale chronique.

Nous n'insisterons pas sur les chapitres qui ont trait

aux épileptiques et aux hystériques, et qui sont trop incomplets pour mériter d'être analysés.

Quoi qu'il en soit, le travail du Dr Calmettes révèle, chez l'auteur, de grandes qualités d'observation clinique et témoigne d'un labeur considérable.

C'est pourquoi votre Commission, si elle ne vous propose pas de lui accorder la totalité du prix Aubanel, vous demande de lui donner le titre de lauréat avec une récompense de 900 francs.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées ; une récompense de 900 francs, avec le titre de lauréat de la Société médico-psychologique, est donnée à M. le Dr Calmettes, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

La Commission propose, et la Société adopte, pour le prix Aubanel à décerner en 1912, la question suivante : « Troubles psychiques au cours des polynévrites. »

La Société maintient pour le prochain prix Belhomme, la question : « Du rôle comparatif de l'alcoolisme et de la syphilis dans la genèse de l'idiotie. »

Paralysie générale juvénile,

par MM. J. Ramadier et L. Marchand.

Les cas de paralysie générale sont aujourd'hui si nombreux que la constatation seule de la paralysie générale chez des jeunes sujets ne présente plus qu'un intérêt restreint. L'observation suivante offre certaines particularités relatives à l'étiologie et à la marche de l'affection ; c'est à ces différents titres que nous avons l'honneur de la communiquer à la Société.

L..., âgé de vingt-trois ans, entre à l'asile de Blois le 18 avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de quarante-deux ans. Mère bien portante. Elle eut sept enfants, dont trois seulement sont vivants.

Un premier enfant est mort-né à sept mois de grossesse ; le second, un garçon, âgé actuellement de vingt-six ans et bien

©BIUM

portant, a eu des convulsions à l'âge de trois mois; le troisième enfant est mort-né à sept mois de grossesse; le quatrième enfant, une fille, est mort-née à sept mois de grossesse. Le cinquième enfant est le sujet qui fait l'objet de notre observation. Le sixième enfant, un garçon, est mort-né à sept mois de grossesse. Le septième enfant, une fille, âgée actuellement de vingt ans, est normale et bien constituée.

Une tante maternelle est morte paralysée à cinquante ans; un oncle paternel a un caractère bizarre.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Le père avait trente-quatre ans et la mère vingt-quatre ans quand notre malade est né. L... fut nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de six mois. Dès sa naissance, il présenta une déformation du sternum consistant en une convexité très marquée de la partie moyenne de l'os.

A l'âge de trois mois, il a été atteint de paralysie infantile (?); pendant quelques jours, il présenta une impotence des membres supérieurs, puis toute trace de paralysie est disparue. L... a marché à l'âge de seize mois et a commencé à parler à trois ans. Il présenta à cette époque un écoulement d'oreille qui persista plusieurs mois. Rougeole et petite vérole à six ans; angine à onze ans; épistaxis fréquentes de neuf à douze ans.

L... était intelligent, mais sournois; son caractère était triste; il s'isolait, parlait peu, ne jouait pas avec ses camarades; il lui arrivait au cours d'une récréation de quitter brusquement ses camarades. Il fut toujours nerveux; il serrait les poings et tremblait dès qu'on lui faisait des reproches. L... ne s'est jamais plaint de maux de tête. Ses maîtres le considéraient cependant comme un bon élève; il obtint son certificat d'études à onze ans.

Ses parents lui firent apprendre le métier de peintre en voitures; L... quitta sa famille pour habiter une ville voisine. D'après la personne chez laquelle il logeait, L... a toujours eu une vie très régulière, ne buvait pas et ne se livrait à aucun excès. Son travail terminé, il occupait ses soirées à lire. Il apprit d'abord facilement son métier et son patron était très content de lui; mais peu à peu il fut atteint d'un tremblement localisé aux extrémités des membres, et dès ce moment il fut incapable de faire les « filets » sur les roues des voitures. Si on examine les diverses lettres écrites par notre malade pendant la durée de son apprentissage, on remarque que le début du tremblement des mains remonte à l'année 1904. L'intelligence cependant paraissait encore normale. Il en est de même si on lit les dernières lettres du malade écrites en 1906; les caractères sont très tremblés; mais les idées exprimées sont encore coordonnées. La dernière lettre qu'il écrivit porte la date du

©BIUM

3 juillet 1906; l'écriture est très tremblée; des lettres manquent dans les mots; des mots manquent dans les phrases.

L... est revenu chez ses parents en 1906; sa mère remarqua le tremblement intentionnel que présentait son fils; la marche était difficile; la parole tremblée et saccadée. Pendant les mois suivants, L... resta indifférent à ce qui l'entourait; il ne se rendait pas compte de son état, passait son temps à feuilleter des almanachs et à regarder des images. Quand on lui refusait quelque chose, il se mettait à pleurer, puis riait quelques instants plus tard pour des motifs futiles. Il était jaloux et il lui arriva de frapper un enfant qui était venu pour jouer avec lui. Bientôt on fut obligé de l'habiller, de le coucher, de le faire manger. L... n'a jamais émis d'idées délirantes et avant son entrée à l'asile il n'aurait jamais été gâteux; il n'a jamais présenté de crises convulsives.

L... est placé comme « idiot » à l'hospice Dessaignes, de Blois, le 18 avril 1908. C'est un jeune homme de taille moyenne (1 m. 55), à la figure pâle, symétrique, mais inexpressive.

Le crâne ne présente aucune déformation appréciable; les dents sont régulièrement implantées et normales; les oreilles sont bien ourlées. Le sternum présente une déformation particulière consistant en une convexité externe très marquée.

L... a un aspect hébété et ne se rend pas compte de l'établissement dans lequel il est hospitalisé; il se croit chez lui. Il donne son nom, mais ne sait pas son âge; il ne sait plus en quelle année il est né; il ne peut dire l'année, le mois, le jour actuels; il sait qu'on est en hiver parce qu'il fait froid; il ne peut dire depuis combien de temps il est ici. Il reconnaît un crayon, une montre; toutes les pièces de monnaie qu'on lui présente sont pour lui des pièces de cinq sous. Il ne peut dire le nom de la capitale de la France. Il résoud ainsi les additions suivantes : $2+2=4$, $3+3=6$, $4+4=8$, $5+5=?$ $2+3=4$, $3+1=4$, $3+2=5$, $3+4=5$.

Il est impossible de lui faire résoudre une soustraction, une multiplication ou une division. A la fin de l'interrogatoire, on demande de nouveau à L... de dire son âge, il répond qu'il a vingt ans.

On ne constate aucune idée délirante.

Au point de vue moteur, on relève les troubles suivants : le tremblement est généralisé à tout le corps; il est accusé au repos, mais s'exagère à l'occasion des mouvements. Les membres supérieurs et inférieurs présentent un tel tremblement et une telle incoordination musculaire que le malade est réduit à l'impotence. La force musculaire est bien conservée et la pression exercée par les mains est normale. Placé dans le décubitus dorsal, L... ne peut s'asseoir seul; il lui est impossible de

©BIUM

lever simultanément les jambes au-dessus du plan du lit; il peut les lever séparément à une hauteur d'une vingtaine de centimètres.

Quand le malade parle, les muscles de la face sont animés de tremblement; la face devient grimaçante. Tremblement fibrillaire de la langue.

Dès que le malade veut saisir un objet avec ses mains, les membres supérieurs sont atteints de tremblement à grosses oscillations. Aux membres inférieurs, le tremblement s'exagère pendant la station debout et le corps est animé d'oscillations. La marche est presque impossible. L... marche le corps penché en avant en traînant les jambes. On est obligé de le faire manger.

Les réflexes tendineux sont exagérés aussi bien aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Clonus du pied bilatéral. Le réflexe cutané plantaire est conservé, le signe de Babinski n'existe pas; le réflexe crémastérien est normal.

Les réflexes pupillaires à la lumière sont paresseux; les pupilles sont égales.

La sensibilité au tact et à la douleur, au chaud et au froid paraît normale.

Pas de dermographisme; le frottement de la peau est suivi de troubles vaso-moteurs consistant en une ligne rouge entourée d'une auréole blanche.

La parole est très embarrassée; par moments, elle consiste en un bredouillement inintelligible; la difficulté de la parole semble provenir surtout du tremblement et de l'ataxie des muscles de la face et de la langue.

L... est gâteux.

Rien de particulier du côté des appareils digestif, respiratoire et circulatoire. Le poids du corps est de 60 kilogrammes. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Les jours suivants, on ne constate aucun changement dans l'état de L... Cependant, la marche devenant de plus en plus difficile, L... est alité le 28 *mai*. On relève à ce moment les mêmes troubles que ceux que nous venons d'exposer. Depuis quelques jours, malgré un traitement lacté, L... avait des vomissements alimentaires fréquents. Le poids du corps est de 54 kil. 900. La ponction lombaire est pratiquée; le liquide céphalo-rachidien s'écoule goutte à goutte mais rapidement. Lymphocytose très abondante. Augmentation de la quantité d'albumine (1 gramme par litre).

25 *mai*. — Agitation nocturne. L... se découvre sans cesse et prononce des paroles incohérentes; la température oscille entre 38 degrés et 39 degrés; eschare sacrée.

31 *mai*. — Vomissements alimentaires.

©BIUM

3 *juin*. — Même état; la température s'élève le soir à 39°6.

7 *juin*. — L... est très amaigri, il avale avec difficulté le lait qu'on lui présente. Hoquet.

8 *juin*. — Mort.

AUTOPSIE. — L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Système nerveux. — Rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte cranienne; le liquide céphalo-rachidien est très abondant.

Les méninges ont un aspect trouble; elles adhèrent au cortex. Sur les coupes transversales, on note une dilatation énorme du ventricule latéral gauche, une dilatation des cornes occipitale et frontale du ventricule droit. La couche corticale est très diminuée d'épaisseur.

Le plancher du quatrième ventricule est parsemé de granulations.

L'hémisphère droit pèse 510 grammes, le gauche 550 grammes; le cervelet et le bulbe 180 grammes.

Examen histologique. Cerveau. — L'examen a porté sur les circonvolutions motrices droites et gauches, sur les deuxièmes frontales droite et gauche.

Les lésions sont diffuses. Les méninges molles sont épaissies, œdématiées et infiltrées de cellules embryonnaires. Au fond des sillons, les amas des cellules embryonnaires sont confluents, entourent les vaisseaux et donnent l'impression d'un tissu gommeux. Les méninges sont par places intimement soudées au cortex.

Les cellules pyramidales renferment des granulations qui prennent peu les colorants; leurs noyaux sont excentriques; elles ont perdu leur ordination en différentes couches.

Sclérose névroglique très accusée dans toute la couche moléculaire et s'étendant parfois jusqu'à la couche des petites cellules pyramidales.

Les fibres tangentielles sont complètement disparues et la strie de Baillarger est à peine indiquée.

Les vaisseaux sont atteints de périartérite. Capillaires nombreux et dilatés dans toute l'épaisseur du cortex.

Cervelet. — Infiltration de la pie-mère cérébelleuse par de nombreuses cellules embryonnaires. Prédominance très nette des foyers inflammatoires au fond des sillons. Sclérose névroglique diffuse.

Bulbe. — Les vaisseaux intrabulbaires sont atteints de périartérite. Les cellules des noyaux des nerfs craniens renferment pour la plupart du pigment. Sclérose des pyramides antérieures.

Moelle. — Au niveau de la moelle cervicale, les cellules des

©BIUM

cornes antérieures sont pigmentées ; les vaisseaux intraspinaux sont atteints de périartérite. Sclérose des faisceaux pyramidaux latéraux.

Au niveau de la moelle dorsale, on relève comme lésion principale, la sclérose des faisceaux pyramidaux croisés.

Les cellules des cornes antérieures de la moelle lombaire sont atrophiées et pigmentées. Sclérose des faisceaux pyramidaux croisés.

En résumé, un sujet à hérédité chargée est atteint à l'âge de trois mois, d'une affection nerveuse, probablement d'une paralysie infantile, et présente, dans la suite, des troubles du caractère ; son intelligence atteint cependant un niveau moyen. A dix-huit ans, il présente un tremblement généralisé, qui pendant plusieurs mois paraît constituer à lui seul toute l'affection ; les symptômes psychiques et physiques de la paralysie générale ne surviennent que plus tard. Le sujet meurt à l'âge de vingt-trois ans.

L'hérédité collatérale de notre sujet est à relever. De ses six frères et sœurs, quatre sont mort-nés à sept mois de grossesse, un frère a eu des convulsions dans le jeune âge, une sœur est bien portante. Sans pouvoir préciser la cause de cette polymortalité, on ne peut que la comparer aux effets de la syphilis héréditaire.

Notre sujet a toujours mené une vie régulière, ne faisait aucun excès, n'a subi aucun surmenage physique ou intellectuel ; l'affection a débuté sans cause apparente. Cependant notre sujet avait montré dès son plus jeune âge une prédisposition particulière pour les affections du système nerveux, puisque, à l'âge de trois mois, il avait été atteint d'une paralysie des membres supérieurs, qui n'a laissé aucune trace dans la suite. Cette constatation montre le rôle que peut jouer l'hérédité seule parmi les causes de la paralysie générale.

Cliniquement, notre cas confirme les observations faites par d'autres auteurs que, dans la paralysie générale juvénile, les symptômes moteurs sont toujours très accusés. Chez notre sujet, ils ont précédé l'affaiblissement intellectuel et ont consisté dès le début de l'affection en un tremblement généralisé à grosses oscillations.

©BIUM

L'examen histologique enfin présente, comme principale particularité, une inflammation diffuse des méninges, avec prédominance au fond des sillons ; les noyaux inflammatoires y sont si confluents et si étendus qu'ils revêtent, en certaines régions, l'apparence d'une véritable méningite gommeuse diffuse.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 21 *mars* 1910.

I. — *Trois cas de psychose familiale. Présentation de trois malades*; par les Drs Briand et Vigouroux. — MM. Briand et Vigouroux présentent trois malades, un frère et deux sœurs, traités dans leurs services. Ces malades, qui avaient une hérédité très lourde, ont tous présenté des troubles mentaux, chacun à un âge d'autant moins avancé qu'il était plus jeune. Ces troubles ont consisté en un même syndrome mental : dépression avec tentative de suicide et mutisme, période d'excitation, hallucinations, et les trois malades évoluent vers la démence.

II. — *Un cas de catatonie*; par le Dr Leroy. — M. Leroy présente une femme qui, à quarante-cinq ans, après deux années de troubles intellectuels, caractérisés par un délire mélancolique avec des idées de persécution et hallucinations de l'ouïe, tombe dans un état de stupeur avec phénomènes catatoniques permanents, limités aux membres supérieurs. Depuis deux ans, cette malade ne quitte pas son lit, ne prononce que de rares paroles, mais elle ne gâte pas et s'alimente généralement seule avec une extrême lenteur. La physionomie reste inerte, n'exprimant ni joie, ni douleur, mais une sorte de résignation.

M. Leroy discute la question de catatonie symptôme ou de catatonie entité morbide. Certaines réactions sont d'ordre démentiel, mais la malade reste parfaitement orientée, lucide, et plusieurs faits indiquent que, chez cette femme, le jugement et le raisonnement semblent bien conservés.

III. — *Confusion mentale et catatonie. Guérison*; par les Drs Pactet et Bourilhet. — MM. Pactet et Bourilhet montrent un malade qui a présenté le syndrome catatonique avec état

©BIUM

d'excitation et de dépression et qui, aujourd'hui, peut être considéré comme guéri.

Ce sujet avait conservé, pendant toute la durée de sa maladie, alors même qu'il offrait les apparences d'une inertie physique absolue, une très vive activité intellectuelle. C'est ainsi qu'il puisait, comme il l'expose nettement, dans l'observation du milieu où il se trouvait, les éléments des processus psychologiques qui commandaient ensuite ses réactions, sous forme de négativisme, de catatonie ou d'impulsions motrices. Ces phénomènes ne relevaient donc pas du pur automatisme cérébral.

La guérison, survenue au bout de six mois, prouve que le syndrome catatonique peut apparaître au cours d'états pathologiques divers et n'est pas toujours pathognomonique de la démence précoce.

— Il est impossible, en effet, de considérer le malade comme dément; il appartient au groupe clinique, créé par Magnan, des dégénérés, chez qui, à la faveur d'un terrain nerveux éminemment susceptible du fait de l'hérédité, des causes banales provoquent l'apparition de crises délirantes passagères.

IV. — *Surdi-mutité avec mégalomanie*; par le Dr Roubinowitch. — Il s'agit d'un sourd-muet âgé de quarante-sept ans, atteint de débilité mentale constitutionnelle, chez lequel on a constaté une série de particularités psychologiques intéressantes :

1° Une mimique soliloque stéréotypée non comprise des autres sourds-muets;

2° Actes stéréotypés singuliers, irrésistibles, consistant à faire des offrandes à des êtres invisibles; activité régulière, utile, stéréotypée, automatique;

3° Passion pour les décorations (960 grammes de quincaillerie sur ses vêtements);

4° Extrême suggestibilité et imitation de mouvements accomplis devant lui : échokinésie, flexibilité cireuse des membres, catalepsie suggérée. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Pas d'autres signes autres que la surdi-mutité. Pas de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, réaction de Wassermann négative et intradermo réaction à la tuberculine.

L'interrogatoire avec l'aide d'un interprète des sourds-muets a permis d'établir que la plupart des manifestations psychologiques de ce sourd muet constituent une exagération des tendances normales de ces infirmes. Ses néologismes mimiques sont la conséquence du fait qu'il n'a point été éduqué dans un

©BIUM

milieu de sourds-muets. Abandonné à lui-même, il s'est créé des signes mimiques personnels, au moyen desquels il exprime les quelques pensées stéréotypées qui occupent sa conscience réduite de débile mental.

V. — *Etat obsédant hallucinatoire simulant un délire systématisé*; par les Drs Truelle et Bonhomme. — Il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, ayant depuis vingt ans des hallucinations continuelles de l'ouïe et de la vue, nullement affaiblie intellectuellement. Malgré certaines tendances interprétatives, la genèse, l'évolution et le contenu des hallucinations, joints à leurs concomitants, permettent de faire rentrer cette malade dans le cadre des dégénérés syndromiques plutôt que dans celui des paranoïaques.

VI. — *Crises périodiques d'aphasie accompagnée d'hémiplégie et d'épilepsie jacksonienne droites*; par le Dr Fassou. — M. Fassou montre à la Société une femme âgée de soixante-quatre ans qui présente, depuis cinq ans, et d'une façon assez régulièrement mensuelle, des crises périodiques d'aphasie totale, avec hémiplégie et épilepsie jacksonienne droites. Ces crises ont une durée qui oscille généralement en vingt-quatre et quarante-huit heures. Les phénomènes hémiplégiques et jacksoniens disparaissent à peu près complètement dans la période intercalaire; les troubles aphasiques persistent seuls et répondent assez exactement au type clinique de l'aphasie de Wernicke : cécité et surdité verbales, agraphie; l'anarthrie ou plutôt l'aphémie de la période paroxystique devient de la paraphasie et surtout de la dysarthrie.

Le mécanisme physiologique de ces troubles doit être assimilé à celui qu'on invoque pour expliquer la *migraine accompagnée*. Il est logique de supposer un spasme de l'artère sylvienne gauche, spasme qui est sous la dépendance d'une lésion athéromateuse probable du tronc de l'artère, lésion qui sert d'épine irritative.

VII. — *Paraplégie spasmodique et syndrome paralytique*; par le Dr Benoît. — Le malade présenté, du service de M. A. Marie, est atteint de paraplégie spasmodique et présentant le syndrome mental paralytique. Cet état, caractérisé par l'indifférence, l'apathie, l'affaiblissement global de toutes les facultés, donne l'impression d'une paralysie générale à forme démentielle pure, sans délire. Le malade a manifesté par intervalles des idées de grandeur absurdes.

La paraplégie spasmodique, avec troubles des sphincters,

©BIUM

hypoesthésie à la piqûre et tremblement des membres inférieurs de caractère intentionnel, est accompagnée de signes oculaires constitués par des secousses hystagmiformes et une double atrophie optique. L'auteur estime qu'il s'agit d'une sclérose en plaques à laquelle doivent être rattachés les troubles mentaux, car le malade n'a aucun des signes somatiques caractéristiques de la paralysie générale et la ponction lombaire, deux fois répétée, a été absolument négative.

VIII. — *Hémorrhagie protubérantielle mortelle dans l'attaque d'épilepsie*; par les Drs Legrain et Marmier. — MM. Legrain et Marmier montrent les pièces provenant d'un malade âgé de trente et un ans qui, au cours d'une attaque d'épilepsie, eut, à côté d'hémorragies sous-cutanées, mais surtout viscérales (sous-pleurales, sous-endocardiques, gastriques, péri-rénales et vésicales), une hémorrhagie de la protubérance, occupant la presque totalité de l'organe et communiquant avec le 4e ventricule.

IX. — *Epilepsie sénile, constatations anatomo-pathologiques*; par les Drs Marchand et Nouët. — MM. Marchand et Nouët montrent les pièces et les préparations d'une femme qui, à l'âge de soixante ans, présentait de l'affaiblissement intellectuel, de l'excitation maniaque et des idées de grandeur. Des crises revêtant les caractères des accès épileptiques survinrent à la même époque et se renouvelèrent dans la suite. Comme symptômes organiques, on notait de l'embarras de la parole, du tremblement des extrémités et de la langue, de l'exagération des réflexes tendineux. Deux ans après le début des accidents, la malade présente un ictus suivi d'hémiplégie gauche et meurt quelques semaines plus tard. A l'autopsie, on observe des foyers multiples de ramollissement; microscopiquement, on constate des adhérences des méninges, de la sclérose corticale superficielle et une dégénérescence des fibres tangentielles; il n'existe aucune lésion inflammatoire des parois vasculaires. Les auteurs attribuent l'épilepsie plutôt à la sclérose corticale diffuse et aux adhérences méningées qu'aux lésions athéromateuses si communes chez les individus âgés. Ce sont d'ailleurs ces lésions, si souvent associées à la méningite chronique, que l'on rencontre chez les jeunes sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique.

X. — *Etude radiographique de fœtus dégénérés avec éventrations, spinabifida et autres malformations stigmatiques combinées à l'achondroplasie*; par les Drs A. Marie et Regnault.

©BIUM

Séance du 18 *avril* 1910.

I. — *Alcoolisme chronique et syphilis. Amnésie transitoire. Paraplégie spasmodique*; par les Drs Colin et Beaussart. — MM. Colin et Beaussart présentent un malade alcoolique chronique, non épileptique, qui, au cours d'un acès subaigu, a présenté et présente encore une amnésie lacunaire complète pendant laquelle il a accompli un crime. Chez ce malade, on ne note qu'un très léger affaiblissement intellectuel; il est en plus atteint de paraplégie spasmodique syphilitique survenue trois mois après.

II. — *Un cas d'hallucination lilliputienne*; par le Dr Leroy. — Il s'agit d'une alcoolique chronique très affaiblie au point de vue intellectuel qui, au milieu d'un accès hallucinatoire, a eu pendant quelques instants une hallucination lilliputienne, consistant en deux petits bonshommes habillés de vêtements bleus, assis sur un fil télégraphique et fumant la pipe. M. Leroy rappelle les caractères de ces troubles psycho-sensoriels : hallucinations visuelles petites, mobiles, colorées, fugaces, et insiste sur leur étiologie toxique.

III. — *Tentative d'incendie volontaire et épilepsie*; par le Dr Pactet. — M. Pactet présente un malade qui, inculpé de tentative d'incendie volontaire, est entré dans son service comme épileptique, après avoir bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

C'était la troisième fois que le malade était interné à l'occasion du même fait qui se reproduit toujours dans des conditions identiques. Le diagnostic d'épilepsie paraît établi, mais il est permis de se demander si l'acte délictueux n'aurait pas été intentionnel.

Le doute, à cet égard, naît de l'examen de certaines particularités des circonstances où cet acte a été accompli, d'un défaut incontestable de sincérité dans certaines allégations du malade, de ses antécédents judiciaires particulièrement chargés, de son séjour prolongé à l'asile de Bron, où il occupait, comme travailleur, un poste de choix, et où il avait le désir de retourner et enfin de l'état de dénuement où il se trouvait lorsque l'incident s'est produit.

Quoi qu'il en soit, le cas actuel met en lumière la difficulté qu'il y a parfois à se prononcer, avec certitude, sur le caractère

©BIUM

pathologique d'un acte délictueux, quand on n'a pour s'éclairer que les renseignements donnés par le sujet.

IV. — *Paralysie générale conjugale*; par les Drs Marie et Beaussart. — MM. Marie et Beaussart présentent un couple de paralytiques généraux syphilitiques. A propos de ce cas, les auteurs en signalent plusieurs semblables qu'ils ont eu l'occasion d'observer; ils insistent sur ce fait que la paralysie générale conjugale devient fréquente quand on la recherche systématiquement. Ils ont trouvé dans la plupart de leurs cas une syphilis initiale, surtout à cause de ce fait qu'ils ont recherché la paralysie générale conjugale dans les cas où une syphilis était relevée dans les antécédents d'un des malades.

V. — *Un cas de paralysie générale conjugale*; par les Drs Rogues de Fursac et Capgras. — Il s'agit d'un nouveau cas de paralysie générale conjugale syphilitique avec écrits de leurs deux malades.

M. Leroy cite, à propos des communications de MM. Rogues de Fursac et Capgras et de MM. Marie et Beaussart, un autre cas de paralysie générale conjugale. Il rappelle les travaux de Morel-Lavallée sur ce sujet, entre autres l'observation d'une femme qui communiqua la syphilis à cinq individus dont tous moururent de paralysie générale.

VI. — *Sarcome du corps calleux*; par les Drs Legrain et Marmier. — MM. Legrain et Marmier présentent une localisation très rare d'un sarcome dans le cerveau. Cliniquement, le malade a eu tout d'abord un léger affaiblissement de l'intelligence, portant surtout sur la mémoire des personnes, pendant un an environ. Un jour, il s'est écroulé tout à coup dans la rue sans perdre connaissanse. Il est rentré chez lui en se traînant. Pendant huit jours il eut un délire très diffus, surtout professionnel. Couché, il ne paraissait pas présenter de troubles paralytiques. Toutefois, il était pris par moments d'un tremblement à grandes oscillations qui l'empêchait de tenir les objets.

Après une accalmie de huit jours, le malade tomba rapidement dans la démence, et en trois semaines il s'est éteint à la manière d'un paralytique général (escharre au sacrum, marasme, etc.).

L'autopsie a montré l'existence de plusieurs petits néoplasmes occupant exactement le corps calleux, sortes de noyaux ayant la grosseur d'une noisette.

Au microscope, on a trouvé les éléments ordinaires du sarcome.

©BIUM

Le malade avait été opéré d'un sarcome de la jambe quelques années auparavant.

VII. — *Mort subite dans l'épilepsie. Hémorragie bulbaire*; par les Drs Vigouroux et Colin. — MM. Vigouroux et Colin présentent le bulbe avec préparations microscopiques d'une épileptique morte brusquement. On note un foyer hémorragique sous le plancher, à gauche; contre la ligne médiane à droite, il n'y a que de la congestion.

M. *Briand* montre des photographies représentant le plancher du quatrième ventricule d'épileptiques ayant succombé en état de mal. On y distingue une vascularisation très intense, allant, parfois, jusqu'à la thrombose des artérioles avec de petites suffusions sanguines sous-épendymaires. A la coupe, on constatait la présence d'un piqueté hémorragique. Une photographie de la même région, chez une paralytique générale ayant succombé à des attaques épileptiformes, reproduit des lésions analogues.

Société de Psychiatrie de Paris.

Séance du 21 *avril* 1910.

I. — *Présentation d'un voleur*; par les Drs René Charpentier et R. Dupouy. — Débile amoral, frère d'épileptique, voleur constitutionnel dès l'âge de huit ans, alcoolique chronique ensuite, puis épileptique vertigineux et convulsif. A la suite de vertiges il est pris d'accès impulsifs d'auto-mutilation (morsures profondes aux poignets, coups de fourchette aux mollets...), et commet des vols pathologiques également de nature épileptique, impulsifs, inconscients, amnésiques. L'intérêt principal de cette observation réside dans le parallèle entre les deux séries de vols accomplis par ce sujet : les premiers relevant de son amoralité et pour lesquels il a subi de multiples condamnations; les seconds qui s'accompagnèrent d'auto-mutilations, ne sont autre chose que des manifestations épileptiques et par deux fois motivèrent son internement après expertise médico-légale.

M. *Vallon*. — La nature épileptique du dernier vol accompli par ce malade et à l'occasion duquel j'ai été commis paraissait au premier abord des plus difficiles à établir. Cet homme, après avoir dérobé une pile de chaussettes à la devanture d'un ma-

©BIUM

gasin, s'était sauvé en courant, puis, se voyant poursuivi, s'était débarrassé des objets volés; arrêté, il disait n'avoir aucun souvenir de l'acte qu'il venait de commettre. Le fait qu'un inculpé est atteint d'épilepsie n'est pas suffisant pour permettre de considérer également son acte comme épileptique. Certains actes épileptiques, d'autre part, revêtent quelquefois l'apparence d'actes conscients.

M. *Briand*. — En principe, il faut se méfier des actes de l'épileptique qui invoque sa maladie pour expliquer leur caractère délictueux. Cependant il ne faut pas croire d'emblée à la simulation; les impulsions épileptiques, tels certains vols commis par un malade que j'ai observé, peuvent prendre toutes les apparences d'actes raisonnés, voulus, conscients.

II. — *Ecrits et dessins d'un paralytique général atypique*; par les Drs Rogues de Fursac et Capgras. — Paralytique général entré dans la démence paralytique à l'âge de quarante-six ans par une déficience marquée et progressive de la mémoire (du calcul en premier lieu), des troubles du caractère, puis un ictus ayant laissé à sa suite une hémiparésie avec agraphie et paragraphie, et enfin une phase délirante (délire de persécution avec quelques hallucinations, notamment de la vue). Or, ce malade, paralytique depuis trois ans, offre une conservation tout à fait remarquable de ses facultés de dessinateur. MM. Rogues de Fursac et Capgras font, en effet, passer sous nos yeux une série de dessins et de portraits exécutés avec un réel talent et parmi lesquels se distinguent, avec ce cachet d'étrangeté et de surnaturel qu'elles ont toutes, des reproductions d'images hallucinatoires.

M. *Briand*. — La démence paralytique laisse ainsi à certaines facultés la possibilité d'émerger au-dessus des ruines des autres facultés, et ces élans peuvent faire croire à un affaiblissement beaucoup moins prononcé que celui qui existe réellement. Or, les facultés acquises récemment sont celles qui sombrent le plus rapidement; le calcul, d'autre part, nécessite des efforts supérieurs à ceux que peut fournir un paralytique et la disparition de sa faculté est précoce. Le dessin, au contraire, et la musique persisteront plus longtemps parce qu'ils peuvent s'accomplir par une sorte de réflexe.

M. *Ballet*. — Il faut néanmoins tenir le plus grand compte des tendances et des aptitudes individuelles.

III. — *Apraxie, agnosie, aphasie, démence*; par les Drs Rose et Benon. — Présentation d'une malade atteinte d'affaiblisse-

©BIUM

ment intellectuel caractérisé par des troubles légers de la mémoire, de l'attention et de l'orientation, mais avec conscience de sa situation. Troubles du langage; oubli des noms. Agraphie, cécité verbale et alexie, sans surdité verbale. Apraxie idéo-motrice plus marquée à gauche; apraxie idéatoire, agnosie. Pas de troubles marqués de la motilité, de la sensibilité et des réflexes. Pas d'ataxie. Otite moyenne avec épisode confusionnel au début de l'affection. La présentation de cette malade permet aux auteurs de considérer les rapports pathogéniques de ces divers symptômes.

IV. — *Chorée aiguë et catatonie*; par le Dr A. Pélissier. — Présentation d'une jeune fille de seize ans, d'hérédité syphilitique et maniaque-dépressive, ayant eu une chorée à l'âge de cinq ans, chorée qui guérit parfaitement. Le 2 mars 1910, la jeune malade est prise d'accidents choréiques, aigus, fébriles, sans troubles psychiques. Ces accidents se calment brusquement le 10 et la malade entre dans une période de confusion mentale hallucinatoire à type dépressif qui se transforma au bout de huit jours en un état de stupeur catatonique absolue. La catatonie disparut progressivement et complètement au bout de cinq jours, en même temps que la température revenait à la normale. Dans cette observation, la chorée et la catatonie semblent avoir la signification de deux syndromes de même origine, nettement infectieux. Cependant, la constitution psychopathique joue certainement un rôle important dans leur détermination.

M. *Claude*. — Il s'agit d'une affection à type choréique sous la dépendance d'une infection : c'est une méningo-encéphalite d'origine infectieuse dont les manifestations ont été d'abord choréiques, puis psychopathiques (dépressives avec attitudes catatoniques); toutes deux sont la résultante d'une toxi-infection initiale de la corticalité.

M. *Briand*. — Cette observation, véritable expérience de laboratoire, vient à l'appui de la thèse qui tend à se soutenir de la cause infectieuse des folies. La malade de M. Pélissier est une prédisposée, réagissant comme une prédisposée à une infection. L'explication rationnelle de sa chorée et de son état délirant par l'existence d'une infection est un argument puissant pour ceux qui, aujourd'hui, veulent mettre toutes les psychoses sur le compte d'une infection.

V. — *Paranoïa et hallucinations*; par le Dr Blondel. — Présentation d'une malade atteinte depuis dix-huit ans de délire des

©BIUM

persécutions systématique, hallucinatoire, sans aucun affaiblissement intellectuel. Où classer actuellement une telle malade? Elle ne semble rentrer ni dans la paranoïa, vu ses hallucinations, ni dans la démence paranoïde, vu l'intégrité de ses facultés mentales. En réalité, elle relève cependant de la paranoïa. Sous le terme unique d'hallucination, il semble que nous groupions deux ordres de symptômes qui diffèrent cliniquement et étiologiquement. Les hallucinations qu'on observe dans les états confusionnels et démentiels dépendent de l'ébranlement automatique des centres psycho-sensoriels. Ce que les recherches psychologiques et sociologiques actuelles nous apprennent du mécanisme de la perception tend à démontrer qu'au contraire les troubles psycho-sensoriels signalés dans la paranoïa et compatibles avec l'intégrité des facultés intellectuelles relèvent de l'exercice paralogique des facultés supérieures et que l'activité mentale tout entière du malade s'y trouve ainsi intéressée. Il importerait donc de distinguer, dans l'énonciation des symptômes, les hallucinations en actives et passives, et cette distinction aurait des conséquences quant au diagnostic et au pronostic. — Étant donnée l'importance des questions que soulève cette communication, sa discussion est remise à la prochaine séance et sera placée en tête de l'ordre du jour.

ROGER DUPOUY.

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science.

ANNÉE 1907.

I. — *L'anatomie pathologique et la pathologie de l'épilepsie*; par John Turner (numéro de janvier). — D'après l'examen histologique de quarante et un cas d'épilepsie essentielle, l'auteur émet l'opinion que l'épilepsie est une maladie survenant chez des gens dont le système nerveux est défectueux soit congénitalement, soit par involution, et chez lesquels il existe aussi un état anormal du sang caractérisé par une tendance spéciale aux coagulations intravasculaires; les accès de grand ou de petit mal sont dus à une coagulation qui produit une

©BIUM

stase soudaine du sang dans une portion généralement limitée de l'écorce.

Les épileptiques sur qui ont été faites ces observations, tous internés à l'asile du comté d'Essex, étaient la plupart des idiots, des imbéciles ou des débiles d'esprit.

On pourrait, pense l'auteur, lui objecter que la formation de ces caillots est le résultat de quelque maladie inflammatoire générale ou même la conséquence et non la cause de l'attaque; mais dans des cas nombreux l'état épileptique était seul en cause en dehors de toute maladie inflammatoire; d'autre part, on rencontre des caillots chez des épileptiques qui n'ont pas eu d'attaques convulsives; par contre, des recherches faites dans de nombreux cas de maladies inflammatoires n'ont montré aucun caillot à l'autopsie.

De ses observations anatomo-pathologiques reproduites en détail et avec illustrations, l'auteur donne le résumé suivant : les méninges cérébrales sont macroscopiquement peu atteintes, sauf pour les cas de mort en état de mal où s'observe de la congestion. Au microscope, on voit des modifications légères mais nettes, localisées : épaississement fibreux, infiltration cellulaire, globules rouges extravasés. La névroglie est accrue, mais peu, pas davantage que dans les cas chroniques d'aliénation; c'est donc là un facteur étiologique négligeable. De petits îlots d'atrophie ou de sclérose, de degré très variable, se voient très souvent, spécialement dans le cervelet, les lobes occipital et pariétal et surtout dans la corne d'Ammon. Cet état est très caractéristique de l'épilepsie. Ces lésions sont des lésions de déchéance, dues à la diminution ou à la privation de la nutrition sanguine et c'est en cela que leur signification est grande dans la pathogénie de l'épilepsie, car elles sont ainsi indirectement la conséquence de la thrombose vasculaire. S'il n'y a pas nécrose cependant, c'est qu'il se fait par les lymphatiques dilatés une nutrition de suppléance, insuffisante il est vrai.

Les cellules nerveuses sont diminuées de nombre; des cellules nerveuses sous-corticales persistent, signe de développement incomplet signalé par Roncoroni; il y a des cellules dégénérées; les noyaux sont souvent gonflés. Ces troubles marquent, eux aussi, une nutrition sanguine défectueuse. Les cellules de Betz présentent des déformations qui se voient dans les cas de développement incomplet. Les cellules de Purkinje sont dégénérées, diminuées de nombre. Ainsi toutes ces anomalies cellulaires sont des marques soit d'arrêt de développement, soit de dégé-

©BIUM

nérescence, celle-ci suite également de l'insuffisance de la nutrition sanguine.

Dans les vaisseaux sanguins existe une augmentation légère mais fréquente des éléments périvasculaires; les artères de l'écorce sont affaissées et sinueuses, les veines distendues, parfois variqueuses; des hémorragies méningées ou des hémorragies capillaires sont presque constantes. Des thromboses variées sont présentes en grand nombre; c'est un fait de première importance. Ces caillots sont riches en phosphore, ce qui indique leur nature nucléo-albumineuse; une seconde variété de caillot est au contraire formée d'une matière finement granuleuse; peut-être est-ce le résultat de la désintégration des globules rouges dont on sait la destruction abondante avant les accès. L'auteur a montré ailleurs que ces phénomènes ne peuvent être postérieurs à la mort. Enfin, il y a parfois des caillots extravasculaires.

Dans la moelle on observe des lésions de même nature. La dégénérescence ou la pauvreté des fibres myélinisées de la colonne postérieure est très fréquente.

Pour aider à l'intelligence de sa théorie, l'auteur rappelle les faits qui montrent dans la stase sanguine ou l'anémie un facteur de convulsions. Ce sont les expériences de Cooper, Kussmaul et Tenner, liant des artères nourricières de l'encéphale, de Hermann et Esker, de Ferrari obstruant les veines de retour. Ce sont chez l'homme les convulsions qui suivent la compression de la carotide dans les expériences de Kussmaul et Tenner, les expériences faites sur eux-mêmes par Schiff et Hill. Enfin, l'injection intraveineuse de liquides huileux. Ces expériences laissent cependant supposer la nécessité d'un second élément pathogénique, la prédisposition ou équilibre instable du système nerveux.

On ne peut objecter la différence de nature du grand mal et du petit mal; bien des causes expliquent ces différences : localisation, violence de l'excitant, surtout le degré de défectuosité cérébrale antérieure.

Pareilles thromboses sont exceptionnelles dans la folie en dehors des cas compliqués d'une maladie inflammatoire générale et de la paralysie générale.

Enfin, malgré les difficultés très grandes de la technique employée, il semble que les expériences de l'auteur l'ont amené à constater aux alentours de l'attaque une augmentation de la coagulabilité du sang.

©BIUM

II. — *Sur la formation du caractère : discours adressé aux infirmières de la Retraite d'York*; par William Bevan Lewis (numéro de janvier). — Dans ce discours, fort littéraire, le médecin-directeur de l'asile de West Riding développe ses idées sur la formation morale des infirmières. De toutes choses, la plus essentielle pour le succès dans la vie, pour le bonheur vrai et durable, est le caractère; lui seul donne la joie lorsque manquent la santé, la gloire, le talent, la position sociale élevés.

L'auteur examine entre autres points la nécessité d'une haute élévation morale, d'une pitié active, de la discipline volontaire, de la connaissance intime de soi, de l'abnégation, du désir de la perfection; il termine en examinant les conséquences de l'esprit de corps et de l'entente muette qui s'établit entre les éléments consciencieux et aussi entre les éléments défectueux d'un même milieu.

III. — *Sur la localisation des fonctions cérébrales*. Réponse au Dr Joseph Shaw Bolton; par Alfred A. Campbell (numéro de janvier). — Dans son article sur l'Amentia et la démence le Dr Bolton avait fortement critiqué, au sujet de ses idées sur les localisations fonctionnelles des lobes préfrontaux, le Dr Campbell, qui, pour défendre son point de vue, reprend l'examen de sa théorie. Les lobes préfrontaux ne lui paraissent pas avoir de fonctions caractérisées ni élevées en importance. La principale divergence des auteurs porte sur l'affirmation de Campbell que cette région est pauvre en cellules et en fibres, et provient sans doute surtout de ce que dans leurs travaux respectifs les auteurs n'ont pas superposé leur appellation de zone préfrontale.

IV. — *De la folie, avec mention spéciale de l'hérédité et du pronostic. Leçons Morison*; par A. R. Urquhart (numéro d'avril). — Les travaux contemporains permettent de mieux préciser notre pronostic des maladies mentales. A côté de formes définies par des lésions anatomiques, d'un pronostic grave, il y a des cas de cause obscure qui laissent place à beaucoup d'espoir. La folie qui va prendre sa place dans les maladies dues à la toxémie métabolique ou aux infections n'a pas une pathologie ou un traitement particuliers. L'hérédité neuropathique agit en affaiblissant l'organisme dans ses fonctions et ses moyens de défense. Dans l'étude clinique de la folie, les conditions physiques sont les plus importantes à considérer, ce qui maintenant, plus que jamais, fait de la folie le domaine du médecin.

©BIUM

L'auteur s'est proposé de faire une étude fondée sur ses statistiques. Il commence par établir la difficulté de cette méthode et discute les procédés par lesquels il les a établies. Une de ses leçons est toute consacrée à la démonstration et à l'explication de ses tableaux, cartes et graphiques.

Il termine, dans une suite de considérations particulières, pleines de détails dont l'analyse est impossible, en montrant dans les troubles de chaque fonction organique la preuve du caractère généralisé et somatique de la folie. C'est l'examen attentif de chacune des conditions physiques qui aidera à l'établissement du pronostic.

V. — *Sur la psychologie des Croisades*; par le Dr William W. Ireland (numéro d'avril). — Cet article est une suite. Comme le précédent il est une histoire écrite à larges traits des diverses Croisades et relève sans la moindre sympathie les passions des croisés, tout en établissant que malgré leur crédulité et leur barbarie, ils sont cependant différents des pensionnaires d'un asile, parce qu'ils surent avoir des plans combinés. L'article se termine par un éloge des Musulmans.

VI. — *Le récidivisme considéré au point de vue de l'entourage et de la psychopathologie*; par le Dr J. F. Sutherland (numéros d'avril et de juillet). — Le récidivisme s'étudie chez les criminels et chez les délinquants, les premiers étant généralement des actifs, antisociaux, les autres des passifs parasites. Il constitue un problème singulièrement décevant pour qui veut le résoudre. Une étude détaillée démontre cependant l'existence d'un nombre notable de récidivistes amendables avec un résidu nettement pathologique. On fera beaucoup en étudiant l'entourage de jeunesse, l'hérédité et l'anthropologie criminelle de ces condamnés. Les principales causes de la criminalité sont l'une externe, sociologique, l'autre interne, héréditaire. Les différences de races ne sont intéressantes qu'en ce qui concerne la boisson ou la coutume de porter des armes dangereuses.

L'article du Dr Sutherland est divisé en plusieurs chapitres où les détails sont nombreux. Il débute par une statistique des crimes ou délits en Angleterre et en Ecosse avec graphiques. Les infractions sont divisées en crimes contre les personnes, crimes sexuels, crimes contre la propriété, avec ou sans violences, et en délits : tapage et ivresse, prostitution, vagabondage et mendicité et autres délits. Parmi les récidivistes, beaucoup sont des débiles ou des déséquilibrés. Les crimes de sang sont

©BIUM

commis en général sans préméditation, sous l'influence de l'alcoolisme aigu ou chronique. L'alcoolisme est une cause d'irresponsabilité, mais le point où celle-ci commence est difficile à fixer. En dehors de ces cas, on voit exceptionnellement quelques meurtres commis de sang-froid par de véritables monstres qu'il faut éliminer de la société. Les récidivistes parmi les criminels de sang sont rares.

Au contraire ils sont plus fréquents dans les crimes sexuels, où la tare psychopathologique est des plus apparentes. Dans l'incendie, où l'obsession est visible quand il y a préméditation, le récidivisme est rare.

Parmi les délits récidivants, l'ivresse, le tapage, la prostitution sont très fréquents; beaucoup des délinquants ne sont pas de vrais récidivistes, mais des travailleurs domiciliés arrêtés un jour de fête. Les mendiants ne sont que peu récidivistes parce qu'ils se font arrêter dans des juridictions différentes; pour eux comme pour les prostitués, une étude psychopathologique s'impose.

Les femmes sont le petit nombre dans les crimes de sang, les violences, les crimes sexuels, le vagabondage; elles dominent dans les crimes contre la propriété sans violence, dans l'ivresse, le tapage et la prostitution.

Le manque d'instruction est fréquent chez les délinquants; il provient souvent de la faiblesse d'esprit. Les travailleurs manuels forment la majorité des récidivistes.

Les voleurs ont habituellement des antécédents similaires. Le contraire se produit pour les homicides et pour les sexuels dont d'ailleurs ni les uns ni les autres ne sont antérieurement des voleurs, car bien différents d'eux, ils sont souvent poussés au crime par un trouble mental. Ces faits sont à rapprocher de la fréquence de la folie parmi les auteurs de crimes sexuels, d'incendie et de violences, tandis que le contraire s'observe chez les voleurs, ceux-ci étant aliénés dans des proportions très différentes, selon qu'il commettent ou non des violences.

Le récidivisme est un produit des villes et, dans les villes, des quartiers malsains et des bouges. Il n'y a pas superposition entre la carte de la folie et celle du crime; mais la superposition existe entre les cartes du crime et de l'ivresse; il ne faudrait pas en déduire cependant qu'il y ait entre eux une relation étroite.

L'auteur adopte la classification des criminels en criminels par passion; occasionnels; habituels ou récidivistes; instinctifs ou aliénés. Le criminel instinctif ou criminel-né existe bien,

©BIUM

mais il est très rare ; on ne doit pas assimiler les dégénérés physiques aux dégradés mentaux ni aux criminels.

L'anthropométrie qui sert à l'identification des prévenus, peut servir à démontrer en Ecosse la dégénérescence physique des récidivistes. Leur taille est sensiblement inférieure à la normale. Il y a des différences marquées pour la longueur de la tête entre les meurtriers qui l'ont plus longue et les autres classes de délinquants où elle est plus courte. Pour la largeur de tête, meurtriers et autres criminels n'ont pas entre eux de différences sensibles, mais il y en a une grande entre l'ensemble de la population et eux ; d'ailleurs il existe une physionomie criminelle plus facile à constater qu'à décrire.

Il n'y a pas d'hérédité du crime, celle-ci n'étant pas une lésion nerveuse. Mais la débilité mentale, la déséquilibration et les obsessions sont en fonction d'une hérédité défectueuse et l'on sait la fréquence de ces tares chez les délinquants et criminels de toute espèce.

VII. — *Notes sur la conduite et le traitement des épileptiques aliénés avec référence spéciale au régime privé de chlorure de sodium (ou hypochloruration)* ; par le Dr G. Foster Barham (numéro d'avril). — Le traitement de l'épilepsie se résume en deux indications : diminuer ou supprimer les paroxysmes, modifier ou éliminer les causes d'excitation.

La méthode de Toulouse et Richet a une valeur considérable, mais elle est difficile à appliquer dans un régime d'asile, de même que le régime lacto-végétarien, préconisé par Zickelbach. Au contraire, la substitution du bromure au sel de table est aisée. Un essai fait dans ce sens dans un quartier où étaient 55 épileptiques sur 62 malades, produisit une diminution notable des accès, mais surtout un assoupissement qui alla jusqu'à l'impossibilité de s'habiller, d'accomplir les occupations habituelles et même jusqu'à la stupeur. On dut donc réduire et tempérer ce régime qui produisit alors d'excellents résultats, par la diminution du nombre et de la gravité des accès et par une amélioration de l'agitation générale du quartier. Ainsi, la suppression des chlorures facilite l'action des bromures sur l'organisme. Les bromures de sodium et d'ammonium sont les plus indiqués, spécialement chez les déprimés.

On doit tenir compte, dans l'administration du bromure, du tempérament individuel ; à cet effet, dans l'asile de Claybury, chaque épileptique a un tableau où sont inscrits les accès diurnes et nocturnes, avec la dose et le mode d'administration

©BIUM

du bromure. Par l'examen de ce tableau, on peut aisément faire croître les doses jusqu'à effet suffisant, puis les diminuer jusqu'au point critique.

Le bromure, s'il raréfie ou même prévient les accès, n'est pas toujours sans danger et peut provoquer l'engourdissement et même la stupeur.

Dans le traitement de l'état épileptique, l'auteur part de ce point de vue, que l'on a affaire à une véritable intoxication et il agit en conséquence.

VIII. — *Démonstration des lésions expérimentales produites par l'action des toxines sur la moelle et les nerfs craniens*; par les Drs Orr et Rows (numéro d'avril). — De leurs expériences, les auteurs concluent que les toxines remontent aisément les nerfs craniens et rachidiens. Ces nerfs protégés par leur névrilemme en dehors des centres subissent une dégénérescence dès que la toxine atteint la fibre dépouillée de cette protection. La première modification est une dégénérescence primaire de la myéline; le cylindre axe et les cellules ne sont atteintes que secondairement. Par l'acide osmique, on voit la dégénérescence de la myéline se faire en forme de masses fusiformes de toute dimension, de globules isolés et de minces filaments avec renflements moniliformes.

Ces résultats semblent permettre l'hypothèse d'une origine lymphatique pour des affections nerveuses telles que le tabes et la paralysie générale. Les toxines amenées par le courant lymphatique proviennent d'un foyer encore inconnu.

IX. — *Amentia et démence. Etude anatomo-clinique*; par le Dr Joseph Shaw Bolton (avril 1906 à juillet 1908). — Nous avons déjà analysé les deux premières parties de ce travail considérable, qui paraît depuis plusieurs années dans le *Journal of Mental Science*. Le numéro d'avril 1906 a commencé la publication de la troisième partie : La Démence. Nous ne pouvons ici donner une analyse détaillée du travail de M. Shaw Bolton, et nous devrons nous contenter d'indiquer par son plan comment il a envisagé la question qu'il étudie.

L'auteur examine, sous le titre de démence, les cas où un état mental déchu ou en décadence coexiste avec des lacunes dans la substance cérébrale des zones psychiques. Ces cas de démence sont le résultat soit de l'involution naturelle, soit de l'action de facteurs extérieurs normaux ou pathologiques tels qu'une intoxication ou une auto-intoxication. Le terme démence a donc un sens très large et désigne toute faiblesse intellectuelle acquise.

©BIUM

Une méthode différente s'impose pour l'examen des cas d'amentia et de ceux de démence. La démence, en effet, possède une anatomie pathologique et une symptomatologie qui varie en degré plutôt qu'en espèce et est en relation définie avec des causes telles que l'âge.

Le travail de M. Bolton commence par une revue des travaux anatomiques et histologiques qui lui ont servi de base pour sa division générale des maladies mentales en amentia et démence.

Cette revue se divise en plusieurs chapitres :

I. Les sphères de projection ;

II. Les centres inférieurs d'association ;

III. La région corticale d'association supérieure : *a*) Anatomie pathologique des maladies mentales ; *b*) Histologie générale des maladies mentales ;

IV. Une vue générale des régions fonctionnelles du cerveau et de la pathologie générale des maladies mentales.

Cette partie de l'ouvrage établit que, à un certain degré de démence correspond un degré équivalent de diminution cérébrale ayant son maximum dans la région préfrontale ; histologiquement, les couches de cellules pyramidales sont les plus atteintes, car elles sont d'importance proportionnelle au pouvoir psychique et s'accroissent avec lui dans la vie, tandis que les autres couches cellulaires atteignent de très bonne heure leur état adulte.

On le voit, la conception de l'auteur est une conception d'ensemble. Il envisage les maladies mentales comme étant sous la dépendance des deux grandes lois du développement et de la régression de la structure cérébrale.

Poursuivant son analyse, M. Bolton expose d'abord la symptomatologie de la « confusion mentale », état précurseur de la dissolution des neurones cérébraux, suivi de guérison ou de dissolution plus ou moins profonde de ces éléments. Les causes de la confusion mentale sont nombreuses, l'auteur les énumère, ainsi que la symptomatologie, qu'il divise en : *a*) les phénomènes psychiques dus à un état pathologique des centres d'association ; ce sont la confusion mentale simple, les phénomènes légers, « confabulation » et pseudo-réminiscences, produits par un état pathologique des centres inférieurs d'association, et les phénomènes graves produits par un état pathologique grave des mêmes centres qui produit la « delusion » ; *b*) les phénomènes psychiques dus à un état pathologique des centres où se

©BIUM

font l'évolution des sensations, leur élaboration et leur alliance avec des associations mentales aberrantes : ce sont les illusions et les hallucinations ; enfin les phénomènes complexes d'association qui naissent sous l'influence de désordres locaux dans les centres inférieurs d'association.

L'auteur décrit, comme terminaisons de la confusion mentale, la guérison, la démence stationnaire et la démence progressive.

Toutes ces classifications de M. Bolton sont, comme les précédentes, appuyées sur de nombreux exemples. Des 728 cas de l'auteur, 445 sont cités et étudiés, dans la partie de son œuvre que nous analysons ici, sous la rubrique : « Démence », qui est divisée en trois chapitres.

Dans le premier chapitre, démence « neuronique primaire », sont rangés les cas où existe une dissolution plus ou moins étendue des neurones corticaux élevés par suite de l'usure de ces cellules ou par la conséquence d'une lésion de cause physique ou mentale, ou enfin par une action directe des toxines. Dans les cas d'usure, la démence est progressive ; dans les autres cas, il peut y avoir, après la crise aiguë, un état stationnaire jusqu'à l'époque sénile.

Le second groupe, celui de la démence « progressive secondaire », comprend les cas où une atteinte des tissus non nerveux de l'encéphale entraîne plus ou moins vite la dissolution des neurones avec démence grave ; ce chapitre comprend deux subdivisions, dont les types sont la démence sénile et la démence paralytique.

Enfin, un troisième groupe, groupe d'attente, comprend les démences spéciales, par privation des sens, par épilepsie et par lésions cérébrales diverses.

X. — *Mesure clinique de la fatigue* ; par le Dr Wilhelm Specht, traduit de l'allemand par Thomas Johnstone (numéro de juillet).

XI. — *Contribution à l'étude de la démence paralytique au Brésil* ; par les Drs Juliano Moreira et Antonio Penafiel (numéro de juillet). — Le Brésil est un admirable champ d'études pour la pathologie comparée des races. La paralysie générale s'y observe avec des différences marquées par rapport aux données habituelles. Son pourcentage dans les internements n'est que de 2,76. La cause de cette rareté n'est pas une question de climat, pour les auteurs, qui estiment que l'étiologie de la paralysie générale est faite de tous les facteurs qui

©BIUM

caractérisent la civilisation moderne. La part de la race dans cette étiologie est difficile à connaître, car les données sont incomplètes et insuffisantes. Néanmoins, on peut affirmer qu'il n'y a aucune immunité de races. Parmi les nombreux types ethniques du Brésil, seuls les aborigènes purs et les nègres directement importés d'Afrique n'ont pas donné de cas à la statistique des auteurs.

La paralysie générale est beaucoup plus commune chez la femme que partout ailleurs.

L'âge moyen dans les deux sexes est de trente-cinq à quarante-cinq ans.

On n'a observé au Brésil que deux cas de paralysie générale juvénile, dont l'un est publié par l'auteur; il s'agit d'une jeune fille.

L'influence des professions n'est pas évidente. Toutes les classes sont atteintes; plus d'une moitié des malades sont illettrés, spécialement parmi les femmes.

La maladie évolue rapidement; elle dure quatre à cinq ans, et souvent beaucoup moins.

La syphilis est certaine dans 30 p. 100 des cas, probable dans 50 p. 100; les facteurs étiologiques sont habituellement multiples; on y relève les excès alcooliques et vénériens, les traumatismes craniens, le shok mental, l'insolation, la fatigue cérébrale prolongée et les émotions.

XII. — *La facilité de l'infection tuberculeuse chez les aliénés, démontrée par l'examen de l'index opsonique tuberculeux*; par le Dr C. J. Shaw (numéro de juillet). — Les travaux de l'auteur sur la méthode de Wright appliquée aux aliénés l'ont conduit à diverses conclusions. L'index opsonique, chez les gens sains, varie de 0,97 à 1,32, avec une différence considérable de jour à jour, mais sans grande variation dans la moyenne de semaine à semaine. Chez les aliénés non tuberculeux, la moyenne est de 0,88, allant de 0,65 à 1,23. La variation quotidienne est plus considérable chez les aliénés que chez les gens sains. De ces observations, il résulte que, dans l'ensemble, les aliénés sont plus susceptibles vis-à-vis de l'infection tuberculeuse que les gens sains d'esprit; mais ce n'est pas le séjour à l'asile qui leur donne cette disposition. Les cas aigus sont plus susceptibles à cette épreuve que les chroniques; les paralytiques généraux ont un index bas, ce qui explique leur fréquente tuberbulose. L'index est plus bas dans les psychoses des adolescents que chez les adultes, et dans la mélancolie que dans la manie, ce

©BIUM

qui concorde avec une susceptibilité plus grande à la tuberculose. Dans l'ensemble, les aliénés ont une résistance amoindrie au bacille de la tuberculose, moindre chez les aigus que chez les chroniques. La dose de 1/750 milligrammes de T. R. paraît, chez les aliénés, une dose encore trop forte pour le diagnostic, car elle produit des réactions trop intenses. Enfin, on doit admettre qu'il n'y a pas de rapport entre le niveau de l'index opsonique tuberculeux au jour de l'injection et la présence ou l'absence subséquente d'une phase négative.

XIII. — *Le soin des enfants dans les asiles de comtés et de bourgs*; par le Dr Charles H. Fennel (numéro de juillet). — Les enfants légalement internés sont au nombre de 229 seulement en Angleterre, disséminés dans des asiles où, vu leur petit nombre, on ne peut que les confondre avec d'autres aliénés séniles, épileptiques ou malades d'infirmerie, au grand détriment des uns et des autres, le personnel ne pouvant s'occuper d'eux spécialement.

Il faut donc séparer les enfants, soit en les groupant dans un petit nombre d'asiles, soit en créant des annexes spéciales.

A l'annexe de Hellingly, un bâtiment spécial permet de leur donner une éducation raisonnée, avec une institutrice particulière, une instruction et une culture physique appropriée.

L'auteur, en bon Anglais, parle des avantages financiers et ne s'inquiète guère du devoir moral de la société; l'important, il le montre, est que l'on développe ainsi la valeur économique de l'imbécile, qui peut gagner au moins partiellement sa vie. Il n'oublie pas cependant de signaler que par une bonne éducation on fait de lui, dans une certaine mesure, un homme de caractère et un être responsable.

XIV. — *Le nouvel hôpital à l'asile d'Ayr* ; par le Dr C. C. Easterbroak (numéro de juillet). — Les caractères principaux de cet hôpital, annexé à l'asile d'Ayr, sont d'être un grand bâtiment d'un étage, d'après le type du *cottage hospital*, construit pour les aliénés qui ont besoin d'un traitement d'hôpital avec une surveillance facile de nuit et de jour, l'alitement et les autres progrès utiles. Un personnel relativement peu nombreux est suffisant pour cet hôpital en raison de sa disposition économique, tout aménagement inutile ayant été écarté, et la gestion est peu coûteuse, ce qui est précieux à une époque où la presse se plaint fort du coût des asiles.

Le nouvel hôpital sert de pavillon d'admission, d'infirmerie, de pavillon d'isolement pour la tuberculose et les maladies

©BIUM

infectieuses. Dans sa construction où le rôle de l'architecte a été subordonné étroitement aux desiderata du médecin, tout a été orienté pour faciliter le service de l'infirmier. Le personnel est d'ailleurs féminin dans les salles autres que celles de l'admission, amélioration dont l'auteur indique, après nombre d'autres aliénistes anglais, tous les avantages.

On trouvera dans cet article les détails les plus circonstanciés sur l'aménagement de l'hôpital d'Ayr.

XV. — *Nouvelles recherches bactériologiques et expérimentales sur la pathologie de la paralysie générale et du tabes dorsalis*; par les Drs W. Ford Robertson et Douglas Mac Rae (numéro de juillet). — Cette communication, qui souleva une longue discussion à la réunion trimestrielle de l'Association médico-psycologique, reproduit, en les complétant, l'ensemble des travaux des auteurs sur la question. On sait qu'ils attribuent la plus large part de la toxémie de la paralysie générale à un bacille diphtéroïde, dont l'action est préparée par l'affaiblissement des défenses locales et générales de l'organisme que produisent la syphilis, l'alcoolisme ou l'abus de l'alimentation azotée.

Les observations nouvelles concernent surtout la réaction dans les divers milieux et la virulence d'une série de bacilles diphtéroïdes provenant de différentes origines. Le bacille diphtéroïde de la paralysie générale ou *bacillus paralyticans* est spécifique. Mais il y en a deux variétés, dont les réactions différentes sont rapportées ; notamment, l'une a les réactions de culture du Klebs Löffler, et donne une réaction acide seulement dans un milieu au glucose, tandis que l'autre produit aussi une réaction acide dans la saccharose.

Des essais de reproduction de la paralysie générale chez des rats ont été tentés par les auteurs, qui ont nourri leurs animaux avec des cultures. Des lésions cérébrales s'ensuivirent, accompagnées de symptômes paralytiques et consistant en périartérite, prolifération névroglique, grosses lésions cellulaires. Des essais d'immunisation par des petites doses furent aussi faites ; ces expériences ne sont pas encore complètes. Les troubles provoqués chez les rats sont des troubles moteurs de l'affaiblissement cérébral, une dégénérescence chronique du système nerveux et les lésions vasculaires et névrogliques déjà citées. Les expériences des auteurs leur apparaissent comme confirmant l'existence d'au moins deux formes de bacilles diphtéroïdes capables de provoquer la paralysie générale et le tabes ; ils sont nommés

©BIUM

par les auteurs *B. paralyticans longus* et *B. p. brevis*. Les différences entre eux, comme la morphologie des cultures de Klebs Löffler, ne sont pas essentielles. La principale différence est la virulence. Dans tous les cas de paralysie générale ou de tabes avancés, ces bacilles passent dans les lymphatiques et le sang.

L'index du pouvoir bactériolytique des leucocytes polynucléaires en regard du *B. paralyticans* est anormalement élevé chez les paralytiques généraux. Ces bacilles sont rapidement la proie des phagocytes.

Un essai de vaccination par des cultures stérilisées d'un bacille isolé de l'urine d'un tabétique, fait sur ce malade, a produit une amélioration considérable dans les douleurs fulgurantes. Un essai ultérieur de sérum a aussi donné de réels résultats. L'urine du malade est maintenant stérile.

Des foyers infectieux de ce bacille existent dans le tube digestif, les bronches, la vessie ; les auteurs en ont eu la preuve histologique.

Ainsi donc, ce bacille de la famille diphtéroïde, dont deux variétés au moins donnent des troubles paralytiques au rat et sont spécialement isolables dans la paralysie générale et le tabes, est sans doute susceptible de croître en virulence au fur et à mesure qu'il se développe sur l'individu infecté, et les essais thérapeutiques de l'auteur, qui ont abouti à une perte de virulence, sont très encourageants.

XVI. — *Discours présidentiel à l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande* ; par le Dr P. W. Macdonald (numéro d'octobre). — Le discours présidentiel de 1907 est consacré principalement à un examen de l'aspect social de la folie dans le comté purement rural de Dorset, fait à l'aide, tant de données statistiques très soigneusement critiquées, portant sur une période de cinquante ans, que de l'expérience personnelle de directeur d'asile.

Le rapport des aliénés à la population totale a passé dans ce temps de 1 p. 397 à 1 p. 207. Cette augmentation, surtout apparente, tient au soin plus exact que l'on a des aliénés, et principalement à la diminution de la mortalité et à l'émigration qui ont eu pour conséquence une dépopulation locale considérable ; elle tient enfin à l'accumulation des chroniques dans les asiles. Son mécanisme est éclairé par l'examen des variétés d'aliénation qui démontre le rôle de la dégénérescence héréditaire. Tandis que la manie reste stationnaire, la mélancolie croît sensiblement en rapport visible avec l'influence de l'héré-

©BIUM

dité. La démence, malgré les difficultés que produisent dans l'appréciation des statistiques les dénominations récentes concernant notamment la démence des jeunes gens, est en accroissement très net, spécialement les formes de démence dues à la prédisposition héréditaire et à l'intoxication physique. La paralysie générale continue à être rare ; l'épilepsie n'a crû que dans une faible proportion.

A son tour, l'examen de la profession antérieure des aliénés montre que l'accroissement de la folie se fait surtout parmi les malades n'ayant pas d'occupation, c'est-à-dire les débiles congénitaux. Aucun autre rapport ne peut être établi entre les proportions et les variétés de folie.

Si l'on recherche les causes, recherche pour laquelle on ne doit pas se laisser guider par des idées trop générales, car l'action de mêmes causes peut varier selon les pays, s'additionnant ou se contrariant selon le lieu, on s'aperçoit d'abord que, dans le Dorset, l'alcool n'a pas du tout le rôle prépondérant qu'on lui attribue si souvent et que par contre la boisson dite thé noir, telle qu'elle est faite et absorbée en grande quantité par les paysans, a un effet très nocif. Et ensuite l'on est frappé du rôle de l'hérédité. L'émigration porte sur les meilleurs éléments du pays, et on peut affirmer, malgré les difficultés du problème statistique, que ce sont les débiles, les aliénés, les malades qui demeurent au pays, engendrant des faibles d'esprit et portant la responsabilité de l'accroissement de la folie, qui a dans l'hérédité sa plus importante source pour ce comté.

En terminant, le président a examiné la question toute d'actualité, devant l'opinion publique, du traitement de la folie à ses débuts : Les moyens curatifs doivent différer selon les districts, et l'on ne peut partout avoir le même système, hôpitaux spéciaux, quartier d'observation ou services annexes des asiles. On devrait surtout modifier la législation en se rapprochant des lois écossaises, supprimer ce qui donne la tare de l'internement et permettre l'entrée des établissements hospitaliers à toutes les maladies, mentales ou non, qu'elles soient au début ou qu'elles nécessitent un certificat. Ainsi les spécialistes compétents pourraient traiter les malades à tous les degrés de leur maladie.

XVII. — *La psychiatrie, partie de la médecine publique* ; discussion ouverte par le Dr T. S. Clouston (numéro d'octobre). — La médecine et l'hygiène publiques ont-elles suffisamment tenu compte de la psychiatrie? Il serait temps que les préoccu-

©BIUM

pations, les points de vue des aliénistes soient en honneur dans cette branche de la science qui s'occupe de la santé publique, et, bien que les faits étudiés par eux n'aient pas la précision des données de la chimie ou de la bactériologie, on pourrait faire un effort pour les appliquer au bien public. Les auteurs d'ouvrages sur la matière devraient, au lieu du silence, leur consacrer plusieurs chapitres. Les fonctionnaires médicaux de l'hygiène devraient être instruits de ces questions. Le Ministère de l'Intérieur (Local government Board) devrait avoir les maladies mentales sous sa surveillance. Les rapports officiels sur la folie devraient à leur tour élargir leur cadre et considérer les relations de la folie avec la communauté; un livre bleu devrait être publié, les méthodes psychiatriques devraient être employées dans l'inspection des écoles. Les fonctionnaires de l'hygiène auraient à s'occuper des dégénérés; ils décideraient du mode d'éducation des prédisposés et pourchasseraient la mélancolie comme la variole. On pourrait ainsi diminuer les mariages dangereux.

Dans la discussion qui suivit, le Dr *Hurd* estime qu'il est plus aisé de voir les difficultés, que de suggérer les remèdes. Quant aux mariages, il pense que l'avis des médecins ne sera aucunement considéré.

Pour le Dr *Urquhart*, l'idée lancée par le Dr Clouston pourra réussir un jour, mais en attendant, chacun doit faire l'éducation publique dans son propre milieu.

Le Dr *Mercier* voit dans les maladies mentales un cas bien différent des maladies contagieuses; le mode de propagation n'est pas le même. Il ne saisit pas le rôle que l'on voudrait donner au fonctionnaire de l'hygiène, mais en revanche il pense qu'il y a un grand progrès à réclamer par la coordination des efforts faits en faveur des personnes malades cérébralement. Il y a trop d'administrations qui s'ignorent, workhouse, prison, asile, retraite de buveurs; de l'une à l'autre pourtant passent les mêmes individus; on a besoin d'un organisme central. Il est donc tout à fait d'accord sur ce point avec le Dr Clouston, de l'avis duquel il diffère pourtant complètement pour la surveillance des mariages. Si l'on en arrivait là, le taux des mariages diminuerait considérablement et les naissances ne seraient plus que celles de gens uniformément médiocres, les brillants génies étant supprimés.

Le Dr *Carswell* trouve que les propositions du Dr Clouston suggèrent plus qu'elles ne précisent. Pour lui, les hygiénistes

©BIUM

ont déjà fait beaucoup pour l'aliénation comme pour la phtisie en améliorant les conditions générales de la vie. Ce n'est donc pas à l'hygiéniste à suivre l'aliéniste, mais bien l'inverse.

Le Dr *Hayes Newington* s'inquiète de l'opinion publique quant à la dépense des nouveaux services; il pense qu'il faut agir surtout sur les causes physiques de la folie et appuie le désir du Dr Clouston de voir établie une meilleure inspection des écoles.

Le Dr *Conolly Norman* s'inquiète de ce que feraient des hygiénistes incompétents; il insiste sur l'établissement d'un organisme coordinateur, d'un ministère de la Santé publique dont une division s'occuperait de la santé mentale. Quant à la généalogie des futurs époux, pourquoi l'établir? Tout homme, même ceux des futures commissions, a des aliénés dans sa famille, pour peu qu'il ait une famille.

Le Dr *Drapes* voudrait voir mieux instruire les étudiants des questions mentales et prendre un soin éclairé, non seulement de l'éducation des enfants débiles, mais de celle des enfants sains à qui l'on devrait enseigner l'hygiène.

Enfin, le Dr *Yellowlees*, insistant à son tour sur la coordination et la coopération des corps constitués médicaux et paramédicaux, fait voter une motion demandant la création d'un ministère de la santé publique avec un siège à la Chambre des Communes.

XVIII.—*Le traitement en sanatorium de la folie aiguë par le repos au lit en plein air*; par le Dr C. C. Easterbrook (numéro d'octobre). — A l'Asile du district de Ayr, tous les malades nouvellement admis sont systématiquement alités en plein air, ainsi que les malades en activité de maladie, même les plus dangereux. Ce système combine les avantages de l'alitement et du traitement par le grand air, et l'auteur expose comment son expérience l'a conduit du système de l'exercice au grand air, à l'alitement à l'intérieur, dont il fait un éloge motivé, puis à l'alitement au grand air. Dans ce système, les malades traités comme dans un hôpital, sont couchés pendant les heures de jour, sauf dans le cas d'un temps exceptionnellement mauvais, sous des vérandahs spécialement installées; on peut également les isoler les uns des autres. Sous l'influence de ce triple avantage, du repos, de l'aération et de l'isolement quand il est nécessaire, il se produit une amélioration très marquée; d'abord la tuberculose, si fréquente, en reçoit son habituel amendement. Puis, et surtout, il y a un apaisement

©BIUM

rapide des troubles mentaux et nerveux ; enfin, l'état physique se remonte promptement ; il n'y a ainsi, ni le retard pour le mieux mental qui se voit dans le traitement au grand air, n le retard pour le mieux physique que produit l'alitement à l'intérieur. Les chroniques agités eux-mêmes s'en trouvent très bien. La durée du traitement varie ; elle dépasse rarement un mois, et est donc beaucoup plus courte que l'alitement ordinaire. L'auteur estime que dans son traitement, l'effet du repos est supérieur à l'effet de l'aération.

XIX. — *Observations sur le traitement de la paralysie générale et du tabes dorsal par les vaccins et les antisérums* ; par W. Ford Robertson et Douglas Mac Rae (numéro d'octobre). — Comme suite à leurs travaux antérieurs sur ce sujet, les auteurs ont préparé avec leur *Bacillus paralyticans longus* et leur *Bacillus paralyticans brevis* un sérum antibactérien, semblable au produit préparé en 1902 par Wassermann avec le bacille de Klebs-Löffler. Une suspension d'un poids déterminé (10-30 milligrammes) de bacilles dans 2-5 centimètres cubes de solution saline stérilisée, est chauffée à 60 degrés centigrades pendant quinze minutes et injectée sous la peau. Les effets locaux furent variables, allant de la simple induration à l'érythème et à l'œdème. Les effets généraux immédiats furent des effets congestifs et une aggravation des symptômes moteurs et sensitifs. Des injections répétées produisirent une amélioration notable. Mais l'objectif des auteurs étant de préparer un antisérum spécifique, ils arrêtèrent bientôt leurs expériences, se contentant d'affirmer que la vaccination par ce procédé demande un bacille pris sur le malade même, y exerçant une action pathogénique, et des injections surveillées par l'examen opsonique des leucocytes.

Pour faire leur antisérum les auteurs inoculèrent à un mouton des cultures stérilisées et, au bout de deux mois, lorsque les réactions aux injections ne se produisirent plus et que l'index bactériologique intracorpusculaire se fut élevé, ils se servirent du sérum, administré par voie hypodermique, mais aussi dans quelques cas par les voies digestives. Les effets locaux furent légers, les effets généraux furent principalement l'assoupissement, la diaphorèse, des malaises, de la polyurie et l'exacerbation d'une leucorrhée chronique. Les troubles immédiats furent surtout congestifs avec une certaine confusion, des phénomènes moteurs et sensitifs. L'élévation de la température fut caractéristique, et en quelque sorte pathognomonique.

©BIUM

Les essais portèrent sur 36 cas, dont 2 de tabes; des résultats satisfaisants furent constatés dans un nombre important de cas. Un contrôle établi sur des malades atteints d'autres affections ou par l'emploi d'autres sérums vint à l'appui des observations positives.

XX. — *Le taux de coagulation du sang chez les épileptiques*; par John Turner (numéro d'octobre). — L'étude de neuf cas nouveaux d'épilepsie et de sept cas de contrôle chez des gens sains, a confirmé l'auteur dans ses précédentes conclusions, que chez les épileptiques il y a une tendance accentuée à la coagulation du sang, surtout dans les périodes d'accès. Le phénomène n'est pas le résultat des accès, mais bien leur cause. Cette tendance varie non seulement selon les moments, mais d'un point à l'autre du corps; néanmoins il est facile de constater une augmentation de la coagulabilité au moment des accès dans tout le système sanguin. Il en est de même pour le petit mal. La théorie de l'auteur harmonise la théorie thrombotique et la théorie toxique en attribuant de la coagulabilité à la présence d'une toxine. L'administration de bromure de potassium retarde la coagulation. Une pression sanguine basse la favorise; il y a cependant de nombreuses exceptions à cette règle.

La relation de cause à effet, qui existe entre la coagulation et les attaques, doit faire rechercher un remède qui ait un pouvoir retardant permanent, sans avoir les effets nocifs du bromure sur le système nerveux.

XXI. — *Les conséquences de la dégénérescence locale d'après une comparaison des statistiques vitales du peuple*; par C. E. Morrison. — Dans le comté de Hereford, pays rural type, la population, comme dans les milieux agricoles de l'Angleterre, décroît et cependant le nombre des aliénés augmente. Parmi les faces nombreuses de ce problème, quelques-unes tiennent aux changements sociaux survenus depuis que le centre de la vie du pays n'est plus aux champs mais à la ville, et les statistiques vitales, qui montrent le degré de santé physique et mentale du peuple, servent à l'éclairer. Le Herefordshire est un pays naturellement riche, quoique le paupérisme agricole y sévisse. La longévité y est proverbiale. La population a crû jusqu'en 1871 et décrû depuis lors. Mais ce qui importe c'est que la comparaison des naissances et des décès montre une émigration considérable, enlevant au pays les éléments les plus valides, les mieux organisés, les plus cérébralement sains. Seuls

©BIUM

les moins capables demeurent au pays. Les mariages, fait unique, ne décroissent pas, les gens ayant moins d'exigences qu'ailleurs pour leurs commodités, et ayant moins le souci des responsabilités que crée une famille. Néanmoins la fertilité (quant aux naissances légitimes) est très inférieure à la moyenne des districts ruraux. La mortalité infantile diminue continuellement. D'autre part, le nombre des aliénés admis dans les asiles subit un accroissement considérable par rapport au reste du pays; les maladies par insuffisance thyroïdienne sont aussi en augmentation marquée. Cette augmentation de troubles mentaux porte surtout sur les débiles mentaux congénitaux, ce qui en est une explication suffisante en montrant qu'elle est due aux causes qui ont modifié la population du comté; le remède sera dans la protection de l'agriculture.

VICTOR PARANT fils.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn (Contribution à l'étude de la folie quérulante) ; par le Dr Max Löwy, de Marienbad. Broch. in-8°. Extrait du *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1910.

Dans une communication faite, le 10 juin 1908, à l'assemblée annuelle des psychiatres bavarois à Erlangen, G. Specht traitant de la paranoïa au point de vue clinique, en a distrait la folie quérulante, pour la faire rentrer dans le cadre de la folie maniaque-dépressive. Il en fait une manie quérulante, en se basant sur sa parenté avec les différents états décrits par Kraepelin et son école dans la folie maniaque-dépressive, et notamment avec l'hypomanie chronique et les états mixtes. Ces états mixtes, constitués par un mélange du fond maniaque et des transformations dépressives à caractère morose, méfiant, coléreux, créent, d'après Specht, un état d'hostilité, de suspicion, de chicane, à l'égard du monde extérieur, et les idées de persécution qui viennent s'y ajouter contribuent à donner à l'ensemble clinique le masque de la paranoïa.

Sans nier l'évidence de ces formes maniaques chez les chicaneurs, Max Löwy estime que la folie quérulante vraie a une autre origine. La conviction délirante d'avoir subi une injustice, un préjudice, aurait pour cause, d'après lui, d'abord un fait réel, préjudiciable ou inique, ou du moins jugé tel par le malade ; ensuite, un tempérament névropathique (souvent hystérique). L'évolution du délire serait favorisée par la grande tendance des névropathes à voir partout des rapports de cause à effet (court circuit des associations), par leur grande affectivité, avec disposition aux émotions fortes et prolongées, avec rumination des faits qui les ont provoquées ; en un mot, par leur constitution affective, qui explique la ténacité extrême qu'ils apportent dans leurs revendications.

En présence d'un fait qui a provoqué une émotion violente

©BIUM

et créé un conflit qui, pour des raisons quelconques, ne paraît pas susceptible d'une solution satisfaisante qui constituerait la décharge salutaire, le névropathe s'empare de ce fait, de ce conflit, et en fait le centre d'orientation de ses pensées, de ses sentiments, de ses actes; et, rapportant tout à ce point central, avec sa façon égocentrique d'interpréter, il arrive forcément à des idées de préjudice, de persécution. Löwy cite plusieurs cas à l'appui de cette thèse. Le premier est celui d'un fonctionnaire, plusieurs fois déplacé après avoir dénoncé à ses chefs des malversations graves qu'il croyait avoir découvertes. Bientôt, il attribua ses disgrâces au désir qu'on avait d'étouffer l'affaire, et tua celui de ses supérieurs qu'il en rendait spécialement responsable. Observé longtemps, il n'a jamais présenté aucun symptôme permettant de le classer dans la folie maniaque-dépressive. La même remarque s'applique, d'après l'auteur, aux deux autres cas visant un artiste qui, après avoir été rétrogradé du rang de premier à celui de second violon, combina autour de ce fait un délire quérulant systématisé, et enfin un cultivateur qui, à la suite d'une discussion violente, fit un état crépusculaire hystérique à la suite duquel s'installa également un délire systématisé de préjudice. Ce sont là des cas qui n'ont rien de commun avec la folie maniaque dépressive et que l'auteur fait rentrer dans le domaine des « idées prédominantes », de Wernicke, et qui correspondent à « l'autopsychose circonscrite » de cet auteur.

Löwy est d'accord avec Heilbronner pour mettre sur le compte des névroses ces délires quérulants vrais, qu'il ne faut pas confondre avec l'attitude quérulante symptomatique qui, ainsi que le fait remarquer Bleuler (affectivité, suggestibilité, paranoïa. Halle, 1906), s'observe dans différentes affections mentales (démence précoce, paranoïa, hypomanie, période prodromique de la paralysie générale), et se rencontre même chez des personnes qui ne sauraient être considérées comme atteintes d'aliénation mentale.

Il faut ranger dans la folie quérulante vraie (autopsychose de Wernicke) quantité de névroses traumatiques avec idées de préjudice et interprétations dans le sens de la préoccupation dominante; névroses désignées récemment sous le nom de *Rentenkysterie*, hystérie de la rente. Dans le *Neurologisches Centralblatt*, novembre 1909, Mendel a décrit cette folie quérulante et la *neurasthenia querulatoria* des victimes d'accidents du travail, qu'il considère comme victimes de la loi sur les acci-

©BIUM

dents plutôt que des accidents mêmes ; car ils sont atteints de la « névrose de lutte pour la rente ».

On observe néanmoins, en dehors de tout symptôme de manie dépressive, en dehors de toute émotion ou conflit initial, des pseudo-quérulants (Kraepelin). Ce sont des caractères égoïstes, méfiants, auxquels tout succès des autres apparaît comme produit à leur détriment, qui imputent aux autres ou au moins aux événements leurs propres déboires. Leurs idées de préjudice sont plus changeantes, moins systématisées, dépourvues de noyau central. Entre ces formes et le délire quérulant vrai, il y a des formes de transition dans lesquelles se fait une certaine systématisation autour d'idées délirantes plus fixes ; mais l'émotion primaire, le conflit qui sert de pivot, font défaut ; il n'y a, à la base des manifestations, que les vices de caractère, la tendance à prendre prétexte de tout pour échafauder une affaire.

En résumé, Löwy conclut : 1° Il est des quérulants qui n'ont rien à voir avec la folie maniaque-dépressive, ni avec les cyclothymies, qui ne sont pas des quérulants maniaques dans le sens de Specht ; 2° les cas de folie quérulante (avec idée de droit lésé et idées de préjudice systématisées), comme ceux cités plus haut, constituent une sous-variété des « idées prédominantes » de Wernicke, et correspondent à son « auto-psychose circonscrite ». L'émotion placée au début du délire est primaire, et appartient à la vie psychique saine et non à un état déjà délirant ; 3° ce délire quérulant relève des névroses et appartient aux affections psychologiques et psychogènes, par son caractère constitutionnel affectif, par son origine basée sur un conflit non solutionné avec émotion de dépit sans cesse ruminée, par certaines particularités de caractère neuropsychopathique qui fait que les malades prêtent à l'entourage leurs propres préoccupations comme mobiles de leurs actes (exoprojection généralisante), ou considèrent cet entourage comme responsable de ce qui leur arrive (exoprojection intuitive). Ces formes peuvent aussi se produire dans l'état crépusculaire de l'hystérie ; 4° il y a entre les quérulants vrais et les pseudo-quérulants des formes intermédiaires ; 5° dans ces formes, le facteur psychogène (conflit non solutionné) et le facteur psychopathique (caractère, constitution affective) prennent une importance variable, l'un d'eux augmentant à mesure que l'autre diminue, de telle sorte qu'on peut voir, chez certains pseudo-quérulants, tout le rôle pathogénique incomber au caractère. Enfin, il paraît probable que, dans un pays rigoureusement administré, les quérulants

©BIUM

vrais, par sentiment du droit lésé, sont plus nombreux que dans un pays dont l'organisation est moins serrée.

Dr A. Adam.

La toxémie neurasthénique. Les neurasthénies sont des intoxications; par le Dr Maurice Page. Préface du Dr F. Helme. 1 vol. in-18. Paris, Vigot, 1910.

Voici sur la neurasthénie, sur l'éternelle neurasthénie, un bon petit livre, nourri de faits et de documents précis, œuvre de clinicien et non de théoricien, dont j'ai fort goûté la saine logique et dont la facile et instructive lecture se recommande tout particulièrement au praticien. La dépression nerveuse, la neurasthénie, est l'ensemble des symptômes morbides occasionnés par une accumulation défectueuse ou une mauvaise distribution de l'énergie vitale qui arrive aux centres nerveux de multiples sources, syndrome bien connu cliniquement depuis les travaux de Charcot et dont M. Page cherche aujourd'hui à élucider la pathogénie.

La neurasthénie n'est pas une entité morbide : c'est *une réunion d'états*, selon l'expression de Gilles de la Tourette, à stigmates déterminés (céphalée, adynamie, insomnie, troubles gastro-intestinaux, dépression mentale, changements de la pression artérielle, exagération des réflexes, inversion de la température), à l'aide desquels on la sépare de la cyclothymie, de la paranoïa et des folies raisonnantes, des états obsédants relevant d'un déséquilibre constitutionnel ou d'une psychose maniaque-dépressive plus ou moins larvée, de la dépression mélancolique, des asthénies symptomatiques d'une tumeur cérébrale ou d'une paralysie générale (et de l'asthénie prodromique de la démence précoce, ajouterons-nous), du vertige de Menière, des troubles pithiatiques de l'hystérie, etc. Quant à la psychasthénie, c'est une neurasthénie à forme plus particulièrement psychique.

L'étude minutieuse de 200 neurasthéniques de toute catégorie, l'analyse de leur sang, de leurs urines, de leur chimisme stomacal et intestinal, conduit M. Page à cette conclusion que tous, vrais ou faux neurasthéniques, sont des intoxiqués. L'enquête étiologique, en effet, montre chez le neurasthénique l'existence antérieure d'une infection, fièvre typhoïde, grippe, tuberculose et syphilis en tête, ou d'une auto-intoxication, surtout d'origine gastro-intestinale, hépatique ou ovarienne.

©BIUM

L'analyse, d'autre part, des symptômes neurasthéniques, tant physiques que mentaux, témoigne qu'ils sont tous directement liés à une auto-intoxication. La neurasthénie constitutionnelle n'existe pas. — Il nous semble cependant que l'on pourrait conserver cette dénomination en l'appliquant aux sujets constitutionnellement auto-intoxiqués, aux victimes d'une insuffisance glandulaire congénitale avec évolution lente et torpide des troubles et neurasthénie chronique depuis l'enfance. Ces cas-là existent et doivent être opposés aux autres, acquis et plus volontiers curables ; ils sont généralement marqués par une prédominance des signes psychiques et rentrent ainsi dans le cadre de la psychasthénie.

Nous ferons, d'autre part, un reproche à M. Page, le seul véritable, d'ailleurs, que nous ait suggéré la lecture approfondie de son intéressant ouvrage. Il pense pouvoir nier de la façon la plus absolue le rôle, aussi bien prédisposant que déterminant, des causes morales. Or, la neurasthénie peut, à notre avis, sans cesser d'être un syndrome d'auto-intoxication, relever de causes morales. Les chagrins, les tourments moraux ont un retentissement indéniable sur l'économie entière ; l'action déprimante de certaines émotions pénibles est bien connue, ainsi que les troubles circulatoires et sécrétoires auxquels elles peuvent donner lieu. M. Page reconnaît que la fatigue et le surmenage sont des causes d'auto-intoxication ; les chagrins prolongés, les remords amers, les déceptions cruelles, les soucis inquiétants sont eux-mêmes cause de fatigue morale et de surmenage mental en imposant à l'esprit, sans trêve ni repos, des pensées douloureusement obsédantes.

L'état neurasthénique traduit donc une intoxication lente du système nerveux, dont la cause première réside fréquemment dans une insuffisance glandulaire (le sabotage d'un grand viscère pour employer l'expression humoristique du distingué préfacier), à laquelle n'ont pu résister les cellules cérébrales malgré leur antitoxine spécifique. Son traitement rationnel doit consister en une cure de désintoxication en même temps, si le diagnostic pathogénique exact a pu être fait, qu'en une thérapeutique spécialement dirigée contre la cause même de l'intoxication et dont l'opothérapie glandulaire est souvent la meilleure formule.

ROGER DUPOUY.

©BIUM

Report from Pathological Department central Indiana Hospital for Insane 1903-1906 (Rapport sur le service médical à l'hôpital central pour aliénés de l'Indiana, à Indianapolis, 1903-1906). 1 vol. in-8° de 392 pages, Indianapolis, 1908.

Ce long rapport qui se présente sous forme d'un fort volume relié de 400 pages est comme le résumé d'ensemble des travaux scientifiques accomplis à l'hôpital central d'Indiana pour aliénés. Il donne une physionomie très intéressante et nouvelle de la vie médicale et scientifique de cet établissement important.

Organisation et marche régulière d'un laboratoire pour recherches et investigations cliniques, réunions fréquentes du corps des médecins pour discussion des cas cliniques, enseignement offert aux médecins et étudiants, tenue rigoureuse et complète des observations médicales, résument le régime scientifique en vigueur dans cet asile, à Indianapolis. Peu d'asiles, croyons-nous, possèdent une organisation médicale semblable et sont appelés à donner des résultats scientifiques pareils. Six médecins et deux chefs de laboratoire assurent le service médical de l'asile dont nous ignorons toutefois la population.

Il sera intéressant pour le lecteur de connaître les appels qu'adresse aux pouvoirs publics le Directeur, M. George F. Edenharter. Ils résument, d'ailleurs, la plupart des desiderata des médecins d'asiles de France et l'on y reconnaîtra partie des vœux exprimés dans nos revues psychiatriques par maints de nos confrères.

Le rapport insiste à ce point sur l'utilité d'un laboratoire pour recherches scientifiques annexé aux asiles qu'il déclare qu'il faudrait commencer par le construire avant de s'occuper des bâtiments de l'Administration, des cuisines et avant de recevoir des malades. Malheureusement les législations, ajoute-t-il, pensent que ces aménagements ne profitent qu'à ceux qui en font la demande, c'est-à-dire aux médecins ; et cependant ce n'est qu'avec une telle organisation que les hôpitaux destinés au soulagement des malheureux malades seront dignes de ce nom. Cette organisation doit être la pierre angulaire d'un hôpital et l'Administration y gagnerait par les soins et les guérisons des malades ; de plus, tout asile deviendrait un centre d'enseignement et d'éducation médicale pour les médecins et les étudiants.

Une pensée médicale a présidé à la marche de l'asile et

©BIUM

2 chefs de laboratoire ont fourni de façon régulière et parallèle leurs ressources aux médecins qui leur donnaient toutes les notions cliniques requises.

Des cours ont été organisés sur l'anatomie clinique et sur l'anatomie du système nerveux et sur la psychiatrie de septembre à mars. Car il est du rôle de l'hôpital d'instruire, d'enseigner, et à leur tour, les médecins instruisent le peuple sur les lois générales de l'hygiène et de la santé. A l'importance de la connaissance de l'aliénation mentale et de la neuropathologie correspondrait la création de sections pour aliénés délirants dans les hôpitaux, et tout ce système porterait à l'internement précoce, ce qui équivaut à l'augmentation du nombre des guérisons.

Le rapport fournit ensuite un type très complet des feuilles d'observations cliniques, de laboratoire (analyse du sang, urine, crachats, etc.), d'autopsie.

Journellement le Laboratoire a fourni ses ressources : 147 autopsies ont été faites avec examens histologiques, 89 pièces ont été retenues pour le musée, 10 communications écrites ont été présentées à des Sociétés médicales, 354 réunions des médecins pour discussion des cas ont eu lieu, 126 leçons ont été faites. Ce tableau pour la période triennale de 1903 à 1906 montre la vie scientifique vraiment active de l'asile.

Suit l'observation de 214 résultats d'autopsies et examens microscopiques, de 337 cas présentés à la réunion scientifique des médecins de l'hôpital (en tout 290 pages grand format). Sur un total de 337 cas, nous relevons 16 cas de démence précoce (hébéphrénie), 2 cas de démence précoce avec catatonie, 16 cas de démence précoce paranoïde, 34 cas de paralysie générale. Ces cas résumés et énumérés sans ordre apparent gagneraient à être groupés et il y aurait avantage à ce que des réflexions générales ou des conclusions soient tirées de l'ensemble de ces documents scientifiques sérieux.

Plus importantes sont 8 communications écrites, présentées à la Société médicale du Comité Marion; elles constituent comme des revues générales à propos de cas cliniques (méningite cérébro-spinale d'origine pneumococcique, pancréatite, hémorragie aiguë, rupture de l'aorte; une série de tumeurs du cerveau a inspiré à l'auteur, Charles F. Neu, une analyse détaillée des symptômes et de leur signification dans l'appréciation du siège et de la nature de la tumeur).

©BIUM

Une telle organisation a offert, dit le rapport, des avantages nombreux auxquels nous souscrivons : stimulation professionnelle, incitation à un examen plus détaillé et systématique du malade en raison des ressources à utiliser, émulation, instruction des médecins de la région, d'où bénéfice direct pour les habitants et économie pour les finances publiques en évitant des internements ou des séjours plus prolongés dans les asiles et hôpitaux, instruction psychiatrique des étudiants, création de relations entre les membres du corps médical et l'hôpital, création d'un musée pathologique, importance prise par l'hôpital auprès du public, connaissance de ses besoins, connaissance des principes qui peuvent enrayer l'augmentation des cas d'aliénation.

Un tel asile si abondamment pourvu de salles de laboratoire, si moderne sous ce côté, laisse cependant à désirer, à notre avis, quant au plan général des constructions. Celles-ci forment en effet un bloc de pavillons contigus et forment un cercle d'où rayonnent à l'intérieur d'autres pavillons et couloirs. L'achèvement de l'édifice remonte à 1896 seulement et cependant le plan adopté rappelle trop celui de nos asiles anciens. Malgré que les laboratoires et salles médicales soient très indépendantes, on peut regretter que l'Etablissement ne soit pas formé de pavillons distincts et suffisamment espacés.

EDMOND CORNU.

Forty-ninth Annual Report of the Médical superintendent of the Matteawan State hospital for the year ending September 30, 1908. (Quarante-neuvième rapport annuel du médecin en chef de l'hôpital d'État Matteawan pour l'année finissant le 30 septembre 1908.) Broch., in-8° de 58 pages. New-York, s. d.

Cet hôpital, ouvert il y a juste cinquante ans dans l'Etat de New-York, est un établissement pour les détenus aliénés ; au 1er octobre 1907, il comptait 696 malades dont 586 hommes, soit les 6/7 environ. La population de l'asile augmente chaque année et des agrandissements sont à prévoir, surtout si, comme l'indique le rapport, on finit par soumettre les condamnés à un examen médical. A côté des détenus aliénés et des aliénés criminels qui forment deux groupes bien distincts il y a lieu de placer encore ces condamnés dont l'existence se partage

©BIUM

entre la vie errante du vagabond et le séjour dans les prisons et les pénitenciers. Il y aurait lieu de créer pour ces catégories des établissements spéciaux.

Le corps médical comprend 1 médecin en chef et 4 médecins adjoints.

96 malades ont été admis dans l'année, dont 24 pour folie alcoolique, 16 pour imbécillité et idiotie, 5 pour démence sénile; les 58 sorties se répartissent ainsi : 20 guérisons, 15 améliorations, 5 états stationnaires, 18 décès. Le nombre de guérisons est de 2,51 p. 100 par rapport à la population totale et de 20,83 par rapport aux admissions. Parmi les condamnés guéris, 9 ont été remis à la justice, 4 ont réintégré la prison pour y achever leur condamnation, 7 ont été mis en liberté complète, le temps de leur pénalité étant expiré. Parmi les décès, 5 sont dus à la tuberculose pulmonaire, soit 27 p. 100.

Les cas d'habeas corpus ont été plus nombreux que d'ordinaire (43 cas) et tous l'ont été en vertu d'un mandat; de ce nombre, 27 avaient commis des crimes contre les personnes et 16 contre la propriété d'autrui. M. Robert B. Lamb est d'avis qu'un remaniement de la procédure de l'habeas corpus s'impose. Il conviendrait que les aliénés accusés de crimes contre les personnes soient examinés par un tribunal ayant fait déterminer leur responsabilité par une commission médicale.

La dépense d'entretien des malades revient par tête à 959 francs; le rapport mentionne une économie légère sur l'année précédente, économie forcée, réalisée aux dépens du confort, de la vêture, de l'entretien du matériel, etc., explique courageusement le médecin-chef. Il demande l'élévation des crédits, lesquels devraient être en rapport avec l'augmentation numérique des malades et avec les variations de prix des denrées.

La crise industrielle américaine a permis un recrutement très facile d'infirmiers et un choix plus sévère a pu être fait, en même temps que la discipline a pu être relevée; mais la prospérité générale renaissant, il est à craindre que ce recrutement ne redevienne moins facile. Pour y parer et retenir les employés, il y aurait lieu d'établir une élévation progressive des salaires.

EDMOND CORNU.

©BIUM

Anuario científico é industrial (Annuaire scientifique et industriel) ; par Victor Delfino. Année 1909, 1 vol. in-8° de 1.192 p., avec fig., Barcelona, F. Granada y C^ie^, 1910.

Ces quelques lignes de la préface du livre en indiquent bien la portée : « Il y a deux catégories bien séparées de labeur scientifique... La première, fondamentale, consiste à faire la science ; la seconde, à la faire connaître. Si la première est nécessaire, la seconde est indispensable... » Ce compendium de vulgarisation, qui compte 1.192 pages d'impression en petit texte, embrasse, dans des articles très documentés et très complets malgré leur condensation, une part importante de la production scientifique la plus récente dans les diverses branches de la science : astronomie, météorologie et physique terrestre, physique, chimie, histoire naturelle, médecine, physiologie et hygiène, arts industriels, géographie et géodésie, et même agriculture. Si la psychiatrie n'occupe, malheureusement, qu'une place extrêmement restreinte dans la partie médicale de l'ouvrage, le système nerveux y est du moins représenté par des articles importants qui sont de bonnes mises au point : La doctrine des neurones, théorie et faits ; Morphologie de la cellule nerveuse ; Nouvelle théorie du cerveau ; Nouvelles théories du sommeil ; Le cerveau humain et son aspect extérieur ; L'anesthésie intra-rachidienne ; Sur la curabilité des kystes hydatiques du cerveau ; L'énurèse nocturne. Notons encore un résumé de la question de : L'alcoolisme dans la République Argentine ; une étude de psychologie sur : Le sens des obstacles chez les aveugles ; deux notes : Fondation de l'Institut de criminologie en République Argentine, et Conclusions d'une étude sur la criminologie des homicides en Espagne. Cette publication, qui révèle l'érudition scientifique de son auteur, et qui lui a certainement demandé beaucoup d'efforts, mérite d'être continuée dans l'avenir, parce qu'elle a, sur la plupart des comptes rendus analytiques, l'avantage de fournir une documentation précieuse au travailleur pressé, tout en lui indiquant l'état actuel des connaissances sur les questions traitées. Une bonne table, très claire, permet de retrouver facilement et très vite le renseignement cherché.

L. Arsimoles.

©BIUM

Le ossidasi urinarie nella demenza paralitica (Les oxydases urinaires dans la démence paralytique); par le Dr P. de Angelis. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della casa di Salute Fleurent*, 1909.

On sait que les altérations du métabolisme organique diminuent la résistance de la structure histochimique des éléments nerveux et rendent moins actif le pouvoir phagocytique vis-à-vis des toxiques qui pénètrent dans le torrent sanguin. Or, parmi les émonctoires, la glande hépatique est l'un des plus importants. Déjà l'auteur, en 1904, s'était occupé de l'insuffisance hépatique au cours de la paralysie générale, et les nombreux travaux publiés jusqu'à ce jour ont montré que des rapports évidents existent entre les intoxications d'origine hépatique et les psychopathies. D'autre part, quoique l'étude des enzymes ne soit passée que depuis peu du domaine purement chimique et physiologique dans le domaine clinique, des résultats importants n'en ont pas moins été obtenus. C'est le motif qui a conduit l'auteur à s'occuper des oxydases urinaires au cours de la démence paralytique; ses recherches ont porté sur vingt-six cas, et elles ont montré que l'épreuve des oxydases urinaires donne des résultats plus ou moins nets, suivant le degré de la maladie. La réaction est d'autant moins perceptible que la maladie est plus éloignée de son début, et cette réaction ne se produit plus lorsque la cellule hépatique a perdu ses enzymes oxydantes. Ce ne sont là d'ailleurs que des premières recherches, que l'auteur se propose de compléter ultérieurement.

LUCIEN LAGRIFFE.

Sulla cura dello stato di male epilettico col bromuro di potassio per via ipodermica (Sur le traitement de l'état de mal épileptique par le bromure de potassium administré par voie hypodermique); par le Dr Ugo Viviani. Broch. in-8°. Extrait de *Il Cesalpino*, juin 1909.

Le traitement spécial de l'état de mal épileptique se résume en un petit nombre d'indications qui, dans presque tous les cas, correspondent assez bien au but que l'on se propose. Cependant la lecture des traités et des journaux montre que les opinions les plus divergentes ont été émises au sujet de ce chapitre de la thérapeutique et que le médicament prôné par les uns est

©BIUM

considéré par d'autres comme inefficace ou même comme nuisible.

Mais, somme toute, le bromure de potassium constitue encore le médicament de choix dans le traitement de toutes les manifestations épileptiques. A l'asile d'Arezzo, où l'on administre ordinairement et au cours de l'état de mal le bromure de potassium associé au chloral et à l'ergotine, par voie rectale, l'auteur a remarqué que les effets de cette médication étaient de beaucoup meilleurs lorsqu'elle était associée aux émissions sanguines; et comme les effets de la bromuration par voie rectale sont ordinairement très lents, il considère qu'il y a tout avantage à remplacer l'entéroclyse par l'hypodermoclyse.

Le traitement de l'épilepsie au bromure par voie hypodermique est chose déjà ancienne; il avait amené, il y a quelques années, le Dr Frigerio à faire usage d'un sérum bromuré qui lui donna de bons résultats; mais il s'agissait là d'un sérum naturel fourni par des chèvres bromurées.

L'auteur s'est servi dans ses recherches d'un sérum artificiel analogue à celui de Rebizzi. Sept cas observés lui permettent de conclure que l'administration du bromure par voie hypodermique ne peut répondre à toutes les indications; il pense qu'il ne faut recourir à elle que lorsqu'il n'est pas possible d'employer la saignée suivie d'hypodermoclyse ou lorsque cette dernière méthode ne donne pas de résultats. Il estime que pour obtenir des résultats satisfaisants, il faut injecter, en une ou plusieurs fois, 2 grammes de bromure; il conserve, quoi qu'il en soit, une grande confiance dans ce traitement, et le préférera d'ailleurs toujours à celui qui consiste à administrer le bromure par voie rectale.

LUCIEN LAGRIFFE.

Contribution à l'étude des troubles mentaux dans les chorées aiguës, par le Dr Ménereul. *Thèse de Toulouse*, 1909, 83 pages.

On admet le plus généralement aujourd'hui que les deux facteurs principaux des chorées sont la prédisposition nerveuse et l'infection. Cette théorie pathogénique, plus simple que toutes celles qui furent proposées autrefois, permet aux chorées de rentrer dans le cadre des *myopsychies* du professeur Joffroy; elle laisse en même temps entrevoir que les troubles mentaux,

©BIUM

chez les choréiques, sont dus, les uns à la dégénérescence, les autres à l'infection, suivant la prédominance de l'un ou l'autre de ces facteurs.

M. Ménereul montre que l'instabilité mentale et les troubles de l'affectivité ressortissent à la dégénérescence et qu'au contraire c'est à l'infection que sont dues la confusion mentale hallucinatoire avec ou sans stupeur et les hallucinations. Quant à la folie choréique, elle n'existe pas à titre d'entité morbide.

LUCIEN LAGRIFFE.

La sensibilita oculare negli alcoolisti (La sensibilité oculaire chez les alcooliques); par le Dr P. de Angelis. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della casa di Salute Fleurent*, 1909.

D'après Obrastsoff, on rencontrerait chez les alcooliques une anesthésie limitée à la moitié temporale de la conjonctive oculaire. L'auteur a entrepris de rechercher la valeur de ce signe.

L'examen de vingt-trois alcooliques à toutes les phases de l'intoxication, jusques et y compris la confusion mentale la plus marquée et la plus voisine de la démence, a montré au Dr de Angelis que le signe d'Obrastsoff manquait constamment. Ce signe ne peut donc pas être ajouté à la symptomatologie de l'alcoolisme aigu ou chronique; Schmiergeld et Guichard viennent de formuler les mêmes conclusions.

LUCIEN LAGRIFFE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Proceedings of the American medico-psychological Association at the sixty-fourth annual meeting held in Cincinnati, Ohio, may 12-15, 1908. 1 vol. in-8° de 499 pages cartonné à l'anglaise. Baltimore, 1908.

Metteawan state hospital. Fiftieth annual report of the medical superintendent, for the year ending september 30, 1909, 60 pages in-8°. New-York, 1909.

GÉRAUD-BONNET. Précis d'auto-suggestion volontaire. Education pratique de la volonté. Maîtrise de soi-même. Influence sur autrui. 1 vol. in-18 de 300 pages. Paris, J. Rousset, 1910.

A. BUTTNER. Zweierlei Denken. Ein Beitrag zur Physiologie des Denkens. 92 pages in-12, cartonné. Leipzig, Johann Ambriosus Barth, 1910.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 25 avril 1910.

Présidence de M. RITTI.

L'assemblée générale s'est tenue à 3 heures, rue de Seine, n° 12.

Se sont fait excuser : MM. Aubry, Bussard, Cullerre, Gilson, Pâris, Maupaté, Védie.

M. Lallemant fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, et déclare qu'il les a examinés et reconnus exacts. L'assemblée, adoptant les conclusions de ce rapport, approuve les comptes pour l'année 1909 et vote des remerciements au trésorier.

M. le président donne la parole à M. René Semelaigne pour la lecture du rapport annuel :

Messieurs, avant de vous présenter le quarante-quatrième rapport annuel, je tiens, suivant l'usage, à rappeler les noms des bienfaiteurs de notre Association : Casimir Pinel, Brierre de Boismont, Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, Armand Semelaigne, Bouchereau, Henri Dagonet, Christian. Il m'est d'autant plus doux d'évoquer ce souvenir que, parmi ces disparus, figurent deux noms qui me sont chers. En effet, mon aïeul maternel fut notre premier donateur, et mon père est resté, pendant près de trente-trois ans, membre du Conseil de l'Œuvre.

Depuis notre dernière assemblée générale, nous avons perdu deux des nôtres, enlevés à peu de jours d'intervalle, un membre fondateur et un sociétaire, Brissaud et Cotard.

Edouard Brissaud, décédé le 19 décembre, n'avait que cinquante-sept ans. Je juge inutile d'insister sur sa brillante carrière. Interne des hôpitaux en 1875, chef de clinique en 1880, médecin des hôpitaux en 1884, agrégé en 1886, il fut appelé à la chaire d'histoire de la médecine, qu'il échangea bientôt

©BIUM

après pour celle de pathologie interne. C'est lui qui proposa et obtint, en 1893, que le Congrès annuel de médecine mentale prit désormais le nom de Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Il fut appelé à en présider la réunion à Pau, en 1904. Brissaud ne connut jamais ni la morgue ni la pose, et n'a laissé que des amis. C'était une nature d'élite, une belle intelligence et un grand cœur.

Lucien-Henri-Frédéric Cotard était fils de l'ancien président de la Société médico-psychologique, du collaborateur de Falret à la maison de santé de Vanves. Comme son père, il fut interne des hôpitaux ; comme lui, il se préparait à suivre la carrière des maladies mentales. Mais il n'eut pas le temps de donner sa mesure. Admis, en 1909, au concours de l'adjuvat, et nommé médecin-adjoint à l'asile de Dijon, il mourut subitement le 6 janvier dernier.

L'an passé, à pareille époque, notre Association comprenait :

Membres à vie	2
Membres fondateurs	39
Membres sociétaires	130
Total	189

Elle compte aujourd'hui :

Membres à vie	2
Membres fondateurs	41
Membres sociétaires	153
Total	196

Deux membres sociétaires, MM. Charon et Legras, sont passés membres fondateurs. Les membres nouveaux sont, comme fondateur, M. Babinski ; comme sociétaires : MM. Ameline, Barbé, Briche, Buvat, Calmettes, Camus, Chèze, Cossa, Courbon, Deny, Dodéro, Pierre Kahn, Lagriffe, Latapie, Mézie, Perrens, Vieux-Pernon.

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

Aix (Bouches-du-Rhône)	50 fr.
Alençon (Orne)	50
Auch (Gers)	100
Auxerre (Yonne)	100
Bailleul (Nord)	100
Bassens (Savoie)	100
Blois (Loir-et-Cher)	100
Bonneval (Eure-et-Loir)	50

©BIUM

Bordeaux (Gironde)	100
Bron (Rhône)	100
Châlons (Marne)	100
Clermont (Oise)	100
Dijon (Côte-d'Or)	100
Dôle (Jura)	100
Dury-lès-Amiens (Somme)	100
Evreux (Eure)	100
La Roche-Gandon (Mayenne)	100
Lesvellec (Morbihan)	100
Maréville (Meurthe-et-Moselle)	100
Marseille (Bouches-du-Rhône)	50
Pau (Basses-Pyrénées)	100
Prémontré (Aisne)	100
Quatre-Mares (Seine-Inférieure)	100
Quimper (Finistère)	100
Rennes (Ille-et-Vilaine)	100
Saint-Alban (Lozère)	25
Saint-Dizier (Haute-Marne)	100
Saint-Lizier (Ariège)	50
Saint-Robert (Isère)	100
Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100
Sainte-Catherine (Allier)	25
Toulouse (Haute-Garonne)	100

Vous savez que M. Giraud, ayant dû donner sa démission pour raison de santé pendant le cours de l'année 1909, a été remplacé par M. Dupain. Nous avons donc, pour cette année, les comptes de deux trésoriers. M. Lallemant vient de vous exposer les résultats de cette double gestion. Je me borne donc à vous donner le bilan de notre Association.

Les recettes de l'année 1909 comprennent :

Le solde créditeur au compte courant du Crédit foncier au 31 décembre 1908	Fr.	5.478 38
Les deniers dans la caisse du trésorier au 31 décembre 1908		0 02
Les cotisations recueillies		2.585 50
La subvention ministérielle		1.200 »
Les souscriptions d'asiles		3.050 »
Les intérêts des valeurs en portefeuille		5.616 82
Les intérêts des fonds en compte courant au Crédit foncier		23 87
Total des recettes		17.954 59

©BIUM

Les dépenses comprennent :

Les secours distribués	8.710 50
Les frais d'administration	169 55
Les frais de garde et de commission au Crédit foncier	18 50
Total des dépenses	8.898 55

En résumé :

Recettes	17.954 59
Dépenses	8.898 55
Excédent des recettes sur les dépenses	9.056 04

constituant l'actif de la Société au 31 décembre 1909.

Cet actif est représenté :

1° Par un solde créditeur en compte courant du Crédit foncier de	8.900 57
2° Par le solde en deniers existant dans la caisse du trésorier, soit	155 47
Total égal	9.056 04
Il restait donc disponible au 31 décembre 1909 une somme de	9.056 04

Les sommes distribuées jusqu'à la fin de l'exercice 1909 s'élèvent à 299.429 fr. 50.

Le capital, placé conformément aux statuts et augmenté de dons et legs, se décompose ainsi :

3.881 francs de rente 3 p. 100.
42 obligations du Chemin de fer du Midi.
12 obligations du Chemin de fer Est-Algérien.
16 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. anciennes.
20 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. fusion ancienne.
30 obligations 3 p. 100 P.-L.-M. fusion nouvelle.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1910 sont les suivantes :

En recettes :

Solde au 31 décembre 1909	9.056 04
Cotisations	2 500 »
Souscriptions d'asiles	3.000 »
Subvention ministérielle	1.200 »
Intérêts des valeurs en portefeuille	5.600 »
Intérêts des fonds en compte courant au Crédit foncier	20 »
Total des recettes	21.376 04

©BIUM

En dépenses :	
Secours à distribuer	9.000 »
Frais d'administration	200 »
Frais de garde et de commission au Crédit foncier	20 »
Total des dépenses	9.220 »
Balance :	
Recettes.	21.376 04
Dépenses	9.220 »
Excédent de recettes.	12.156 04

Par application de l'article 17 des statuts, il y a lieu d'effectuer le tiers des recettes prévues, soit 7.000 francs environ, à l'achat de valeurs de portefeuille.

Les disponibilités en caisse permettraient de faire face aux différents besoins de l'Association, notamment aux distributions de secours.

Le Conseil vous propose d'accorder le secours habituel de 200 francs à une veuve d'ancien interne à qui l'Association est venue en aide sur la demande de Baillarger et qu'elle continue à secourir.

Vous avez vu, Messieurs, l'état de nos finances qui devraient être encore plus prospères et nous permettre d'accorder de plus larges secours. Mais trop de médecins aliénistes restent en dehors de notre Association. Peut-être estiment-ils n'avoir jamais besoin d'être aidés. Pourtant nul ne sait ce que l'avenir lui réserve. D'ailleurs, l'intérêt personnel doit-il seul guider ceux qui se décident à faire partie d'une société mutuelle? Non, assurément. Et lorsque certains des nôtres ont, en disparaissant, laissé des familles sans ressources, leur prêter assistance ne saurait être considéré comme un acte méritoire, mais une stricte obligation. Malheureusement, si nos besoins sont grands, nos moyens sont minimes. C'est pourquoi je prie instamment nos collègues de faire une active propagande pour nous amener les indifférents et les indécis. Nous ne devons tous avoir qu'un seul but, le développement de notre Association, et pour réussir, il nous faut le nombre, et l'union.

M. le président met aux voix la proposition d'accorder le secours habituel de 200 francs à une veuve d'ancien interne. Cette proposition est adoptée.

Il est ensuite procédé au renouvellement des membres du Conseil, conformément à l'article 10 des statuts. Sont nommés : MM. Antheaume, Charon, Dupré, Lallemant et Vallon.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

©BIUM

MM. Arnaud, Dupain, Magnan, Rayneau, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1911.

MM. Cullerre, Giraud, Legras, R. Semelaigne et Vigouroux, dont les pouvoirs expireront en 1912.

MM. Antheaume, Charon, Dupré, Lallemant, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1913.

La séance est levée à 4 heures.

A la suite de l'assemblée générale, le Conseil se réunit, conformément à l'article 11 des statuts, pour désigner les membres du bureau. M. Ritti ayant maintenu sa décision de ne pas être candidat à la présidence, le Conseil lui exprime ses regrets, et nomme :

Président : M. CULLERRE.
Vice-président : M. RENÉ SEMELAIGNE.
Secrétaire : M. RAYNEAU.
Trésorier : M. DUPAIN.

LISTE DES MEMBRES

Membres à vie : 2.

M. Chaslin. M. Doutrebente.

Membres fondateurs : 41.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Dheur.	Meuriot.
Arnaud.	Duhamel.	Nolé.
Babinski.	Dupain.	Parant.
Ballet (G.).	Dupré.	Péon.
Biaute.	Faucher.	Pétrucci.
Boudrie.	Gallopain.	Pierret.
Briand.	Giraud.	Rayneau.
Brunet.	Girma.	Régis.
Charon.	Homery.	Ritti.
Chaussinand.	Lalanne (Y.).	Semelaigne (René).
Conso.	Lallemant.	Vallon.
Cortyl (Germain).	Legras.	Vigouroux.
Cullerre.	Mabille.	Voisin (Jules).
Dagonet (Jules).	Magnan.	

©BIUM

Membres sociétaires : 153.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloïse).	Courbon.	Levassort.
Ameline.	Croustel.	Levet.
Anglade.	Daday.	Lwoff.
Archambault (Paul)	Damay.	Maillard.
Arsimoles.	Danjean.	Mairet.
Aubry.	Delmas.	Malfilâtre.
Audy.	Deny.	Marchand.
Barbé.	Dericq.	Marie.
Baruk.	Deswarte.	Martinenq.
Bécue.	Devay.	Maupaté.
Bellat.	Dodero.	Meilhon.
Belletrud.	Dromard.	Mercier.
Benon.	Dubois.	Mézie
Bertoye.	Dubourdieu.	Mignot.
Bessière.	Dubuisson (M.).	Monestier.
Boissier.	Ducos.	Nageotte.
Boiteux.	Dumaz.	Nicoulau.
Bonnet.	Dupouy.	Nouët.
Boubila.	Fenayrou.	Olivier.
Bourdin.	Garnier (Samuel).	Ollivier.
Briche.	Gilson.	Pactet.
Broquère.	Gimbal.	Pain.
Brunet.	Giret.	Papillon.
Bussard.	Guiraud.	Paris.
Buvat.	Guyot (Aug.).	Pélissier.
Calmettes.	Halberstadt.	Perrens.
Camus (Paul).	Hamel.	Picard.
Capgras.	Hospital.	Pichenot.
Castin.	Hugonin.	Picqué.
Chardon.	Jacquin.	Pilleyre.
Charpentier (René).	Journiac.	Planat.
Charuel.	Juquelier.	Pochon.
Chaumier.	Kahn (Pierre).	Pottier.
Chevalier-Lavaure.	Lachaux.	Privat de Fortunié.
Chèze,	Lagriffe.	Raffegeau.
Chocreaux.	Lalanne (A.).	Ramadier.
Clérambault (de).	Larrivé.	Raviart.
Colin.	Latapie.	Riche (André).
Cocket.	Latreille.	Ricoux.
Cornu.	Legrain.	Rist.
Cossa.	Lépine (Jean).	Robert.
Coulonjou.	Leroy.	Rodiet.

MM.	MM.	MM.
Rogues de Fursac.	Slizewicz.	Trénel.
Roubinovitch.	Sollier.	Truelle.
Rougé (Calixte).	Taty.	Védie (Henri).
Rousset.	Terrade.	Vernet.
Santenoise.	Thibaud.	Viallon.
Séglas.	Thivet.	Viel.
Sérieux.	Tissot.	Vieux-Pernon.
Simon.	Toulouse.	Vignaud.
Sizaret.	Toy.	Vurpas.

©BIUM

VARIÉTÉS

Nominations et promotions.

Académie de médecine : M. le Dr E. Régis, professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, a été élu, dans la séance du 31 mars 1910, membre correspondant national.

— *Arrêtés d'avril* 1910 : M. le Dr Chèze, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie) ;

M. le Dr Courbon, médecin-adjoint de l'asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme) ; poste créé ;

MM. les Drs Danjean, médecin-adjoint de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône), et Dromard, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), sont promus à la 1re classe de leur grade (4.000 francs).

Nécrologie.

Dr Albert Giraud. — Notre excellent collègue, le Dr Giraud, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie qui l'avait frappé il y a un peu plus d'un an en pleine santé, presque au lendemain d'une de nos réunions de l'Association mutuelle des médecins aliénistes. Ses obsèques ont eu lieu le 25 mai à Rouen, au milieu d'une nombreuse assistance émue et sympathique.

Par un sentiment de cette modestie qui fut toujours la règle de sa vie si digne et si laborieuse, Giraud, avant de mourir, avait manifesté la volonté qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Le Dr Cerné, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rouen, qui était de longue date l'ami de Giraud et qui lui donna ses soins éclairés au cours de sa longue maladie, avait été seul autorisé à prononcer les suprêmes paroles d'adieu ; elles furent ce qu'elles devaient être pour la mémoire de cet homme de bien, simples et vraies, pleines de cœur et d'émotion.

©BIUM

Né à Châlons-sur-Marne en 1848, Albert Giraud était le fils d'un aliéniste de grande valeur. Elevé à pareille école, il ne pouvait que suivre l'exemple paternel; aussi, dès son entrée dans la carrière médicale, le voit-on s'orienter vers la médecine mentale.

Sa thèse inaugurale, soutenue en 1872 devant la Faculté de Paris, a pour sujet : « Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu »; Giraud défendait cette opinion qu'il n'y a pas de folie spéciale du rhumatisme, que la folie rhumatismale n'existe pas; cette opinion est encore celle de la très grande majorité des médecins aliénistes.

Nommé d'abord médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre, il n'occupa ce poste que peu de temps, pour venir en 1873 prendre les mêmes fonctions à Quatre-Mares. C'est là qu'il fut le collaborateur assidu et dévoué de ce maître éminent qu'était Foville; celui-ci conserva toujours pour son élève une particulière estime et une préférence marquée.

En 1878, il était nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux. Il quittait alors Rouen, emportant l'estime et la sympathie de ceux qu'il considérait désormais comme ses concitoyens, et tellement charmé de l'accueil qui lui avait été fait qu'il n'eut plus qu'une pensée : revenir un jour finir sa carrière dans la vieille cité normande.

Ses vœux furent remplis. Après avoir passé huit ans à Bar-le-Duc comme médecin-directeur de l'asile de Fains, il fut nommé au même titre, en 1887, à l'asile Saint-Yon.

Parlerai-je des améliorations considérables que Giraud sut apporter dans cet asile au cours de sa longue et bienfaisante direction médicale? En lui succédant dans son service, j'ai été plus à même que tout autre de me rendre compte de tout ce qu'il a produit d'utile dans cet établissement dont il a fait un modèle.

Je n'ai pas besoin de rappeler quel dévouement il apportait dans les soins éclairés qu'il donnait aux malades, l'inaltérable bienveillance qu'il montrait à leur endroit; je n'en veux pour témoignage que la touchante pensée que nombre d'entre elles ont eue de me demander à suivre la dépouille mortelle de leur ancien directeur.

Préoccupé par le sort qui attendait les malades à leur sortie des asiles, et s'appuyant sur une longue et minutieuse enquête faite dans les établissements d'aliénés de la France et de l'étranger, il prit l'initiative de fonder dans la Seine-Inférieure une société de patronage pour venir en aide aux malades nécessiteux sortant des asiles, et c'est grâce à ses efforts que cette Société est aujourd'hui en pleine prospérité.

C'est à Rouen que j'ai connu Giraud, et pendant de longues

©BIUM

années j'ai vécu dans son intimité ; c'est là que, dans nos relations presque journalières — j'étais alors médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares — j'ai pu apprécier les hautes qualités de cœur et d'intelligence de ce collègue sympathique entre tous.

Il cachait sous une apparente réserve une profonde sensibilité et une inépuisable bonté. Quand on faisait appel à son expérience incontestée des affaires administratives, il accueillait son interlocuteur par un silence qui ne laissait pas parfois d'être embarrassant, mais qui n'était chez cet esprit méthodique que le temps laissé à la réflexion. La question qui lui était soumise ne tardait pas à être résolue avec clarté et Giraud s'offrait, tant était grand son désir de rendre service à chacun, à prendre à son compte toute la besogne qu'elle exigeait. Combien de services n'a-t-il pas ainsi rendus à ceux, et ils sont nombreux, qui eurent l'occasion d'avoir recours à son expérience. Giraud acceptait d'ailleurs sans compter avec ses forces et par pur dévouement toutes les fonctions difficiles : depuis la mort du regretté Mitivié, il était le trésorier de l'Association mutuelle des médecins aliénistes et il montrait un zèle extraordinaire pour recruter des adhérents à cette belle œuvre de solidarité.

La Société médico-psychologique l'avait élu membre correspondant dès 1882 ; Christian fut son parrain. Il était depuis de longues années le collaborateur assidu des *Annales*.

En 1881, il fut chargé de rédiger dans ce recueil une revue dans laquelle étaient groupés et analysés les faits relatifs à la médecine légale. Giraud a d'ailleurs toujours montré une prédilection marquée pour les questions intéressant la responsabilité des aliénés. Dans cette Revue de médecine légale qui eut un légitime succès auprès des lecteurs des *Annales*, il relatait chaque année, en les commentant, un certain nombre de rapports médico-légaux qui avaient été, soit adressés en manuscrits à la rédaction des *Annales*, soit publiés dans d'autres revues ; il y a là une mine inépuisable de documents du plus haut intérêt.

Giraud fut chargé d'organiser le premier Congrès de médecine mentale qui se tint à Rouen et dont il fut le secrétaire général. C'est grâce à ses talents incontestés d'organisateur que nos congrès ont eu ce succès qui ne s'est plus démenti dans la suite. Il put vraiment dire, après ce premier essai, avec un orgueil bien légitime : « L'institution en France des Congrès annuels n'existe plus à l'état d'hypothèse, elle est fondée d'une manière durable. »

Il fut dans les *Annales médico-psychologiques* le chroniqueur attitré et très apprécié de ces congrès, et depuis la fondation de nos assises annuelles il ne manqua pas d'y assister régulièrement chaque année et d'y prendre part aux discussions qui y étaient soulevées. En 1905, le suffrage unanime de ses collègues

le désigna pour présider le Congrès de Rennes ; ce fut une des plus grandes satisfactions de sa vie.

Son labeur a été considérable et nombreuses sont les publications qui ont paru sous son nom dans la presse médicale.

Quelque absorbantes que fussent ses fonctions médicales et administratives, il trouvait encore le temps de se consacrer avec la même ardeur, dans cette cité rouennaise où les arts sont en honneur, aux questions littéraires, artistiques, archéologiques, scientifiques. Membre actif des sociétés dans lesquelles ces intéressantes questions étaient traitées, il avait su se faire apprécier de ses collègues qui l'élurent plus d'une fois président de leurs sociétés.

La profonde estime dans laquelle chacun le tenait adoucira, nous l'espérons, la douleur de sa fidèle compagne ; il laisse à son gendre, le Dr Aubry, médecin à l'asile de Maréville, un noble exemple à suivre.

Dr E. LALLEMANT.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

37. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du lundi 28 mars 1910) :

Pris d'un accès de folie subite, M. Pierre Albaret, âgé de trente-cinq ans, locataire d'un hôtel, 46, rue de la Jonquière, faisait, hier matin, un tel scandale dans l'établissement que la logeuse, Mme Aubinot, dut intervenir pour le prier de cesser son vacarme.

Prenant fort mal l'observation, l'irascible personnage saisit son revolver et tira à deux reprises sur sa propriétaire qui, fort heureusement, ne fut pas atteinte.

L'énergumène, qui s'était empressé de prendre la fuite, fut rejoint quelques mètres plus loin par un gardien de la paix et conduit devant M. Ducrocq, commissaire de police, qui l'a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

38. *Suicide.* — En proie à une profonde neurasthénie, un journalier d'Asnières, Eugène Louis, âgé de quarante-deux ans, demeurant rue du Landi, manifestait depuis quelque temps l'intention d'en finir avec la vie.

Cette idée s'ancra peu à peu dans son cerveau affaibli, et, hier, le malade résolut de la mettre à exécution.

Il se rendit sous le pont de Clichy et attacha une corde à l'une des boucles scellées dans la pierre, fit un nœud coulant à l'autre bout, y passa la tête et se laissa ensuite glisser au-dessus du fleuve, espérant mourir asphyxié, soit par strangulation, soit par immersion.

©BIUM

La corde, trop faible cassa sous le poids du désespéré, qui tomba dans le fleuve. Des passants accoururent au secours de l'infortuné, mais, à leur vue, Eugène Louis se laissa couler à pic, et on ne retira que son cadavre, après quelques heures de recherches.

M. Masseaux, commissaire de police d'Asnières, a envoyé à la Morgue le cadavre du journalier, qui laisse une veuve et deux enfants (*Le Journal*, numéro du mardi 29 mars 1910).

39. *Excentricités.* — On lit dans *Paris-Journal* (numéro du samedi 2 avril 1910) :

Un nommé Pierre Haussmann, âgé de trente-cinq ans, pédicure, demeurant au numéro 8, de la rue de la Grande-Truanderie, pris soudain d'un accès de folie furieuse, mit son mobilier en pièces et le lança par la fenêtre de son logement situé au troisième étage.

C'est après une lutte acharnée que les gardiens réussirent à capturer le pauvre dément, qui a été envoyé à l'asile Sainte-Anne.

40. *Tentative d'assassinat.* — On télégraphie de Saint-Etienne au *Journal* (numéro du vendredi 15 avril 1910) :

Duplanil, le fou qui voulait tuer M. Briand, n'a pas été interrogé aujourd'hui. Il sera interné dans une maison d'aliénés sans que le Parquet poursuive son information.

On connaît aujourd'hui l'expéditeur du télégramme trouvé sur Duplanil ; c'est tout simplement un journal stéphanois à qui Duplanil avait télégraphié avec réponse payée d'avoir la bonté de répondre si M. Briand était toujours dans la Loire.

Dans les rédactions on a l'habitude de recevoir des demandes souvent singulières. Le journal, persuadé qu'il avait affaire à un lecteur désireux de voir le président du conseil pour lui présenter une requête quelconque, répondit par le télégramme qu'on a retrouvé sur Duplanil.

Le malheureux déséquilibré a été photographié au service anthropométrique, mais son état d'exaltation était tel qu'il a été impossible d'obtenir un cliché passable.

41. *Suicide.* — Léon-Eugène Massal, trente-deux ans, bouquiniste, quitta, avant-hier soir, son domicile, 54, rue Bonaparte, et vint prendre une chambre pour la nuit, 5, rue des Ciseaux. Il avait éprouvé de gros chagrins, et croyait qu'un changement de domicile calmerait l'agitation de ses nerfs. Il n'en fut rien, et, hier matin, dans un accès de neurasthénie, il se jeta par la fenêtre de sa chambre, située au quatrième étage. On le porta à la Charité, où il ne tarda pas à mourir (*L'Eclair*, numéro du lundi 18 avril 1910).

42. *Sextuple homicide.* — On télégraphie de Lisbonne au *Petit Journal* (numéro du lundi 25 avril 1910) :

©BIUM

Un marchand, nommé Antonio Palacios, est devenu brusquement fou, à San Esteban.

Après avoir fait sauter la cervelle à sa femme, il s'est mis à parcourir les rues de la ville avec un revolver chargé et une hachette. Il a déchargé alors son arme dans toutes les directions. La foule, frappée de panique, s'enfuyait devant lui et la police essaya vainement de le prendre avec un lasso.

Palacios, toujours poursuivi, parvint à rentrer chez lui et à s'y barricader, déchargeant toujours des coups de feu sur ceux qui l'assiégeaient. On parvint enfin à le capturer, après une lutte terrible, et à le conduire dans un asile d'aliénés.

Dans sa course à travers les rues, il a tué un homme et en a blessé quatre autres mortellement.

43. *Suicide.* — François Cadiot, trente ans, garçon de café, sans domicile, s'est jeté hier dans la Seine, au viaduc d'Auteuil. Il a été repêché par un marinier. Ses propos incohérents ont motivé son envoi à l'Infirmerie spéciale. (*Paris-Journal*, numéro du mardi 26 avril 1910.)

44. *Agression violente.* — On lit dans l'*Eclair* (numéro du mercredi 27 avril 1910) :

Un ouvrier qui s'adonnait à la boisson, Louis Courant, avait été interné, il y a dix mois, à l'asile de Ville-Evrard. Quand il en ressortit, guéri, croyait-on, il vint habiter 82, rue de l'Ourcq. Depuis quelque temps, Courant, qui avait repris la fâcheuse habitude de boire plus qu'il n'est raisonnable, donnait de nouveaux signes de troubles cérébraux.

Hier soir il frappait à la porte de sa voisine, M^me^ Marie Letanquin, et, comme celle-ci ouvrait sans soupçon, il s'élança sur elle pour lui porter deux coups de couteau à la gorge. La blessée, dont l'état est assez inquiétant, a dû être admise à Lariboisière.

Maîtrisé par les locataires, le fou meurtrier a été dirigé sur l'Infirmerie spéciale.

45. *Tentative d'homicide.* — M. Hastron, juge d'instruction, chargé du cas de cet aiguilleur de la Compagnie de l'Ouest qui avait tiré des coups de revolver sur un train et blessé légèrement un voyageur, M. Vanderveen, vient de renvoyer l'inculpé, nommé Carré, dans un établissement d'aliénés. Les médecins chargés de l'examiner ont reconnu que l'aiguilleur était atteint du délire de la persécution avec troubles de la sensibilité et hallucinations. (*Le Temps*, numéro du vendredi 29 avril 1910.)

46. *Triple infanticide et suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 1^er^ mai 1910) :

Un terrible drame de famille s'est déroulé hier matin à Boulange (arrondissement de Thionville). Pendant que son mari

©BIUM

était au travail, Mme André, en proie à une crise de folie, a massacré trois de ses enfants, âgés de six, quatre et deux ans, en leur ouvrant la gorge à l'aide d'un rasoir. Le quatrième, une fillette âgée de dix ans, a pu s'échapper, bien qu'elle eût reçu un coup de rasoir au cou. La démente s'est ensuite taillladé furieusement les poignets et s'est finalement coupé la gorge. Deux des enfants sont morts sur le coup. L'état du troisième et celui de la mère sont désespérés.

47 *Parricide.* — On télégraphie de Givors au *Journal* (numéro du vendredi 6 mai 1910) :

Un drame de la folie, qui a coûté la vie à un vieillard, est venu troubler la tranquillité des paisibles habitants du hameau de Champialay, commune de Sarras.

Depuis quelques jours, Adrien-Jean-Marie Tachon, âgé de trente-trois ans, donnait des signes d'aliénation mentale. Or, dans la nuit de lundi à mardi, vers minuit, s'armant d'un pilon affecté au broyage de la nourriture pour les bestiaux, il s'introduisait dans les appartements de son père Antoine Tachon, âgé de soixante-quatorze ans ; de son oncle, François Tachon, soixante-dix-neuf ans, et de sa sœur Marie Tachon, trente-quatre ans.

Il les frappa tour à tour à la tête avec sa terrible massue et leur fit des blessures très graves. Les voisins, attirés par les cris des victimes, furent obligés de s'enfuir et de se barricader chez eux pour éviter les coups du forcené, qui a été arrêté mardi matin à Sarras, par les gendarmes d'Andance, qui ont eu énormément de peine à le maintenir.

M. le Dr Pangon, appelé sur les lieux, a constaté le décès du père du fou, qui a succombé à ses blessures. On espère sauver les deux autres victimes.

Jean Tachon, le parricide inconscient, a été conduit à l'asile pour y être interné.

TRIBUNAUX

La vente de la morphine. — Un pharmacien était poursuivi devant la 10e chambre correctionnelle, présidée par M. de Cardaillac, pour avoir délivré sans ordonnance de la morphine à un étudiant de Nancy, lequel l'avait remise à un de ses camarades, devenu, par suite de l'absorption du terrible poison, morphinomane.

Cette affaire soulevait une intéressante question de recevabilité d'action civile. Au père de la victime, qui demandait des dommages-intérêts, le pharmacien répondait qu'il ne pouvait être responsable que de son fait, mais non de celui de l'étudiant qui avait livré la morphine à son camarade, qu'il n'y avait pas

©BIUM

relation directe de cause à effet entre le préjudice subi et le délit incriminé.

Le substitut R. Tortat, qui occupait le siège du ministère public, avait soutenu cette thèse et demandé au tribunal de déclarer irrecevable la demande de la partie civile.

Le tribunal a refusé de suivre le ministère public, et ayant reçu le plaignant à se porter partie civile, il a condamné le pharmacien à 100 francs d'amende et à 4.000 francs de dommages-intérêts.

« Attendu, dit notamment le jugement, que même en admettant qu'en matière délictuelle il n'y ait lieu d'allouer que les dommages-intérêts ayant pu entrer dans les prévisions de l'agent du délit, un pharmacien qui délivre une substance vénéneuse sans ordonnance s'expose sciemment à ce qu'il en soit fait un mauvais usage, soit par la personne même qui en prend livraison, soit par un tiers... » (*Le Temps*, numéro du dimanche 1er mai 1910).

FAITS DIVERS

Incendie d'un asile d'aliénées. — Mardi, 17 mai, vers 7 heures du soir, la foudre, tombant sur l'asile d'aliénées de Bailleul (Nord), mit le feu au pavillon des folles placées en observation. C'était le moment où les infirmières mettaient au lit les malheureuses pensionnaires. En quelques minutes, tout le bâtiment fut en flammes.

Les religieuses et les infirmières, aidées par les gendarmes, procèdèrent, avec le plus grand sang-froid, au sauvetage des soixante aliénées qui étaient couchées. Elles se laissèrent mener sans aucune résistance, sauf quelques-unes qui se cachèrent sous le lit et qui durent être empoignées de force.

Le feu augmentant sans cesse, on demanda les pompiers de Lille et de Dunkerque, qui arrivèrent vers 11 heures du soir, alors que tous les pavillons, contenant près de trois cents folles, avaient été évacués. A minuit, tout danger avait disparu. On avait aucun accident de personnes à déplorer.

Les dégâts s'élèvent à plusieurs centaines de mille francs. (*Le Temps*, numéro du jeudi 19 mai 1910.)

La peur de la comète. — Les craintes injustifiées qui s'étaient répandues dans le public sur la marche de la comète Halley, sur les gaz asphyxiants qu'elle répandrait sur son passage, sur le choc de sa queue contre le globe terrestre, ont provoqué des perturbations graves sur certains cerveaux invalides ou prédisposés. Ainsi, on a signalé à Paris, milieu généralement reconnu pour sceptique, un certain nombre de cas de suicide, de tenta-

©BIUM

tives de suicide, et même de folie, qui ont eu pour cause occasionnelle la peur de la comète.

Mais c'est en Italie que cette peur de la comète et de la fin du monde a fait le plus grand nombre de victimes. Ainsi, à Ferentino, un homme s'est tué pour ne pas assister à la nuit tragique. A Monte-Georgio, pays de don Romolo Murri, un paysan s'est jeté dans un puits par peur du châtiment céleste. A Trévise, une jeune fille est entrée dans l'église en hurlant : « Encore trois jours, et nous allons tous disparaître! » Elle s'est précipitée vers l'autel en embrassant le prêtre et en lui arrachant son étole. On l'a arrêtée et conduite à l'asile des aliénés d'Ogerzo.

Comme le fait remarquer le correspondant du *Matin* (numéro du jeudi 19 mai 1910), en Italie, « cette peur de la comète, évidente et avouée dans le menu peuple, n'en existait pas moins dans les milieux plus intellectuels, qui cachaient leur appréhension sous un sourire sceptique.

« A Milan, un pharmacien s'est enfermé chez lui avec sa femme. Il a condensé de l'oxygène dans trente bidons, et il a déclaré qu'il sortira de sa retraite dans trente jours, lorsque l'atmosphère sera purifié, pour être un nouvel Adam. »

Aliénation mentale et divorce, — On annonce de Saint-Pétersbourg que le Conseil supérieur de médecine, ayant étudié le projet du nouveau règlement sur le divorce, élaboré par une Commission spéciale près le Saint-Synode, a reconnu nécessaire de considérer comme un motif de divorce : 1° l'incapacité physique et la stérilité; 2° les mauvais traitements; 3° *l'aliénation mentale*; 4° la syphilis. (*Le Temps*, numéro du mardi 7 juin 1910.)

XX^e^ Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Bruxelles-Liége, 1^er^ au 8 août 1910.)

Programme des travaux et excursions.

Dimanche 31 juillet. — 20 h. 1/2 : Raout offert aux Congressistes par les Présidents.

(Des invitations personnelles seront envoyées aux Membres du Congrès.)

Lundi 1^er^ août. — 10 heures : Séance solennelle d'ouverture à l'Hôtel de Ville de Bruxelles. — Discours des Ministres, des Présidents, etc.

12 heures : Visite de l'Hôtel de Ville.

14 h. 1/2 : Séance à l'Hôtel de Ville. — Discussion de la 1re question : *La maladie du sommeil, les narcolepsies.* — Rapporteurs : MM. Van Campenhout (de Bruxelles) et Lhermitte (de Paris).

Le soir : Promenade dans les Jardins de l'Exposition.

Mardi 2 août. — 9 heures : Séance à l'Hôtel de Ville. — Discussion de la 2e question : *Systématisation des lésions trophiques dans les affections mentales et nerveuses.* — Rapporteurs : MM. Sano (d'Anvers) et Rose (de Paris).

14 heures : Suite la discussion de la 2e Question. — Communications diverses. Réunion du Comité permanent.

Le soir : Promenade dans les Jardins de l'Exposition.

Mercredi 3 août. — Visite de la célèbre colonie d'aliénés de Gheel ; — Départ de Bruxelles vers 8 heures, arrivée à Gheel vers 10 heures. Déjeuner offert par la Colonie.

Séance de communications diverses.

Retour à Bruxelles vers 20 heures.

Jeudi 4 août 7 h. 31 : Départ de Bruxelles-Nord, arrivée à Liège à 9 h. 3.

9 h. 30 : Séance à l'Institut de Physiologie. — Discussion de la 3e question : *Alcoolisme et criminalité.* — Rapporteurs : MM. Ley (de Bruxelles) et Charpentier (de Paris).

14 h. 1/2 : Séance à l'Institut de Physiologie.

Suite de la discussion de la 3e question. — Communications diverses.

Après la séance : Réunion du Congrès en Assemblée générale.

20 h. 1/2 ; Réception offerte à l'Hôtel de Ville de Liége, par l'Administration communale.

EXCURSION DANS LE PAYS DE LIÉGE ET LES ARDENNES

Vendredi 5 et samedi 6 août. — Cette excursion est des plus intéressantes ; elle permet de voir en détail la partie la plus pittoresque de la Belgique, en même temps qu'une des régions les plus industrielles du pays.

Afin de laisser aux congressistes le plus de latitude possible, nous avons divisé ce voyage en 4 catégories, suivant que les participants préfèreront faire le trajet en automobile ou en chemin de fer et désireront prendre part à une seule journée ou aux deux journées d'excursion.

A) Excursion totale (5 et 6 août). — 1) En automobile.

©BIUM

C'est le moyen de transport le plus agréable et le plus recommandable; il permet de faire le trajet à l'aise, de voir le paysage admirable de ces régions et de faire l'excursion la plus complète.

Des voitures ouvertes confortables, contenant chacune quatre voyageurs, seront mises à la disposition des congressistes, par les usines Nagant (de Liége). Le prix sera de 20 francs par jour et par personne, soit 40 francs pour le trajet total, comprenant 300 kilomètres. Les voitures seront conduites prudemment; leur vitesse ne dépassera pas 30 kilomètres à l'heure.

Vendredi 5 août. — Départ de Liége à 7 h. 30, les bords de la Vesdre, Chaudfontaine, Verviers, arrivée au Barrage de la Gileppe, à 8 h. 45 (38 kilomètres environ).

Départ du Barrage à 9 h. 30, arrivée à Spa vers 10 h. 30, (20 kilomètres).

Départ de Spa à 12 h. 30, Stavelot, la vallée de l'Amblève, Trois-Ponts, arrivée à la Cascade de Coo à 13 h. 30 (30 kilomètres).

Déjeuner à Coo (3 francs par personne).

Départ de Coo à 15 h. 30, suite des bords de l'Amblève, Remouchamps et ses grottes, Aywaille, Comblain-au-Pont, les bords de l'Ourthe, Hamoir, Melreux, Marche, Jemelle, arrivée a Rochefort, à 19 h. 30, (100 kilomètres).

Dîner (3 francs) et coucher (3 francs) à Rochefort.

Samedi 6 août. — Visite des grottes de Rochefort et de Han.

Départ à 11 heures par Ciergnon (Château-Royal) arrivée à Dinant à midi (28 kilomètres).

Déjeuner à Dinant (3 francs).

Départ de Dinant à 14 heures, les bords de la Meuse, Bouvignes, Yvoir, les ruines de Montaigle, l'abbaye de Maredsous, Profonde-ville, Dave; arrivée à Namur à 15 h. 30 (30 kilomètres).

Départ à 16 heures, suite des bords de la Meuse, Marche les Dames, Andenne, Huy; arrivée à Liége à 18 h. 30.

Dîner à Liége (3 francs).

Départ de Liége en chemin de fer; à 20 h. 54; arrivée à Bruxelles à 22 h. 56.

Les congressistes qui désireraient rester coucher à Liége pour ne rentrer à Bruxelles que le dimanche, devront manifester leur intention au Secrétaire-général, qui leur donnera toutes les indications désirables.

2) En chemin de fer. Le trajet total comprend 299 kilomètres; le prix en seconde classe est de 19 fr. 20.

Vendredi 5 août. — Départ de Liége à 6 h. 10; arrivée

©BIUM

à Dolhain à 7 h. 26; départ du Vicinal à 7 h. 40, arrivée à la Gileppe à 7 h. 59; départ de la Gileppe à 8 h. 56, retour à Dolhain à 9 h. 15; départ de Dolhain à 9 h. 17, arrivée à Spa à 10 h. 30; départ de Spa à 12 h. 38, arrivée à Trois-Pont à 13 h. 36. Trajet à pied (20 minutes) jusqu'à la Cascade de Coo.

Déjeuner à Coo (3 francs).

Départ de Coo à 15 h. 18, arrivée à Rivage à 16 h. 15; départ de Rivage à 16 h. 21, arrivée à Rochefort à 17 h. 54.

(Le trajet en chemin de fer ne permet pas l'arrêt à Remouchamps, l'arrivée à Rochefort ne pourrait alors se faire qu'à 22 h. 6.)

Samedi 6 août. — Visite des grottes de Rochefort et de Han. L'horaire des chemins ne permettant pas aux voyageurs d'arriver à Dinant pour déjeuner, ceux qui choisiront ce mode de locomotion devront :

Déjeuner à Rochefort.

Départ de Rochefort à 12 h. 57; arrivée à Dinant à 14 h. 7: départ de Dinant à 15. 30, arrivée à Namur à 16 h. 18; départ de Namur à 17 h. 48, arrivée à Liége à 18 h. 47.

Dîner à Liége (3 francs).

Départ de Liége. etc., comme pour le 1.

(Le trajet en chemin de fer ne permet ni de dîner à Dinant, ni de visiter Montaigle, et Maredsous, ni de s'arrêter à Huy.)

B) Excursion d'un jour. — 1) En automobile. Le trajet coûte 20 francs par personne. L'itinitéraire et le programme sont identiques à ceux de l'excursion totale, sauf qu'arrivés à Comblain-au-Pont vers 17 h. 40, les autos transportant les voyageurs d'un jour obliqueront à droite, le long des bords de l'Ourthe, passeront par Esneux et Tilff pour arriver à Liége à 18 h. 30 (21 kilomètres).

2) En chemin de fer. Le trajet de la première journée, comprend 150 kilomètres; le prix en seconde classe est de 9 fr. 60.

L'itinéraire et le programme sont identiques à ceux de l'excursion totale jusqu'à Coo.

Le départ de Coo se fait également à 15 h. 18; mais le trajet ultérieur étant moins considérable, les voyageurs peuvent s'arrêter à Remouchamps où ils arrivent à 15 h. 54 pour repartir à 18 h. 16 et arriver à Liége à 19 h. 25.

Dimanche 7 août. — Visite de l'Exposition de Bruxelles.

20 h. 1/2 : Raout offert à l'Hôtel de Ville par l'Administration communale de Bruxelles.

Lundi 8 août. — Visite de l'Exposition de Bruxelles.

©BIUM

EXCURSION EN FLANDRE ET EN HOLLANDE

Mardi 9 août. — *Matin* : Visite de la ville de Gand. — Déjeuner à Ypres.

Après-midi : Visite de Ypres et Bruges. — Dîner et coucher à Bruges ou Ostende.

Mercredi 10 août. — *Matin* : Visite de la ville d'Ostende. — Déjeuner à Ostende.

Après-midi : Promenade sur le Littoral. — Visite de la Panne, Nieuport, Westende, Middelkerke, Le Coq, Wenduyne, Blankenberghe, Zee-Brugge, Heyst, Duynbergen.

Soir : Concert au Kursaal.

Jeudi 11 août. — *Matin* : Départ en bateau pour Flessinghe, visite de Flessinghe et Middelbourg. — Déjeuner à Milddelbourg.

Après-midi : Départ pour Rotterdam. — Dîner et coucher à Rotterdam.

Vendredi 12 août. — *Matin* : Visite de Rotterdam et du nouvel asile de Maasoord. — Déjeuner à Rotterdam.

Après-midi : Départ pour La Haye. — Dîner et coucher à La Haye.

Soir : Promenade à Scheveninghe.

Samedi 13 août. — *Matin* : Visite de La Haye, les Musées. — Déjeuner à La Haye.

Après-midi : Excursion à Scheveninghe. — Dîner à Scheveninghe ou à La Haye. — Coucher à La Haye.

Dimanche 14 août. — *Matin* : Départ pour Leyde, Harlem, visite de l'asile de Meeremberg.

Après-midi : Visite de l'asile de Castricum. — Départ pour Amsterdam. — Dîner et coucher à Amsterdam.

Lundi 15 août. — Visite d'Amsterdam, la Ville, les Musées, le Jardin Zoologique. — Coucher à Amsterdam.

Mardi 16 août. — Visite de l'Ile de Marken et des villes mortes du Zuiderzée : Broeck, Monnikendam, Marken, Volendam, Edam. — Dîner et coucher à Amsterdam.

Mercredi 17 août. — Départ d'Amsterdam. — Déjeuner à Anvers. — Visite de la Ville d'Anvers et du Port. — Retour à Bruxelles.

N. B. — Le voyage en Hollande sera organisé comme en 1903, c'est-à-dire que le Comité organisateur s'entendra avec les Compagnies des chemins de fer, les hôteliers, restaura-

©BIUM

teurs, etc., pour procurer aux congressistes les conditions les plus favorables. Le programme détaillé paraîtra prochainement.

Nous pouvons dire dès maintenant, que le coût des chemins de fer sera de :

Bruxelles, Gand, Ypres, Bruges, Ostende (50 p. 100 de réduction, 210 kilomètres) 6 fr, 75.

Middelbourg, Roosenthal, Rotterdam, La Haye, Zandvoort. Meremberg, Castricum, Amsterdam et retour de la frontière : 15 fr. 10.

De la frontière à Bruxelles (50 p. 100 de réduction ; 75 kilomètres) : 2 fr. 75.

Excursion à l'Ile de Marken ; 5 fr. 30.

La vie est en général assez chère en Hollande ; nous pensons néanmoins que grâce à nos démarches, le prix de la journée complète ne dépassera pas 12 à 14 francs.

Prix de la Société médico-psychologique

Année 1911.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société, donataire, à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa Thèse (Le règlement de ce prix sera publié dans le prochain numéro des *Annales*.)

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.*

Année 1912.

Prix Aubanel. — 1.000 francs. — Question : *Troubles psychiques au cours des polynévrites.*

©BIUM

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société, donataire, à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse.

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

NOTA. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1910, pour les prix à décerner en 1911, et le 31 décembre 1911, pour les prix à décerner en 1912, au Siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr ANT. RITTI, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le XX[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Session de Bruxelles. — Liége, 1[er]-8 août 1910.

Ce XX[e] Congrès marquera dans les fastes de nos réunions annuelles une date importante, en raison de l'intérêt majeur des rapports qui y furent présentés, des discussions auxquelles ceux-ci donnèrent naissance et des communications diverses, aussi nombreuses qu'originales; en raison aussi, il faut bien l'avouer, des excursions superbes qui suivirent les séances mouvementées de Bruxelles et de Liége.

Le premier contact des congressistes eut lieu le 31 juillet, dans la princière demeure du D[r] Crocq, où les deux présidents, MM. Crocq et Klippel, nous avaient conviés à un raout des plus réussis. Nous pûmes ainsi nous retrouver tous, avant l'ouverture officielle du Congrès, vieux habitués et nouveaux-venus, reprenant nos

©BIUM

confidences interrompues depuis Nantes ou Dijon, ou bien en entamant de toutes neuves que nous continuerons l'an prochain à Tunis, ce pendant que dans une salle somptueusement décorée s'envolaient d'alertes chansons, les plus parisiennes comme les plus bruxelloises, et qu'un délicieux champagne nous était offert, qui nous fut, hélas! amèrement reproché quelques jours plus tard par un intransigeant champion de l'abstinence totale...

Lundi 1er *août*. Le matin, séance solennelle d'ouverture à l'Hôtel de ville de Bruxelles (salle de Milice), et discours officiels. M. *Velghe*, directeur général du ministère de l'Intérieur en Belgique, rappelle l'histoire de la neuropathologie et de la psychiatrie en Belgique; il montre toute l'importance sociologique des études du Congrès actuel, dévoilant le rôle de l'alcoolisme dans la genèse de la criminalité et de la folie, et cherchant, en luttant contre la maladie du sommeil, à assurer l'avenir de colonies entières; il nous assure enfin de l'accueil hospitalier que nous réserve la Belgique, accueil, « qui doit donner l'impression aux congressistes français d'être encore chez eux ». — M. *Beau*, ministre de France à Bruxelles, insiste également sur l'intérêt que l'étude de la maladie du sommeil a pour la sauvegarde des colonies équatoriales. — M. *Granier*, représentant du ministre de l'Intérieur à Paris, vante la ville séduisante, amie des sciences et des arts, si aimablement accueillante; il rappelle les travaux neurologiques de notre cher et distingué président Klippel; il présente enfin les rapports du Congrès en s'arrêtant tout particulièrement, à l'occasion de l'un d'entre eux, sur la lutte antialcoolique envisagée surtout au point de vue économique et social. — M. *Simonin*, représentant le ministre de la Guerre français, stigmatise l'alcool, cette lèpre moderne, fléau de nos armées nationales. — M. *Crocq*,

enfin, prononce, au nom des deux présidents, le discours diplomatique d'usage. Il remercie Sa Majesté le Roi de son haut patronage, les ministres et leurs représentants, les villes de Bruxelles et de Liége et leurs bourgmestres..., et montre, en terminant, l'importance sociale considérable de la psychiatrie. — Les discours achevés, on s'en va visiter l'Hôtel de ville, dont chacun connaît l'imposante silhouette et la riche décoration.

L'après-midi, exposé et discussion du premier rapport.

La maladie du sommeil, rapport présenté par le Dr *Van Campenhout*, professeur à l'Ecole de médecine tropicale de Bruxelles. — L'orateur expose la dispersion et l'étiologie de l'affection, en décrit le germe infectieux et étudie longuement le mécanisme de la contamination. Il passe ensuite à l'étude clinique et distingue à la maladie, après l'incubation et l'invasion, trois périodes nettement délimitées. La première est caractérisée par de la fièvre, de la faiblesse généralisée, de la paresse intellectuelle avec parfois excitation cérébrale passagère et délire, de l'insomnie, de la céphalée, des érythèmes, du prurit, des adénites localisées surtout à la région cervicale postérieure. — Le passage à la deuxième période consiste généralement dans l'accentuation des phénomènes précédents. Les malades se plaignent de céphalée plus intense; la faiblesse augmente, l'amaigrissement se prononce, les accès de fièvre sont plus fréquents, plus tenaces. L'engorgement ganglionnaire persiste ou peut disparaître. Outre ces phénomènes, apparaissent des symptômes plus graves d'origine cérébrale ou médullaire, tremblement fibrillaire de la langue, tremblement de certains groupes musculaires, changement de caractère, anémie, et surtout l'apathie, la somnolence. La somnolence qui a donné le nom à la maladie est le

©BIUM

symptôme de règle, mais ce symptôme n'existe pas toujours ; il y a des malades qui souffrent même d'insomnie. Suivant la prédominance symptomatique on distingue des formes cérébrales, mentales, médullaires. — La troisième période est la période de déchéance définitive ; généralement la somnolence est continue, le malade ne sort plus de sa torpeur. Il ne mange ni ne boit que quand on le lui offre ou l'y force. Les phénomènes nerveux graves augmentent en intensité : folie, convulsions épileptiformes ou jacksoniennes, tremblement musculaire généralisé ; la marche, la parole sont devenues impossibles, l'amaigrissement devient extrême, il y a de l'hypothermie et la mort survient dans le collapsus.

Le diagnostic positif se fera, en plus de l'étude clinique, par la recherche du trypanosome dans le sang, le suc des ganglions lymphatiques et le liquide céphalo-rachidien. Le rapporteur belge passe enfin en revue les différents procédés de traitement (atoxyl, soamine, sels d'antimoine, etc.) et de prophylaxie (destruction des *glossina palpalis*, débroussement, engluement, déplacement des villages, surveillance des routes de caravanes et des transports par bateaux de rivière ou par chemins de fer, recherches des malades ou suspects, délivrance de passeports et certificats).

LA MALADIE DU SOMMEIL ET LES NARCOLEPSIES, rapport présenté par le Dr *Lhermitte*, chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière. — La narcolepsie, terme créé par Gélineau, est essentiellement une manifestation morbide qui, commune aux états pathologiques les plus variés, a pour élément fondamental un besoin, impérieux, irrésistible, de dormir, auquel le sujet succombe, quelle que soit sa volonté de n'y point céder.

Après une description générale du syndrome, le rapporteur étudie successivement les différentes affections

©BIUM

susceptibles de lui donner naissance. Les tumeurs cérébrales, quels que soient d'ailleurs leur type et leur siège, peuvent s'accompagner d'un sommeil, pathologique par sa profondeur, sa durée et son moment d'apparition, que l'on doit distinguer du coma, de la torpeur intellectuelle et de la somnolence. Si la crise d'hypnolepsie a dans ces cas une grande valeur sémiologique pour le diagnostic, elle n'en a aucune au point de vue de la localisation ou de la nature histologique du néoplasme. La polio-encéphalite supérieure aiguë de Gayet-Wernicke aboutit assez fréquemment à un profond sommeil. L'on peut également constater des accès de sommeil paroxystique dans la méningo-encéphalite diffuse paralytique et dans la méningite tuberculeuse; mais c'est surtout dans l'encéphalite de la trypanosomiase que la narcolepsie apparaît avec une fréquence saisissante.

M. Lhermitte se contente de rappeler les traits essentiels de l'hypnosie afin de l'opposer aux narcolepsies toxiques, névrosiques ou autres. Il passe rapidement sur l'étiologie, le rôle du *tripanosoma gambiense* et de la *glossina palpalis*, les modes d'infection de l'organisme, et s'étend davantage sur l'étude clinique. L'évolution de l'affection comporte trois stades : stade d'infection sanguine, caractérisée par une hyperesthésie profonde, diffuse et douloureuse, par une hypertrophie ganglionnaire prononcée intéressant surtout la région cervicale, par la tuméfaction du foie et plus encore de la rate, par des accès de fièvre, de la céphalée, des manifestations oculaires, des éruptions cutanées, etc., ainsi que par des troubles psychiques déjà très manifestes et consistant en apathie, morosité, indolence, hébétude progressives ; stade d'infection méningée, nettement indiquée par une somnolence invincible se présentant sous la forme d'accès brusques, véritables attaques narcoleptiques, du ptosis bilatéral, des troubles de l'équilibre, du trem-

©BIUM

blement ; stade de cachexie marastique avec amaigrissement musculaire considérable et rapide, hypotension artérielle extrême, troubles digestifs, relâchement des sphincters, hypothermie, escarres. Insensiblement le sommeil se transforme en coma, puis la mort survient. La prédominance de certains symptômes permet enfin de distinguer des formes cliniques spéciales : convulsive, délirante, cataleptique, médullaire.

Les narcolepsies toxiques se divisent en hétéro-toxiques, dues au chloral, à l'alcool, à l'opium, au haschich, etc., ou à une infection générale (grippe, nona) et en auto-toxiques, dans l'obésité, le diabète, l'urémie, l'insuffisance thyroïdienne ou hépatique. — L'hystérie occasionne souvent des accidents somnolents qui s'accompagnent généralement de phénomènes importants pour le diagnostic : contractures spasmodiques des paupières, trismus, contractures ou spasmes passagers des membres, altérations des rythmes respiratoire et cardiaque, troubles vaso-moteurs, anesthésie de la peau et des muqueuses, etc. — La narcolepsie épileptique se spécifie par sa brusquerie, sa soudaineté, sa cessation instantanée et par une amnésie totale ; elle cède au traitement bromuré. — L'hypnose par auto-suggestion peut apparaître spontanément et d'une manière analogue aux phénomènes narcoleptiques sous forme, soit de catalepsie, soit de léthargie. — Il est enfin des états somnolents complexes qui échappent à toute classification.

La narcolepsie se distingue facilement des états vertigineux, asphyxiques ou confusionnels ; on saura de même éliminer la syncope et l'absence épileptique. Ce syndrome constitue l'un des anneaux d'une chaîne qui va de la torpeur au coma en passant par la somnolence, le sommeil et l'hypnolepsie. — L'orateur aborde en terminant la nature de la narcolepsie, hypersomnie paroxys-

©BIUM

tique, et concomitamment celle du sommeil normal, dont l'on a aujourd'hui tendance à considérer la fonction comme une sécrétion. La conclusion à laquelle il aboutit est que nous ne savons encore rien ou presque, sur la détermination de sa genèse et de son mécanisme : la narcolepsie, expression d'états pathologiques très différents, représente en dernière analyse une aptitude réactionnelle particulière et propre à certains sujets sans que nous puissions, quant à présent, en saisir le principe et la nature.

Discussion et communications ayant trait au rapport. — M. le professeur *Blanchard*. La maladie du sommeil est une affection parasitaire, une trypanosomiase due à un flagellé vivant et se reproduisant dans le sang. Ses symptômes sont en rapport avec le nombre croissant des éléments ; le sommeil est un signe non initial, mais secondaire et progressif. Si l'on établit un parallèle avec le paludisme, l'on voit que le parasite de la maladie du sommeil vit dans le plasma sanguin, non celui du paludisme, et ce simple fait entraîne de profondes différences cliniques. Le parasite évolue à l'intérieur du globule dans le paludisme, les formes jeunes mises en liberté dans le plasma s'introduisent immédiatement dans de nouveaux globules en même temps que les produits de désassimilation mis en liberté par l'éclatement du globule dans lequel ils étaient contenus viennent intoxiquer l'organisme ; d'où la périodicité des accidents toxiques. L'étude de la maladie du sommeil montre, d'une part, l'introduction dans le sang d'un parasite spécifique par l'intermédiaire d'une mouche infectieuse, d'autre part, l'existence d'un sommeil progressif, l'évolution continue et croissante de ce symptôme étant due à ce que l'organisme est intoxiqué progressivement par les produits, solubles dans le plasma sanguin, des trypanosomes, probablement

©BIUM

anciens flagellés endoglobulaires. Le parasite étant toujours dans le plasma, celui-ci est toujours et sans interruption chargé de substances toxiques. Progressivement donc l'intoxication est plus intense et, par conséquent, le sommeil qui en est la résultante. — M. le professeur *Régis* expose une série de considérations sur les sommeils irrésistibles. Il signale comme causes possibles la syphilis à toutes périodes, et en particulier la syphilis secondaire (coma sidérant de Fournier), l'insolation (somnolence continue de Willis), l'artério-sclérose. Il fait remarquer les analogies de nature, de clinique, d'évolution, d'anatomie pathologique, de la maladie du sommmeil et de la paralysie générale, avec cependant quelques différences, celle-ci notamment : la démence de la trypanosomiase succède presque immédiatement à la saturation toxinienne. Au point de vue historique, la question des narcolepsies est déjà ancienne et dans Willis on trouve l'étude de tous les états somnolents allant de la torpeur à la narcolepsie. Au point de vue clinique, on peut établir quelques éléments de distinction entre les sommeils naturels et les sommeils pathologiques parmi lesquels la narcolepsie : ceux-ci sont diurnes et nocturnes, ils ne comportent pas toujours un endormissement à la fois psychique et somatique (les narcoleptiques dorment debout, en marchant, en mangeant...), ils peuvent coexister avec une insomnie nocturne totale. Le professeur Régis croit que le sommeil irrésistible, l'hébétude, la torpeur, la somnolence, sont des phénomènes d'intoxication, quelles que soient leurs conditions diverses d'apparition. Une constitution psychopathique enfin n'est pas nécessaire pour la production de troubles narcoleptiques, ceux-ci étant sous la dépendance d'une intoxication dont chacun de nous peut être victime. — M. *Thiroux* insiste sur l'importance de l'éducation des indigènes dans la prophylaxie de la maladie du

sommeil. Il faut qu'ils connaissent la mouche tsé-tsé et son rôle dans la propagation de la maladie afin de prendre les mesures de précautions nécessaires. La déclaration obligatoire des malades par les chefs indigènes et l'interdiction de séjour des malades dans les régions saines devraient être préconisées. Il a observé en deux ans, au Sénégal, 6 cas d'aliénation mentale sur soixante malades (confusion mentale avec quelquefois délire furieux, délire hallucinatoire). On constate souvent au début de la trypanosomiase de l'ambulomanie et de la kleptomanie ; des actes délictueux, coups et violences, vols, sont fréquemment commis à cette période. Il a enfin remarqué dans certains cas la persistance tardive de l'infection des centres nerveux après infection et vaccination des autres tissus grâce à la formation d'anticorps dans le sang et à la production de crises trypanolytiques continues ; et il a pu établir des rapports étroits entre les accidents méningo-encéphaliques tardifs dans les trypanosomiases et les spirochétoses. — M. *Granjux* insiste sur l'excitation initiale et la période médico-légale de la trypanosomiase que l'on risque de confondre avec celles de la paralysie générale. — MM. *G. Martin* et *Ringenbach* comparent la trypanosomiase et la paralysie générale : l'une et l'autre sont des méningo-encéphalites toxiques, se signalent par de la confusion mentale et de la démence, et comportent une période prodromique médico-légale.

M. *Deny* émet à son tour des réflexions du plus grand intérêt au sujet d'un point particulier du rapport de M. Lhermitte, la différenciation qu'il établit incidemment entre l'hypnose et l'hystérie, allant à l'encontre des vieilles théories de l'École de la Salpêtrière que l'orateur tient à défendre. Pour M. Deny, en effet, la nature des états hypnotiques et des états hystériques est identique : les uns et les autres sont des produits

©BIUM

de suggestion, sont les conséquences de la suggestibilité des malades; ils ont également la même évolution et disparaissent par contre-suggestion. La seule différence qui les sépare, consistant en ce que les uns sont provoqués et les autres spontanés, est sans valeur, d'autant que la spontanéité n'est qu'apparente et résulte le plus souvent d'une auto-suggestion. Peut-on développer l'hypnose chez un sujet non hystérique? Oui, répond M. Lhermitte. Non, affirme M. Deny : tous les hypnotisables sont des névropathes, des hystériques à un degré quelconque ; nul ne peut être hypnotisé s'il n'est préalablement un malade ; les crises de sommeil hypnotique demeurent soumises à la volonté du sujet et doivent rentrer dans le cadre de l'hystérie. Il n'existe, d'autre part, aucun critère entre le sommeil hypnotique réel et le sommeil simulé ; l'un et l'autre sont dépourvus de phénomènes somatiques fixes, et l'on est souvent mystifié par ces malades qui vont, entraînés par leur besoin morbide de simuler, jusqu'à provoquer artificiellement sur eux-mêmes des œdèmes et des escarres, et accepter une amputation ou une laparotomie. L'asservissement d'un être à la volonté d'un autre est une fiction. Il n'est pas de crime qui puisse être imputé à l'hypnose et le sujet soi-disant hypnotisé ne résiste pas au danger comme devrait le faire un automate. Les malades hypersuggestibles enfin, comme les déments précoces, ne sont pas hypnotisables. Il y a donc lieu de suspecter la sincérité des états hypnotiques qui sont, le plus souvent, sinon toujours, des produits de la simulation. — M. *Meige*. M. Deny continue, dans sa communication, l'œuvre de revision de l'hystérie. Les états hypnotiques sont, comme les prétendus stigmates hystériques, des productions médicales. Les caractères, jusqu'à aujourd'hui classiques, de la narcolepsie hystérique et l'identité même de celle-ci n'existent pas. —

©BIUM

M. *Dupré* approuve les déclarations et les conclusions de MM. Deny et Meige. Il rapporte les divers phénomènes dits hystériques à la mythomanie, c'est-à-dire à la tendance constitutionnelle que présentent certains sujets à mentir, à fabuler et à simuler, tendance mise en jeu par vanité, désir de paraître, malice, perversité, cupidité, lubricité. Il y a véritablement de l'interpsychologie morbide entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé, et le couple que ceux-ci constituent intéresse au plus haut point le psychiatre. — M. *Binet-Sanglé*. Les relations sont aussi étroites entre les divers sommeils pathologiques qu'entre le sommeil pathologique et le sommeil normal. La tendance au sommeil se retrouve chez l'individu normal et se manifeste au cours de l'anoxhémie provoquée par la compression des carotides ou l'électrisation du cerveau. — M. *Claparède* expose rapidement sa théorie biologique du sommeil. Le sommeil normal ne peut pas être expliqué par une intoxication ; c'est une fonction active s'exerçant sous le contrôle volontaire de l'individu. Le critère du pathologique réside dans l'intérêt de l'individu ; c'est un critère biologique. L'adaptation est la formule du normal. Le sommeil pathologique est donc un sommeil inadapté aux circonstances et contraire aux intérêts du sujet. — M. *Demonchy*. Le réveil n'est pas le même suivant les individus. L'ouverture des paupières chez les hypnotisés ne correspond pas avec le réveil complet, nous sommes tous entourés de dormeurs éveillés. — M. *Graeter* oppose le petit hypnotisme et le grand hypnotisme et se déclare enchanté des déclarations de M. Deny. Le principe de l'hypnotisme est d'éveiller certains sentiments pour en endormir d'autres. Si l'on peut éveiller des sentiments chez certaines personnes, on ne peut cependant dire que celles-ci sont des hystériques.

— M. *Chartier*. Crises de narcolepsie dans la sclé-

©BIUM

rose en plaques. L'auteur donne deux observations. Ce sont là des faits très rarement observés et non encore relatés. — M. *Hercouët*. Le sommeil dans les tumeurs cérébrales. — M. *Farez*. La dormeuse d'Alençon ; son réveil provoqué par la narcose éthyl-méthylique.

M. *Lhermitte* répond à ses différents argumentateurs et notamment à M. Deny, au sujet de la narcolepsie hystérique et du sommeil hypnotique. La narcolepsie hystérique dure longtemps, des mois et des années ; la dormeuse de Thenelles est restée douze ans plongée dans son sommeil léthargique. D'autres faits du même genre ont été publiés qui ne peuvent être niés et qui sont assez particuliers pour qu'on leur reconnaisse une individualité propre. Un grand nombre de sujets hypnotisables, d'autre part, n'offrent aucun accident hystérique et il est beaucoup d'hystériques que l'on ne peut hypnotiser. Aussi le rapporteur n'a-t-il pas cru pouvoir fusionner ces deux éléments : hypnose et hystérie. L'hypnose enfin n'est pas propre à l'espèce humaine : des poules, des rats, des grenouilles, des cobayes ont pu être facilement hypnotisés ; or ces animaux n'offraient aucun des accidents dits hystériques, paralysies, contractures, etc. — M. *Deny* n'accepte point ce dernier argument. Les accidents que l'on fait apparaître chez les animaux (en les saisissant brusquement, en les regardant fixement, en les renversant sur le dos) ne sont pas pareils aux accidents hypnotiques de l'homme. On ne peut admettre que les animaux endormis dont parle M. Lhermitte aient été soumis à la suggestion. Il faudrait donc abandonner la thèse de la suggestibilité défendue aujourd'hui par tant d'auteurs et dire que dans l'hypnotisme tout n'est pas suggestion, si l'on accepte les faits que l'on vient de mentionner de sommeil hypnotique chez les animaux.

La première journée de travail du Congrès est enfin

©BIUM

terminée. La soirée fut consacrée à la visite de l'Exposition de Bruxelles..., véritable succursale de Luna-Park. J'y pus, en effet, admirer l'ingéniosité des multiples toboggans, du water-chute, des vagues charmeuses, du cake-walk, de la roue joyeuse, etc., etc. Et je compris parfaitement la raison pour laquelle cette visite était inscrite au programme d'un Congrès de médecins aliénistes.

Mardi 2 août. Exposé et discussion du 2e rapport : LA SYSTÉMATISATION DES LÉSIONS CUTANÉES DANS LES MALADIES NERVEUSES, par le Dr F. *Rose*, ancien chef de clinique des maladies nerveuses, chef de laboratoire à la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris.

Le rapporteur français s'occupe surtout de l'exposé clinique de la question. Il critique la théorie du regretté professeur Brissaud sur la segmentation transversale des membres au point de vue sensitif, puis aborde la systématisation des lésions cutanées dans les maladies du système nerveux. Des troubles sudoraux, éphidrose, hyperhidrose, anhidrose, sont provoqués par une lésion des centres régulateurs de la sécrétion sudorale, corticaux ou médullaires. Ces troubles peuvent dans les affections médullaires se localiser d'une façon segmentaire ; au contraire on ne connaît pas d'hyperhidrose ou d'anhidrose à distribution radiculaire. — Il existe dans le bulbe, au niveau du plancher du IVe ventricule, un centre vaso-moteur commun à tout le corps ; son excitation produit une vaso-constriction générale, sa paralysie une vaso-dilatation. Au-dessus du bulbe, il existerait au niveau de l'écorce de chaque hémisphère, un centre vaso-moteur dont la destruction produit de l'hyperthermie et l'excitation de l'hypothermie ; d'autres centres de régulation thermique semblent exister au niveau du corps strié et surtout du noyau caudé. Dans

©BIUM

les lésions cérébrales ou médullaires occasionnant ou non des paralysies, les troubles vaso-moteurs ont été fréquemment signalés ; une lésion bulbaire peut, d'après les observations de Babinski, n'intéresser que les voies vaso-motrices d'un seul côté. Quant aux ecchymoses et au purpura, on les rencontre dans les affections les plus diverses de l'encéphale, des méninges, de la moelle ou des nerfs. Dans l'immense majorité des cas, ce sont les extrémités des membres qui sont frappées seules ou d'une façon prédominante. — Au cours des maladies du système nerveux on peut observer la canitie, l'hypertrichose ou la chute des poils. L'hémicanitie totale ou partielle a été observée chez les paralytiques généraux, les tabétiques ou après un ictus apoplectique. L'hypertrichose est très fréquente (syringomyélie, compressions de la moelle, myélite transverse, etc.). Elle a surtout attiré l'attention par sa localisation lombaire (queue de faune) dans la spina bifida occulta. — L'existence des nerfs trophiques spéciaux est aujourd'hui rejetée et de multiples théories se disputent la pathogénie des troubles trophiques, soit par l'abolition de l'influence trophique du système nerveux, soit par l'action d'une irritation nerveuse à localisation quelconque modifiant les conditions de la nutrition des tissus. Les principaux troubles trophiques systématisés consistent en éruptions bulleuses, en modifications épithéliales de la peau, en pigmentations et dépigmentations. — On a vu parfois des éruptions d'origine infectieuse (syphilis, variole, furonculose...) se localiser sur des régions paralysées ou au contraire les respecter. — Le zona, enfin, et les éruptions zostériformes auraient une distribution radiculaire et relèveraient d'une inflammation des ganglions rachidiens ; il existerait cependant des zonas de cause périphérique par lésion des nerfs sensitifs, et peut-être d'origine centrale, dans la syringomyélie ou la myélite.

©BIUM

Les maladies cutanées à systématisation nerveuse consistent surtout en nævi. Parmi ceux-ci les nævi vasculaires (nævus variqueux ostéo-hypertrophique de Klippel et Trénaunay) résultent d'une perturbation de la période embryonnaire et sont asystématisés, n'offrant aucun rapport avec le système nerveux. Les nævi systématisés, au contraire, nævi nerveux, de constitution histologique variable (nævi verruqueux, herpétiformes, pigmentaires, pileux, etc.), affectent une distribution nerveuse et coexistent fréquemment avec une affection nerveuse, hydrocéphalie, épilepsie, arriération intellectuelle. Plusieurs théories ont été édifiées pour expliquer leur origine et leur nature (névritique, radiculaire, métamérique spinale, cutanée), sans pouvoir rallier tous les suffrages. Le même problème se pose dans certaines affections acquises, trophonévroses cutanées, lichénoïdes, lichen ruber plan, psoriasis, eczéma. L'intervention du système nerveux, d'autre part, dans les éruptions des maladies infectieuses semble probable (syphilides zoniformes, éruptions varioliques, scarlatineuses, purpuriques, ortiées, à type radiculaire ou spinal). Quant à la sclérodermie, quelques auteurs et en particulier Déjerine lui attribuent une origine sympathique, mais on ne peut à l'heure actuelle poser aucune conclusion ferme sur la pathogénie de cette affection.

M. *F. Sano*, médecin en chef de l'Asile-Dépôt à Anvers, co-rapporteur belge, nous expose ensuite oralement ses vues sur le même sujet. Ce faisant, il critiquera sévèrement le précédent rapport et défendra énergiquement la théorie du maître français, le professeur Brissaud.

Nos connaissances anatomiques, dit-il, sont insuffisantes pour donner actuellement une explication certaine à beaucoup de lésions cutanées, dont la dépendance à l'égard du système nerveux est cependant probable.

©BIUM

D'autre part, la diversité des cas est telle que l'on aurait tort de les vouloir réunir en une seule classe de phénomènes morbides et répondant à un seul mode de systématisation. La théorie qu'il esquissera ne sera donc pas la résultante logique et irréfutable des faits rigoureusement contrôlés et clairement élucidés. Ce sera l'hypothèse fragile et hésitante qui invitera aux recherches nouvelles, mais qui ne prétend même pas les guider. Si la conception de M. le professeur Brissaud, qui tend à nous expliquer certains faits cliniques d'anesthésie ou d'analgésie par des arrangements intra-médullaires différents des systématisations radiculaires ou périphériques, ne repose sur aucune preuve directe d'anatomie médullaire, il serait cependant exagéré de dire qu'elle n'est même pas justifiée par des preuves indirectes. La conception architectonique que nous sommes en droit de faire du système nerveux en général nous y conduit inévitablement, et dans le domaine des voies motrices les preuves anatomiques sont venues appuyer la conception géniale du maître français. La grande loi de la corrélation morphologique des organes se vérifie ainsi dans les moindres détails. — Le groupement des fibres dans la voie pyramidale dérive des localisations dans l'écorce du lobe central et ainsi s'explique comment des lésions corticales déterminent des paralysies ou des contractures bien différentes des paralysies médullaires. Les troubles trophiques doivent être rapportés bien plus à des lésions des voies motrices qu'à des lésions des voies sensitives. Et c'est, en définitive, la connaissance des noyaux moteurs médullaires du grand sympathique qui doit mettre sur la voie des explications claires et compréhensives.

Discussion. — M. *Meige* défend, lui aussi, contre M. Rose la théorie de Brissaud, théorie hypothétique et non définitive, théorie métamérique basée surtout

©BIUM

sur des considérations embryologiques, et il incline davantage vers les idées de M. Sano. — M. *Parhon* insiste sur la différenciation très nette qui existe entre les cornes antérieures de la moelle aux renflements cervical et lombaire et à la région dorsale. — M. *Laignel-Lavastine* rappelle ses recherches sur les localisations médullaires du sympathique et défend également l'hypothèse séduisante du professeur Brissaud.

Après la discussion, le Congrès se réunit au théâtre Pathé, où la direction lui offrait gracieusement une séance de cinématographie scientifique. Toute une série de films nouveaux et du plus haut intérêt avaient été spécialement créés à notre intention par le Dr Comandon, qui put ainsi nous montrer, pris sur le vif et se mouvant dans le plasma sanguin, le trypanosome de la maladie du sommeil, le spirille de la fièvre récurrente, le tréponème de la syphilis, et nous faire assister, dans le processus de guérison, à leur agglutination et à leur phagocytose. Cette séance de cinéma fut l'heureuse continuatrice de celle de Nantes, dont tous ceux qui y assistèrent ont certainement gardé le souvenir.

L'après-midi fut entièrement consacré à des communications diverses.

M. *Bienfait*. Quelques mots sur les atrophies réflexes. Troubles nerveux d'origine médullaire à la suite des traumatismes des extrémités.

M. *Chaumier*. Un cas d'arthropathie suppurée chez un tabétique devenu paralytique général.

MM. *Chevalier-Lavaure et Voivenel*. Sur un cas de nanisme mitral avec syndrome pluri-glandulaire. Le rétrécissement mitral pur est une infirmité plus qu'une maladie et paraît être un arrêt de développement engendré par les lésions des glandes à sécrétion interne.

M. *Fauconnier*. Sur le dermographisme et sa valeur

©BIUM

diagnostique. Le dermographisme se montre sous deux formes : 1° sous forme de bourrelets blancs, roses ou rouges : c'est le *dermographisme en relief*. On peut le considérer comme un stigmate de névropathie ; 2° sous forme de traînées roses ou rouges persistantes : c'est le *dermographisme plat*. L'apparition de traînées rouges et leur persistance pendant un temps inférieur à un quart d'heure est un phénomène banal, se présentant chez des individus sains ou des sujets atteints des affections les plus diverses. — M. *Dupré*. Le dermographisme s'observe chez les déséquilibrés de l'émotivité, c'est-à-dire de la vaso-motricité. Il est absolument étranger à l'hystérie, malgré qu'il ait joué autrefois un grand rôle dans les soi-disant stigmates diaboliques.

M. *Giraud*. Quelques faits sur le cervelet.

1° Il peut y avoir destruction totale d'une grosse partie du cervelet sans aucun des symptômes cliniques dits cérébelleux.

2° Dans les chorées, le maximum de méningo-encéphalite semble situé dans le cervelet.

3° Le sens visuel a une localisation dans le flocculus.

4° La loi de Taty dans les démences se vérifie dans l'idiotie. Là, comme dans les démences, le cervelet reproduit les altérations cérébrales avec une diminution dans l'intensité.

M. *Laruelle*. La réaction de Wassermann dans les maladies nerveuses et mentales.

M. *Meige*. Un cas de trémophobie. La *trémophobie* est la peur de trembler. Cette variété de phobie n'est pas rare chez les sujets qui présentent du tremblement de la tête ou des membres. Elle participe à tous les caractères des obsessions et se rapproche surtout de l'éreutophobie. On la voit apparaître chez des sujets prédisposés, surtout chez ceux qui possèdent une constitution émotive. Rougeur et tremblement ne sont, en effet, que des

©BIUM

manifestations réflexes de l'émotivité. La trémophobie peut avoir pour point de départ un tremblement véritable. Elle se relie aussi à des idées de toutes sortes : idées d'humiliation, idées de déchéance, préoccupations nosophobiques. Le tremblement, quel qu'il soit, peut ainsi être chez les sujets prédisposés, le point de départ de troubles psychopathiques à forme obsédante.

Il y a donc lieu, lorsqu'on examine un trembleur, non seulement d'analyser les caractères objectifs de son tremblement, mais de rechercher la répercussion mentale qu'il peut avoir, et, inversement, il faut aussi chercher à apprécier le rôle joué par la trémophobie dans l'apparition ou l'exagération du tremblement. Cette recherche est particulièrement importante dans les cas d'accident du travail à la suite desquels peuvent s'observer tantôt la simulation volontaire d'un tremblement, tantôt cette disposition revendicatrice à laquelle M. Brissaud a donné le nom imagé de *sinistrose*.

Discussion. — M. *Régis*. Il est fréquent d'observer l'exagération d'un phénomène morbide par un facteur psychopathique; l'embarras de la marche dû à une cause médullaire, celui du tabes par exemple, est bien plus considérable lorsque survient une phobie. La communication de M. Meige soulève, d'autre part, la question des conséquences, non seulement médico-légales, mais professionnelles du tremblement et de la phobie. Le trac des coiffeurs, notamment, provient de l'existence préalable d'un tremblement chez le phobique et peut obliger celui-ci à abandonner sa profession. — M. *Hartenberg* a spécialement étudié l'éreutose. Il distingue quatre catégories de sujets : ceux qui rougissent tout en éprouvant une émotion normale; ceux qui rougissent et éprouvent une émotion exagérée, mais ne présentent pas de phobie : ce sont, à proprement parler, des *éreutopathes*; ceux qui ont, en plus, la peur de rougir;

©BIUM

ceux enfin qui sont obsédés par cette peur. Une graduation insensible s'établit d'une catégorie à l'autre. Tous les sujets examinés présentaient des symptômes organiques : éréthisme cardiaque, dilatation des carotides et même des artères de la face, tendance aux poussées congestives de la tête avec moiteur et sudation, dermographisme extrêmement marqué. Cet ensemble symptomatique constitue la base physiologique organique de la phobie de la rougeur. L'élément émotif, anxieux, se surajoute à l'élément organique dans l'éreutophobie. En combattant l'éréthisme vasculaire, l'instabilité vaso-motrice, on peut arriver à guérir l'obsession. — M. *Bérillon* prône la psychothérapie et soutient que l'hypnotisme et la suggestion sont capables de faire disparaître le tremblement chez les phobiques et même... chez les trembleurs alcooliques. — M. *Halipré* estime que l'expert se trouve très embarrassé dans certains cas de tremblement survenant après un accident du travail. — M. *Foveau de Courmelles* a noté l'heureuse influence de l'action psychique dans la disparition du tremblement. — M. *Graeter* a guéri par l'hypnotisme un cas de trémophobie chez un soldat. Il a remarqué que les mauvais tireurs sont principalement des émotifs et que la brusquerie de leurs officiers a une influence puissamment favorisante. Il insiste sur le rôle de la psychoanalyse dans le traitement des obsessions telles que le tremblement et le bégaiement.

M. *Médéa*. Remarques cliniques à propos de quelques cas de tumeur cérébrale avec ou sans intervention chirurgicale.

M. *Halipré*. Volumineux gliome de la base avec intégrité de la 3e paire chez un enfant de onze ans présentant les symptômes d'une tumeur cérébrale de la convexité (hémiplégie droite avec contracture et crises jacksoniennes non modifiées par le traitement bro-

muré; affaiblissement progressif de l'acuité visuelle aboutissant à la cécité).

MM. *Parhon* et *Goldstein*. Note sur les rapports du syndrome de Parkinson avec les altérations des glandes endocrines.

M. *Sicard*. Les algies du nerf ophtalmique.

M. *Feuillade*. États neurasthéniques et psychasthéniques post-infectieux.

M. *Bérillon*. L'habitus extérieur des névropathes.

MM. *Dupré* et *Devaux*. La mélancolie du peintre Hugues Van der Gœs. L'étude de la biographie de Hugues Van der Gœs montre que cet ancêtre de la peinture primitive flamande, qui florissait au milieu du XV^e^ siècle, a été atteint, dans les dernières années de sa vie, d'un état de mélancolie sous l'influence duquel, au Prieuré du Cloître-Rouge, il présenta de l'inertie, du découragement, du désespoir, des idées de culpabilité, de damnation et de suicide. Les troubles mentaux ont interrompu avant l'heure l'activité et la production de ce grand artiste sans qu'on puisse saisir, au cours de sa carrière, l'influence d'une autre période dépressive analogue. Il est intéressant de commenter les diverses explications que les historiens de l'art et les biographes de Van der Gœs ont essayé de donner de l'apparition de la folie du peintre : amour malheureux, repentir de sa vie passée, désespoir d'arriver dans son art à la perfection.

M. *F. Levy*. Rapports des névralgies faciales et des migraines. Leur solidarité anatomique.

M. *Williams*. Un nouveau thermo-esthésiomètre.

M. *Porot*. Méningite cérébro-spinale à type intermittent chez un jeune paludéen.

M. *Faure*. Retour des réflexes patellaires et pupillaires au cours du tabes régressif.

M. *Mirallié*. Hypertrichose dans la paralysie spinale infantile.

©BIUM

A l'issue de cette séance, M. *Glorieux* présente une jeune fille, une hystérique, frappée de mutisme par cause psychique et offrant un œdème énorme de la main et de l'avant-bras gauches avec contracture. — M. *Dupré*, qui a examiné cette malade, résume son observation en ces termes : Simulation consciente et volontaire d'un œdème localisé au dernier segment du membre supérieur par une constriction en bande de 4 à 5 centimètres de largeur, au-dessus de laquelle l'œdème cesse brusquement et immédiatement. Les cas de ce genre relèvent de la mythomanie et non de l'hystérie. Les malades agissent ainsi par vanité, pour se rendre intéressants, et soutiendront leur simulation pendant des mois et des années, contre toute raison.

Mercredi 3 *août*. Visite de la colonie d'aliénés de Gheel. Cette colonie est trop connue des lecteurs des *Annales médico-psychologiques* pour que nous entreprenions de leur en donner la description. Nous ne pouvons qu'enregistrer l'excellence de la situation de la colonie, le dévouement que manifestent les habitants de la contrée à leurs malades, l'irréprochable tenue des infirmeries et les applaudissements élogieux dont les membres du Congrès accueillirent les paroles de son médecin-directeur, le Dr Meeus.

Après le déjeuner, offert par la colonie, séance de communications diverses.

M. *Chaumier*. Quelques observations de délire aigu.

M. *Jourdan*. Sur certaines formes de paralysie générale traumatique.

MM. *Chevalier-Lavaure* et *Voivenel*. Contribution à l'étude de la réaction de Noguchi-Moore chez les aliénés.

M. *Laruelle*. Nouvelle contribution clinique à l'étude des psychoses hystériques.

MM. *Parhon* et *Uréchie*. Note sur la formule leucocytaire dans la manie et la mélancolie.

©BIUM

MM. *Voivenel* et *Fontaine*. Sur quelques cas de pellagre chez les aliénés. La pellagre est avant tout une maladie de misère. Les auteurs ne croient pas qu'un poison spécifique soit nécessaire ; ils pensent que des toxines alimentaires autres que celles du maïs sont suffisantes, et insistent, en terminant, sur le rôle prépondérant que la stercophagie a joué dans plusieurs cas. — Discussion. MM. *Régis* et *Parhon*.

Considérations sur la maladie de Raynaud chez les aliénés, par les mêmes. Après avoir exposé les diverses théories émises et fait la bibliographie de la question, les auteurs estiment que les glandes à sécrétion interne jouent dans l'apparition de ce syndrome un rôle relativement plus important qu'on ne croit et se basent sur la coexistence fréquente, soit dans leurs observations, soit dans des observations étrangères, de lésions du corps thyroïde, de sclérodermie, de nanisme, d'insuffisance ovarienne.

Discussion. — M. *Parhon* a observé la coexistence du syndrome de Raynaud avec des lésions thyroïdiennes et la disparition du syndrome par le traitement thyroïdien. — MM. *Bertrand* et *Crocq* tiennent à différencier la maladie de Raynaud et le syndrome de Raynaud. — M. *Simonin* rappelle que le syndrome de Raynaud a été observé chez des rhumatisants avec lésions thyroïdiennes par Vincent. Il relate un cas dû à une polyartérite oblitérante chez un soldat de dix-neuf ans, présentant une infection tuberculeuse généralisée avec splénite considérable, néphrite bilatérale et lésions de l'aorte. — M. *Thiroux* a constaté le syndrome de Raynaud dans la lèpre.

MM. *Hamel* et *Lallemant*. Aliénés refoulés d'Amérique et débarqués au port du Havre. Les asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure (Quatre-Mares et Saint-Yon) reçoivent chaque année un certain nombre d'émigrants d'Amérique atteints d'aliénation mentale et débarqués

©BIUM

au Havre. Les auteurs appellent surtout l'attention du Congrès sur les émigrants ayant séjourné plus ou moins longtemps sur le continent américain et qui sont *refoulés* par le Gouvernement des États-Unis et du Canada par suite d'aliénation mentale, grâce à la loi américaine de février 1907 sur l'immigration. D'après cette loi, en effet, peut être refoulé sur le continent européen tout émigrant qui n'a pas trois années de séjour en Amérique :

1° S'il est en état d'aliénation mentale constatée ;

2° S'il est prouvé que cinq ans avant son arrivée en Amérique il a été atteint d'aliénation mentale ;

3° S'il est prouvé également qu'avant son arrivée il a été atteint deux fois dans sa vie d'aliénation mentale.

Cette question des aliénés refoulés soulève un point intéressant en ce qui concerne le traitement rationnel et l'assistance utile de ces malades. Ce sont presque tous des sujets jeunes, atteints d'affections en partie curables, appartenant pour la plupart à des nationalités de l'Europe méridionale et parmi lesquels plusieurs, qui auraient certainement bénéficié d'un retour rapide dans leur pays, sont exposés à finir leurs jours dans nos asiles après avoir évolué vers la chronicité.

Discussion. — M. *Granjux* souligne l'importance capitale de cette communication au point de vue social. La question doit être étudiée et des vœux devront ensuite être présentés à un Congrès ultérieur. — M. *Demonchy* appuie cette proposition.

La séance se clôt sur l'audition de M^lle^ Diamandi, sœur du célèbre calculateur, douée comme lui d'une mémoire visuelle extraordinaire.

Jeudi 4 *août*. Séance à l'Institut de physiologie de Liége. Discussion de la troisième question :

ALCOOLISME ET CRIMINALITÉ, rapport présenté par MM. le D^r^ *Aug. Ley*, médecin en chef du Sanatorium

du Fort-Jaco (Uccle), et *René Charpentier*, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris. Il est malheureusement d'observation courante que l'alcool joue un rôle considérable dans la perpétration des crimes et, à ce point de vue, l'intoxication chronique est plus redoutable encore que l'ivresse passagère. D'autre part, en produisant l'insuffisance mentale et la dégénérescence des descendants, il est aussi un facteur important de criminalité. Sociologistes et criminologistes constatent journellement son œuvre néfaste.

L'action de l'alcool sur la genèse psychologique des crimes et délits est extrêmement variée et la sanction de ceux-ci doit différer suivant les relations qu'ils affectent avec cet agent toxique. Il ne suffit pas qu'un acte donné soit dû à l'intoxication alcoolique pour que les conséquences de cet acte doivent nécessairement appeler la même sanction. Le meurtre peut être l'effet d'une ivresse involontaire, d'un accès d'alcoolisme subaigu ; il peut être relié à l'idée de jalousie d'un alcoolique chronique ; il peut aussi être en relation avec une intoxication alcoolique voulue, accomplie sciemment par un meurtrier qui, au dernier moment, veut étouffer le réveil de sentiments moraux.

La clinique médico-légale doit envisager successivement les délits et les crimes dus à l'ivresse, à l'alcoolisme chronique et aux accidents aigus de celui-ci. Associés entre eux ou non, la diffamation, les outrages, violences et voies de fait, coups et blessures, bris de clôture, bris d'objets d'utilité publique, outrages publics à la pudeur, attentats aux mœurs, le vol, l'homicide involontaire ou volontaire sont les délits et les crimes fréquents de l'ivresse. Ils relèvent des phénomènes d'excitation, des tendances instinctives aux réactions automatiques, non tempérées par le frein normal du jugement de l'acte lui-même et de ses conséquences.

©BIUM

Certains de ces actes relèvent des dispositions natives d'un sujet chez lequel l'alcool a fait disparaître momentanément le vernis apporté par l'éducation et la notion acquise des droits de chacun. Souvent, au contraire, l'acte commis contraste singulièrement avec toute la vie du sujet et semble créé de toutes pièces par le toxique. — Les actes médico-légaux de l'alcoolique se font remarquer par leur impulsivité, leur brutalité, leur violence. L'ivresse excito-motrice, notamment, est caractérisée par une véritable décharge motrice, « fureur aveugle automatique qui s'attaque frénétiquement aux êtres et aux choses, brise, frappe et tue », suivant l'expression de P. Garnier, différant de l'ivresse ordinaire par la brusquerie du début et l'intensité des réactions motrices, essentiellement destructrices. Quant aux ivresses hallucinatoires et délirantes, leurs réactions se rapprochent beaucoup, au point de vue clinique et médico-légal, de celles qu'on observe au cours des psychoses aiguës ou subaiguës de l'alcoolisme ; elles en diffèrent par leur étiologie récente, leur début brusque, leur courte durée, leur amnésie plus marquée.

La plupart cependant des crimes et des délits s'observent, non chez l'ivrogne accidentel, mais chez l'alcoolique chronique. Les deux grandes causes criminogènes sont, d'une part, l'affaiblissement intellectuel, d'autre part, les idées délirantes de persécution et surtout de jalousie. Progressivement, la démence alcoolique, avec son cortège d'affaiblissement de la mémoire, de la volonté, de l'affectivité, de la moralité, réalise un état de déchéance intellectuelle, dans lequel le laisser-aller, l'impossibilité d'un travail suivi, l'irritabilité, l'irascibilité, l'absence de pudeur et de dignité s'allient à une dégénérescence organique qui empêche le plus souvent l'individu de subvenir à ses besoins. Les idées délirantes de jalousie, d'autre part, reposent le plus

souvent non sur l'instinct sexuel, très amoindri, mais sur une déviation de l'instinct de propriété. Basée sur des interprétations fausses dans la généralité, alimentée parfois par des illusions et des hallucinations, la jalousie de l'alcoolique est souvent une jalousie sans désirs, sans protestations d'affection, mais brutale, violente, pleine de menaces.

Les cas d'alcoolisme subaigu sont les plus fréquents des cas d'alcoolisme soumis à l'appréciation des experts, — parce qu'aussi la nature morbide de l'acte y est évidente. L'alcoolique subaigu, confus et critique, erre souvent à travers les rues, désorienté dans le temps et dans l'espace, ou bien, fugueur halluciné et délirant, s'élance hors de chez lui dans un raptus pantophobique. Fréquemment aussi son délit de vagabondage se complique d'escalade et de violation de propriété privée, d'outrage public à la pudeur, de rébellion et outrages, de coups et blessures, de violences et voies de fait, de menaces de mort, d'homicide.

Si maintenant on l'envisage dans son ensemble, la criminalité des alcooliques se présente sous un double aspect ; tantôt il s'agit d'un trouble de l'intelligence, de la moralité et de la volonté, tantôt d'un état délirant surajouté. L'importance du rôle de l'alcool en criminologie s'accroît enfin de son influence puissante comme facteur de dégénérescence et d'amoralité héréditaires, comme producteur de déchets sociaux hérédo-alcooliques, « criminels-nés » de Lombroso, épileptiques, etc., comme agent provocateur poussant à la violence et au crime les épileptiques simples, les excités maniaques, les paralytiques généraux et autres déments, les délirants persécutés.

Après les faits, les sanctions et les mesures préventives de prophylaxie sociale. — Les rapporteurs critiquent fort justement les mesures actuellement en

©BIUM

vigueur en France et en Belgique : internement transitoire dans un asile d'aliénés ou peine atténuée en raison d'une responsabilité reconnue nulle ou atténuée ; mesures mauvaises légalement et médicalement, aboutissant à la condamnation d'un acte morbide ou au traitement insuffisant d'un malade souvent chronique. Le récidivisme et le parasitisme ne sont pas atteints par la collaboration médico-judiciaire actuelle et le problème de la criminalité alcoolique se pose tous les jours, exigeant une solution prochaine. Les alcooliques criminels devraient être internés par mesure judiciaire et réunis tous dans une section spéciale des *asiles de buveurs*. Ainsi ne seraient pas mélangés à eux les buveurs non encore délinquants ou criminels, cependant avertis par ce voisinage des conséquences possibles de leur intempérance. De cette section spéciale, confiée à un médecin, on ne pourrait sortir que sur une ordonnance du magistrat et au bout d'un temps indéterminé. Lorsque, après plusieurs essais, le sujet aurait montré son incapacité de vivre au dehors et son récidivisme incorrigible, le tribunal pourrait prolonger de plus en plus le temps de traitement jugé nécessaire.

Asiles de buveurs, section des alcooliques criminels, avec traitement forcé et travail obligatoire, telle est la sanction nécessaire. L'orateur passe ensuite en revue les mesures de défense et de prophylaxie sociales préconisées par les différents pays : enseignement antialcoolique théorique et pratique, proscription de l'alcool sous toutes ses formes, monopole de fabrication et de vente avec réglementation sévère, option locale et prohibition d'Etat. Seule la prohibition de l'alcool a donné des résultats véritablement utiles. Son adoption doit être préparée par l'éducation du peuple à l'école, au régiment et dans les sociétés antialcooliques. — Malheureusement il est encore trop d'Etats civilisés qui

©BIUM

équilibrent leur budget au moyen de taxes sur l'alcool et croient avoir intérêt à ne pas tarir une source de revenus considérables.

Discussion. — M. *Simonin* expose la lutte et l'enseignement antialcooliques dans l'armée française. L'alcool ne doit plus être, ainsi qu'autrefois, considéré comme un agent d'énergie et de force mais comme un facteur de dissolution et d'amoralité. Toutefois, si l'orateur prêche l'abstention de tout alcool en nature, il ne s'oppose pas à l'usage modéré des boissons fermentées dites hygiéniques. — MM. *Granjux* et *Jude* fournissent une statistique intéressante sur la criminalité alcoolique dans l'armée et en étudient la prophylaxie. Ils exposent le fonctionnement des « maisons du soldat », dont 45 existent en France, et se déclarent, comme M. Simonin, opposés à l'abstinence totale. — M. *Binet-Sanglé* apporte les résultats d'une statistique sur la fréquence relative de l'alcoolisme et des maladies mentales dans les prisons militaires, les pénitenciers, les compagnies de discipline et les ateliers de travaux publics. — M. *Papadaki* demande l'appui de la loi pour traiter les alcooliques par l'abstention totale. — M. *Régis* fournit une statistique personnelle sur les actes de violence et la délinquance chez les alcooliques, puis il étudie l'action dépopulatrice de l'alcool. Les ménages les plus chargés d'enfants, dit-il, sont les ménages d'alcooliques. Mais une sélection naturelle s'opère ; à la polynatalité succède une polymortalité infantile. Toutefois le nombre des enfants restants est souvent encore supérieur au taux moyen de la natalité française, et pour beaucoup, malheureusement, ce sont des enfants anormaux. Le P[r] Régis montre ensuite le délire jaloux de l'alcoolique lié fréquemment à un accès subaigu et à des hallucinations visuelles ; il souligne l'importance médico-légale de l'auto-dénonciation déli-

©BIUM

rante et le rôle brutal du toxique chez les paralytiques généraux, transformant en malveillance leur habituelle bonhomie ; il proteste très vivement enfin contre l'abstinence totale prêchée par les rapporteurs ; il ne croit pas à l'action alcoolisante et délirante du vin. L'alcoolisme dans les contrées vinicoles est en raison inverse du vin qu'on y cultive et qu'on y boit. L'on doit s'élever de toutes ses forces contre l'excommunication, attentatoire à la liberté, que lancent MM. Ley et Charpentier contre ceux qui usent, même très modérément, de boissons vineuses. — M. *Crocq* défend la bière, boisson nationale des Belges, comme MM. Régis, bordelais, et Granjux, bourguignon, ont défendu le vin. L'on n'a pas le droit d'interdire à tous les malades d'un asile, encore moins au personnel, le verre de bière auquel ils sont accoutumés ; ce serait une atteinte à la liberté. Il s'est malheureusement fondé depuis quelques années une « secte de bons templiers », intimement convaincus de la nocivité des boissons fermentées, vin, cidre ou bière, et l'on ne discute pas une croyance. — M. *Graeter* discute d'abord la jalousie alcoolique. Certains malades, des déments précoces notamment, ne sont devenus alcooliques que parce que déjà malades et déments précoces ; le délire de jalousie relève souvent non de l'alcoolisme secondaire, mais de la démence précoce initiale ; il est à noter toutefois que ces déments précoces sont souvent des enfants d'alcooliques, c'est-à-dire des hérédo-alcooliques. Il signale l'importance de l'alcoolisme des procréateurs dans le développement d'une tuberculose ou dans l'apparition d'affections nervo-mentales chez les descendants. Puis l'argumentateur défend véhémentement l'abstinence totale du personnel asilaire et fulmine contre les médecins qui osent boire du vin à leur table et vider à un banquet une coupe de champagne ! « C'est le devoir de chaque citoyen d'être abstinent, et abstinent total. »

— D'autres orateurs prennent encore la parole sur ce point, cependant bien éloigné du sujet du rapport en discussion, de la nocivité ou de l'innocuité du vin et de la bière (MM. Boulanger, Lienhart, Voivenel, François, Fortineau, Demonchy, etc.) ; puis MM. Ley et Charpentier répondent : l'exemple du médecin non abstinent est, à leurs yeux, déplorable et ils entendent demeurer sur leurs positions.

Communications diverses :

MM. *Juquelier* et *Filassier*. La jurisprudence des tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse.

M. *Simonin*. La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire. Les réactions agressives ou excito-motrices dans l'ivresse ne sont pas fatales, ni faciles à prévoir. Elles paraissent dépendre beaucoup plus de la constitution même du sujet ou de la nature du poison ingéré, que de la volonté du délinquant ou de l'excès proprement dit. Il ne semble donc pas équitable de rendre l'ivrogne complètement responsable de tous les actes délictueux commis par lui dans l'ivresse agressive ou excito-motrice, véritable complication fortuite que le délinquant ne peut prévoir, ni maîtriser. Le code actuel de justice militaire n'a pas été fait pour un temps de paix et pour une armée nationale ; il est véritablement draconien et il y aurait lieu de le reviser.

M. *Jude*. Au sujet de l'alcoolisme dans l'armée.

M. *Rouby*. Un cas de parricide fils d'alcoolique.

M. *Haury*. L'indiscipline morbide. Un cas de désertion en état de confusion mentale. — Le dépistage des anormaux psychiques dans l'armée.

M. *Klippel*. Les attaques de catalepsie partielle dans les lésions encéphaliques en foyer.

M. *Meige*. Une forme de convulsion faciale bilatérale.

©BIUM

MM. *Parhon* et *Dumitresco*. Note sur la teneur en calcium du sang et des centres nerveux dans l'insuffisance thyroïdienne.

M. et M^me^ *Vogt*. Démonstration anatomique avec projections sur l'architectonie cérébrale, base des localisations futures.

M. *Medea*. A propos de l'hémiatrophie cérébro-cérébelleuse croisée. — A propos de la sclérose combinée ou pseudo-combinée de la moelle épinière.

M. *Foveau de Courmelles*. Traitement électrique des névralgies. — M. *Bonjour* préconise, dans les névralgies simples, la suggestion hypnotique.

M. *Raoult-Deslongchamps*. Le traitement des hémiplégies par l'électricité. — Le traitement des névrites périphériques par les agents physiques.

M. *P.-E. Lévy*. Inutilité de l'isolement dans le traitement de la neurasthénie et des névroses. La supériorité de la cure libre. La presque totalité des névroses de toute nature, neurasthénies, phobies, obsessions, etc., peuvent être traitées avec succès en cure libre. Les rechutes sont fréquemment observées après le traitement par l'isolement, même prolongé parfois pendant des semaines et des mois, et en sont assurément la conséquence directe : le malade, momentanément séparé des causes qui ont provoqué son affection, retombe, parfois presque soudainement, dès qu'il se trouve replacé en contact avec elles. Ces rechutes ne s'observent pas, au contraire, après le traitement en cure libre, dans lequel on aura entraîné progressivement le malade à réagir et à s'adapter à ces diverses causes et par lequel on aura réalisé l'éducation de sa volonté.

Discussion. — M. *Deny* ne partage pas l'optimisme de l'auteur. Les manifestations phobiques ou obsédantes dont il parle se reproduisent fatalement, quelle

que soit la psychothérapie, en cure libre ou d'isolement parce qu'elles sont dues à une perturbation constitutionnelle, congénitale, de l'individu. Quant à la guérison, elle se fait toujours par suite de l'évolution naturelle de la maladie. — M. *Famen* défend le traitement de ces malades dans les maisons de cure. — M. *Régis*. La plupart des obsessions sont incurables, quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, quel que soit le traitement employé, surtout quand l'obsession est constitutionnelle, c'est-à-dire innée, inhérente à l'individu. Les accès en bouffées peuvent guérir, mais le fonds mental reste le même.

M. *Noïca*. Recherches sur le mécanisme de l'ataxie chez les tabétiques. Essais de corriger l'ataxie par bandages orthopédiques.

M. *Haskovec*. A propos de la question de la localisation de la conscience (schéma neuro et psychopathologiques).

M. *Bérillon*. Essai de psycho-pathologie du jugement. Les aphronies et les aphroniques.

M. *Joire*. Nature de l'hystérie et son traitement. — La psychothérapie et ses adjuvants.

MM. *Dupré* et *Logre*. Les délires d'imagination. Nous proposons de désigner sous ce nom les processus morbides de l'imagination reproductrice et surtout créatrice, c'est-à-dire de cette activité psychique qui, par l'association spontanée des images et des idées, aboutit à des combinaisons nouvelles, à des synthèses systématiques originales, de nature subjective et d'origine autogène. Ces produits de l'esprit, dont la complexité est proportionnelle à l'abondance et à la mobilité des matériaux psychiques, expriment par leur orientation les tendances constitutionnelles du sujet, et par leur valeur le niveau d'intelligence et de culture de leur auteur. Les troubles de l'imagination, qui jouent évidemment un

©BIUM

rôle dans la constitution de tous les délires, représentent, à l'origine et dans le développement de certains d'entre eux, l'élément pathologique principal, et confèrent au syndrome des caractères qui distinguent le caractère imaginatif des délires confusionnels, hallucinatoires ou interprétatifs. Dans les délires d'imagination, l'idée morbide éclôt, soit à l'occasion d'un fait objectif, soit spontanément, par invention, par intuition directe, par auto-suggestion. Le délire n'est pas secondaire à des troubles de la perception ni à un vice du raisonnement : il s'improvise d'emblée et se développe par une fabulation extensive, plus ou moins riche et plus ou moins cohérente.

Le terrain sur lequel apparaît le délire d'imagination est celui de la mythomanie constitutionnelle. Crédule, suggestible, enclin au mensonge, à la fabulation et à la simulation, le mythomane passe facilement de la simple erreur au délire, et il existe toutes les transitions entre la mythomanie épisodique et la mythomanie délirante.

Le délire d'imagination se rencontre, à titre de syndrome, au cours de bien des états morbides : dépression et surtout excitation, confusion mentale subaiguë ou chronique dans laquelle la rêverie fabulante succède au rêve hallucinatoire véritable, démences dans lesquelles, associée à l'amnésie de fixation, la fabulation crée le syndrome presbyophrénique, paralysie générale dans laquelle le délire imaginatif atteint les proportions les plus fantastiques, etc. Le délire d'imagination s'observe à l'état isolé, chez les débiles, à titre de bouffée épisodique, ou au cours des psychoses chroniques à évolution démentielle. Il se manifeste sous la forme d'idées de persécution, d'hypocondrie et surtout de grandeur : principalement chez les inventeurs, les réformateurs, les fondateurs de religions, et ces malades, à la fois imaginatifs et interprétateurs, persécuteurs familiaux,

©BIUM

bien étudiés par Sérieux et Capgras. Enfin il affecte les plus étroits rapports avec l'hystérie qu'on peut considérer comme une fabulation de symptômes, comme une mythomanie appliquée à la simulation des syndromes pathologiques.

— M. *Hartenberg*. Tous les accidents hystériques se ramènent à des phénomènes d'imagination exagérée.

Les travaux du XX^e^ Congrès sont désormais terminés. A l'assemblée générale qui les clôt définitivement, l'on ratifie le choix de Tunis comme siège du prochain Congrès, avec, sur les conseils de M. Porot, secrétaire général, le mercredi qui précède Pâques comme date d'ouverture; on nomme avec acclamation M. le P^r^ Régis rapporteur général de la question de l'assistance des aliénés aux colonies, l'un des rapporteurs désignés, M. Scherb, étant mort, et le second, M. Reboul, n'étant pas sûr de pouvoir présenter le rapport dont il a été chargé. Puis on procède à l'élection d'un vice-président, M. Deny passant de droit président du XXI^e^ Congrès : le nom de M. Mabille, le sympathique médecin-directeur de l'asile de Lafond, sort de l'urne au milieu des applaudissement unanimes. Deux autres élections ont lieu, celles de deux membres devant remplacer dans le Comité permanent MM. Giraud, décédé, et Gilbert-Ballet, sortant par voie de tirage au sort : le Congrès choisit MM. Antheaume et Doutrebente. Il nous faut enfin déplorer le départ de notre secrétaire général permanent, M. Meige, dont l'inlassable dévouement fut, depuis 1906, l'une des causes premières de la réussite et de la prospérité de nos Congrès. M. Meige quitte le Comité pour se consacrer exclusivement à la continuation de l'œuvre importante fondée par le professeur Brissaud ; il emporte les regrets et les sympathies unanimes des congressistes.

Le soir, une aimable et cordiale réception était offerte

©BIUM

par la municipalité de Liége. Son distingué bourgmestre, M. Kleyer, prononça à cette occasion une allocution exquise de tact et vibrante de sympathie à la suite de laquelle de nombreuses flûtes remplies d'un excellent champagne s'élevèrent joyeusement en l'honneur des Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, acceptant, pour cette fois, de communier avec les verres des deux ou trois impénitents buveurs d'eau, dont les intransigeantes théories ne rallièrent à leur religion aucun néophyte.

Le lendemain matin, de rapides et confortables autos nous emmenaient en longue théorie, à travers d'admirables paysages, visiter Spa, la cascade de Coo, les merveilleuses grottes de Rochefort et de Han, Dinant, l'abbaye de Maredsous, Namur, etc. Un dernier raout devait enfin nous réunir tous à l'Hôtel de Ville de Bruxelles le dimanche soir avant le départ pour les excursions en Flandre et en Hollande, mais si quelques-uns seulement y vinrent..., le sévère bourgmestre ne doit pas en ignorer la raison.

ROGER DUPOUY.

©BIUM

Psychologie morbide.

UN DÉLIRE D'INTERPRÉTATION DANS L'HISTOIRE

MARIA-STELLA CHIAPPINI

LADY NEWBOROUGH, BARONNE STERNBERG

(1773-1843)

Par le Dr Lucien LAGRIFFE

Médecin des asiles publics d'aliénés.

Suite et fin (1).

Il s'agit maintenant pour Maria-Stella de rechercher cette famille de Joinville à laquelle elle appartient, bien que déjà elle ne doute pas que cette famille de Joinville n'est autre que la famille d'Orléans. C'est à partir de cette époque que, munie d'une pièce qu'elle croit très officielle, elle devient la proie facile des escrocs. Elle s'adresse d'abord vainement au duc de Bourbon-Condé qui lui renvoie ses papiers fort dédaigneusement. « Un littérateur de grande réputation » rédige pour elle un placet pour Mme la Dauphine ; mais au bout de trois semaines la personne qui s'est chargée de le remettre prie Maria-Stella de ne plus la charger d'une pareille commission, qui lui a valu un interrogatoire et la surveillance de la police.

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1910.

©BIUM

Elle fait insérer, en mars 1825, dans les journaux d'Italie, un abrégé de son affaire, elle y désigne ses parents par l'initiale J..., et cependant « personne ne « put croire qu'il s'agissait de simples comtes : tout le « monde balbutiait des noms augustes ; mais comme « la famille d'Orléans se trouve alliée à toutes les « maisons souveraines d'Italie, la crainte s'empara de « tous les cœurs et ferma toutes les bouches » (1). Opérant quelques recherches dans les archives de Gênes, elle ne retrouve presque aucun document concernant l'année 1773, et l'archiviste lui dit que les cahiers relatifs à cette époque, renfermant des notes très importantes, sont réunis dans un local à part où elle ne peut obtenir d'entrer, le gouverneur étant son ennemi juré.

D'ailleurs ce gouverneur ne l'invite jamais, même aux fêtes pour lesquelles il prie des gens de peu, et désire la voir s'éloigner à cause de l'obligation où il a été mis de la surveiller étroitement. Quand elle veut répondre à un libelle que son prétendu frère Thomas Chiappini fait courir sur elle (2), elle ne peut trouver un imprimeur ni à Gênes, ni à Florence, ni à Bologne, ni à Alexandrie ; tous les imprimeurs ont reçu des ordres à cet égard et s'exposeraient aux plus grandes peines en cas de désobéissance. Thomas Chiappini accuse les témoins de Maria-Stella d'imposture ; certains, comme le comte Borghi, se retournent contre elle, « tout le pays « était sens dessus dessous ». L'évêque de Faenza, sollicité, lui répond le 20 juillet 1826 : il l'exhorte à la patience et lui donne l'assurance que la vérité est bien établie.

(1) *Ibid.*, p. 122.

(2) Il s'agit, sans aucun doute, de la demande en revision du jugement du 29 mai 1824, déposée le 4 juin 1825 par Thomas Chiappini et accueillie par la rote criminelle. Il sera question de ce jugement plus loin.

Dès septembre 1825, elle s'était vue contrainte de quitter Gênes ; retirée aux portes de Nice, « j'eus le « malheur de rencontrer un gouverneur encore plus « rigide et plus malhonnête... Que pouvaient néan- « moins tant de procédés injustes, sinon me confirmer « de plus en plus dans mes hautes prétentions? Car il « m'était bien facile de reconnaître qu'ils étaient diri- « gés par une main puissante, et je ne pouvais croire « qu'un ennemi de cette espèce voulût se battre contre « de purs fantômes » (1).

Un nouvel avocat de la cause de Maria-Stella se présente spontanément : Alquier-Caze ; il la fait venir à Paris pour lui demander tout simplement si elle était autorisée par son mari à se pourvoir en justice, et en moins de quinze jours lui dépense sous divers prétextes plus de 3.000 écus. Le baron Sternberg, qu'il fallait bien pourtant consulter, pensait qu'il était plus sage de provoquer un arrangement, mais Maria-Stella ne voulait pas transiger avec son honneur, et à partir de ce moment elle ne perdra jamais de vue le but qu'elle se propose : « Tout ou rien. »

Le baron Sternberg revenu à Nice vers octobre 1826 lui conseille à nouveau et vainement un accommodement ; il lui signifie en même temps son intention formelle de placer leur fils en pension à Genève où Maria-Stella se rend vers le milieu de 1827. Alquier-Caze convaincu désormais qu'il ne pourra rien tirer d'elle conseille à son tour une transaction ; c'est la rupture.

Or, au moment où Maria-Stella venait de louer à bail une maison de campagne aux environs de Genève dont l'humidité lui était préjudiciable, elle reçoit de son mari des propositions auxquelles elle manifeste son intention de ne pas accéder. Mais le baron Sternberg parle très

(1) *Ibid.*, p. 130.

©BIUM

haut ; elle doit se rendre aux étranges conditions suivantes et que Henri Driver-Cooper, le nouveau jurisconsulte choisi, ira leur faire signer à Ferney, dans le château de Voltaire, « sur la table même où le grand « homme travaillait à ses immortels ouvrages » :

Driver-Cooper s'engage, pendant toute la durée du procès, à loger Maria-Stella en son château des Colonnes, à Bellevue, près de Meudon, à la nourrir, à lui fournir chevaux, voitures et domestiques, moyennant une somme annuelle de 25.000 francs payable d'avance, Driver-Cooper se réservant le droit de loger au château et de manger à la table de sa locataire ; chacune des parties contractantes devra payer la moitié des frais de l'affaire, le partage des résultats pécuniaires étant de droit à la fin du procès. Enfin carte blanche était donnée à Driver-Cooper pour la conduite de l'action qu'il se réservait le droit de ne pas suivre s'il le jugeait convenable (1). En même temps le baron Sternberg exigeait que Maria-Stella conservât auprès d'elle le précepteur italien de son fils.

Sur les 1.700 livres sterling constituant la rente de Maria-Stella, les arrangements matériels de Driver-Cooper en absorbaient donc déjà 1.000 ; pour mettre la main sur ce qui pouvait rester de la rente, « il appelle auprès « de lui d'infâmes auxiliaires, travaille avec eux l'esprit « du baron » ; bref, elle signe sans le lire un nouvel engagement qui met tout son avoir entre les mains de Driver-Cooper ; celui-ci amuse sa cliente, l'entretient fort mal à son gré. Maria-Stella s'aperçoit qu'elle est la victime d'une noire imposture ; ses droits sont restreints tous les jours, elle est étroitement surveillée.

Toutes ces conventions bizarres se terminent par une

(1) Voir ces accords extrêmement curieux, *loc. cit.* Pièces justificatives 6 et 7, p. 293 et seq.

©BIUM

révocation de pouvoirs, et, le 1er septembre 1828, Maria-Stella quitte Meudon pour s'installer à Paris à l'hôtel Britannique. Son mari, auquel elle fait des reproches, paraît agité, et le quatrième jour sort en disant qu'il revient dans une heure. Le soir, il écrivait que depuis longtemps sa présence étant nécessaire en Russie, il part pour empêcher des scènes déchirantes ; il n'a pas les torts que sa femme lui impute, et il partage ses peines sans pouvoir la secourir ; il donne procuration au précepteur italien d'agir pour elle contre Driver-Cooper ; enfin il prendra son fils à Genève pour l'emmener en Russie.

Débarrassée de Driver-Cooper après de nombreuses péripéties (arbitrages, jugement du Tribunal de Commerce), Maria-Stella écrit à Mme de Genlis pour lui demander la clef « de ce drame horrible qu'elle a peut-« être dirigé. (En supposant qu'elle ait été la nourrice « du jeune Chiappini, on s'expliquerait sans peine « pourquoi l'aîné seul de ses élèves lui donnait constam-« ment le nom de mère, et pourquoi elle-même lui par-« lait toujours d'un ton si maternel) (2) ».

La lettre à Mme de Genlis reste sans réponse ; une deuxième provoque l'arrivée en scène d'un jeune homme qui signe S. Ducrest de Saint-Aubin, nom de jeune fille de Mme de Genlis, parle de faire des recherches et se fait remettre 2.000 francs pour une enquête à Nancy ; puis peu après se présente un homme mal habillé qui vient déclarer que la comtesse de Genlis refuse de se mêler d'une affaire qui n'est qu'une imposture. Une démarche de Maria-Stella auprès de l'ambassadeur d'Angleterre, le 22 avril 1829, lui vaut une nouvelle fin de non-recevoir.

Elle se décide encore une fois à avoir recours à la

(2) *Ibid.*, p. 166 et note.

©BIUM

Presse et fait faire deux insertions dans *La Quotidienne*, journal légitimiste, passé depuis 1822 dans la contre-opposition de droite et organe des ultras. Mais voici qu'avant de consentir à une troisième insertion, Laurentie, le rédacteur en chef, demande une entrevue à Maria-Stella. Il eut un mouvement de stupeur en la voyant, se fit confier le dossier de l'affaire et conseilla, paraît-il, au lieu de publications partielles, une édition de toute l'histoire ; « votre ressemblance avec Louis XIV « est si frappante qu'il suffit de vous voir pour être « convaincu » (1).

Mais, trois jours après, Laurentie renvoyait le dossier à Maria-Stella, en lui disant qu'il avait pu se convaincre qu'en 1773, le duc et la duchesse d'Orléans étaient à Paris. Ce à quoi Maria-Stella répond qu'en effet le duc d'Orléans, mort en 1785, était bien à Paris en 1773, mais qu'il ne s'agit pas de lui, mais bien de Louis-Philippe-Joseph, duc de Chartres, Orléans-Égalité. Néanmoins, dans *La Quotidienne* des 2 et 3 novembre 1829, Laurentie fait passer un entrefilet dans lequel il dégage la responsabilité du journal au sujet des deux insertions précédentes ; il s'agit, ajoutait-il, d'une intrigue à laquelle le journal entend rester étranger.

C'était là, au dire de Maria-Stella, un criminel abus de confiance dont pourront juger la France et l'Europe entière au moment de l'apparition de son mémoire général. Lafont d'Aussonne, l'auteur des *Mémoires universels de la reine de France*, sollicité de corriger le mémoire, ne cacha pas, après en avoir pris connaissance, combien cette cause était périlleuse, et écrivit en même temps au duc d'Orléans pour proposer un arrangement à l'amiable dont lui-même serait l'arbitre. Lafont

(1) *Ibid.*, p. 193.

©BIUM

d'Aussonne, tout comme les autres, en voulait à l'honneur et surtout à la bourse de Maria-Stella.

« Les récentes entreprises des plus audacieuses trom-« peries (celles du faux duc de Normandie et du faux « baron de Saint-Clair) m'ont de plus en plus con-« vaincue que je ne saurais assez faire connaître les « événements divers qui ont occasionné le retard de « mes justes réclamations (1). »

Un nouvel avocat mis en possession du dossier désire, avant de le prendre définitivement en charge, faire des recherches dans les archives de la famille d'Orléans, et manifeste l'intention de s'adresser pour cela au premier intendant et au second avocat du duc ; « on sent assez « que je ne puis consentir à me mettre ainsi à la discré-« tion de mon adversaire ».

En 1830, elle remet enfin son affaire à un homme digne de toute confiance. « Oui, je l'espère, la Provi-« dence ne m'aura pas entièrement abandonnée, et le « jour du triomphe arrivera. J'en ai pour garant tant « de précieuses découvertes que les noires machina-« tions de mes ennemis ne m'ont pas empêchée de faire... « qu'on veuille m'écouter encore (2). »

Louis-Philippe-Joseph, duc de Chartres puis d'Orléans, « *nous semble* avoir été le coupable auteur de « l'échange criminel. Je dis *nous semble*, car, soumise « d'avance à la future décision de mes juges, je ne veux « nullement la prévenir » (3).

Maria-Stella nous montre d'Orléans-Égalité manifestant dès l'enfance les goûts les plus pervers, vicieux, amoureux des richesses, reniant ses ancêtres, époux dur et infidèle, abandonnant ses enfants adultérins, délais-

(1) *Ibid.*, p. 211.
(2) *Ibid.*, p. 213.
(3) *Ibid.*, p. 214.

©BIUM

sant ses enfants légitimes ; mauvais fils, mauvais époux, mauvais père et mauvais ami.

Le père de Maria-Stella est incontestablement un comte Louis de Joinville ; or, en 1773, le titre ne pouvait appartenir qu'à un d'Orléans. C'est le titre que prit le duc de Chartres au cours de ses voyages en 1776, 1777, 1778 et en 1773. Des témoins ont prouvé que le comte de Joinville du voyage de 1773 était riche et puissant, qu'il fut embrassé et remis en liberté par le cardinal-légat de Ravenne ; or, les cardinaux n'embrassent jamais, dans l'étiquette romaine, que les membres des maisons régnantes. Donc, le comte de Joinville, grand seigneur français, appartenant en 1773 à une famille souveraine, ne peut être que Louis-Philippe-Joseph de Chartres.

Les témoins d'Italie ont donné du comte de Joinville un signalement qui correspond à celui attribué par l'abbé de Saint-Fare à son frère naturel le duc de Chartres ; tous deux étaient familiers avec les gens du commun, et en 1773, quatre ans après son mariage, le duc de Chartres avait un intérêt majeur à avoir un héritier mâle. Enfin le voyage secret de 1773 est affirmé par la fille de l'auditeur des comptes de la duchesse d'Este et par un chambellan de l'archiduc d'Autriche, ancien courtisan de la maison de Modène.

Pourquoi, pourrait-on objecter, le duc et la duchesse de Chartres, voyageant en 1776, font-ils annoncer pompeusement qu'ils se cacheront sous le nom de comte et de comtesse de Joinville, alors qu'en 1773 ils n'en firent rien ? Leurs précautions ne peuvent que cacher un crime et elles ne peuvent cacher un autre crime qu'un échange criminel d'enfants.

Au cours de la première grossesse de sa femme, le duc de Chartres ne la quittait pas ; en 1773, pendant les mois précédant la naissance de Maria-Stella, il fait de

©BIUM

même, alors qu'à partir du mois d'avril ce ne sont que déplacements continuels ; ce qui prouve que, bien que la naissance de Louis-Philippe n'ait été déclarée qu'en octobre, la duchesse était délivrée pourtant depuis le mois d'avril. Au surplus, des habitants de Forges affirment que la duchesse a quitté cette ville vers la fin de juillet 1772 avec tous les signes d'une grossesse au début, et il est impossible que, délivrée en avril 1773, elle ait accouché de nouveau en octobre suivant ; cet accouchement d'octobre est donc faux. Aussi que de précautions à cette époque : « Ce n'est point dans l'église « paroissiale et en public, ce n'est pas même dans la « chapelle du Palais-Royal, mais dans tout autre en- « droit non indiqué de cette demeure, que l'enfant né, « dit-on, à 3 heures du matin, fut simplement ondoyé « en présence de deux témoins obscurs... ; on n'y voit « aucun ministre du Roi, aucun homme de la Cour ; en « un mot, nul n'y figure dont le dévouement ne serait « pas assuré (1). »

De même au procès-verbal de la naissance ne figurent pas les habituels commissaires du Parlement ; on signale simplement : *le Parlement absent*. Et le Roi signe au procès-verbal sans remarquer cette particularité.

Au cours du voyage de 1776, ce n'est qu'une fois arrivée à Antibes que la duchesse annonce au roi son désir, qui n'est qu'un prétexte, d'aller voir son grand-père à Modène : « On eût craint de rougir en pronon- « çant le mot de *voyage*, et surtout le nom d'*Italie* ; on « eût appréhendé le foudroyant regard du souverain à « qui quelque indiscret aurait bien pu avoir déjà tout « révélé... (2) »

Si, rentrant de ce voyage, la duchesse, au rapport de

(1) *Ibid.*, p. 241.
(2) *Ibid.*, p. 243.

©BIUM

Mme de Genlis, *fondit en larmes*, n'est-il pas naturel d'attribuer ces larmes à des souvenirs importuns ?

M. Delille raconte que la duchesse « déposait dans « le cœur de son beau-père des peines secrètes qu'elle « n'osait pas dévoiler au duc de Penthièvre, dans la « crainte de l'affliger trop vivement (1) ». Ces afflictions devaient donc avoir une autre source que l'inconduite de l'époux.

Enfin, la duchesse, inconsolable de voir ses enfants placés sous la direction du « gouverneur », Mme de Genlis, ne s'en inquiétait nullement pour son fils aîné que toujours elle entendit ne gêner en rien : « Où est ici « le langage maternel ? » Ce fils lui-même préfère son gouverneur à ses parents, et surtout à sa mère, qu'il s'estime heureux de n'être obligé d'aller voir que deux fois par semaine.

En 1782, le duc de Chartres se rend à Versailles pour demander au roi la permission de s'absenter ; après un *moment de réflexion*, le roi le lui permet, en faisant la remarque que, par le Dauphin et les enfants du comte d'Artois, la succession au trône est désormais assurée. Pourquoi cet instant de silence avant que de répondre ? Pour rappeler un fait sur lequel va tomber un mystérieux reproche relatif à la paternité du voyageur. Louis XVI veut évidemment profiter de cette occasion pour inspirer au coupable la honte et le repentir.

Après la défection de Dumouriez, la Convention ordonne que Philippe-Egalité et Sillery (M. de Genlis) seront gardés à vue : si mon gendre est coupable, dit Sillery, comme Brutus, j'estime qu'il doit être puni ; Philippe-Egalité dit de même que s'il est coupable, sa tête doit tomber, et que si son propre fils est coupable, ce qu'il ne croit pas, il doit être lui aussi puni. On

(1) *Ibid.*, p. 244.

©BIUM

conçoit ces horribles paroles dans la bouche d'un mari complaisant comme Sillery, mais la nature les repousse de la bouche d'un père.

Le duc actuel n'a aucune ressemblance avec les membres de sa prétendue famille, mais il a tous les traits des Chiappini. Bien au contraire, tout le monde est frappé de la ressemblance de Maria-Stella avec Mme Adélaïde d'Orléans : manières, son de voix, constitution physique, forme et couleur du visage. Maria-Stella a sur le corps certains signes caractéristiques de la feue duchesse de Chartres, leur écriture offre au premier coup d'œil la plus étonnante conformité de physionomie. Enfin, Maria-Stella est sujette aux mêmes maladies que son père, principalement aux feux du visage.

Dans le dernier chapitre de son long mémoire, Maria-Stella examine un certain nombre d'objections : Chiappini a dit dans sa lettre que Maria-Stella est née dans un rang un peu inférieur à celui de lord Newborough. Mais cela tient à ce qu'on a laissé ignorer au geôlier l'élévation du sieur de Joinville, en qui il n'a vu qu'un comte, titre fort commun en Italie.

Cependant, pour commettre un tel forfait, pourquoi le duc de Chartres aurait-il pris un nom qui, ne pouvant appartenir qu'à lui, devait le faire reconnaître facilement ? Simplement parce que son plan n'était pas arrêté lorsqu'il arriva à Modigliana. Il faut voir, dans le fait d'avoir attendu au mois d'octobre pour rendre publique la naissance d'un héritier, une preuve nouvelle de la fraude.

Les feuilles publiques signalent bien la présence du duc de Chartres à la cour pendant les cérémonies pascales d'avril 1773, mais son nom ne figure parmi ceux des assistants que par pur cérémonial d'étiquette ; tous les ans, on peut remarquer la même liste d'assistants. Il

©BIUM

n'est dans tous les cas pas nécessaire que le duc ait assisté aux couches de sa femme à Modigliana, il a bien pu s'absenter pendant quelques jours à ce moment-là.

Le voyage pompeux de 1776 n'a été imaginé que pour détourner les soupçons, et c'est en même temps le remords qui a ramené la duchesse en Italie ; ce fut chez elle un désir irrésistible. Le duc ne consent d'ailleurs à ce voyage qu'à une condition : la duchesse se fera recevoir franc-maçonne de manière à ne pas violer le secret. Le changement de situation de Lorenzo Chiappini correspond à peu près avec l'époque de ce voyage, etc., etc...

Quoi qu'il en soit, Maria-Stella a déjà troublé et effrayé Louis-Philippe. Le duc d'Orléans, sans y songer, le déclare et le publie hautement : « Que signifient, « en effet, tant d'intrigues sourdes et mal conduites, « tant d'espions, tant de surveillants de toutes mes « démarches ? Pourquoi ce soin de faire enlever des « livres que l'on rencontrait naguère à chaque pas ? « Pourquoi effectuer ces soustractions non seulement à « Paris, non seulement dans les provinces de ce « royaume, mais jusque dans les pays étrangers, en « Allemagne, en Angleterre, en Suisse, etc. (1). » Mme Cramer ne répond-elle pas, lorsqu'on lui demande de faire rechercher à Berne certaines gazettes qu'elle désire : « C'est si ancien, que ce n'est pas si facile, d'au- « tant plus qu'il paraît qu'on a eu soin de faire enlever « tous ces papiers, il y a deux ans, par précaution... (2) »

Quelles vont être la douleur et l'amertume ressenties par l'actuelle duchesse d'Orléans ! S'il ne s'agissait que d'elle-même, Maria-Stella ferait un sacrifice, mais il s'agit de l'honneur de sa race ; née d'un sang illustre,

(1) *Ibid.* Note de la page 273.
(2) *Ibid.* Pièce justificative, n° 13. p. 314.

©BIUM

ses sentiments seront toujours d'accord et en harmonie avec la noblesse de son origine. Loin d'elle toute capitulation honteuse : « Vaincre ou mourir comme j'ai « vécu ; tout ou rien !... »

Le long mémoire de Maria-Stella est signé : *M. S. Newborough, baronne de Sternberg, née de Joinville.* Il est suivi de pièces et notes justificatives : conclusions du demandeur et du défendeur, jugement du tribunal de Faenza, rectification de l'acte de baptême, tableau des enfants de Philippe-Egalité, acte de location du château de Bellevue, accord avec Driver-Cooper, lettre de M^me^ de Genlis au duc de Chartres, et dont le caractère apocryphe n'est pas douteux(1), lettre officielle touchant le voyage de 1776, avec composition de la suite de la duchesse de Chartres, acte de naissance de Louis-Philippe, lettre citée plus haut de M^me^ Cramer.

En 1830, Maria-Stella introduisait une requête devant le tribunal de la Seine; le duc d'Orléans se contenta de faire tenir au tribunal un mémoire de son avocat, Dupin l'aîné. Le 16 juin 1830, Maria-Stella était déclarée non recevable en sa demande.

Après la révolution de 1830, tenant ses jours pour menacés, elle demanda un passeport pour se retirer en Angleterre. Puis elle voyagea, vécut quelque temps en Italie et à un moment elle se fixa à Nice. Mais bientôt elle revint à Paris. Installée au rez-de-chaussée de l'hôtel de Bath, au coin des rues de Rivoli et Cambon, elle ornait ses fenêtres de portraits, de gravures, de miniatures et de caricatures concernant la famille d'Orléans ; elle faisait circuler de tous côtés des billets ren-

(1) *Ibid.* Pièce justificative n° 8, p. 298. Lettre rendue publique, datée de Holstein, 18 février 1796, et dans laquelle M^me^ de Genlis écrivait à Louis-Philippe, fils de Philippe-Egalité, qu'il n'est pas fait pour monter sur le trône.

©BIUM

fermant des grossièretés et des injures à l'adresse de celui qui était devenu le roi des Français, et elle signait *de Joinville* ou *Marie-Etoille d'Orléans.*

Dans un ouvrage paru il y a quelques années (1), M. Maurice Vitrac a donné un fac-similé dont il n'indique pas la source et qui semble représenter trois pages d'un libelle imprimé probablement vers 1839. On y lit trois paragraphes imprimés en caractères grossiers, irréguliers, dont le dernier s'arrête court au milieu d'une ligne et d'une phrase, et on y voit aussi des annotations écrites de la main de Maria-Stella (2).

Les ombres de tous mes parents qui
ont péris par la main d'un assassin
crient vengeance surtout mes deux frères
et mon fils aîné péris par le poison. »
M. D. *Le monstre infernal* »

On voulait me faire quitter paris et la france
pour se défaire plus facilement de moi en me
faisant périr par le fer, ou par le poison ;
mais, la providence protège toujours la vertu :
le châtiment suprême quoique tardif tombe
toujours sur le coupable. *Lui lâche canaille*
M. D. *Imposteur* »

C'est la malheureuse Maria Stella qui fait
connaître l'homme qui depuis 66 ans, usurpe
son nom, ses titres, sa fortune et le nom de
français, lui fils d'un geôlier italien. C'est elle
qui a sacrifié depuis 11 ans pour le bien de sa
patrie, son revenu, son repos et sa santé ;
mais elle veut vaincre, ou *périr*

(1) Maurice Vitrac. *Philippe-Egalité et Monsieur Chiappini, histoire d'une substitution.* Paris, Daragon, 1907. Cet ouvrage donne beaucoup moins qu'il ne laisse prévoir ; sur 136 pages, 36 seulement sont consacrées à l'affaire Chiappini, les 100 autres roulant sur la Cour de France et la famille d'Orléans de 1769 à 1773.

(2) Les passages manuscrits sont en italique. Nous ignorons la signification des initiales M. D.

©BIUM

Louis-Philippe Roi par la gârce du
Diable : fils légitime d'un geôlier Italien
grand malfaiteur — menteur voleur
empoisoneur — assassin — un très
habile professeur de tous les crimes,
une véritable peste universelle
Voilà tous les titres qui apparti-
enne à sa haute naissance,

« *M.-S. d'Orléans.* »

Maria-Stella resta pendant près de cinq ans sans sortir dans la crainte d'être arrêtée, mais, se tenant soigneusement au courant des faits et gestes de celui qui demeurait pour elle « *ce brigand-là* », elle ne désarma pas.

Maria-Stella mourut le 28 décembre 1843 et fut inhumée le 31 au cimetière Montmartre.

Voilà l'histoire de la vie de Maria-Stella, telle, en partie du moins, qu'elle-même la raconta. Aux yeux du public toutes ses revendications reposaient sur le jugement du 29 mai 1824 du tribunal épiscopal de Faenza ; ce jugement est étrange en raison de la facilité extraordinaire avec laquelle il a accueilli les prétentions de la demanderesse et du peu de publicité qu'il semble avoir donnée à l'instance, puisque les d'Orléans paraissent réellement l'avoir ignorée ; le tribunal fut en effet contraint de leur donner ou du moins de donner à des Joinville imaginaires un défenseur d'office. En Italie, on ne fut pas sans se rendre compte plus tard du caractère burlesque de cette procédure ; le 19 novembre 1830, le cardinal Macchi écrivait à ce propos au cardinal secrétaire d'Etat Albani qu'il tenait la version de Maria-Stella « pour une fable qui pourrait, et « non peu, nous compromettre... Je conseillerai à « V. E. de réclamer les actes du tribunal de Faenza

©BIUM

« pour les enlever à la vue du public et les garder à « Rome ».

Mais ce que Maria-Stella s'est gardée de préciser, car elle n'y fait qu'une vague allusion (voir p. 214, note 2), c'est que le jugement de Faenza fut réformé. En effet, Thomas Chiappini, défaillant, pour une raison que nous ignorons, au moment du premier procès, indigné des procédés de sa sœur et particulièrement de celui qui avait consisté à faire enlever la pierre tombale de son père pour la remplacer par une autre où elle déclarait n'être pas sa fille, déposa une plainte qui fut accueillie, le 4 juin 1825, par la rote criminelle. La lettre de Lorenzo Chiappini fut déclarée apocryphe, les témoins achetés, enfin on retrouva la sage-femme qui avait mis Maria-Stella au monde. Par une délibération en date du 30 mai 1827, la rote criminelle jugea que « toutes « les assertions de Maria-Stella étaient fausses et « n'avaient pour but que de s'attribuer une noble ori- « gine à laquelle elle n'avait aucun droit » (1). Cette pièce a été retrouvée en 1907 par le comte Pasini-Frassoni aux archives d'Etat de Florence.

Il n'est pas douteux que Maria-Stella n'est pas la fille du duc de Chartres et n'a pu être substituée à Louis-Philippe. Pendant le carnaval de 1773, le duc et la duchesse de Chartres sont de toutes les fêtes de Versailles ; la grossesse de la duchesse ne s'annonce que fin de mars ; le jeudi saint, 8 avril, le duc sert les pauvres à Versailles ; jusqu'au 14 avril, il préside tous les soirs les tenues du Grand-Orient en sa qualité de Grand-Maître des Loges Maçonniques de France ; en mai, le roi lui refuse l'autorisation de quitter Paris pour aller servir dans la flotte à Toulon. Enfin pendant tout

(1) Cité par le vicomte de Reiset, in *Revue hebdomadaire*, 29 mai 1909, La légende de Maria-Stella, p. 589 590.

©BIUM

le cours de cette année 1773, la duchesse de Chartres ne quitte pas l'Ile-de-France et le duc ne s'absente qu'en juillet pour visiter la Belgique sous le nom de comte de Valois. Le 6 octobre la duchesse de Chartres accouchait de M. de Valois, le futur Louis-Philippe, roi des Français, et ce, en présence de MM. de Condé, de Bourbon, de Penthièvre et de Chartres, sans compter l'accoucheur Millot. L'acte de notoriété fut rédigé, comme le dit Maria-Stella, le Parlement absent, pour cette raison majeure que le Parlement était en exil.

Inutile, au surplus, de faire remarquer combien peu il est vraisemblable que le duc et la duchesse de Chartres aient eu le besoin et l'idée d'aller en Italie faire une substitution qui ne s'imposait pas et qui, dans tous les cas, aurait été beaucoup plus facile à Paris; que, de plus, ils aient attendu six mois pour présenter comme nouveau-né un enfant dont l'âge n'aurait trompé personne : une partie de la ville de Paris défila devant le berceau de M. de Valois.

L'histoire contée et propagée par Maria-Stella est donc un tissu d'erreurs. Mais, certains auteurs, dont M. Maurice Vitrac (1), pensent que si elle n'a pas été substituée à Louis-Philippe, Maria-Stella n'est cependant pas la fille des époux Chiappini. Il résulterait, d'un dossier trouvé dans les archives de Brisighella, que l'étranger fugitif de Modigliana, arrêté en 1773 au couvent de Saint-Bernard, était le comte Charles Battaglini de Rimini. Se basant sur ce que ce Battaglini, mourant en 1796, légua tous ses biens à son frère, M. Maurice Vitrac conclut qu'il ne laissait pas d'enfant et qu'il n'était probablement pas marié; que la femme qui l'accompagnait à Modigliana était sans doute une maîtresse dont il voulait cacher la grossesse et la déli-

(1) Maurice Vitrac, *loc. cit.*, p. 127 et seq.

©BIUM

vrance. Mais alors ce n'est pas un échange qui serait intervenu, et le comte aurait tout simplement cédé, moyennant certains avantages, une bâtarde aux époux Chiappini.

Certains indices nous feraient penser plutôt que Maria-Stella était issue d'un Borghi. Mais tout ceci est hors de propos.

Il est amplement prouvé que les prétentions de Maria-Stella étaient insoutenables, et que cette prétendante aurait dû s'incliner devant des raisons dont l'évidence ne fait de doute pour personne. Si elle ne l'a pas fait, si, pendant vingt-deux ans, elle a inlassablement produit ses réclamations, c'est qu'elle était de mauvaise foi ou qu'elle était malade.

Or, il est invraisemblable qu'elle ait été de mauvaise foi : « Il n'est pas douteux, dit M. Maurice Vitrac, « qu'elle ment, et qu'elle sait qu'elle ment » (1). Nous ne saurions nous élever trop vivement contre une telle conclusion : Maria-Stella ne mentait pas, elle se trompait, et elle ne se rendait pas compte qu'elle se trompait. Sa bonne foi est évidente, et ce n'est pas ainsi qu'elle eût présenté les choses si elle avait simplement voulu commettre une escroquerie, car un mensonge ne pouvait avoir d'autre but. Au lieu de mettre en avant cette histoire de substitution qui à elle-même semblait si étrange quoique évidente, il lui aurait été beaucoup plus facile d'invoquer une bâtardise que les mœurs du duc de Chartres rendaient très vraisemblable. D'un autre côté, ses revendications auraient eu un but matériel qui n'existe pas ; pas une fois, Maria-Stella ne réclame une portion des richesses des d'Orléans, elle refuse énergiquement toute transaction et surtout elle est largement

(1) *Ibid.*, p. 121.

©BIUM

à l'abri du besoin. Elle-même, et ce n'est peut-être pas le passage le moins curieux de son mémoire, met en garde ses lecteurs contre une confusion possible : « Les « récentes entreprises des plus audacieuses tromperies « (celles du faux duc de Normandie et du faux baron « de Saint-Clair)... » (1); puis, ne sait-elle pas ce qu'elle risque et peut-elle avoir oublié la condamnation toute récente de Mathurin Bruneau à sept ans de réclusion par le tribunal correctionnel de Rouen? Non, Maria-Stella est de bonne foi.

Alors? M. Maurice Vitrac, qui l'accuse de supercherie, a trouvé lui-même la solution : « Dès long- « temps, M^me^ de Sternberg donnait quelques signes de « dérangement cérébral (2) ». Seulement, ce dérangement cérébral ne datait pas de quelque temps, il datait de toujours, il se caractérisait par une diminution du sens critique et une perversion du jugement : Maria-Stella était une paranoïaque.

Dans le mémoire qui nous a permis de résumer sa vie, il faut faire deux parts, en distinguant soigneusement un élément personnel et un élément étranger apporté là par l'habile conseiller qui a revu, corrigé et, croyons-nous, un peu augmenté le travail de la baronne Sternberg. Il y a, pour justifier cette distinction, un passage absolument caractéristique et qui montre que, non seulement Maria-Stella a été orientée, mais qu'encore elle a été orientée par un ennemi de la maison d'Orléans : celui-ci a sournoisement introduit dans une conversation une réflexion dont le caractère diffamatoire n'est pas douteux. C'est dans le récit de l'entrevue de Maria-Stella avec l'abbé de Saint-Fare, fils légitimé du duc de Chartres. On sait que malgré les prodigalités

(1) *Maria-Stella*, etc., p. 211.
(2) Maurice Vitrac, *loc. cit.*, p. 133.

©BIUM

du Régent, du duc d'Orléans et du duc de Chartres Philippe-Égalité, le reproche d'avarice n'a pas manqué d'être fait, au XIXe siècle du moins, à la maison d'Orléans. Il est peut-être justifié pour Louis-Philippe, instruit et averti, tant par l'éducation terre à terre de Mme de Genlis que par les rigueurs de l'émigration, et prouvé par les circonstances de la succession du duc de Bourbon, prince de Condé, le suicidé de Saint-Leu. Quoi qu'il en soit, nous avons rapporté (voir *Annales* de juillet 1910, page 19), d'après le mémoire de Maria-Stella, que l'abbé de Saint-Fare se présentant au nom du duc d'Orléans termina son entretien avec la prétendante, qu'il croyait chargée de la distribution d'un héritage, en lui disant : « Permettez-moi de vous demander « s'il y a beaucoup d'argent à prendre, et en quel « temps (1)? » Cette demande est beaucoup trop caractéristique d'un d'Orléans de la légende pour que nous puissions admettre qu'elle ait été véritablement faite, du moins sous cette forme et dans cette intention. Maria-Stella a été incontestablement mystifiée par un conseiller peu scrupuleux. Mais malgré ses corrections et ses addenda, le mémoire, quant au fond, est bien de Maria-Stella et il la caractérise.

Ceci ne veut pas dire que, en dehors de l'interprétation donnée aux faits actuels qui sont rapportés, tout soit exact dans ce mémoire ; ce qui se rapporte à l'enfance de Maria-Stella, en effet, a été interprété rétrospectivement. C'est parce qu'il est arrivé un moment où la paranoïaque qu'était Maria-Stella est devenue délirante. Il ne semble guère possible de faire remonter le début du délire au delà de 1822, époque où elle reçut la lettre posthume de Lorenzo Chiappini sur l'origine et l'authenticité de laquelle nous n'avons pas à discuter ici.

(1) *Maria-Stella*, etc., p. 91.

©BIUM

L'existence d'une constitution paranoïaque est évidente chez Maria-Stella; l'idée de supériorité, l'hypertrophie du moi, la conception égocentrique se révèlent dans tous les actes de la prétendante: elle renonce, dans son propre intérêt, et avant même que d'être délirante, à la tutelle de ses enfants Newborough, encore en bas âge, pour contracter une nouvelle union; elle épouse un homme qu'elle abandonne presque et avec lequel elle paraît vivre en mauvaise intelligence, le voyant à peine de temps en temps; de même, elle laisse partir pour la Russie son fils Édouard Sternberg, qu'elle aime pourtant beaucoup. Elle fait montre vis-à-vis de Lorenzo Chiappini, qui, s'il n'a pas été son père, a, dans tous les cas, été son nourricier, de sentiments véritablement indignes; elle le charge de tous les crimes, elle le noircit à plaisir, comme pour faire ressortir la différence énorme qui sépare une princesse du sang d'un geôlier; elle insiste plus particulièrement sur sa situation de gardien de prison plutôt que sur celle de capitaine d'archers, et quand il advient qu'elle lui donne ce dernier titre, elle joue sur les mots et, parce que archer se dit sbirro en italien, elle le qualifie préférablement de capitaine de sbires. Il n'est pas jusqu'à celui dont elle se prétend issue, Louis-Philippe-Joseph d'Orléans, qu'elle n'exempte d'aucune tare, tâche facile, comme si elle ne devait pas en être elle-même diminuée, et comme s'il n'était pas préférable et plus honorable de descendre d'un geôlier honnête et bon, plutôt que de descendre d'un homme tel que le Philippe-Égalité qu'elle nous dépeint. Il est difficile de mieux préciser ce caractère primitivement paranoïaque de Maria-Stella, parce que, somme toute, on pourrait objecter que nous en tirons les éléments dans des actes et dans des documents datant de l'époque du délire.

Tout ce délire repose sur des interprétations déli-

©BIUM

rantes ; ces interprétations délirantes sont extrêmement riches, puisqu'elles tendent à dénaturer les moindres gestes de Louis-Philippe-Joseph d'Orléans ; enfin, un grand nombre de ces interprétations ont un caractère rétrospectif.

Tout ce que Maria-Stella raconte sur son enfance est le fait d'interprétations postérieures à l'éclosion des idées délirantes ; elle a recueilli les plus petits indices, en a, malgré elle, enjolivé quelques-uns pour les faire cadrer avec ses idées fausses sans s'apercevoir d'ailleurs que parfois elle se contredit presque. Mais il n'est pas douteux que déjà tout enfant elle se croyait d'une essence supérieure aux siens ; si elle est obligée de reconnaître qu'on la parait, elle ne manque pas de faire observer qu'elle devait tout céder à ses frères et à sa sœur. Elle nous apparaît ainsi comme une petite fille orgueilleuse et volontaire, peu capable de se plier à son milieu et aux circonstances de la vie. Les bontés de la comtesse Camilla Borghi n'ont fait que l'ancrer dans ces idées et l'inciter à penser qu'elle vaut mieux que les autres. Sur ce fonds originel d'orgueil et de suffisance s'est développé ultérieurement un délire dont la cause occasionnelle est facile à préciser. Un mariage inespéré, en soustrayant à son milieu la fille d'un policier toscan pour l'élever jusqu'à la pairie d'Angleterre, a fait d'elle une déclassée. Elle a immédiatement considéré comme extraordinaire un fait qui l'était peu : les mésalliances dans ce corps relativement nombreux qu'est la pairie anglaise ne se comptaient déjà plus à la fin du XVIII[e] siècle. Nul doute que la jeune fille de treize ans n'ait accepté avec joie la main de Lord Newborough (1). Plus tard, la mort de son époux, en la laissant libre et

(1) Le nouveau *Larousse* prétend que Maria-Stella contracta ce mariage après « une jeunesse orageuse ».

©BIUM

très riche, des démêlés probables avec son second mari, la mort de son père et sa lettre posthume ont joué le rôle de l'idée fixée par l'émotivité (1) ; et à vrai dire il n'en fallait pas tant. C'est alors qu'est née l'idée directrice secondaire d'une descendance illustre, variante de l'histoire classique du malade changé en nourrice. Cette idée directrice est aussitôt irrémédiablement fixée ; la malade, dont les facultés de logique et de jugement sont originairement faussées, fait abstraction de tout ce qui pourrait être de nature à ébranler, mais seulement à ébranler, sa conviction ; elle a réponse à tout et tout ce qui est fait pour mettre les autres à l'abri de ses prétentions ne fait qu'ancrer ses idées. Dans le moindre geste des adversaires, qu'elle ne peut manquer d'avoir, elle voit une persécution particulièrement dirigée contre elle et elle n'omet pas de conclure : on ne persécute que ceux qui ont raison. Quand Thomas Chiappini obtient la revision du jugement de Faenza, elle ne voit là qu'une « prétendue réponse » que son frère fait insérer dans les papiers publics ; lorsqu'elle ne retrouve pas des gazettes trop anciennes, c'est parce qu'on les fait disparaître ; si enfin elle ne revoit plus des livres qu'on trouvait autrefois partout, en France comme à l'étranger, elle devine que tous ces procédés injustes sont dirigés par une main puissante. Naturellement il n'y a pas trace d'hallucinations, le délire conserve jusqu'à la fin la même tenue, Maria-Stella meurt à soixante-dix ans, après vingt-deux années de délire, sans que son activité psychique ait subi la moindre atteinte ; elle continue de lutter, trouve chaque jour des arguments nouveaux et les annonce.

Il n'est donc pas douteux que Maria-Stella fut atteinte

(1) Sérieux et Capgras. *Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation.* Paris, Alcan, 1909.

©BIUM

d'un délire d'interprétation dont les réactions se sont traduites par des réclamations et par des procès. Il semble que, vers la fin de sa vie, Maria-Stella se soit résignée. Mais ce ne fut pourtant pas dans ses écrits, et peut-être cette résignation relative tient-elle surtout à ce qu'il ne se trouvait plus personne qui épousât ses prétentions.

Dans tous les cas, « ce brigand-là » fut un bon brigand, puisqu'il la laissa fort tranquillement réclamer. Nous croyons que ceci n'advint que parce que, en présence d'une revendication aussi peu soutenable, en présence aussi d'une ténacité, d'un entêtement que les preuves les plus évidentes ne purent faire fléchir, les gens sages considérèrent Maria-Stella comme une malheureureuse insensée. On peut même se demander si ce ne fut pas là le sentiment du baron Sternberg lui-même ; Maria-Stella n'a pas connu l'internement dans un asile et il est heureux pour elle que la loi de 1838 n'ait eu que cinq ans à l'époque de sa mort ; mais le fameux arrangement avec Henri Driver-Cooper ressemble à s'y méprendre à une collocation déguisée. Dans tous les cas, et peut-être en désespoir de cause, le baron, obsédé, prit une détermination fort sage : il abandonna sa femme et surtout il enleva son fils à un milieu qui ne valait rien pour un enfant ; Edouard Sternberg semblait, en effet, avoir fini par épouser les idées de sa mère et par ébaucher un délire à deux. Il y a probablement là un nouvel exemple de la contagiosité du délire d'interprétation.

L'observation de ce délire d'interprétation, glanée dans l'histoire, est donc fort intéressante, et nous devons savoir gré à la baronne Sternberg de l'avoir écrite pour nous il y a quatre-vingts ans. On remarquera que l'idée directrice de ce délire repose sur une circonstance que certains ont de bonnes raisons de regarder comme en

©BIUM

partie exacte ; on notera ensuite l'influence du déclassement comme cause déterminante, particularité sur laquelle nous avons insisté déjà (1).

Les revendications de Maria-Stella sont donc une mystification qui n'est pas si vulgaire, puisque la pathologie y trouve son compte. Mais qui croirait pourtant que la substitution avec Louis-Philippe a encore ses partisans ? (2)

Ceci est dans l'ordre des choses, car ce que nous venons de rapporter constitue le prototype de l'histoire des prétendants. On sait qu'ils sont légion : il est bien peu de naissances et de morts illustres qui n'aient donné le jour à des légendes, et il est bien peu de légendes qui n'aient trouvé des partisans ; devant n'importe quelle impossibilité il est rare que ne surgisse pas quelqu'un pour crier *credo*. Toute la science de M. Frantz Funck-Brentano ne peut avoir raison de la légende du Masque de fer ; Rutwen Gowrie, victime d'une conspiration contre Jacques VI d'Écosse en 1600, embaumé, exhibé au Parlement d'Edimbourg, découpé, puis exposé par morceaux sur les places publiques, trouve au xx[e] siècle une descendante dont rien ne peut ébranler la conviction et qui soutient qu'après la conspiration il s'est enfui et a pris femme (3).

En fouillant ainsi l'histoire de tous ceux qui, contre toute vraisemblance, ont revendiqué un titre ou une couronne, on trouverait sans nul doute de quoi illustrer plusieurs chapitres de la pathologie, car ils ne se res-

(1) Le délire d'interprétation, revue critique. *Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1909, p. 260.

(2) Leone Vicchi. *Il viaggio della duchessa di Chartres, prolusioni alla storia del Re Chiappini*, Florence, 1900.

(3) Andrew Lang. *Les mystères de l'histoire*. Paris, Perrin, 1907.

©BIUM

semblent pas tous. Mais en dehors d'un petit nombre, pour qui la revendication n'est qu'une douce et transitoire manie, comme Jean-Marie-Mathias-Philippe-Auguste de Villiers de l'Isle-Adam, candidat à la succession des rois de Chypre et de Jérusalem (1), la plupart des prétendants sont des orgueilleux et des mégalomanes, victimes de la raison et de leur croyance au fondement de la certitude : « Comme leur vie « deviendrait plus large s'ils pouvaient y devenir plus « petits ! »

Septembre 1909.

(1) Catulle Mendès. *La maison de la vieille*; Paris, Charpentier, 1894. Roman à clef où Villiers de l'Isle-Adam apparaît sous le nom de Odon d'Orcroy de Larvemont, p. 198 et seq.

©BIUM

Pathologie.

LA PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE

Par les Drs ARSIMOLES et HALBERSTADT
Médecins des asiles d'aliénés.

Suite et fin (1).

Anatomie pathologique.

Les lésions de la paralysie générale juvénile sont d'une façon générale les mêmes que celles de la paralysie générale de l'adulte. Pourtant, divers auteurs ont signalé des particularités macroscopiques et histologiques sur lesquelles seules nous avons à insister.

Le crâne, très souvent épaissi, présentait dans le cas de Bieljakoff un ostéophyte interne. Comme lésions méningées, notons la fréquence relative de la pachyméningite hémorragique (Alzheimer, Deventer et Benders, Frölich, Mingazzini, von Speyr, Wiglesworth). Klieneberger a constaté une fois de petites hémorragies intraduremériennes. Hirschl indique que dans les douze cas autopsiés à la clinique de Krafft-Ebing, les méninges molles étaient extraordinairement épaissies,

(1) Voir les *Annales* de mai-juin et juillet-août 1910.

©BIUM

jusqu'à atteindre 3 à 4 millimètres. L'abondance du liquide céphalo-rachidien, qui est pour ainsi dire la règle, était particulièrement considérable dans un cas de Hunter et dans deux cas de Speyr ; les malades étaient atteints d'hydrocéphalie vraie. Le poids du cerveau est très diminué aussi chez l'enfant. Il est même possible, comme cela semblerait résulter de quelques observations, que cette diminution soit proportionnellement plus grande que chez l'adulte (Toulouse), parce qu'à l'atrophie déterminée par la maladie s'ajouterait l'arrêt de développement sur lequel nous avons insisté plus haut. Borda, cité par Obersteiner (1), a trouvé, chez un enfant de sept ans et chez une fille de onze ans, les poids respectifs de 680 et 575 grammes. Dans un cas de Colin et A. Marie, l'atrophie des deux hémisphères était inégale et plus accentuée à droite. Nous ne faisons que signaler en passant la dilatation ventriculaire, les granulations épendymaires, les érosions superficielles du cerveau, qui ne présentent ici rien de particulier.

L'atrophie des circonvolutions, avec élargissement concomitant des sillons, est généralement très accentuée, surtout sur les lobes frontaux. Dans notre cas personnel, cette atrophie était telle que, dès l'ouverture du crâne, on pouvait la deviner par le plissement longitudinal, en bourse à demi-vidée, que présentait la dure-mère sur les lobes frontaux. Dans un cas de Raymond rapporté par Louvrier, les circonvolutions des lobes orbitaire et temporal avaient un aspect rudimentaire. Dans plusieurs observations est notée une dureté anormale des circonvolutions, surtout frontales (Haushalter, Hirschl). Dans un cas cité par Alzheimer, il existait un ramollis-

(1) Obersteiner. *Progressive allgemeine Paralyse.* Vienne, 1908.

©BIUM

sement du lobe temporal. Les gros vaisseaux de la base sont en général intacts. Cependant, dans quelques cas, ils présentaient des lésions nettes d'endartérite syphilitique (Nonne, Rad) ; Speyr a observé une fois de la thrombose sylvienne.

Des lésions histologiques du cerveau, en tout semblables à celles de l'adulte, nous ne retiendrons que quelques particularités touchant les altérations de l'écorce et les divers éléments cellulaires anormaux. Les couches corticales sont frappées en général de la surface vers la profondeur comme chez l'adulte, sauf dans un cas d'Alzheimer, où la progression inverse fut constatée, les 4e et 5e étant très lésées sur toute l'étendue de l'écorce, avec intégrité presque complète des deux couches superficielles. On a vu les diverses couches se fondre sans délimitation nette (Klieneberger). Flesch a observé, dans un cas, des hétérotopies cellulaires, et l'existence, parmi les grandes cellules pyramidales, de cellules atypiques à deux ou plusieurs noyaux.

Le processus d'atrophie des fibres de l'écorce, qui existe chez l'adulte, acquiert chez l'enfant une intensité parfois très considérable. Westphal et Raymond ont signalé la disparition totale des fibres tangentielles avec, dans le cas de Raymond, participation très nette des fibres radiées à ce processus. Mingazzini, qui a observé les mêmes faits, insiste sur ce point que, chez l'adulte, on ne trouve jamais une atrophie aussi étendue dans la profondeur. A son avis, cette particularité tenait probablement, dans son cas, d'une part à la longue durée de la maladie, et d'autre part, à ce que le développement des fibres tangentielles n'était pas encore achevé à l'âge de début de l'affection.

Parmi les éléments cellulaires anormaux, les *Plasmazellen* offrent la même constance et la même importance que chez l'adulte. En général très abondantes,

©BIUM

on n'en a signalé l'absence que dans un seul cas (Mott) (1).

Chez le malade de Trapet, les lymphocytes étaient beaucoup plus abondants qu'ils ne le sont chez l'adulte. Dans notre cas, l'infiltration lymphocytaire était considérable. Ces faits peuvent faire penser à une prédominance des phénomènes d'encéphalite dans la forme juvénile de la paralysie générale.

Comme lésions vasculaires spéciales, relevons la vascularisation exagérée de l'écorce (Babonneix), et l'existence dans certains cas d'une vascularite syphilitique (Lalanne, Raymond). Des altérations très diverses : ramollissement, atrophie, développement rudimentaire, congestion, ont été trouvées dans les corps optostriés (Wiglesworth, Alzheimer, Dunn, Hoch, Louvrier). Alzheimer semble leur attribuer une certaine importance.

Des altérations importantes du cervelet ont été constatées par plusieurs auteurs dans la paralysie générale juvénile. Nous y insisterons d'autant plus que des travaux tout récents (Anglade) (2) ont attiré l'attention sur l'intensité et la valeur des lésions cérébelleuses dans la paralysie générale en général. D'ailleurs, certains symptômes moteurs de la forme juvénile pourraient être attribués aux lésions du cervelet. Thomson et Dawson, Hoch ont signalé l'existence, dans leurs cas, de lésions cérébelleuses typiques analogues à celles du cerveau. Toulouse et Marchand ont observé de la sclérose névralgique. Il faut noter d'une façon spéciale l'existence d'altérations dégénératives, très fréquentes selon Ranke, qui dans neuf cas personnels a trouvé

(1) Cité par Joffroy et Léri. Histologie de la paralysie générale. *Encéphale*, 1907.

(2) Anglade et Latreille. Le cervelet dans la paralysie générale. *Encéphale*, octobre 1907.

©BIUM

constamment des troubles de développement. Sträussler (cité par Trapet) a observé les mêmes lésions, notamment des hétérotopies cellulaires (cellules ganglionnaires existant immédiatement au-dessous de la pie-mère), et des cellules atypiques (cellules de Purkinje à deux ou plusieurs noyaux), dont l'existence a été constatée aussi par Trapet. Les avis sont partagés sur la nature de ces altérations : tandis que Trapet les rattache à la syphilis héréditaire, Ranke ne leur attribue pas la même origine, et en donne comme preuve ce fait que, sur quinze cas de syphilis héréditaire, il les a trouvées une seule fois. Alzheimer signale le développement incomplet par places des circonvolutions cérébelleuses.

Les lésions médullaires existeraient, d'après Joffroy, avec une grande prépondérance. Les lésions de méningo-myélite ne diffèrent en rien de celles de l'adulte. Plusieurs auteurs ont remarqué que, de tous les segments médullaires, c'est la moelle lombaire qui est la plus fortement atteinte (Louvrier, Lalanne). Dans le cas de Lalanne, la moelle était diminuée de volume et il existait des lésions vasculaires particulièrement avancées dans la moelle lombaire et ayant déterminé à ce niveau un petit foyer hémorragique. L'auteur rattache ces faits à la syphilis héréditaire.

Dans quelques cas, on a signalé des lésions graves des nerfs craniens : c'étaient de l'atrophie bilatérale des 1re et 2e paires craniennes (Deventer et Benders), de l'atrophie des nerfs optiques dans un cas de Gudden, des altérations des cellules dans le noyau de la 3e paire (Louvrier), enfin de petits foyers de ramollissement dus à l'artérite syphilitique dans le noyau du moteur oculaire commun (Rad).

Pour ce qui est des lésions viscérales, Thiry en a relevé, dans les auteurs, un certain nombre qui sont sous la dépendance de la syphilis héréditaire (gommes

©BIUM

de la plèvre, nodules spécifiques du poumon, glossite syphilitique, aortite syphilitique, etc.). On a en outre signalé, comme chez l'adulte, des complications viscérales de la paralysie générale sous forme de scléroses, et enfin des lésions simplement juxtaposées (broncho-pneumonie, tuberculose, etc.). Notre malade présentait des lésions d'athérome aortique. Ce fait, en raison du jeune âge du sujet et de l'absence des causes habituelles de l'athérome, mérite d'être noté. Peut-être peut-on l'attribuer à l'action de la syphilis héréditaire.

De l'étude que nous venons de faire de la paralysie générale dans le jeune âge, nous pouvons déduire que cette forme de la méningo-encéphalite diffuse, par les nombreuses particularités qu'elle présente, a droit à une place à part dans la description de la paralysie générale.

Bibliographie.

Cet index contient toutes les indications bibliographiques concernant exclusivement la paralysie générale juvénile, qu'il nous a été possible de recueillir. A la suite de chaque auteur, nous avons fait figurer entre parenthèses le nombre des observations utilisées. Le chiffre total de ces dernières atteint 230 (avec la nôtre, il est de 231). Le nombre réel des cas publiés dépasse actuellement 250; un petit nombre n'ont pu être utilisés (Mott par exemple, avec 22 cas).

1. Alzheimer. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1896, vol. LII, p. 533 — (3).

2. Apert, Lévy-Frankel et Ménard. Tabes et paralysie générale juvénile par syphilis acquise. Tabes de la mère. Tabes et paralysie du père. *Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris*, novembre 1907.

3. Babinski. Soc. méd. des hôp. de Paris, 24 octobre 1902 — (1).

4. Babonneix. Les idées de grandeur dans la paralysie générale du jeune âge. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1906, p. 97.

5. Babonneix. Traité des maladies des enfants, de Hutinel. Paris, Asselin et Houzeau, 1909, tome V.

6. Bachmann. *Deutsche med. Woch.*, 1907, p. 2163 — (5).

©BIUM

7. Ballet. Leçon clinique, faite en 1891, publiée par Régis, in *Arch. clin. de Bordeaux*, août 1892 — (1).

8. Bennet. *The Edinb. med. Journal*, août 1900 — (1).

9. Bernhardt. *Berl. klin. Woch.*, 1904, p. 795 — (3).

10. Bianchi. Leçon citée par Saporito (V. ce nom) — (1).

11. Bieljakoff. Wiestnik psich. i névropatol. VII. 2, 1890 (en russe) — (1).

12. Borda. Paralysie générale progressive. Buenos-Ayres, 1906.

13. Bourneville, Léon Kindberg et Ch. Richet fils. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1908, n° 6 — (1).

14. Bourneville et Ch. Richet fils. *La Clinique*, 11 décembre 1908 — (1).

15. Boyle. *The Journal of mental Science*, janvier 1899 — (1).

16. Bresler. *Neurolog. Centralblatt*, 1895, n° 23, p. 1114 — (1).

17. Briand et Brissot. Soc. clinique de méd. mentale de Paris, juillet 1909.

18. Brissaud et Gy. Soc. de Psych. de Paris, janvier 1909 — (1).

19. Bristowe. *Brit. med. Journal*, 13 novembre 1893 — (1).

20. Brunet (D.). Soc. médico-psychologique, 30 juillet 1900 — (2).

21. Cameron. *Review of Neurology*, 1903, I, p. 390 — (1).

22. Carrier et Carle. Congrès des aliénistes et neurologistes. Toulouse, 1897, p. 651 — (1).

23. Cestan et Combéléran. *Toulouse médical*, 1905 — (1).

24. Charcot. Paralysie générale chez l'adolescent. *Mercredi médical*, 1892, p. 61 (Leçon publiée par P. Blocq) — (1).

25. Charcot et Dutil. *Archives de Neurologie*, mars 1892.

26. Ciaglinski. *Neurologisches Centralblatt*, 1900, p. 382 — (1).

27. Claude et Lévi-Valensi. Soc. de psychiatrie de Paris, juillet 1908 — (1).

28. Claude et Touchard. Soc. de psychiatrie de Paris, juin 1909.

29. Clouston. *Journal of mental Science*, octobre 1877 — (1).

30. Clouston. *Edinb. med. Journal*, 1891, p. 1101 — (2).

31. Cole et Stephens. *Intercolonial med. Journal of Australasia*. Melbourne, février 1908.

32. Colin. Soc. clinique de médecine mentale, 20 juillet 1908 — (1).

33. Combemale. Rapports de la paralysie générale précoce avec l'alcoolisme ancestral. Congrès de médecine mentale. Lyon, 1891, p. 374.

34. Curschmann. *Psychiatrisch neurologische Woch.*, 1907, nos 38 et 39 — (1).

35. Davidoff. Archives russes de psychiatrie, vol. IX, n° 1. Analysé in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1889 — (1).

36. Dees. *Psychiatrische Woch.*, n° 21, 19 août 1899 — (1).

37. Delmas. Thèse de Bordeaux, 1899.

38. Deroubaix. *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, avril 1905 — (1).

©BIUM

39. Devay. Congrès des aliénistes et neurologistes, Limoges, 1902 — (2).

40. Van Deventer et Benders. *Psych. en neurol. Bladen.* 2 blz 118, 1898 — (1).

41. Dunn. *Journal of mental Science*, july 1895, p. 482 — (1).

42. Dydynski. Soc. médic. de Varsovie. C. R. in *Neurol. Centralblatt*, 1901, p. 189 — (1).

43. Ennen. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, vol. LVIII, p. 1190 — (1).

44. Fairbanks. *The Journal of the Americ. med. Assoc.*, 5 décembre 1908, p. 1946.

45. Falk. *Journal nevropatologuii i psych.* (en russe), Moscou, 1907, p. 439 — (1).

46. Firpi. Thèse de Paris, 1906.

47. Flesch. *Wiener medizin. Woch.*, 1909, n° 4, p. 214 — (1).

48. Foerster. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. LVIII, p. 1190 (2).

49. A. Fournier. *Bulletin de l'Académie de médecine*, janvier 1895.

50. Frölich. Thèse de Leipzig, 1901 — (2).

51. Garnier. Congrès des aliénistes et neurologistes, Toulouse, 1897 — (1).

52. Gaucher. Leçon clinique inédite (cité par Babonneix).

53. Giannelli. *Rivista quindic. di psicol.*, II, 14 — (1).

54. Giannulli. *Rivista di psich., psichol. e neurol.*, novembre 1898. — *Rivista sperimentale di frenatria*, XXV, 1899, p. 662 — (2).

55. Mlle Giry. *Annales médico-psychologiques*, 1904, vol. I, p. 76 — (1).

56. H. Gudden. *Arch. f. Psychiatrie*, 1894, t. XXVI, n° 2 — (3).

57. Guislain. Leçons orales sur les phrénopathies, Gand, 1852.

58. Gumpertz. *Arch. f. Psychiatrie*, 1900 — (1).

59. Hagelstam. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1904, vol. XXVI, p. 268 — (1).

60. Haushalter. *Annales de dermatol. et syphiligr.*, 1897, p. 761.

61. Hirschl. *Wiener klin. Woch.*, 1901, n° 21 — (4).

62. Hirschl. *Wiener klin. Woch.*, 1895, n° 43. — *Wiener klin. Rundschau*, 1895, nos 31 et 32. — *Jahrb. f. Psych. u. Neurol.*, vol. XIV, n° 3, 1896 — (4).

63. Hoch. *The Journal of nervous and mental diseases*, février 1897 — (2).

64. Hochsinger. *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1899, p. 408 — (1).

65. Homen. *Arch. f. Psychiatrie*, 1891, n° 2, p. 191 — (4).

66. Hudovernig. Soc. médic. de Buda-Pest, 1907. C. R. in *Neurol. Centralblatt*, 1909, p. 390 — (1).

67. Hüfler. *Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk.*, 1892 — (1).

68. Hulst. *Psych. en neurol. Bladen*, 1900, p. 100. C. R. in *Neurol. Centralbl.*, 1901, p. 1111 — (1).

©BIUM

69. Hunter. *The Lancet*, 29 avril 1899, p. 1250 — (2).
70. Idrac. Thèse, Toulouse, 1906.
71. Ingelrans. L'hérédo-syphilis du système nerveux. *Gaz. des hôpitaux*, 1904.
72. Infeld. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1895, n° 47 — (1).
73. Joffroy. *Encéphale*, juillet 1908, p. 1.
74. Joffroy. *Revue de Psychiatrie*, 1898, n° 6.
75. Joffroy et Rabaud. *Archives de Neurologie*, juillet 1898 — (1).
76. Janssens et Mees. *Journal für Psychologie u. Neurologie*, vol. XI, n^{os} 4-5, p. 157.
77. Jolly. Syphilis und Geisteskrankheiten. *Berl. klin. Woch.*, 1901, n° 1, p. 21.
78. Jouschenko. Varsovie, 1896 (cité par Delmas) — (3).
79. Kaplan et Meyer. XCVIII^{e} Congrès de la Soc. de psychiatrie de Berlin, mars 1900. C. R. *in* Thèse Idrac — (2).
80. Karpas. *New-York. med. Journal*, 21 septembre 1907 — (1).
81. Karplus. *Wiener klin. Woch.*, 1895, n° 47 — (1).
82. Karplus. *Wiener klin. Woch.*, 1897, Bd X, p. 75 — (1).
83. Keller. *Orvosi Hetilap*, 1907, n° 40. C. R. in *Neurol. Centralbl.*, 1908, p. 131 — (1).
84. Kéraval. Observation publiée par Firpi, Thèse 1906 — (1).
85. Klieneberger. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1908, vol. LXV, p. 936 — (6).
86. Köster. Soc. psych.-neurol., Iéna, octobre 1905. C. R. in *Neurol. Centralblatt*, 1905, vol. XXIV, p. 1069 — (1).
87. Kraepelin. Soc. des aliénistes bavarois, juin 1909 — (4).
88. Krafft-Ebing. Die progressive allgemeine Paralyse. *Nothnagels Pathol. u. Therapie*. Vienne, 1894 — (1).
89. Kure. Neurologia. III, n° 3. V. *Neurol. Centralblatt*, 1905, vol. XXIV, p. 78 — (1).
90. Lalanne. Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles, 1903, p. 197.
91. Lange. Soc. médicale de Leipzig, 1903. V. *Münch. med. Woch.*, 1903, p. 1533 — (1).
92. Legrain. *Annales de la Policlinique de Paris*, 1893 — (1).
93. Leidesdorf. *Wiener med. Woch.*, 1884, n° 27 — (1).
94. Lilienstein. *Therapie der Gegenwart*, avril 1908 — (1).
95. Louvrier. Thèse de Paris, 1907 — (2).
96. Luhrmann. *Neurol. Centralblatt*, 1895, n° 14, p. 632 — (1).
97. Lunn et Holmes. Clinical Soc. of London, 8 février 1907. V. *Revue Neurol.*, 1907, p. 844 — (1).
98. Mac Dowall. *The Journal of mental Science*, vol. XIV, 1908, p. 112 — (3).
99. Mackenzie. Soc. médicale d'Edimbourg, 7 mars 1906 — (1).
100. Major. *Brit. med. Journal*, 17 décembre 1892 — (1).
101. Marchand. Soc. médico-psycholog., 26 mars 1900 — (1).

©BIUM

102. MARCHAND. *Soc. anatomique de Paris*, 1902, p. 77 — (1).

103. MARCHAND. Soc. clinique de médecine mentale de Paris, juin 1909 — (1).

104. MARCHAND et LÉRIDAN. *Echo médical du Nord*, 27 juillet 1902 — (1).

105. MARCHAND et NOUET. Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1908, et *Bulletin médical*, 1908 — (1).

106. MARCHAND et VURPAS. Soc. médico-psychologique, 28 janvier 1901 — (1).

107. MARCUS. Soc. des aliénistes bavarois, juin 1909 — (1).

108. MARIE (A.). Soc. clinique de médecine mentale de Paris, janvier 1909 et mars 1909.

109. MENDEL (E.). Ueber heredit. Syphilis in ihrer Einwirkung auf Entwicklung von Geisteskrankheiten. *Arch. f. Psych.*, 1868, vol. I — (1).

110. MENDEL (K.). *Neurol. Centralbl.*, vol. XXIV, 1905, p. 19 — (12).

111. MENDEL (K.). *Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 50 — (1).

112. MENDELSOHN. Soc. de psych. de Saint-Pétersbourg, 22 mars 1903 (V. Falk) — (1).

113. MENDELSOHN. *Rousski Wratch*, 1908, nº 48 (en russe) — (1).

114. MIDDLEMASS. *Journal of mental Science*, janvier 1894 — (6).

115. MINGAZZINI, *Monatsschrift f. Psych. u. Neurol.*, 1898, III, p. 53 — (1).

116. MONDOR. Soc. de Psychiatrie de Paris, 21 janvier 1909 — (2).

117. MORISON. Case of mental disease, 1828 (cité par Frölich).

118. MOTT. Notes of 22 cases of juv. gen. par. *Archives of neurol. from the pathological Laboratory of the London County Asylum*, 1899.

119. MOUSSOUS. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1906, p. 595.

120. MULLER. *Allgemeine Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1898, p. 151—(1).

121. NEVE. *Hospital Tidende*, 1909, nº 26 — (2).

122. NOLAN. *The Journal of mental Science*, avril 1883 — (1).

123. NONNE. *Neurol. Centralblatt*, 1900, p. 776 — (1).

124. NONNE. *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. LXIII, p. 128 — (1).

125. OLAH. Soc. médic. de Buda-Pest, 1907. C. R. in *Neurol. Centralblatt*, 1909, p. 390 — (1).

126. PACTET. Syndrome paralytique et paraplégie spasmodique chez un jeune homme de dix-neuf ans. Soc. clin. de méd. mentale, mai 1909 (C. R. in *Rev. de Psych.*, juin 1909) — (1).

127. POYNTON. *Proceedings of the royal Soc.*, vol. II, nº 1, novembre 1908. Clinical section, p. 11 — (2).

128. RAD. Soc. de Nuremberg, 1907. C. R. in *Deutsche med. Woch.*, 1907, p. 2120 — (1).

129. RAD. *Arch. f. Psych.*, 1898, Bd XXX, p. 82 — (1).

130. Ranke. *Neurol. Centralblatt*, 1908, p. 556.
131. Raymond. *Leçons cliniques*, 4e série. Doin, 1900, p. 489 — (1).
132. Raymond. *L'Indépendant méd.*, 1898, nº 31.
133. Régis. Soc. de méd. de Bordeaux, 23 février 1883. *Encéphale*, 1883 — (1).
134. Régis. Soc. de méd. de Bordeaux, 8 mai 1885. *Encéphale*, 1885 — (1).
135. Régis. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 5 décembre 1894. — Acad. de méd., 20 mai 1895 (2).
136. Régis. *Annales méd.-psych.*, 1898, vol. I, p. 440.
137. Régis. *Arch. de Neurol.*, 1901 — (1).
138. Régis et Anglade. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1906, p. 234 — (1).
139. Régis. *Encéphale*, 10 février 1909, p. 97 — (1).
140. Rémond et Chevalier-Lavaure. *Progrès médical*, 8 mai 1909 — (1).
141. Rey et Manière. *Annales médico-psychologiques*, 1883, vol II, p. 231 — (1).
142. Saiki. Berl. Gesellsch. f. Psych. und Nervenkrankh., séance du 21 mai 1894. C. R. in *Neurol. Centralbl.*, 1894 — (1).
143. Saint-Maurice. Thèse de Paris, 1896 — (1).
144. Sanger. Soc. psych.-neur. d'Iéna, octobre 1905. C. R. in *Neurol. Centralbl.*, 1905, vol. XXIV, p. 1069 — (2).
145. Saporito. *Annales méd.-psychol.*, 1898, vol. II, p. 26 — (1).
146. Savage. General paralysis of the insane, simulating cerebral tumor. *Journal of mental Sc.*, juillet 1888 — (1).
147. Sciuti. Ier Congrès italien de neurologie, Naples, avril 1908 — (1).
148. Senkpiel. *Fortschritte der Medizin*, 1908, nº 26 — (1).
149. Skoczynski. Soc. médic. de la Charité. C. R. in *Berliner klin. Wochenschr.*, 1904, p. 148 — (1).
150. Sollier. *Annales méd.-psychol.*, 1898, vol. I, p. 124 — (1).
151. Sommer. *Neurol. Centralbl.*, 1886 — (1).
152. Speyr. *Correspondenzblatt für Schweiz. Aertze*, nº 5, 1899 — (2).
153. Stewart Purves. *Brain*, XXI, 1898, p. 39 — (3).
154. Stolz. 1844 (Cité par Ingelrans).
155. Streitberger. Thèse, Iéna, 1894 — (1).
156. Strümpell. *Neurol. Centralbl.*, 1888 — (1).
157. Svenson. *Psych. Wochenschr.*, 1899. C. R. in *Neurol. Centralbl.*, 1900, p. 122 — (1).
158. Thiry. Thèse, Nancy 1898 — (3).
159. Thomson et Dawson. *Lancet*, 16 février 1895 — (1).
160. Thomson et Welsch. *British medical Journal*, 1er avril 1899 — (1).
161. Toulouse. *Gazette des hôpitaux*, 1893, 24 août, p. 909.

©BIUM

162. Toulouse et Marchand. *Soc. méd. des hôp.*, 23 juin 1899, t. XVI, p. 616 — (1).

163. Toulouse et Marchand. *Annales méd.-psychol.*, 1901, vol. II, p. 303 — (1).

164. Trapet. *Archiv f. Psych.*, 1909, n° 2, p. 716 — (1).

165. Trömner. Soc. médic. de Hambourg. V. *Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 886 — (5).

166. Turnbull. *Journ. of ment. Sc.*, octobre 1881 — (1).

167. Vogt et Frank. *Deutsche med. Woch.*, 1905, n° 20 — (1).

168. Voisin (J.), R. Voisin et Rendu. Soc. méd. des hôp., 13 juillet 1906 — (1).

169. Vrain. Contribution à l'étude de la paralysie générale à début précoce. Thèse, Paris, 1887 — (1).

170. Watson. *Arch. of Neurology*, from the pathological Laboratory of the London County Asylum, 1903, vol. II — (12).

171. Westphal. *Charité Annalen*, 1893, Jahrg. 18 — (1).

172. Weygandt. Soc. médic. de Würzburg, 1904. C. R. in *Neurol. Centralbl.*, 1904, vol. XXIII, p. 372 — (1).

173. Weygandt et Roubinovitch. *Atlas-manuel de Psychiatrie.* Baillière, p. 475 — (1).

174. Wiglesworth. *Journ. of mental Sc.*, juillet 1883 — (1).

175. Wiglesworth. *Journ. of mental Sc.*, juillet 1893 — (5).

176. Wollburg. Thèse, Kiel 1906 — (1).

177. Woltar. *Prager medizin. Wochenschr.*, 1905, p. 538 — (1).

178. Worcester. *The Amer. Journal of Insanity*, 1900 — (3).

179. X... *Bartholomew Hospital Reports*, vol. XXXIV, 1898 — (1).

180. Zadik. Thèse, Leipzig, 1907 — (3).

181. Zappert. Soc. médic. de Vienne. C. R. in *Neurol. Centralbl.*, 1906, p. 331 — (1).

182. Zappert. *Wien. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 12 — (1).

©BIUM

Établissements d'aliénés.

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS EN ÉCOSSE

Par le Dr A. R. URQUHART

Médecin directeur de l'asile royal de Murray,
Membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris.

A la veille même de la Terreur, en l'automne de 1792, Pinel, usant de la liberté que lui laissait le paralytique Couthon, le terrible conventionnel de la Montagne, délivra les aliénés de leurs chaînes, et inaugura ainsi une ère nouvelle dans les asiles du monde civilisé. Des forces sociales irrésistibles se mettaient manifestement en œuvre. L'Écosse, l'ancienne alliée de la France, en s'éveillant à un nouvel idéal, sentit revivre en elle des aspirations qui s'étaient comme endormies. Burns, le poète national, enflamma l'imagination de ses compatriotes, et remplit leurs âmes de l'ivresse nouvelle. La folie d'un autre poète écossais, Fergusson, et sa mort misérable à Bedlam de la cité (1), poussèrent un philanthrope, le Dr Andrew Duncan, à une campagne persévé-

(1) *Bedlam*, synonyme ordinairement employé pour l'hôpital royal de Bethlem, à Londres, ancienne fondation monastique. Il a été appliqué à toute maison d'aliénés, et l'on dit un Bedlamiste, équivalent d'aliéné (*lunatic*). Le *Bedlam* d'Edimbourg était simplement un lieu de détention, et le nom en fut adopté d'après celui de Londres. — Bethlem est maintenant un hôpital du rang le plus élevé.

©BIUM

rante, dont le résultat fut la création, comme institution nationale, de l'asile d'Edimbourg, ouvert aux aliénés en 1813. Il était destiné aux riches aussi bien qu'aux pauvres, et cette égalité de traitement avant toute loi, a été maintenue en Ecosse malgré tous les changements qui sont survenus dans l'évolution sociale de ce pays.

Il est inutile d'insister sur les maux et les erreurs de cette époque où la nation s'efforcait énergiquement d'atteindre la civilisation que nous possédons aujourd'hui. « L'inhumanité de l'homme contre l'homme en a plongé dans le deuil et les larmes des milliers et des milliers », a dit le poète Burns, et si ceux qui étaient atteints dans leur intelligence ont eu à souffrir, il ne pouvait guère en être autrement, quand les populations étaient superstitieuses, rudes et insensibles. Les souffrances de ces infortunés portèrent des membres éminents de la Société des amis (les Quakers) à chercher, autant qu'il était en leur pouvoir et leur influence, les remèdes au malheureux sort des aliénés, et dans les premières années du XIX[e] siècle ils s'efforcèrent d'intéresser l'attention publique à leurs recherches.

En retraçant l'histoire de cette époque, le D[r] Hack Tuke a rappelé ces paroles d'un poète :

The good of ancient times let others state;
I think it lucky I was born so late (1).

Notre devoir à nous est de nous rappeler les réformateurs et de travailler à notre tour à faire naître de nouveaux progrès en psychiatrie ; car le jour n'est pas encore venu où notre science osera se déclarer satisfaite d'elle-même.

(1) Je laisse à d'autres le soin de découvrir le bonheur des temps anciens ; moi je me trouve heureux d'être né si tard.

©BIUM

L'Écosse est favorisée par les dispositions de ses lois, qui se sont toujours montrées assez élastiques pour permettre l'adoption des idées nouvelles à mesure qu'elles arrivent à l'épanouissement et à la maturité. Le représentant de la loi et des règlements dans chaque comté ou groupe de comtés, c'est le Shériff, jurisconsulte expérimenté et d'un talent éprouvé, qui visite sa circonscription par intervalles et s'occupe des cas susceptibles d'être soumis à son examen. On en appelle à lui des décisions de son substitut, qui est également un homme de loi choisi par le gouvernement après avoir donné des marques de sa capacité et qui réside dans sa propre juridiction. Ainsi les matières légales sont traitées par des jurisconsultes compétents et accessibles. Ils sont répartis dans le pays ; ils sont indépendants et ils tiennent leurs audiences de manière à commander le respect et la confiance des gens. Il y a tendance à la décentralisation de manière à donner aux shériffs des attributions plus nombreuses et plus importantes. Ainsi, par exemple, il est souvent nécessaire de nommer à des incapables un curateur aux biens. Naguère cette nomination était toujours faite par la Cour Suprême, qui tient ses sessions à Edimbourg. Mais les frais de la procédure pesaient lourdement sur les pauvres ; c'est pourquoi intervint une loi qui a donné aux shériffs le droit de pourvoir à cette nomination, pourvu que le revenu annuel à gérer n'excède pas une valeur de 100 livres.

En l'année 1815, un acte du Parlement établit une sorte de réglementation du régime des aliénés. Les shériffs reçurent le pouvoir de donner des autorisations pour diriger des asiles; on nomma des inspecteurs, et il fut du ressort des shériffs d'ordonner l'internement des aliénés sur le vu de certificats médicaux et de vérifier si l'internement était justifié. Les résultats de cet

©BIUM

acte ne furent pas satisfaisants. Un grand nombre d'aliénés restèrent dans une condition déplorable jusqu'au milieu du siècle. Ils avaient bien des avocats nombreux et puissants, mais qui furent incapables d'amener le Parlement à une action efficace. Des asiles royaux avaient été créés, de nombreux asiles privés existaient ; mais ils étaient impuissants ou impropres à satisfaire aux besoins des aliénés.

En 1837, le Dr W. A. F. Browne écrivit un ouvrage remarquable sur les asiles, « ce qu'ils étaient et ce qu'ils devraient être ». On pourrait en nommer bien d'autres qui insistèrent et firent de grands efforts pour amener le pays à plus de justice envers les aliénés. La venue de Miss Dix, « l'envahisseuse américaine », en 1855, fut un événement décisif dans cette campagne de longue durée. C'est elle qui eut assez de crédit pour faire nommer une Commission royale d'enquête, et c'est sur le rapport de cette Commission que fut votée la loi actuelle de l'Écosse sur les aliénés.

Voici un tableau montrant la répartition des aliénés au 1er janvier 1858 et au commencement de l'année 1909 (V. p. 255). Il a été dressé par le Conseil général des aliénés (*General Board of Lunacy*).

Les particularités principales de ce tableau sont :

1° Le grand accroissement du nombre des aliénés connus entre 1858 et la fin de l'année 1908 ;

2° L'accroissement proportionnel de la population de l'Écosse ;

3° Le grand accroissement du nombre des malades payants et la faible augmentation des aliénés indigents dans les asiles royaux ;

4° Le développement des asiles de districts recevant un certain nombre de malades payants ;

5° La disparition des aliénés indigents dans les asiles

Statistique des aliénés aux 1ers janvier 1858 et 1909.

Classes.	Années.	Asiles publics.	Asiles privés.	Asiles de districts.	Ecoles d'idiots.	Hospices et asiles paroissiaux.	Domiciles particuliers.	Totaux.
Payants. .	1858	786	196	0	23	6	?	1.011
— .	1909	1.940	90	329	204	0	119	2.682
Indigents.	1858	1.594	520	0	6	833	1.784	4.737
—	1909	1.701	0	9.380	261	1.296	2 877	15.515

Années.	Hommes.	Femmes.	Totaux.	Proportion avec la population.
1858. . .	2.718	3.030	5.748	1 p. 522
1909. . .	8.892	9.305	18.197	1 — 268

privés et la notable diminution des payants dans ces mêmes asiles ;

6° La grande augmentation des idiots dans leurs écoles spéciales ;

7° La grande augmentation des hospices autorisés et du nombre d'indigents qui y sont admis.

C'est un fait d'expérience que le nombre des cas d'affaiblissement ou de trouble mental est, dans le pays, en augmentation générale. Cet accroissement est dû en majeure partie aux méthodes meilleures de traiter les aliénés. Si l'on veut scruter comment cela se fait, on trouve aisément des raisons pour expliquer ces statistiques. Cependant, en Écosse du moins, d'après certains signes, il semble que le niveau le plus haut ait été atteint. Le Conseil des inspecteurs donne le tableau suivant qui montre, en ce pays, la proportion d'aliénés par 100.000 habitants depuis 1904 :

©BIUM

1er janvier.	Payants.	Indigents.	Totaux.
	—	—	—
1904.	52	307	359
1905.	52	311	363
1906.	51	312	363
1907.	50	312	362
1908.	51	314	365
1909.	51	315	366

L'augmentation notée en dernier lieu a été due à de l'encombrement ; car les inspecteurs ont constaté sur leurs registres, pour la dernière année indiquée, une diminution du nombre des placements.

L'une des plus urgentes dispositions requises par la loi sur les aliénés, était la création d'asiles de districts. Il était devenu évident que les asiles royaux ne pouvaient plus suffire à tous les besoins du pays; et de fait, ils n'avaient pas présenté un accroissement considérable du nombre de leurs malades indigents, alors cependant que les asiles privés ne recevaient plus d'aliénés de cette catégorie. D'une manière générale, la situation était telle en 1855 que les asiles royaux ne pouvaient plus accueillir les demandes qui leur étaient adressées ; il était urgent de pourvoir à cette situation et de faire cesser au plus tôt la mauvaise appropriation existante. L'entreprise nationale fut faite dans des conditions qui ont bien résisté aux épreuves du temps, et qui ont démontré la sagesse et la prudence de ceux qui en prirent l'initiative. Des contrats furent passés entre les Conseils de districts pour aliénés, établis par la loi, et les directeurs des asiles royaux dans les lieux où des arrangements étaient et continuent d'être applicables ; mais il fut immédiatement évident que des contrats pour l'érection d'asiles de districts s'imposaient d'une manière impérieuse, et en quelques années il y en eut d'ouverts dans les comtés d'Inverness, Banff, Perth, Argyll, Stirling, Fife, Ayr, Midlothian, Haddington et

Roxburgh. D'autres furent ajoutés notamment dans les comtés de Lanark, Glasgow, etc. Le tableau suivant indique les établissements d'aliénés et la répartition de ceux-ci en Écosse au 1er janvier 1909 (*Voir page* 258).

Le relevé que nous venons de reproduire nous permet de constater que les asiles royaux et de districts l'emportent de beaucoup; qu'ils contiennent, tant en payants qu'en indigents, 13.350 aliénés; et que les asiles privés, qui n'ont que 90 malades payants, ne contiennent pas un seul indigent. Les inspecteurs avaient reconnu en 1855 que la grande majorité des asiles privés étaient, sous tous rapports, mal appropriés à leur destination. En quelques années on en supprima un bon nombre et on ferma ainsi un chapitre sombre de l'histoire de l'Écosse. La concurrence éhontée qui faisait admettre de malheureux individus à des prix de pension qu'il était impossible de regarder comme suffisants, prit fin, moins en quelque sorte par l'influence de la loi que par l'effet d'une surveillance soutenue et persévérante qui fit disparaître tout ce qui était mal organisé. D'autre part, les quelques asiles privés qui ont survécu, continuent de remplir une fonction utile, et satisfont à toutes les exigences modernes de ceux qui préfèrent les maisons privées dirigées par des médecins compétents.

Les asiles paroissiaux, qui sont peu nombreux, demandent quelques explications. Pratiquement ce sont des hospices purement et simplement autorisés. C'est une des marques de l'administration écossaise, d'autoriser ainsi des quartiers d'hospice à recevoir des malades chroniques et inoffensifs. Ces établissements paroissiaux ne servent aucunement aux malades susceptibles d'un traitement curatif; ils ne reçoivent pas non plus les cas de maladies aiguës que l'on y retiendrait jusqu'à ce qu'il fût opportun de les envoyer dans les

ASILES	SITUATION	NOMS DES DIRECTEURS	NOMBRE DES MALADES — PAYANTS H.	PAYANTS F.	INDIGENTS H.	INDIGENTS F.	TOTAUX
Royal d'Aberdeen	Aberdeen	Dr Reid	139	160	233	266	798
— de Crichton	Dumfries	Dr Easterbrook	217	266	155	190	828
— de Dundee	Dundee	Dr T. Mackenzie	29	34	»	»	63
— d'Edimbourg	Edimbourg	Dr Robertson	196	234	152	156	738
— de Glasgow	Glasgow	Dr Oswald	177	235	2	»	414
— de Montrose	Montrose	Dr Havelock	52	74	255	292	675
— de Murray	Perth	Dr Urquhart	63	64	»	»	127
De district d'Aberdeen	Kingseat	Dr Alexander	»	»	220	194	414
— d'Argyll	Lochgilphead	Dr Shaw	14	18	220	211	463
— d'Ayr	Ayr	Dr Mac Rae	11	17	258	251	537
— de Banff	Ladysbridge	M. Fowler	1	4	95	88	188
— de Dundee	Westgreen	Dr T. Mackenzie	»	»	189	214	403
— d'Edimbourg	Bangour	Dr Keay	»	»	361	380	741
— d'Elgin	Elgin	M. Hendry	1	9	67	89	166
— de Fife	Cupar Fife	Dr Turnbull	»	11	287	310	608
— de Glasgow	Gartloch	Dr Parker	»	»	404	361	765
— —	Lenzie	Dr Marr	»	»	555	517	1.072
— de Govan	Hawkhead	Dr Watson	4	8	316	249	577
— d'Haddington	Haddington	Dr M. Macrae	5	8	64	80	157
— d'Inverness	Inverness	Dr Mackensie	8	7	345	355	715
— de Kirklands	Bothwell	Dr Skeen	»	»	114	108	222
— de Lanark	Hartwood	Dr Kerr	33	48	473	383	937
— de Midlothian	Rosewell	Dr Mitchel	12	35	152	126	325
— de Perth	Murthly	Dr Bruce	1	2	186	185	374
— de Roxburgh	Melrose	Dr Johnstone	16	18	152	150	336
— de Stirling	Larbert	Dr Campbell	20	18	371	300	709
Totaux dans les asiles royaux et de districts			999	1.270	5.626	5.455	13.350

page 258 sur 528

Totaux dans les asiles royaux et de districts			999	1.270	5.926	5.456	13.920
[illegible]	Gorgie	Sir John Batty Tuke	»	»	»	»	72
New Saughton Hall	Polton	Dr J. Batty Tuke	28	44	»	»	72
Westermains	Kirkintilloch	M. Lawrie	2	8	»	»	10
Totaux dans les asiles privés			31	89	»	»	90
Paroissial de Greenock	Greenock	M. Houston	»	»	135	120	255
— de Paisley (Craw Road)	Paisley	M. Black	»	»	42	53	95
— de Paisley (Riccartsbar)	—	M. Pirie	»	»	98	112	210
Totaux dans les asiles paroissiaux			»	»	275	285	560
Quartiers d'hospices avec autorisation sans réserve.							
Hospice de Buchan	New Maud	M. Fraser	»	»	24	27	51
— de Cunningham	Irvine	Dr Garrey	»	»	44	45	99
— de Dumbarton	Dumbarton	M. M. Callum	»	»	27	29	56
— de Dundee East	Dundee	M. Chisholm	»	»	45	47	92
— de Govan	Glasgow	M. Thomson	»	»	95	99	194
— de Inveresk	Inveresk	M. Thom	»	»	15	14	29
— de Kincardine	Stonehaven	M. Hall	»	»	22	18	40
— de Linlithgow	Linlithgow	M. Johnstone	»	»	18	18	36
— de Long Island	Lochmaddy	M. Macdonald	»	»	16	9	25
— de Old Monkland	Coatbridge	M. Young	»	»	25	25	50
— de Perth	Perth	M. Laird	»	»	19	20	39
— de Wigtow	Stranraer	M. Ormiston	»	»	20	15	35
Totaux dans les quartiers d'hospices			»	»	370	366	736
Totaux généraux			1.030	1.329	6.271	6.106	14.736

©BIUM

asiles. Ils reçoivent, au contraire des asiles, des malades qui n'ont pas besoin d'un traitement dispendieux et pour qui la vie familiale (*Boarding-out*) n'est pas considéré comme opportun. On peut voir dans le relevé ci-dessus qu'il n'y a que 736 malades répartis dans 12 hospices. Et cependant, les asiles paroissiaux (1) ne se bornent pas à recevoir des chroniques ; ils sont plutôt comme la survivance de méthodes d'administration peu satisfaisantes. Il y a des paroisses ayant des asiles, à qui on a donné des Conseils de district pour les aliénés et qui se rapprochent ainsi des asiles de district ; celles de Dundee et Govan sont dans ce cas. Il peut se faire que des asiles de district soient autorisés à recevoir dans des pavillons spéciaux des malades payants, et qu'ils augmentent ainsi leur utilité ; on peut constater d'ailleurs qu'il se fait un mouvement très marqué dans ce sens. En 1855, il n'y avait aucun asile de district. Ceux qui existent actuellement contiennent 9.380 indigents, et 329 pensionnaires dont la pension est payée en totalité par les particuliers.

On ne peut pas être complet sur le régime des aliénés en Écosse, sans faire une mention spéciale du système d'internement, appelé *Boarding-out* (2) ; mais ce système a été si souvent décrit en détail, qu'il est inutile de faire plus que de constater que le nombre de malades internés sous ce régime a, au moins en apparence, con-

(1) Au moment où cet article est écrit, il n'y a plus qu'un seul asile paroissial, celui de Greenock.

(2) *Boarding-out*, expression écossaise, qui ne s'applique pas réellement aux *aliénés internés*, mais qui concerne plutôt l'*assistance familiale*. Les inspecteurs-adjoints (*deputy-commissionners*) ne visitent pas les aliénés des asiles, mais seulement ceux qui bénéficient du *boarding-out*. Ce mode d'assistance est décrit en détail dans les rapports du Congrès international de l'assistance des aliénés, Belgique, 1903.

sidérablement augmenté ; que les rapports des inspecteurs donnent des renseignements favorables sur leur condition, et que le pays est heureux de continuer la méthode d'administration qui rend les chroniques à la vie familiale et en même temps diminue les charges financières que les aliénés imposent à la nation.

Le tableau suivant donne les prix quotidiens de pension, suivant chaque mode d'assistance des aliénés indigents dans les divers comtés d'Écosse, pour l'année qui s'est terminée le 15 mai 1908 ; ces prix ont été ramenés au système monétaire français, en francs et centimes. (*Voir page* 262.)

Il y a un grand nombre de malades payants qui en réalité sont dans une position peu aisée et le tableau suivant montre les prix annuels de pension dont prennent la charge les asiles royaux qui s'efforcent de se mettre à la portée des petites fortunes, en assistant spécialement les individus qui appartiennent à la région desservie par chacun d'eux.

Asile Royal.	Prix de pension minimum.
	fr.
Aberdeen.	750 »
Dumfries.	625 »
Dundee	625 »
Edimbourg	800 »
Glasgow	650 »
Montrose.	625 »
Perth	750 »

Par ces prix modérés, on s'est efforcé de sauvegarder l'esprit d'indépendance qui anime l'Ecosse, et d'éviter la nécessité de faire appel aux secours des autorités paroissiales.

Les asiles royaux d'Ecosse ont été établis grâce aux efforts et à la bienfaisance des particuliers longtemps

©BIUM

COMTÉS	Asiles royaux, de districts et paroissiaux. Ecoles d'enfants imbéciles.	Quartiers d'hospice autorisés avec restriction.	Habitations particulières.	Moyenne générale (y compris les frais de certificats et transports, etc.).	MOYENNE D'ALIÉNÉS POUR CENT		
					Dans les asiles royaux, de districts et paroissiaux. Ecoles d'imbéciles.	Quartiers d'hospices autorisés avec restrictions.	Habitations particulières.
1. Aberdeen. . . .	2,00	1,15	1,10	1,85	82,2	6,2	11,6
2. Argyll	1,55	»	1,15	1,55	81,4	»	18,6
3. Ayr	1,80	1,05	1,15	1,65	73,1	16,4	10,5
4. Banff	1,50	»	1,10	1,40	70,3	»	29,7
5. Berwick	1,95	»	1,10	1,80	70,8	»	29,2
6. Bute.	1,50	»	1,25	1,55	81,3	»	18,7
7. Caithness. . . .	2,25	1,50	0,95	1,60	52,0	1,9	46,1
8. Clackmannan . .	1,80	1,90	1,30	1,80	80,6	1,5	17,9
9. Dumbarton . . .	1,85	1,15	1,40	1,70	65,1	20,1	14,8
10. Dumfries. . . .	1,60	»	1,15	1,60	88,6	»	11,4
11. Edimbourg . . .	2,20	0,85	1,45	2,05	75,7	1,3	23,0
12. Elgin	1,60	»	1,05	1,60	80,7	»	19,3
13. Fife	1,75	»	1,30	1,75	85,9	»	14,1
14. Forfar.	1,90	1,70	1,35	1,85	72,8	9,9	17,3
15. Haddington. . .	1,75	0,90	1,40	1,75	87,8	5,7	6,5
16. Inverness. . . .	1,60	1,90	0,95	1,40	55,1	2,4	42,5
17. Kincardine . . .	2,15	1,15	1,40	2,00	76,0	16,7	7,3
18. Kinross.	1,75	»	1,05	1,75	96,3	»	3,7
19. Kirkcudbright. .	1,65	»	1,25	1,65	90,5	»	9,5
20. Lanark.	1,80	4,40	1,40	1,75	78,9	5,6	15,5
21. Linlithgow . . .	1,85	1,70	1,35	1,85	70,7	18,3	11,0
22. Nairn.	1,65	»	1,05	1,55	74,0	»	26,0
23. Orkney.	2,20	»	0,95	1,90	66,6	»	33,4
24. Peebles.	1,85	»	1,45	1,85	97,6	»	2,4
25. Perth	1,85	1,50	1,35	1,75	77,5	6,8	15,7
26. Renfrew	1,85	1,50	1,55	1,85	88,3	0,7	11,0
27. Ross.	1,65	»	0,85	1,35	56,5	»	43,5
28. Roxburgh. . . .	1,95	»	1,30	1,95	88,1	»	11,9
29. Selkirk.	1,95	»	1,30	1,95	91,9	»	8,1
30. Shetland	2,15	»	0,85	1,85	66,1	»	33,9
31. Stirling.	1,80	1,55	1,35	1,80	80,4	1,5	18,1
32 Sutherland . . .	1,65	»	0,85	1,35	66,0	»	34,0
33. Wigtown. . . .	1,65	1,30	1,05	1,55	64,0	16,3	19,7
Moyenne générale.	1,85	1,35	1,25	1,75	76,8	4,8	18,4

avant que l'action législative eût obligé à élever des asiles pour les indigents. On les appelle aussi asiles à charte (Chartered asylums) parce que chacun d'eux a été créé en vertu d'une charte royale. Dans le principe ils recevaient aussi bien des payants que des indigents; mais il y a de la tendance à les réserver en tout ou en partie aux aliénés des classes moyennes; on a compris que la générosité des fondateurs n'avait point été faite pour venir en aide à ceux qui peuvent bien payer et les alléger des obligations imposées par la loi. Il y a sept asiles royaux; le plus ancien, celui de Montrose, a été créé en 1781. La seule subvention accordée par le gouvernement à ces asiles, a été un don de 50.000 francs en faveur de celui d'Edimbourg, dont la création a été réclamée spécialement pour des aliénés appartenant aux classes libérales qui se trouvent dans une situation un peu gênée. Des sept asiles royaux, cinq ont été construits à l'aide de souscriptions publiques, deux sont dus à de charitables fondateurs. Il y a des raisons de croire qu'aucun autre pays n'a, proportionnellement à sa population et à ses ressources, fait volontairement un si grand effort pour assurer l'assistance des aliénés, avant même la promulgation des lois qui régissent aujourd'hui cette assistance. Malheureusement cette bienfaisance pratique a été comme neutralisée par la nécessité où l'on a été d'établir des asiles de districts, et il est maintenant rare de trouver des donateurs charitables qui fassent des fondations pour des asiles royaux. Depuis quelque cinquante ans les directeurs de l'asile royal de Murray ont estimé que leur charte ne leur permettait pas de recevoir des indigents, bien qu'ils fussent en droit d'admettre, à des prix non aussi rémunérateurs qu'ils l'eussent jugé nécessaire, des malades de cette catégorie appartenant à la localité. Dans ces dernières années, l'asile royal de Glasgow a été semblablement

©BIUM

consacré à l'admission des seuls malades payants, et l'asile royal d'Edimbourg, par une décision de l'autorité supérieure, a été délivré du souci de garder des pauvres à un prix moindre que celui qu'ils coûtent. Il arrive que le mot « pauvre » soit pris abusivement dans un sens équivoque. M. T. W. L. Spence, secrétaire général du conseil supérieur des établissements d'aliénés, a démontré qu'il y a quelques années, les quatre cinquièmes des pauvres connus par le conseil avaient été classés sous cette rubrique uniquement en raison de leur *pauvreté d'esprit* ; cela obligeait à demander des subventions aux paroisses, si bien que la charge des aliénés retombait sur la population dans des conditions bien différentes de celles où doivent être les obligations ordinaires des conseils paroissiaux. L'inspecteur des indigents, agent du conseil de paroisse, est dans l'obligation d'examiner la situation de tout aliéné, signalé à son attention. Naturellement ceux qui sont à la charge de leurs parents ou amis, et qui ont une aisance suffisante, ne réclament pas son intervention ni l'aide du conseil de paroisse ; la loi établit d'ailleurs les mesures à prendre dans les cas embarrassants qui peuvent se présenter.

En 1855, on constata que le capital entier qui avait été dépensé pour les divers asiles royaux, sol, bâtiments et aménagements, se montait à 8.815.700 francs. Cette somme s'est augmentée rapidement d'année en année, grâce généralement aux excédents de pensions réalisés sur l'entretien des malades riches, et elle en est venue à s'élever jusqu'à bien plus de 25.000.000.

L'asile du district d'Elgin fut établi avec le concours de la population sur un terrain donné par les administrateurs de l'hôpital de Gray. Les propriétaires du comté consentirent un impôt volontaire pour couvrir la dépense

de construction de l'asile qui fut ouvert en 1835, et qui, depuis la loi de 1857, est devenu un asile de district. Avant cette époque, ce n'était qu'un petit asile public qui contenait 43 malades (1).

Vers l'année 1855, un grand effort se fit pour établir un asile à Inverness ; une souscription fut ouverte et réunit 250.000 francs. Cette somme ne fut point consacrée à sa destination, et lorsque la loi sur les aliénés eut décidé la construction d'un asile de district aux frais du comté, elle fut restituée aux souscripteurs.

Asile royal d'Aberdeen. — Il fut à sa fondation une annexe de l'hospice et eut les mêmes administrateurs. Il était dû à des contributions volontaires, et fut ouvert en 1800. Plus tard il fut rebâti et séparé de l'hospice, qui avait indûment bénéficié de l'administration commune. Il comprend quatre grands corps de bâtiments : 1° La maison d'origine qui contient à la fois des payants ordinaires et des indigents au prix de pension le plus infime ; 2° tout auprès d'elle, un établissement moderne (hôpital) pour les cas aigus ; 3° un bâtiment sé-

(1) L'asile d'Elgin n'a pas été fondé par la population, mais par les *contribuables* du comté. Les contributions sont de deux sortes : celles du royaume, appelées proprement *taxes* et qui sont levées par le gouvernement, et celles qui sont propres au comté, dites *rates*. Celles-ci sont des contributions locales imposées par les autorités locales. Les asiles publics des districts sont entretenus par les comtés à l'aide de contributions locales payées par les propriétaires fonciers, tandis que les frais de pension des malades sont payés par les budgets des paroisses et les subventions du gouvernement. — Ce qu'il faut particulièrement noter, c'est que les propriétaires fonciers ont volontairement assumé la charge des frais de construction de l'asile d'Elgin longtemps avant que cela devînt obligatoire. — La paroisse est une petite partie du comté d'origine ecclésiastique, et le Conseil de paroisse (analogue sans doute au Conseil municipal, en France) ne s'occupe spécialement que de sa paroisse, alors que le Conseil de comté gère les affaires de tout le groupe des paroisses du comté. Il y a plusieurs paroisses dans le comté de Perth, et la ville de Perth n'est qu'une paroisse du comté.

©BIUM

paré pour les malades payants par an 1.500 francs et plus; 4° un domaine, avec habitation, à quelque distance de là, occupé spécialement par des travailleurs. Il s'étend sur une surface de 13 hectares 35 ares. Il est disposé pour un millier de lits. L'assistance de l'Institution s'étend à tout le comté d'Aberdeen. Les sommes reçues pour les pensions, avec l'appoint d'un petit fonds d'assistance charitable, se sont élevées à 250.000 francs en 1909. L'Université y a constitué un cours de maladies mentales.

Asile royal de Dumfries. — L'institution royale de Crichton fut fondée par la veuve et les exécuteurs testamentaires de feu James Crichton, de Friar's Carse, dont il porte le nom, et dont ce qui restait de ses biens fut consacré à la fondation. Elle fut ouverte en 1839, lorsque le premier bâtiment, affecté aujourd'hui aux aliénés payants, eut été achevé. Un second bâtiment, recevant à la fois des payants et des indigents, fut ouvert en 1849. Il y a un fonds d'assistance qui est réparti aux malades de la localité dont la position de fortune est modeste. L'institution a été considérablement développée pendant les vingt-cinq dernières années par feu le Dr Rutherford. Lorsque celui-ci prit sa retraite, la propriété était de 52 hectares 60 ares, y compris le domaine de Friar's Carse dont nous venons de parler, et il se compose de quatorze bâtiments destinés aux malades. Depuis lors, cependant, le domaine de Friar's Carse a été vendu. Le *Journal of Mental Science* a publié en avril 1910 une notice sur la vie du Dr Rutherford. L'asile contient 900 lits. Les pensions payées par les malades en 1909 ont produit 1.107.300 francs.

Asile royal d'Edimbourg. — Bâti à l'aide de contributions volontaires augmentées d'une petite subven-

tion du gouvernement. Ouvert en 1813, il comprend deux bâtiments principaux et plusieurs annexes. Le bâtiment d'origine, situé à l'est, a été vendu et est maintenant remplacé par New Craig House, sur le terrain qui se trouve à l'ouest de la propriété de Morningside et qui est de 2 hectares 50 ares. En 1879, Old Craig house fut approprié pour recevoir des pensionnaires des plus hauts prix de pension, et il y a environ vingt ans qu'un asile moderne pour la même catégorie d'aliénés a été établi dans le voisinage. Le bâtiment central reçoit environ 100 malades et tout auprès de lui sont détachés des pavillons et des villas de petite grandeur. Le bâtiment de l'ouest, ouvert en 1842, reçoit des pensionnaires de la dernière classe et des indigents. On y a ajouté des ailes séparées pour les cas aigus ; mais on a renoncé à continuer de suivre ce plan. Son terrain est de 4 hectares 86 ares. Il contient 900 lits. Son budget est de 1.263.800 francs. Il possède, pour les indigents, un fonds d'assistance qui se monte au capital de 559.700 francs. D'accord avec l'Université on y fait un cours de maladies mentales. Le *Journal of Mental Science* d'avril 1910 a publié un aperçu de l'œuvre du Dr Clouston dans l'asile royal d'Edimbourg ; à ce même moment ses collègues et ses amis lui offrirent son portrait.

Asile royal de Glasgow. — Fondé en 1810. Bâti à l'aide de souscriptions volontaires et ouvert en 1814. Rebâti dans un meilleur endroit et sur une plus grande étendue en 1842. Il consiste en deux grands corps de bâtiments contigus. Celui de l'est fut destiné aux indigents ; celui de l'ouest fut réservé aux pensionnaires riches. Depuis vingt ans l'établissement tout entier a été consacré à des malades payants, dont un bon nombre, au grand avantage de la localité, sont reçus

©BIUM

moyennant une pension minime. Sur la pierre de fondation du bâtiment d'origine on a gravé ces mots : *Pour rendre l'usage de la raison et soulager les souffrances.* Cette devise reste l'idée fondamentale des directeurs. L'asile contient 460 lits. Le budget est d'environ 700.000 francs, aidé par une petite dotation. Le 25 mars 1908, il contenait 449 pensionnaires. Sur ce nombre, 65 payaient moins de 1.000 francs par an et 155 ne payaient que ce même prix de pension. Étendue du terrain : 2 hectares 67 ares. Cours de maladies mentales avec l'agrément de l'Université.

ASILE ROYAL DE MONTROSE. — Établi conjointement à l'hospice. Mais l'hospice et son dispensaire ne vinrent qu'après l'asile. L'hospice bénéficie encore de cette connexion qui dure depuis bien longtemps. Bâti à l'aide de souscriptions volontaires, ouvert en 1782; rebâti en 1857. Il comprend trois grands corps de bâtiments : 1° L'établissement d'origine, consacré principalement aux indigents; 2° l'hôpital, ouvert en 1891, pour les malades et les infirmes ; 3° Carnegie House, ouvert en 1899, pour ne recevoir que des malades payants. Il y a aussi deux villas séparées, contenant des malades à des prix de pension modérés. Il s'étend sur 10 hectares 92 ares. Il contient 700 lits. Il dessert les comtés de Forfar et de Kincardine. Les pensions payées par les malades produisent 598.100 francs.

ASILE ROYAL DE PERTH. — Fondé par les exécuteurs testamentaires de James Murray, dont il porte le nom. Ouvert en 1827. Il comprend deux grands corps de bâtiments : 1° L'établissement d'origine, agrandi en 1839 et en 1889 ; 2° dans le voisinage, une habitation pour tranquilles et convalescents. Il a encore quatre villas occupées par des malades. Il s'étend sur 2 hec-

tares 87 ares. Il compte 157 lits. Son assistance se borne au comté de Perth. Son budget est de 346.175 fr.

Asile royal de Dundee. — Il est actuellement dans une position anormale. Il fut fondé avec l'hospice, et par les mêmes administrateurs, en 1805. Il fut bâti à l'aide de souscriptions volontaires et ouvert en 1820. Il a été séparé de l'hospice et rebâti en 1881. Il reçut des payants et des indigents jusqu'en 1902, époque où un bâtiment séparé, Gowrie House, fut ouvert seulement pour malades payants. Toute l'histoire de l'ancienne institution s'est terminée par la vente de la propriété entière au Conseil des aliénés du district de Dundee. Les directeurs tenaient leur autorité d'une charte royale et avaient, comme c'était la pratique usuelle, fait des arrangements pour recevoir les aliénés à la charge de l'État. Le prix d'achat a été versé aux directeurs, qui gèrent le fonds ainsi constitué, de manière à venir en aide aux malades payants, mais peu fortunés, de la localité. Ces malades sont encore gardés à Gowrie House, où l'on a approprié 70 lits à leur usage. L'assistance de l'institution comprend les comtés de Forfar et de Fife.

Nous devons ne pas omettre de dire quelques mots du principal asile privé de l'Écosse, New Saughton Hall, dirigé par Sir John Batty Tuke et par son fils. Les circonstances les ont obligés impérieusement à rendre à la ville d'Edimbourg le vieux château de Saughton Hall et les pensionnaires qui y résidaient furent tranférés à Mavisbank, qui depuis plusieurs années avait même destination. On y fit des agrandissements et les nouveaux bâtiments furent ouverts en 1907. Il contient 90 lits. Le prix minimum de pension est de 2.625 par an.

©BIUM

Asiles de districts. — Ils ont été érigés postérieurement à la loi de 1855 sur les aliénés. Il est impossible de parler en grand détail de ces institutions. Elles reçoivent les indigents de leur région et elles ont été agrandies ou multipliées suivant les besoins des temps. Le tableau donné page 258 montre leur distribution et leur importance.

Il sera néanmoins de quelque intérêt d'indiquer les changements qui y sont survenus en conformité de principes importants. Prenons, par exemple, l'asile du district d'Inverness qui a été érigé dans les premières années de l'administration moderne ; il est de peu d'étendue. C'était, comme tous les autres, un asile bâti sur le plan des corridors, au meilleur marché possible, et qui n'était aucunement en progrès sur son temps. Sous l'active direction du Dr Keay, il a été complètement réorganisé et modernisé. On y a construit des quartiers de traitement, on y a ajouté des bâtiments d'administration et le domaine est devenu d'une valeur de 1.750.000 francs. De la sorte, le plus vieil asile supporte toute comparaison avec n'importe quel autre de sa catégorie. De la même manière, l'asile du district d'Ayr a été agrandi et rendu plus commode par l'addition d'un quartier de traitement séparé, dont le coût de chaque lit n'est seulement que de 2.500 francs. D'autre part, l'asile du district de Perth a été heureusement amélioré par l'adjonction de villas séparées ; les maladies aiguës sont traitées dans les grands bâtiments. L'asile du district de Stirling recevait de nombreuses demandes d'admission ; on lui a ajouté d'abord un groupe de bâtiments pour les chroniques, puis une infirmerie pour les cas aigus ; enfin, une habitation séparée pour les infirmières.

Comme on le voit, il y a partout une grande latitude d'administration, et cela conduit à se demander ce qui

permet une telle diversité d'action. Il ne faut pas aller loin pour le chercher. Comme nous l'avons dit, la loi sur les aliénés a été l'œuvre d'hommes de sagesse et de prévoyance, et l'administration centrale s'est maintenue dans les limites qu'ils lui avaient tracées. Il ne sera pas sans intérêt d'entrer dans quelques remarques à ce sujet.

Conseil général des aliénés (*General Board of Lunacy*). — Ce Conseil est composé de deux inspecteurs médecins appointés, de deux jurisconsultes éminents non appointés et d'un secrétaire pourvu d'appointements. Le président, qui ne reçoit pas non plus d'appointements, a toujours été un homme de haute distinction sociale. Il y a également deux inspecteurs-adjoints, médecins aussi, pourvus d'appointements et qui sont chargés de visiter les aliénés internés (*Boarded-out*) et de faire des rapports sur leurs inspections. Sir Arthur Mitchell, sur la vie et l'œuvre duquel le *Journal of Mental Science* du 10 avril 1910 donne une notice, a commencé sa carrière comme inspecteur-adjoint. L'Écosse est une région de peu d'étendue et les inspecteurs médicaux ne sont pas harassés par le travail que l'on attend d'eux. Ils connaissent intimement les asiles, et aussi bien qu'il le faut les malades dont l'état est d'une importance particulière. Ils ont toujours encouragé les administrations locales à se développer et à tenter les moyens de progrès. Cette conduite est si généralement bien reconnue et appréciée, que la section écossaise de l'Association médico-psychologique a introduit dans ses procès-verbaux, à la date du 19 mars 1908, l'ordre du jour suivant : « Considérant qu'il y a maintenant cinquante ans que la loi de 1857 est entrée en action, la section écossaise de l'Association médico-psychologique décide d'enregistrer dans ses

©BIUM

procès-verbaux l'expression de sa reconnaissance pour les grands progrès qui ont été réalisés en Écosse pendant la seconde moitié du siècle, dans le traitement des aliénés et dans l'étude scientifique des maladies mentales ; ses remerciements pour la manière humaine, éclairée et généreuse avec laquelle les conseils des asiles de la région ont pourvu aux besoins des êtres très malheureux dont ils s'occupent ; sa haute appréciation de la conduite large et bienveillante avec laquelle les représentants du Conseil général des aliénés ont mené leurs inspections des établissements d'aliénés en Écosse, conduite qui non seulement a été féconde pour la protection et le progrès des plus grands intérêts des aliénés, mais qui a également beaucoup contribué à encourager et à aider ceux qui sont plus immédiatement chargés de l'assistance et du traitement des malades. »

Cette période a été marquée tout d'abord par l'augmentation de la liberté et la suppresion des contraintes pénibles, puis par un plus grand développement des idées médicales en psychiatrie. Alors qu'à son début on n'espérait guère pénétrer la nature intime des maladies mentales, et qu'on était sceptique sur l'action médicale proprement dite, on se mit à demander au bon sens les meilleures méthodes d'administration. Une liberté plus grande était la nécessité première. Les moyens mécaniques de contention et de réclusion tombèrent en discrédit. Le confort personnel avait été jusque-là ignoré; les habitations durent être mises mieux en ordre. Il est vrai que le Dr Lauder Lindsay s'était mis à étudier l'état pathologique du sang dans les maladies mentales ; mais ses appareils de recherche étaient défectueux et ses conclusions furent erronées. Le temps n'était pas encore venu de mener à bien de telles recherches. C'est pourquoi l'Administration s'appliquait à travailler largement un champ d'action plus accessible.

La liberté et le travail étaient évidemment des moyens de traitement à mettre en pratique. Sir John Sibbald, prenant la direction de l'asile du district d'Argyll, fit disparaître les préaux de promenade avec leurs murs inévitables et leurs étroites limites. Sir John Batty Tuke, directeur de l'asile du district de Fife, supprima l'usage des serrures. Le Dr Rutherford, plein d'audace, donna aux malades les plus suspects une liberté sans précédent et les envoya travailler au grand air en leur laissant l'usage des outils les plus ordinaires de l'agriculture. Il fit plus que personne pour abolir les moyens de contention, pour favoriser le travail et pour habituer l'Écosse à dépenser généreusement ses ressources à l'assistance et au traitement des aliénés.

Il devenait évident que les asiles avaient besoin de champs pour y employer les malades à qui cela pouvait convenir. Il y a soixante-dix ans, les directeurs de l'asile royal de Perth s'embarquèrent dans cette voie, et il y a soixante ans qu'ils acquirent une succursale pouvant vivre de son propre fonds. Bientôt les asiles de districts donnèrent l'essor à leurs ambitions d'agriculture et obtinrent le succès dans leurs entreprises.

Personnellement, je ne prône pas l'usage exclusif des portes ouvertes. Il me semble que ce qui donne le mieux la mesure de la liberté, c'est le nombre des malades sur les promesses desquels on peut compter ; mais il est certain que moins il y a de portes fermées, mieux cela vaut. Il y a des malades qui sont si dangereux et qui regardent si peu aux conséquences de leurs actes que, dans leur intérêt même, on doit leur interdire d'aller où bon leur semble. A l'asile de Bangour, on permet aux pensionnaires d'aller d'un bout de l'établissement à l'autre, hommes et femmes se mêlant dans leurs divisions, sans demander qu'on leur ouvre et sans qu'il faille des gardiens pour leur montrer le chemin.

©BIUM

Pendant que ces changements étaient en progrès, le Dr Clouston se mit à faire envisager les questions au point de vue médical. Il s'efforça d'infuser dans l'administration l'*esprit médical*; il demanda qu'on se mît à à enseigner la psychiatrie aux étudiants des Universités; il fit naître la question de l'enseignement scientifique des infirmiers. L'esprit médical conduisit à un nouveau progrès. Le Dr Clouston appropria les vieux quartiers distincts de l'asile royal d'Edimbourg à l'usage de la clinique.

A l'asile royal de Perth, on décida la construction de nouvelles ailes pour infirmerie, et c'est à l'asile royal de Montrose que fut créé le premier pavillon séparé pour le même objet. Les asiles se firent une nécessité de traiter ainsi à part les maladies aiguës. Il y a des hôpitaux (*infirmary*) (1) à Edimbourg, Dumfries, Ayr, Glasgow, Fife, Stirling, Montrose, Aberdeen et Inverness. Mais elles sont destinées au traitement des maladies mentales et, depuis lors, on a jugé essentiel d'établir des sanatoria pour les tuberculeux. Le premier fut établi à l'asile royal de Perth, et depuis lors, il y en a eu d'ajoutés à Edimbourg, Dumfries et Glasgow, A l'asile du district de Glasgow, Gartloch, on avait regardé comme nécessaire un sanatorium de 60 lits: mais il est arrivé que le nombre des tuberculeux y a si bien diminué que maintenant il y a près de 40 lits en trop.

Il y a quelques années, à Villejuif, ces malades étaient placés en plein air sous des vérandas abritées; et en Amérique l'expérience a montré que diverses

(1) En Écosse, le terme *infirmary* désigne plutôt un hôpital. L'infirmerie royale d'Edimbourg est l'hôpital général de la ville, tout comme l'Hôtel-Dieu à Paris. — En Angleterre, ce même mot s'applique plutôt aux établissements de vieillards, de chroniques et d'incurables. — La partie hôpital des asiles d'Ecosse est en réalité destinée aux états aigus, qui sont ainsi bien à part.

©BIUM

formes de maladies mentales chroniques pouvaient avantageusement être traitées ainsi au grand air. C'est sur ce principe qu'à l'asile de district d'Ayr, au village de Bangour, et à Glasgow, on s'est mis à soigner sous des vérandas des maladies aussi bien aiguës que chroniques.

L'asile de district de Glasgow, à Lenzie, qui est sous la direction du Dr Hamilton Marr, est un bon exemple de toutes ces annexes du type le plus moderne ; il possède : quartier d'admission, infirmerie, quartier d'idiots, laboratoire de recherches pathologiques, pourvu d'une organisation complète.

En se rappelant qu'à leur origine, les asiles royaux comme ceux d'Aberdeen, Glasgow et Montrose, étaient annexés aux hôpitaux généraux du voisinage, on doit s'étonner quelque peu de ce que le retour moderne à l'idéal dont nous venons de parler ait été si longtemps différé.

Et voici maintenant quel est le plus récent mode d'organisation des asiles de district. Ceux d'Edimbourg et d'Aberdeen se sont embarqués dans les systèmes d'architecture les plus nouveaux. Ce sont des asiles-villages sur le principe d'Alt-Scherbitz, où l'on peut répartir les malades et leur donner en même temps le confort personnel, dans des conditions que ne permettent pas les casernes tassées l'une sur l'autre.

L'enseignement médical de la psychiatrie a été organisé par l'Association médico-psychologique, et les cours de l'Université en Ecosse encouragent beaucoup de jeunes docteurs à s'inscrire pour obtenir le certificat de l'Association. En dernier lieu, cet enseignenent est devenu partie intégrante de l'éducation médicale, et actuellement il y a tout lieu de croire que les Universités vont lui octroyer un grade spécial, analogue au

©BIUM

Diplôme de la santé publique (Diplôme of Public Health), sans lequel on ne peut obtenir aucune nomination officielle.

L'instruction des gardiens et des infirmiers s'est bien développée, en étendue et en importance, depuis les premières tentatives qui avaient fait publier à Perth, à cette intention, un Manuel écrit par les directeurs de quatre asiles écossais et approuvé par la section écossaise de l'Association médico-psychologique. L'Association avait cordialement approuvé ce commencement modeste, et avait formulé le programme qui a fait suivre les cours à 9.000 infirmiers auxquels on a délivré un certificat. Ce succès a déterminé un mouvement général, en vue de faire attribuer une valeur légale aux certificats attribués à tous les infirmiers convenablement instruits, et il est probable que nous n'avons plus longtemps à attendre avant que cela ne soit mis pleinement en œuvre. Le manuel est devenu un volume important, qui en est à son trente-troisième mille, et qui, après des revisions successives, a pris une place assurée dans la spécialité.

Des changements importants se sont faits dans le personnel des infirmiers : le Dr Turnbull, en 1895, a introduit des femmes pour desservir le quartier d'infirmerie des hommes à l'asile du district de Fife. Les premiers inspecteurs généraux des aliénés avaient indiqué qu'un tel progrès était désirable, et l'expérience qui en a été faite dans l'hôpital communal de Copenhague a montré qu'il pouvait bien être réalisé. Le système a gagné du terrain et l'amélioration obtenue de cette façon dans les services a coïncidé encore avec un renforcement notable du corps des veilleurs de nuit. Une fois de plus, les principes mis en avant, dès l'origine, par les inspecteurs généraux ont été adoptés et développés en détail.

L'année dernière a vu se corriger un de nos maux. Une loi a été promulguée accordant, dans tout le royaume, à tous les employés des asiles, des pensions de retraite basées sur leurs versements contributifs. Cette loi s'applique à toutes les institutions qui sont subventionnées par l'État, et elle transforme en un droit, pour l'Angleterre et l'Irlande, ce qui jusqu'alors n'était que simplement facultatif. L'Écosse n'avait même pas cette tolérance pour ceux qui, pendant longtemps, avaient été de bons serviteurs.

La dernière grande entreprise dont le Dr Clouston a pris l'initiative et dont il s'occupe encore avec une énergie et une vigueur toujours nouvelles, c'est la création, pour tout l'ensemble des asiles, d'un laboratoire qui est sous la direction du Dr Ford Robertson et qui fut ouvert à Édimbourg en 1896. De partout lui vinrent des concours et des subsides. Un laboratoire central, aisément accessible, ayant de la compétence et de l'habileté, à qui l'on puisse confier l'étude des cas spéciaux, offre des avantages incontestables; il facilite l'examen des tissus morts et les recherches sur les organismes vivants. Toutefois, l'année dernière, on reconnut que le champ d'action de ce laboratoire était trop limité et l'on fit, à cet égard, de nouveaux arrangements. Il faut savoir qu'il y a en Ecosse quatre Universités fondées anciennement, celles d'Édimbourg, de Glasgow, d'Aberdeen et de Saint-Andrews. Cette dernière a étendu son action scientifique jusqu'à Dundee. Comme il y a beaucoup d'étudiants en médecine, spécialement à Édimbourg et à Glasgow, les réclamations de l'Ouest firent reconnaître que l'intérêt des études cliniques et des étudiants dans leurs localités, réclamait un changement à l'ordre des choses. Les asiles de Glasgow et de la région, au nombre de neuf, s'affilièrent

©BIUM

donc à un autre laboratoire placé sous la direction du Dr Ivy Mackenzie; il s'appelle : Institut de recherches des asiles de l'Ouest, et est le centre d'environ 4.000 malades autour de Glasgow. Ce sont les mêmes motifs qui en ont fait fonder encore un à Edimbourg. Ces diverses créations ont pour but de favoriser les recherches sur les causes et le traitement des maladies mentales, de guider dans leurs travaux les médecins adjoints des asiles, et de donner à ceux qui ont obtenu leurs grades, de nouvelles facilités d'étude.

Un autre laboratoire de psychiatrie est en voie d'établissement. Les directeurs de l'asile royal de Dumfries, avec le Dr Easterbrooke, sont en train de visiter en Europe les laboratoires du continent, pour perfectionner le plus possible les arrangements qui se font à Dumfries.

Enfin, les directeurs de l'asile royal de Dundee, qui n'ont jamais voulu contribuer à soutenir le laboratoire commun, ont consenti à payer, à l'infirmerie royale de Dundee, le prix de pension des malades qui sont tout à fait au début d'une maladie mentale. Cela ressemble à ce qui se faisait autrefois entre l'asile et l'hôpital, comme nous l'avons déjà noté ; et nous pouvons ajouter que des dispositions du même genre sont sur le point d'être prises à Édimbourg. Nous avons longtemps souffert du désavantage d'être des travailleurs isolés, n'ayant pas de points de contact avec les grande écoles de médecine ; depuis longtemps, nous nous sommes efforcés de refaire avec elles une association permettant une aide et une coopération réciproques. La neurologie et la psychiatrie ne seront plus maintenant en divorce.

La mise rapide en traitement des maladies mentales est un facteur important de nos devoirs envers l'État, et nous devons, à ce propos, faire une brève mention du

Dr Carswell et de l'importance de son œuvre à Glasgow. Glasgow est une grande ville, bien pourvue d'hôpitaux, et de tous les moyens de corriger les faillites de la civilisation, maladies ou désastres. L'inspecteur des pauvres signale chaque année au Dr Carswell un millier de cas de folie soupçonnée. Celui-ci les examine et agit avec eux d'une manière identique à celle qui est depuis longtemps en usage à Paris. Les individus à qui manifestement les soins d'un asile sont nécessaires, sont envoyés dans l'établissement qui leur convient; mais il y en a parmi eux un grand nombre qui, tout en ayant besoin d'être mis en observation et soignés, ne sont pas destinés à une mesure de ce genre. Dans l'hôpital de la ville, on a disposé des salles à part dans lesquelles les cas de maladie mentale commençante ou transitoire sont confiés aux soins du Dr Carswell. Cette manière de faire est déjà en usage depuis assez longtemps et les résultats en ont été favorables au delà de tout ce que l'on prévoyait. Il serait nécessaire d'entrer dans d'assez longs détails pour faire connaître pleinement cette organisation, dût-on même se borner à en donner les résultats statistiques. Qu'il nous suffise de dire que le système de Glasgow est fort bien approprié aux besoins d'une grande population urbaine.

Notre nation a acquis une bonne renommée générale en ce qui concerne le traitement philanthropique des aliénés. Si j'ai pu démontrer que nous connaissons dûment et que nous poursuivons avec enthousiasme l'œuvre clinique de notre profession et les côtés scientifiques de nos devoirs, je me réjouirai de l'honneur qui m'a été fait lorsqu'on m'a demandé de communiquer ce travail aux *Annales médico-psychologiques*. En ma qualité de membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris, c'était mon devoir de le faire et

©BIUM

en tant que j'ai le bonheur d'avoir des amis en France, j'y ai trouvé grand plaisir. Montaigne, critique toujours sévère pour les médecins de son temps, s'est aventuré à dire : « C'est par l'entermise de la coustume que chacun est content du lieu où nature l'à planté, et les sauvages d'Escosse n'ont que faire du bon air de la Touraine. » Je ne suis pas tout à fait sûr qu'il ait raison de parler ainsi ; mais les paroles suivantes de Cicéron viendront peut-être mieux à point : « *Non pudet physicum, id est speculatorem venatoremque naturæ, ab animis consuetudine imbutis quærere testimonium veritatis.* » (Ce n'est pas une honte pour le philosophe, c'est-à-dire pour l'observateur et l'investigateur de la nature, de demander aux esprits façonnés par la routine le témoignage de la vérité.) Je crois que l'on peut bien dire que nous sommes en train de nous affranchir de la honte de ces préoccupations, bien que je sois de ceux qui ne répudient la tradition qu'après l'avoir étudiée avec beaucoup de soin et de pénétration. Rabelais, qui était médecin, nous a laissé de bien meilleures paroles : « Vos philosophes, dit-il, qui se complaignent toutes choses estre par les anciens escriptes, rien ne leur estre laissé de nouveau à inventer, ont tort trop évident. Car tous philosophes et sages antiques, à bien seurement et plaisamment parfaire le chemin de la congnoissance divine et chasse de sapience, ont estimé deux choses nécessaires, guyde de Dieu, et compagnie d'homme. » Et je conclus avec lui : « Bon espoir y gist au fond. »

Pour connaître à fond l'histoire du Régime des aliénés en Ecosse, il est indispensable de consulter les rapports des inspecteurs généraux depuis 1855 et années suivantes. Ceux de 1881 et 1883 présentent un intérêt spécial, car ils contiennent des renseignements sur les changements alors récents et sur l'asile royal

©BIUM

d'Edimbourg. En plus de ces rapports, le *Journal of mental science* a publié maints articles intéressants sur ce sujet. L'ouvrage du Dr Hack Tuke, *Chapters on the History of the Insane in the British Isles*, en donne une étude générale, et son *Dictionary of Psychological Medicine* contient un résumé de la législation écossaise sur les aliénés. L'histoire de l'Institution royale de Crichton a été publiée par M. Carmont en 1896, et le Dr Yellowlees a rendu un service semblable à l'asile royal de Glasgow dans les *Medical Institutions of Glasgow* (1888). Naturellement, les rapports annuels publiés par les divers asiles donnent les plus amples informations sur ce qui concerne leurs affaires personnelles, et il est à noter que plusieurs d'entre eux publient des périodiques qui contiennent souvent des références d'un grand intérêt historique ; il en est ainsi pour les asiles royaux d'Edimbourg, Glasgow, Dumfries, Perth et Montrose. Ce dernier a édité, il y a quelques années, un prospectus historique intéressant.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 MAI 1910

Présidence de M. ARNAUD.

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

MM. Dheur, Dupouy, Levassort, Rayneau et Simon, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

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

3° Une lettre de remerciements de M. V. Delfino, de Buenos-Ayres, nommé membre associé étranger dans une de nos dernières séances ;

4° Une lettre de M. Stransky, de Vienne, qui remercie la Société du rapport fait par M. Legrain, sur son travail sur l'alcoolisme ;

5° Une lettre de Ch. Tissot, médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme), qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Dupain et Truelle, rapporteur :

6° Une lettre de M. Fillassier, médecin à Paris, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Legras, Magnan et Colin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les troubles expérimentaux des états de différenciation dans le système nerveux central*, par M. O. Ranke, de Heidelberg ;

©BIUM

2° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de mai 1910.

M. LE PRÉSIDENT déclare la vacance de deux places de membre titulaire.

Mort de M. Albert Giraud.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le regret de vous annoncer la mort d'un de nos membres correspondants les plus distingués : M. Albert Giraud est décédé il y a quelques semaines, à la suite d'une longue et douloureuse maladie. Notre collègue, qui fut un médecin laborieux, dévoué à ses malades, laisse à tous le souvenir d'un homme affable, bienveillant. Il faisait partie de notre Société depuis le 22 mars 1882, et il fut élu à la suite d'un rapport de notre regretté collègue Christian. Il assistait à nos séances fréquemment, le plus souvent qu'il pouvait, et prenait part à nos discussions. Nous adressons à sa famille nos bien douloureux sentiments de condoléances ; M. le Secrétaire général voudra bien se faire notre interprète auprès d'elle.

Prix Christian (suite).

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'un projet de règlement du prix Christian, élaboré par le conseil de famille de la Société, c'est-à-dire par le Bureau auquel sont adjoints les deux derniers présidents.

A la suite d'un échange d'observations auxquelles prennent part MM. Briand, Kéraval, Magnan, Vallon et le Président, quelques modifications sont apportées au projet.

Ce projet modifié, est composé des trois articles suivants :

Article premier. — Les internes des asiles publics de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentané par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au secrétaire général de la Société

©BIUM

médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au Trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année ; le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Ce règlement, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des membres présents.

Rapports de candidatures.

M. TRÉNEL. — J'ai l'honneur de présenter le rapport sur la candidature de M. Ameline comme membre correspondant.

Les travaux de M. Ameline, médecin-directeur de la colonie de Chezal-Benoît, sont conçus dans une direction entièrement originale. Adonné aux études mathématiques et physiques avant d'entrer dans la médecine, M. Ameline a été amené par une pente naturelle à envisager le côté physique des phénomènes biologiques. Une telle conception, surtout en matière de physiologie et de pathologie cérébrales, pour être réalisée, réclamait des connaissances spéciales — peu communes parmi les médecins aliénistes — et une haute ingéniosité d'esprit. Il y a là presque un corps de doctrine.

En écartant tout développement mathématique, sans lequel, du reste, les conclusions n'offriraient aucune précision et n'auraient qu'une valeur académique, voici un résumé des travaux de M. Ameline concernant la psycho-physique ou la mécanique cérébrale : 1° Essai de psycho-physique générale basée sur la thermodynamique (Energie, entropie, pensée) (thèse 1898) ; 2° Considérations sur la psycho-physiologie des obsessions et impulsions morbides (1900) ; 3° Résumé de mécanique cérébrale (1908) ; 4° Comment faire une mécanique cérébrale (1908) ; 5° L'usure physiologique normale du cerveau et le prétendu surmenage scolaire (1910).

©BIUM

Un fait a été transporté par Chauveau de la physique dans la physiologie : dans les transformations mutuelles des variétés ou formes de l'énergie, il y a une de ces formes qui se montre la moins utilisable, la moins avantageuse, qui est une sorte de résidu, de produit d'excrétion : la chaleur. Cette diminution progressive et inéluctable de l'utilisation possible d'une certaine quantité d'énergie employée, cette augmentation de sa *stabilité* est appelée par les physiciens : augmentation *d'entropie*.

L'entropie mesure donc l'usure des transformations énergétiques, et, de même que la durée, le temps, elle ne peut jamais diminuer. Aussi Mach a-t-il pu dire que la notion de temps avait sa source dans la sensation d'usure de l'organisme ; posons donc avec lui :

Temps = sensation de fatigue.

Or, on sait que la loi psycho-physique (vérifiée par toutes les expériences judicieuses et précises) exprime que :

La sensation varie proportionnellement au logarithme de l'excitation.

Si c'est la sensation de fatigue que l'on envisage, on aura :

La sensation de fatigue varie proportionnellement au logarithme de l'intensité de fatigue.

Par suite, comparant cette relation à la première, il viendra :

La durée (de l'effort) varie proportionnellement au logarithme de la fatigue.

Cette nouvelle loi peut être soumise aux vérifications tirées des nombreuses mesures de la fatigue intellectuelle des écoliers et des adultes, effectuées par divers expérimentateurs : la vérification réussit avec précision, et légitime l'assertion de Mach, par surcroît.

La loi précédente ressemble à une remarque de Paul Janet, énoncée du reste en termes assez vagues pour que Delbœuf ait tiré de cette remarque une formule toute différente de la précédente, mais du même type que celles données par Ebbinghaus et Piéron pour l'évolution de la mémoire. En l'appliquant au cerveau,

©BIUM

dont les facultés d'acquisition décroissent avec les progrès de l'âge, on peut l'appeler : loi démentielle. Enfin son énoncé peut être celui-ci : *L'intensité de l'usure ou fatigue cérébrale varie en progression géométrique, tandis que la durée du processus épuisant varie en progression arithmétique.*

C'est cette loi qui sert de base à la mécanique cérébrale.

En effet, si l'on traduit, selon la méthode des physiciens suivie depuis Newton, la loi de l'épuisement intellectuel dans le langage de la mécanique, on trouve qu'une telle loi régit un phénomène dépendant de deux actions ou forces : l'une, donnée, est un capital intellectuel ; l'autre, variable, destructrice de la première et dégénérative, proportionnelle, à chaque instant, à l'effet déjà acquis.

Cette explication mécanique convient à l'étude de l'épuisement tardif du cerveau et à la démence simple progressive, sénile ou hébéphrénique sans délire.

Mais si la force destructive du capital intellectuel primitif est de plus proportionnelle à la durée de son action, des variations oscillantes amorties se superposent à l'évolution précédente, avec prédominance ou non de ces oscillations suivant les cas.

Ainsi la destruction progressive de l'intelligence s'effectuerait sous l'influence des forces supposées, tantôt par un processus alternant ou intermittent, tantôt d'une façon à peu près régulière. On reconnaît là les deux principaux types nosologiques de l'école de Kraepelin : psychose maniaque-dépressive et démence précoce ; tous deux résulteraient ainsi de l'amoindrissement d'un certain capital cérébral donné, par une action destructrice unique, qu'on peut appeler avec l'école de Magnan : dégénérescence mentale.

Selon les valeurs relatives du capital cérébral, de l'activité de la force dégénérative, du retard dans le début d'action de celle-ci, de l'inertie que le cerveau oppose, on a les formes pures ou tous les intermédiaires.

Signalons que quand l'activité de la force dégénérative est peu considérable, l'évolution de la psychose a lieu avec alternances, sans de forte tendance à verser

©BIUM

dans la démence : conclusion tout à fait conforme à ce qu'enseigne la clinique.

En outre, la force dégénérative peut épuiser la plus notable partie de son action sur un seul individu ou sur plusieurs générations : dans le premier cas, on a des *psychoses typiques* (exemples : délire chronique, délire systématisé des alcooliques) ; dans le second, un individu ne présente que des fragments de psychoses typiques, il a une *psychose par filiation*.

Enfin, quand une régénération du cerveau se produit (croisement, influence ancestrale correctrice), l'action destructrice est amoindrie, d'où des améliorations relatives et incomplètes de l'état mental : alors on verra se produire des psychoses intermittentes spéciales sans tendance démentielle et avec des troubles affectifs ; les obsessions et impulsions qui semblent ainsi dues à une amélioration incomplète d'une hérédité chargée.

Au total, si les mesures recueillies chez les écoliers et les adultes confirment la loi de l'usure intellectuelle, la clinique confirme l'interprétation mécanique de cette loi d'épuisement prise telle quelle pour les affaiblissements intellectuels simples et modifiée dans le cas de troubles mentaux importants ; ou encore dans celui où l'on veut tenir compte pour les sensations, des images consécutives prolongeant dans la subconscience les perceptions sensorielles.

Mais ce n'est pas seulement à la psycho-physique que M. Ameline a apporté sa contribution, nous devrons citer divers travaux de clinique pure.

Note sur le traitement des corps étrangers du tube digestif. (*Annales médico-psychologiques*, nov. 1908.) — Syndromes épisodiques, atypiques chez trois dégénérés. — Bouffonnerie mégalomaniaque au début de la paralysie générale. — De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire dans la paralysie générale. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1900.) — La fréquence du diagnostic dégénérescence mentale au bureau de l'Admission de Saint-Anne (*Archives de neurologie*, 1908).

Nous citerons enfin un travail tout récent de critique et d'expérimentation physiologique.

Sur l'origine des illusions tactiles « Vexirfehler »

©BIUM

rencontrées en esthésiométrie. (*Encéphale*, février 1910.)

L'importance et l'originalité de ces travaux donnent à M. Ameline sa place parmi vous.

Conformément à ces conclusions, M. Ameline est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre précédente séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Blin, Dupré et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr J. Gimeno Riera (de Saragosse), qui sollicite le titre de membre associé étranger.

M. le Dr Gimeno Riera est médecin en chef, au concours, du manicôme provincial de Saragosse. Ses travaux, écrits en langue espagnole, ont été publiés dans le journal *La Clinique et le Laboratoire*, de Sarragosse (*Clinica y Laboratorio*, Zaragoza), ou dans la *Revue espagnole de phrénopathie* (*Revista frenopatica espanola*) de Barcelone, qui est l'organe scientifique des établissements d'aliénés de Saint-Bandille de Llobregat à Barcelone, de Ciempozuelos à Madrid, et de Sainte-Agathe dans le Guipuzcoa.

Il était hors de ma tâche de traduire les différentes publications faites par M. le Dr Gimeno Riera, mais je puis vous en donner un aperçu. Notre confrère est très au courant de la psychiatrie moderne, surtout française, et ses publications en sont la démonstration. Ses articles sur *le délire d'interprétations* sont une exposition très bien faite des travaux de Falret, Magnan, Sérieux et Capgras, accompagnée de remarques originales et d'observations personnelles. Le niveau intellectuel du sujet, son éducation, etc., orientent son délire vers tel ou tel sens : mégalomanie, persécution, jalousie. Fréquemment chimériques, les idées délirantes se maintiennent d'ordinaire dans le domaine du possible et de la vraisemblance. Il s'établit une manière de voir particulière que le malade adapte à tous les événements qui attirent son attention. Un interprétateur rencontre dans la rue un tas d'ordures, il voit dans ce fait une allusion injurieuse. Si quelqu'un parle de l'opération de la cataracte, il comprend qu'on le considère comme un mari peu clairvoyant. Une femme croit que son mari

veut se séparer d'elle parce qu'il colle sur une lettre deux timbres-poste de 5 centimes au lieu d'un de 10. Un mystique mégalomane assure que les cloches des églises sonnent sur son passage, et pendant la messe le prêtre se retourne pour lui seul. L'auteur donne très en détail l'observation d'un malade, natif de Madrid, âgé de trente-quatre ans, célibataire, qui depuis des années présentait un délire d'interprétations. C'était un débile mental, inventeur impuissant, persécuté-persécuteur.

Le Dr Gimeno Riera consacre plusieurs chapitres à une intéressante étude sur *la démence précoce*, mais son travail sur *la psychose maniaque-dépressive* montre bien tout le profit qu'il a retiré de la lecture des travaux de nos collègues Gilbert Ballet, Deny et Camus, des recherches de Lallemant et Dupouy sur *la statistique des cas de manie à l'asile Saint-Yon* : et il n'ignore pas *la Cyclothimie* de Pierre Kahn. L'auteur écrit ses conclusions : 1° Il existe une forme spéciale de prédisposition à la folie appelée constitution cyclothimique, laquelle représente la barrière séparant la santé mentale de la psychose maniaque-dépressive; 2° la folie maniaque-dépressive est une psychose essentiellement héréditaire, qui se caractérise par la répétition, l'alternance, la juxtaposition, ou la coexistence des états d'excitation, de dépression et d'obsession.

Je voudrais, messieurs, vous redire l'éloquent discours prononcé par M. le Dr Gimeno Riera au Congrès de l'Association espagnole pour l'avancement des sciences, sur « la nécessité d'établir officiellement les études de psychiatrie et de vulgariser la connaissance de cette science ». Un trop grand nombre de médecins ne connaissant guère la médecine mentale, dit-il, si le professeur de pathologie et de clinique médicales, poussé par ses tendances, et par la noble sollicitude de donner à ses élèves l'enseignement le plus complet possible, ajoute à son programme des études une partie spéciale consacrée à la psycho-pathologie, de deux choses l'une : ou bien l'enseignement de la psychiatrie est mesquin, écourté, et très incomplet, ou bien il prend la place d'autres connaissances, non moins importantes en pathologie médicale, dont le professeur ne trace forcément

©BIUM

que les contours, faute de temps matériel pour les exposer complètement ; et journellement, ajoute l'auteur, on voit devant les tribunaux le triste spectacle d'*experts sans expérience*...

Faut-il ajouter, messieurs, que M. le Dr Gimeno Riera fait dans les périodiques espagnols les analyses des ouvrages français et les comptes rendus des Sociétés savantes.

Il s'honorait de connaître le professeur Joffroy, et il avait assisté à ses leçons peu de temps avant la disparition de ce maître regretté.

J'ai terminé ce court rapport. M. le Dr Gimeno Riera, médecin en chef, nommé au concours, du manicome provincial de Saragosse, est digne de faire partie de votre Société, et pour conclure, votre Commission vous propose de décerner à M. le Dr Gimeno Riera le titre de membre associé étranger.

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

Définition de l'idiotie et de l'imbécillité.

Discussion.

M. Sollier. — Le reproche capital que je ferai à la définition de MM. Binet et Simon est de ne s'appliquer qu'aux adultes. Au point de vue pratique, en effet, cela enlève, en quelque sorte, tout intérêt à la distinction qu'ils veulent établir entre l'idiot et l'imbécile, en se basant sur des critères que je discuterai tout à l'heure. S'il est utile et intéressant de préciser si on a affaire à un idiot ou à un imbécile, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant, lorsqu'il s'agit de savoir ce qu'on peut espérer de son avenir intellectuel, et par quels moyens on a le plus de chances de les éduquer. Chez un adulte, arrêté dans son développement intellectuel, souvent même en état de régression, cela n'offre plus d'intérêt, et on risque fort même de faire erreur sur ce qu'il pouvait être antérieurement, par suite de sa déchéance intellectuelle qui peut le faire passer d'une catégorie supérieure, où il était autrefois, dans une inférieure où il est tombé aujourd'hui.

Ces réserves faites sur l'intérêt et l'utilité que peut présenter le diagnostic entre l'idiotie et l'imbécillité chez les adultes, j'en arrive aux critiques formulées par MM. Binet et Simon au sujet des définitions qu'on rencontre chez les auteurs. Je tombe volontiers d'accord avec eux que bien souvent on reste dans des termes trop vagues pour apprécier le niveau intellectuel de ces sujets. Mais en a-t-on de plus précis pour indiquer celui des individus normaux? On a fait bien des essais pour mesurer l'intelligence, mais il faudrait d'abord s'entendre sur ce que c'est que l'intelligence. Je ne sache pas qu'on en ait encore une définition précise, et, l'aurait-on, c'est-à-dire serait-on d'accord sur ce qu'il convient de ranger dans l'intelligence, qu'on manquerait complètement de mesure pour l'apprécier. Car pour mesurer une chose il faut la comparer et on manque de termes de comparaison.

Que cherche-t-on, d'ailleurs, que doit-on chercher, à mon avis, en présence d'un sujet atteint manifestement de faiblesse intellectuelle? C'est de savoir si elle est curable et dans quelle mesure. Pour y arriver on a deux moyens : le premier est de connaître sa cause, le second de constater certains caractères de ses manifestations psychologiques.

Le premier moyen, c'est l'examen physique du sujet qui nous le fournit, et il n'est pas besoin de l'autopsie pour faire un diagnostic de lésion cérébrale entraînant des altérations intellectuelles quantitatives. Or il est évident que si l'on se trouve en présence d'une méningo-encéphalite, ou d'une atrophie cérébrale, ou d'une ancienne encéphalite, hémorragique ou non, ou d'une hémiplégie spasmodique, ou d'une athétose, on portera des pronostics singulièrement différents sur les chances de curabilité ou d'amélioration de l'enfant. Si on se trouve en présence d'une absence de langage due à une lésion cérébrale, ou à de la surdité, ou à une inattention extrême, le pronostic sera encore singulièrement variable, et les moyens mis en œuvre pour éduquer le sujet tout à fait différents.

Aussi ai-je cru qu'on pouvait se baser sur la présence d'une lésion cérébrale — c'est-à-dire en somme sur l'anatomie pathologique — et cela d'après les signes soma-

©BIUM

tiques, en dehors même des commémoratifs, pour établir le diagnostic différentiel entre l'idiotie et l'imbécillité, cette dernière étant considérée comme relevant d'un développement insuffisant ou anormal des fonctions psychiques, sans lésion proprement dite, la première étant au contraire une affection organique, lésionnelle.

La question de degré dans le développement intellectuel de l'idiot et de l'imbécile devient alors une affaire d'ordre essentiellement pratique. Chez l'idiot il s'agit de savoir dans quelle mesure les lésions cérébrales, certaines ou probables, sont compatibles avec l'éducation générale ou partielle du sujet. Chez l'imbécile il convient de voir s'il est possible de former des associations, de former des images, de développer des sentiments, de manière à l'adapter à la vie sociale.

C'est, en somme, à cela que tend l'éducation de l'idiot et de l'imbécile, comme d'ailleurs celle des enfants normaux : l'adaptation à la vie sociale. Et c'est en me fondant sur ce caractère de sociabilité que j'avais opposé autrefois l'idiot à l'imbécile en disant, d'une façon très générale bien entendu, que le premier était, de par ses infirmités mêmes, un extrasocial, au même titre que tous les grands infirmes du reste, et que le second était surtout un antisocial, en raison de ses mauvaises tendances si fréquentes et, en tout cas, de son instabilité mentale qui le rendait souvent plus nuisible qu'utile. Mais j'accorde volontiers à MM. Binet et Simon que ce n'est pas sur ce caractère social que pourrait reposer une définition de l'idiotie et de l'imbécillité.

Aussi ai-je soutenu que c'était sur le degré d'attention qu'on pouvait se baser au point de vue psychologique pour établir cette différenciation.

L'attention se prête, mieux que tout autre phénomène psychologique, MM. Binet et Simon le savent mieux que personne, à des mensurations assez précises. Et, d'autre part, je crois qu'il est peu contestable que l'attention soit la condition *sine qua non* de toute éducation. C'est pourquoi je pense que plus que tout autre phénomène psychologique l'attention nous permet d'apprécier, sinon le degré d'intelligence, du moins la capacité de développement de l'intelligence. Or c'est à ce point de vue qu'il me paraît surtout utile de distinguer entre

©BIUM

l'idiot et l'imbécile. Une fois adulte, une fois le développement intellectuel arrêté, quelle utilité y a-t-il à différencier un idiot d'un imbécile, à mesurer avec précision son degré d'intelligence? Je n'en vois guère pour ma part.

A propos de l'attention, je répondrai à MM. Binet et Simon que je ne l'ai pas donnée comme un moyen de mesurer la déficience de l'idiot et de l'imbécile, mais bien dans quelle mesure cette déficience peut être réparée, d'une part, et, d'autre part, en quoi sa diminution et son instabilité caractérisent cette déficience chez les deux genres de sujets.

Quels critériums pour différencier l'idiot de l'imbécile nous proposent nos deux collègues? Ils sont de trois ordres : 1° Le langage parlé et écrit; 2° le niveau intellectuel mesuré par des tests; 3° le niveau hospitalier, apprécié par les qualités de travail dont le sujet est capable.

Je n'envisagerai que deux d'entre eux, le premier et le dernier. Quant au second, à l'emploi des tests comme moyen d'évaluation de l'intelligence, je n'en ai pas fait l'expérience chez les sujets en question et ne saurais donc le discuter. On a dit beaucoup de mal et beaucoup de bien de la méthode des tests. Ils valent ce que vaut l'homme qui s'en sert comme procédé expérimental. Mais, comme je le disais plus haut, il faudrait d'abord savoir ce que c'est que l'intelligence pour la mesurer. Et cela me paraît d'autant plus délicat chez l'idiot, et même chez l'imbécile, qu'il y a chez eux un développement relativement normal de certaines formes intellectuelles, à côté de lacunes considérables.

MM. Binet et Simon se basent sur l'absence de langage parlé ou de langage écrit pour ranger un déficient intellectuel dans la catégorie de l'idiot ou de l'imbécile. En s'adressant uniquement à des adultes comme ils le font, ils risquent fort, à ce compte, de regarder comme idiots des sujets que quelques années avant ils auraient considérés comme des imbéciles.

Rien n'est plus fréquent, en effet, que de voir des imbéciles perdre l'habitude de l'écriture et ne plus savoir se servir de ce mode d'expression à un certain âge.

Chez les enfants, il y a nombre de faits dans lesquels

©BIUM

on voit une discordance complète entre cette capacité d'une forme de langage et le niveau intellectuel.

Il y a beaucoup d'idiots qui parlent à peine et très mal, et qui, cependant, font des travaux dans l'asile d'une façon assez correcte. Ce ne sont pas même toujours de simples travaux de manœuvres, mais des travaux de menuiserie, de serrurerie, de taille d'habits, etc.; alors que des imbéciles, parlant très facilement, sont souvent incapables d'être utilisés. Les microcéphales, par exemple, qui conservent souvent le langage parlé d'une façon assez développée, doivent-ils être rangés chez les idiots ou chez les imbéciles?

Le langage me paraît un mauvais critérium de diagnostic pour deux raisons. La première, c'est qu'il ne nous fournit pas, comme la capacité d'attention, une appréciation de la capacité d'éducation, de développement intellectuel par conséquent, d'un sujet donné. La seconde, c'est que, chez un individu adulte, le langage parlé n'est pas la mesure de son développement intellectuel actuel, et ne nous fournit aucun renseignement sur son adaptation et son utilisation sociales.

J'ajouterai que l'incapacité d'écrire n'est pas toujours un caractère corrélatif du degré de l'intelligence. Il y a des idiots qui, pour toutes sortes de raisons d'ordre physiologique, ne peuvent pas écrire, et qui cependant savent se livrer à des travaux dénotant une intelligence supérieure à celle de certains autres qui peuvent écrire et qui sont incapables de les exécuter. Ce n'est d'ailleurs pas tout d'écrire sous dictée, il faut encore comprendre ce qu'on écrit, et les exemples que nous donnent MM. Binet et Simon nous montrent précisément que certains sujets qu'ils classent comme imbéciles ne comprennent pas du tout ce qu'on leur fait écrire, si simple que ce soit. L'écriture, en ce cas, ne me paraît guère un témoignage d'intelligence, mais le résultat d'un simple dressage comme à tout autre exercice manuel. J'ai montré autrefois que les dessins des idiots étaient plus rapprochés de la réalité que ceux des imbéciles, quoique beaucoup plus gauches et rudimentaires. En les prenant comme des tests intellectuels, auxquels attribuerait-on le plus fort coefficient d'intelligence?

Je ne veux pas m'étendre outre mesure sur cette

©BIUM

question du langage dans ses rapports avec l'évaluation de l'intelligence d'un individu donné. Mais je ne puis m'empêcher de remarquer que les degrés d'appréciation qui en résultent pour classer les sujets en idiots et en imbéciles, ou même débiles, ne sont pas parallèles à ceux fournis par le niveau hospitalier. Il semble que les trois critériums proposés devraient se confirmer l'un l'autre, et que les distinctions établies entre les diverses catégories de déficients intellectuels devraient être parallèles. Il ne m'apparaît pas qu'il en soit ainsi entre les diverses formes du langage et les actes qui constituent le niveau hospitalier, surtout s'il s'agit d'un adulte.

Je ne me rappelle pas avoir vu beaucoup d'idiots adultes se bornant aux actes qui caractériseraient, suivant MM. Binet et Simon, le niveau d'un enfant de deux ans : suivre un objet des yeux, prendre un objet présenté, obéir à un geste simple. Un idiot réduit à cela ne parle pas. C'est un gâteux ordinairement. C'est le plus bas degré de l'échelle de l'idiotie.

Tout de suite au-dessus ils placent les imbéciles ayant un niveau de plus de deux ans à quatre ans. Mais un adulte d'un semblable niveau intellectuel est-il un imbécile ou un idiot?

Or parmi les actes dont il est capable, on lit qu'il sait se déshabiller, se moucher, se laver les mains, être propre, mettre ses bas et ses souliers. Tous les enfants de deux ans savent-ils en faire autant? Et un imbécile réduit à ces actes-là est-il vraiment capable d'écrire, de communiquer par le langage écrit avec les autres personnes? Je ne le crois pas et, cependant puisqu'il est appelé imbécile, il doit pouvoir écrire et comprendre ce qu'il lit.

Au-dessus, les imbéciles qui correspondent intellectuellement à des enfants de quatre à sept ans savent balayer, faire un lit, cirer des chaussures. Mais combien d'idiots ne savent pas lire, ni écrire, mais peuvent seulement parler, qui font bien d'autres choses et exercent des petits métiers. Au point de vue du mode de langage ils sont donc idiots, et imbéciles, presque d'un degré supérieur, au point de vue des actes qu'ils peuvent exécuter dans l'asile. Ils se classeraient en

©BIUM

réalité dans la catégorie des débiles correspondant à des enfants de plus de sept ans.

Il me semble donc qu'il y a discordance complète entre deux au moins des critériums qui nous sont proposés : le langage et le niveau hospitalier.

MM. Binet et Simon semblent n'établir des différences entre l'idiot, l'imbécile et le débile que par une différence de niveau intellectuel, dont les critériums sont sujets à caution d'une part, et surtout, d'autre part, sont discordants entre eux. Et puis les distinctions entre les catégories de sujets, entre les idiots et les imbéciles surtout, ne reposent pas seulement sur une différence intellectuelle. Elles reposent avant tout, à mon avis, sur la nature des causes qui entraînent le déficit intellectuel : organique dans un cas, fonctionnelle dans l'autre.

En outre, ce qui importe, ce n'est pas de classer, à un moment donné, et en se passant des renseignements qu'on pourrait recueillir, un individu dans telle ou telle catégorie. Le but qu'on doit se proposer avant tout, à mon avis, c'est de savoir dans quelle mesure cet individu est capable de combler son déficit intellectuel, et pour cela, ce n'est pas la mesure de son intelligence qui me renseignera, c'est d'une part le diagnostic de la cause, et d'autre part la mesure de la capacité d'attention, dont dépend le succès de l'éducation.

Les définitions proposées par MM. Binet et Simon me paraissent inutilisables au point de vue pratique et avoir un caractère tout à fait arbitraire, qui ressort d'abord de la non-concordance même qui existe entre leurs critériums et ensuite de ce qu'ils ont choisi comme termes de comparaison, pour établir leur échelle de déficience intellectuelle de l'idiotie à la débilité mentale, des niveaux intellectuels d'enfants, sans justifier pourquoi c'était le développement de tel âge plutôt que de tel autre qui correspondait à telle ou telle division.

M. Blin. — Je persiste, avec M. Sollier, à penser que l'intérêt capital est de classer, d'une façon quelconque, un enfant au point de vue intellectuel, bien plutôt qu'un adulte. S'agit-il, en effet, d'un adulte arriéré ? tout le monde le connaît : c'est le « fou », c'est « l'idiot », de tel village ou de tel quartier.

MM. Binet et Simon veulent bien attirer notre attention sur les cas médico-légaux : je ne pense pas que nous les ignorions ; mais je serais curieux d'apprendre quelles sont, en dehors de ces cas médico-légaux, les « maintes circonstances » dans lesquelles il est « d'un haut intérêt » d'examiner les déficients adultes.

Au point de vue pratique, que M. Simon place avec nous en première ligne, la question que le médecin a le plus souvent à résoudre est la suivante : un enfant a été, à plusieurs reprises, éliminé de l'école ; que pourra-t-on faire de cet enfant ? Quel sera son avenir social ?

Est-il susceptible, grâce à des méthodes spéciales, dites médico-pédagogiques, d'acquérir une certaine instruction ; autrement dit, rentre-t-il dans la catégorie à laquelle les Allemands donnent le qualificatif de *bildungsfähig* ? ou restera-t-il seulement capable de s'occuper à des travaux manuels simples, méritant ainsi seulement le qualificatif allemand de *beschäfstigungsfähig* ? enfin sera-t-il incapable d'être employé à aucune occupation tant intellectuelle que manuelle, se plaçant dans la catégorie d'enfants dénommée en Allemagne : *Pfleglinge* ? A chacun de ces trois stades correspondent, en allant *decrescendo*, les épithètes respectives de débile, d'imbécile ou d'idiot profond ; et la chose ne laisse pas que d'avoir une importance capitale puisque le débile seul a des chances de devenir un élément social actif, de pouvoir subvenir seul à ses besoins.

C'est dans le but de faciliter la solution du problème que j'ai établi le questionnaire dont parle M. Simon, questionnaire qui n'a d'autre mérite que d'être, je crois, le premier en date, ce qui veut dire que je ne le pose pas comme parfait.

En tout cas M. Simon reproche à cette méthode la nécessité de faire toutes les questions pour arriver à une solution ; je me trompe peut-être, mais il me semble qu'on ne saurait faire assez de questions, dans le délai de quelques minutes, pour essayer d'affirmer qu'un être sera un déchet social ou, au contraire, pourra jouer un certain rôle dans la vie ; je vois difficilement, pour ma part, cet angoissant problème tranché au moyen d'un test effectué en quelques secondes.

©BIUM

M. Binet ne me paraît guère, d'ailleurs, s'écarter de cette opinion quand il dit que « pour déterminer un niveau intellectuel, il faut s'adresser non pas à une faculté, mais à toutes ».

M. Simon ne comprend pas non plus comment peuvent être comparables les coefficients d'arriérés d'âges différents ; en regardant la deuxième page de mon questionnaire, il aurait pu se rappeler que, pour répondre à cette difficulté, je me suis efforcé de sérier la complexité des questions suivant trois catégories d'âges : 1° jusqu'à dix ans ; 2° jusqu'à douze ans ; 3° au-dessus de douze ans jusqu'à la puberté. Or, en matière d'éducation d'arriérés, on sait que si des résultats n'ont pas été obtenus à la puberté, il y a bien des chances pour qu'on n'en obtienne jamais : autre raison pour envisager spécialement l'arriération intellectuelle chez les enfants. En thèse générale, l'arriéré intellectuel ou moral qui n'est pas sensiblement amélioré à seize ans court bien des risques de rester tel, et si la société ne s'en occupe pas, c'est lui que nous retrouverons, adulte, au point de vue médico-légal, dans les dépôts de mendicité ou sur les bancs du tribunal ; son individualité déficiente, son caractère « d'à côté de la Société » sont définitivement constitués.

M. Simon. — Le besoin de définitions précises des états de déficience est visible à tous les yeux.

Avant d'aborder le fond de la question il y a toutefois un premier point que je veux retenir ; c'est le suivant : M. Sollier et M. Blin s'étonnent de nous voir limiter aux sujets adultes nos définitions de l'idiotie et de l'imbécillité ; et j'entends dire que ces distinctions n'auraient plus à l'âge adulte une très grande importance. Nous ne sommes pas de cet avis. Il y a maintes circonstances dans lesquelles nous sommes amenés à examiner des déficients adultes, et, parmi ces circonstances, il y en a une qui est particulièrement importante, c'est lorsque les déficients soumis à notre examen sont inculpés de quelque méfait et lorsque nous devons alors dire au Tribunal ce que nous pensons de leur intelligence. Si des médecins experts, si des aliénistes arrivent pour un même sujet à des conclusions différentes relativement à son niveau intellectuel, si l'un

©BIUM

vient dire devant les juges que l'inculpé est atteint d'idiotie tandis qu'un autre emploiera le mot d'imbécillité, l'étonnement des magistrats sera considérable et ce désaccord entre épithètes appliquées par des gens de carrière à un même individu se retournera contre nous. Il est donc désirable que des définitions précises mettent à l'abri de pareilles divergences.

Je vois moins nettement les autres objections qui nous sont faites. Nous sommes, en effet, les uns et les autres, tout à fait d'accord sur ce point que c'est le côté pratique qui est important en la matière et que la question capitale est de savoir, en présence d'un déficient, de quoi il est capable. C'est cette question d'aptitude, d'utilisation qui paraît préoccuper principalement M. Sollier et M. Blin et fixer de façon prédominante leur attention sur les sujets jeunes. Voyons donc quels éléments ils nous proposent d'envisager pour résoudre ce problème.

M. Sollier demande qu'on fasse une part à l'étiologie. Nous sommes bien d'avis que l'étude des causes n'est pas à négliger ; que leur connaissance est, d'une manière générale, un élément de pronostic, surtout lorsqu'on peut agir directement sur ces causes. Ce n'est malheureusement guère le cas pour les sujets qui nous occupent. Si quelques étiologies justifient une intervention, tous les médecins qui se sont occupés d'idiotie savent combien est restreint le nombre des cas où les causes sont modifiables. Ce ne sera donc pas l'étiologie qui, sauf exceptions rares, solutionnera le point de pratique en question. Ce ne sera pas non plus l'anatomie pathologique : que la déficience résulte d'une hémorragie ou d'une encéphalite, n'allons nous pas, en effet, nous trouver encore en présence de lésions désormais sans évolution et vis-à-vis desquelles nous ne possédons non plus aucun moyen d'action?

L'anatomie pathologique pouvait si peu nous renseigner que M. Sollier a fait choix d'un autre élément d'appréciation et il a pensé pouvoir l'emprunter à l'étude de l'attention. L'attention devient un indice de perfectibilité. L'être sans attention restera idiot ; l'être qui en aura un peu plus atteindra l'imbécillité. Mais M. Sollier ne nous dit pas comment mesurer cette faculté, et, outre

©BIUM

qu'il nous paraît assez difficile de mesurer l'attention en soi, on pourrait faire valoir d'autres objections à prendre sa valeur comme signe de déficience. Je laisse à M. Binet le soin de les présenter.

En présence des mêmes problèmes, M. Blin a cherché ailleurs son critérium. On connaît le questionnaire qu'il a publié il y a quelques années. Bien des épreuves s'en retrouvent dans nos tests ou des épreuves analogues. Il n'y a même entre nos procédés qu'une différence, mais nous la croyons capitale : les épreuves de M. Blin ne sont pas hiérarchisées. Il en résulte qu'il est nécessaire de les faire toutes pour arriver à une conclusion relativement à un individu donné. Et, d'autre part, elles nous semblent présenter la défectuosité suivante : le coefficient 100 est le critérium de la normalité ; il est obtenu quand le sujet répond correctement à toutes les questions. Nous comprenons alors qu'un résultat global puisse donner un classement d'individus adultes. Mais nous ne comprenons pas comment peuvent être comparables les coefficients d'arriérés d'âges différents. C'est précisément à ces difficultés d'un coefficient normal uniforme que nous échappons en refusant de donner aux enfants des dénominations, telles que celles d'idiotie et d'imbécillité, qui nous paraissent plutôt traduire des états définitifs de l'intelligence ; nous croyons, pour cette raison, préférable d'indiquer l'intelligence des enfants arriérés par l'énonciation de leur degré de retard plutôt que par les termes précédents. Mais à cela se bornent les différences, et du moins un principe commun nous rapproche, M. Blin et nous, à savoir que pour juger ce dont l'intelligence d'un sujet est capable, il faut apprécier directement cette intelligence. Au contraire, de ce point de vue, je ne vois pas, et c'est ce que je voudrais bien qu'il nous dise, ce que M. Sollier appelle un idiot, car je ne comprends pas, par exemple, ce que peut être « un idiot qui exerce un métier ».

M. Sollier. — L'idiot est un déficient intellectuel par suite de lésions cérébrales, tandis que l'imbécile a un cerveau fonctionnellement et constitutionnellement mal et insuffisamment développé. L'intelligence étant un complexus, celle de l'idiot est au prorata des lésions

©BIUM

dont il est porteur cérébralement. Il peut donc être absolument incapable de jugements généraux, d'idées abstraites, de mémoire même à certains égards, d'imagination, d'apprendre à lire et à écrire, et être parfaitement en état cependant d'apprendre certains exercices moteurs, d'exercer par conséquent de petits métiers. Ce que je prétends et maintiens, c'est que ce n'est pas la mesure de l'intelligence qui permettra de savoir ce qu'un idiot donné pourra fournir comme travail, mais c'est sa capacité d'attention. A égalité d'intelligence — mesurée par les procédés de MM. Binet et Simon eux-mêmes — l'idiot qui restera le plus idiot sera celui le plus dénué d'attention, parce qu'il sera incapable d'utiliser cette intelligence. Il est bien évident que l'idiot est un être dénué totalement ou partiellement d'intelligence. Mais je le répète, d'une part, cette déficience est de cause organique, et, d'autre part, la mesure seule de l'attention — que M. Binet est en état mieux que personne de pratiquer — est le seul critérium qui permette de savoir quelle valeur pratique peut avoir cette intelligence réduite, et non pas la mesure de l'intelligence elle-même, celle-ci ne pouvant être appréciée d'une façon globale, l'intelligence n'étant qu'un terme conventionnel pour désigner un ensemble de fonctions mentales.

M. Simon. — Il me semble cette fois qu'il n'y a plus qu'une divergence secondaire. Si M. Sollier s'adresse à l'intelligence pour distinguer un idiot d'un imbécile, il fait appel au principe même de nos méthodes qui n'ont en plus que des caractères de précision.

Restent les coupures à faire entre les divers degrés de déficience. M. Sollier semble penser qu'il vaudrait peut-être mieux étendre la classe des idiots; notre limite lui paraît trop basse. Il va de soi que ces coupures sont arbitraires et conventionnelles. Elles sont sujettes à révision. Mais c'est au principe de nos définitions que nous tenons plus qu'à ces détails d'application.

M. Binet. — Messieurs, je vous remercie de m'accorder la parole pour répondre quelques mots aux très intéressantes observations de M. Sollier et de M. Blin. Je suis tout à fait heureux que M. Sollier ait bien voulu

©BIUM

amorcer cette discussion, je m'y attendais ; je dirai même que nous l'avons voulu. Lorsque nous avons rédigé ensemble, M. Simon et moi, notre communication sur les degrés d'arriération, nous nous sommes dit : « Comment faire pour décider M. Sollier à entrer dans la lice? Essayons de le prendre à partie. » Nous y avons pleinement réussi ; et si je donne ces explications à mon excellent ami M. Sollier, c'est pour bien lui faire comprendre que les critiques que nous lui avons adressées contenaient peut-être un peu de malice, mais à coup sûr aucune animosité contre lui. J'ai écrit et je répète que son livre sur la « Psychologie de l'Imbécile » n'est point un mauvais livre ; il faut le juger d'après l'époque où il a été écrit, il faut le placer dans son cadre, tenir compte de l'état peu avancé où était la psychologie expérimentale il y a quinze ou vingt ans. Certainement, M. Sollier, qui a évolué comme nous tous, écrirait autrement son livre, s'il avait à l'écrire aujourd'hui.

Les objections qu'il vient d'accumuler contre notre système, avec beaucoup de zèle, sont si nombreuses, et la lecture qu'il a faite de sa petite note a été d'une allure si rapide, que je me sens incapable de répondre à tous ses arguments ; je ne les ai pas tous notés au passage ; et du reste, M. Simon a déjà répondu à quelques-uns. Je me contenterai de traiter brièvement un seul point.

M. Sollier a une prédilection pour l'étude de l'attention ; il paraît croire que l'attention est une faculté supérieure aux autres, et plus importante que les autres dans la constitution de l'intelligence. On pourrait tout aussi bien attacher de l'importance à la Volonté, à la Raison, et, d'une manière générale, à tous les processus supérieurs de l'esprit. M. Sollier nous assure que l'attention est la première condition de l'éducabilité, et qu'un enfant complètement inattentif s'éduque mal. On pourrait tout aussi bien soutenir qu'il n'y a pas d'éducation sans mémoire, et qu'un enfant qui serait complètement dépourvu de mémoire ne pourrait jamais rien apprendre. Il y a là des exagérations sur lesquelles je n'insiste pas, car elles sont inoffensives. Nous aurions pu, d'ailleurs, — et nous l'avons fait, — introduire dans nos tests d'intelligence des analyses spéciales sur la mesure de l'attention (la répétition des chiffres en est un bon

exemple) ; mais il me semble que nous aurions commis une grosse erreur en nous bornant à une étude de l'attention pour mesurer l'intelligence. C'est au nom d'une expérience déjà longue que je parle. Je me suis convaincu que pour déterminer avec précision un niveau intellectuel, il faut s'adresser, non pas à une seule faculté, mais à toutes, ou du moins à toutes celles qui tombent sous nos prises. C'est, du reste, l'exemple qui a été constamment donné par les personnes qui ont eu à s'occuper de ces questions. Il faut un examen large et synthétique ; sans cela, on risque trop de se tromper. Chaque jour, dans la vie, nous rencontrons des personnes qui sont réellement peu douées, n'ont ni mémoire, ni force de raisonnement, ni jugement, ni imagination ; mais grâce à une très grande volonté, et à une très grande puissance d'attention volontaire, ces personnes arrivent à suffire à leur tâche ; si on ne tenait compte que de leur attention, on les surestimerait.

Dernièrement, j'ai eu la curiosité de voir comment un instituteur s'y prend pour mesurer une intelligence d'enfant. On avait prétendu que cette appréciation est chose très facile ; j'ai voulu savoir si quelqu'un qui est habitué à manier les enfants peut juger leur intelligence avec facilité et exactitude. J'ai donc convié plusieurs instituteurs très intelligents à venir interroger devant moi des enfants que je connaissais bien comme degré intellectuel. Ces examens m'ont vivement intéressé. Bien des choses m'ont frappé : d'abord, c'est que ces instituteurs, livrés à eux-mêmes, imaginent à la va-vite une méthode à peu près semblable à la nôtre ; c'est moins mûri, bien entendu, mais c'est à peu près du même genre. Tel maître, pour savoir si un enfant est bon observateur, lui demande des détails sur les rues voisines de son domicile, sur le chemin à suivre pour aller de tel à tel endroit. Un autre maître cherche à faire raisonner l'enfant. Il lui montre une maison qu'on est en train de construire, et dans laquelle les coups de marteau sont si bruyants que cela gêne les voisins ; et à ce propos, il pose la question : si vous aviez à faire construire une maison pareille, feriez-vous des murs épais ou minces, et quels seraient les avantages de ces deux espèces de murs ? Fait curieux, ce sont à peu près

©BIUM

les mêmes questions que nous posons nous-mêmes aux enfants, en employant notre méthode. Seulement, — et c'est la différence notable que je veux signaler, — le défaut de ces examens expéditifs, c'est qu'ils portent trop partiellement sur un point ou deux. Une épreuve de jugement suffit à un maître, une interrogation sur des gravures suffit à un autre ; alors qu'en réalité, pour avoir une opinion tant soit peu exacte sur un écolier, on doit recourir au moins à quinze épreuves différentes. Je le répète donc à mon ami M. Sollier, une mesure d'attention ne suffit pas pour établir un niveau intellectuel.

Puisque M. Blin a bien voulu, lui aussi, prendre part à cette discussion, je ne résiste pas à la tentation de lui adresser quelques mots. M. Blin est, comme opinion, bien plus rapproché de nous que M. Sollier. Il a, un des premiers, montré avec beaucoup d'éloquence combien il est déplorable de ne pas s'entendre sur le sens exact des mots *idiot*, *imbécile* et *débile*, qu'actuellement les aliénistes emploient, qu'on me passe l'expression, un peu à tort et à travers. M. Blin est donc d'accord avec nous pour affirmer qu'il y a là un mal et un mal auquel il faut trouver un remède. C'est un point important, que M. Solier a peut-être perdu de vue, à cause du temps déjà long qui s'est écoulé depuis son internat à Bicêtre. Mais M. Blin, qui est le distingué médecin en chef de la Colonie agricole de Vaucluse, et qui tous les jours est appelé à se faire une opinion sur les qualités intellectuelles de jeunes débiles, est admirablement placé pour comprendre l'importance de la question.

Très ingénieusement, M. Blin a imaginé une méthode destinée à la mesure du niveau intellectuel. Il y a beaucoup travaillé, il l'a appliquée à beaucoup de ses malades ; et il sait que je l'apprécie, puisqu'il a bien voulu, dès le début, me soumettre son idée et me demander mes critiques. En Italie le Dr Ferrari, et en Allemagne le professeur Schule, ont imaginé des méthodes analogues. Elles sont équivalentes. J'entends par là qu'elles partent du même principe ; les détails d'exécution seuls diffèrent. Il y a dans le procédé de Ferrari, par exemple, quelques questions un peu inutiles qu'il faudrait supprimer, et je crois juste de recon-

naître que la méthode de M. Blin est la plus complète des trois, la mieux équilibrée, et décidément la meilleure : elle seule, du reste, s'applique spécialement aux enfants ; celle de M. Ferrari est surtout pour les aliénés, celle de M. Schule est pour les conscrits à intelligence débile : il est vrai que cela ne fait pas une très grande différence, puisque dans tous les cas on se propose de mesurer un niveau d'intelligence.

Quel est donc le trait commun de ces méthodes? C'est de consister en une collection de questions qu'on pose toutes à un sujet, et on juge celui-ci d'après le pourcentage de bonnes réponses qu'on obtient de lui. Il est évident, que s'il y a par exemple 100 questions, celui qui les résoud toutes aura des chances d'être plus intelligent que celui qui n'en pourra résoudre que 20 ou 50. La méthode de Blin permet donc, quand on compare deux sujets au point de vue intellectuel, de savoir quelque chose sur leur différence de niveau ; si, d'après la méthode, ils se comportent inégalement, on pourra conclure que celui qui a le mieux répondu est le plus intelligent des deux.

Mais, en dehors de cette constatation, — certainement intéressante, — est-ce que ces méthodes peuvent fournir d'autres renseignements? Nous ne le croyons pas, M. Simon et moi, et nous allons franchement dire pourquoi. Disons-le avec toute la clarté possible. Le défaut de ces méthodes est de se composer de questions dont la difficulté a été graduée de chic. Ces divers auteurs ont imaginé d'abord des questions faciles, puis d'autres questions qui leur paraissaient, et qui sont effectivement, beaucoup plus difficiles ; mais ces différences de difficulté, ils ne pouvaient pas les mesurer sans faire d'expériences de contrôle, et en fait, ils n'ont pas recouru à un contrôle.

Or, quel est l'idéal dont on doit se rapprocher en faisant ces collections de questions et d'épreuves? L'idéal est de formuler une série de questions dont la difficulté soit bien graduée, et corresponde à des intelligences de degré différent. Supposons — c'est une hypothèse, certes, mais elle est très vraisemblable — que les enfants augmentent d'intelligence avec l'âge, et que l'enfant de huit ans soit, en moyenne, plus intelligent

©BIUM

que son cadet de sept ans. L'idéal serait d'avoir des épreuves correspondant à chaque âge, de sorte que d'après l'examen on verrait tout de suite à quelle difficulté s'arrête l'enfant. Examinant deux enfants et les comparant, on verrait, par exemple, que l'un a sept ans d'intelligence et l'autre huit ans.

En d'autres termes, il faudrait qu'on eût une échelle métrique de l'intelligence, équivalente à un mètre, et permettant de prendre la croissance de chaque intelligence.

Mais aucun des distingués expérimentateurs que nous venons de nommer ne s'est préoccupé d'établir cette hiérarchie des épreuves, d'après une étude sur le développement de l'intelligence normale. Ils n'ont pas vu ce côté de la question, et nous venons d'entendre M. Blin, qui, avec une franchise dont je le remercie, disait : « Je ne sais pas du tout ce que c'est qu'une intelligence de sept ans, de huit ans. » Il ne le sait pas, évidemment, parce qu'il ne l'a pas cherché, et qu'il n'a pas senti le besoin de le chercher : nos publications personnelles, s'il veut bien s'y reporter, lui donneront à cet égard les notions nécessaires.

N'étant pas graduées d'après le développement des enfants, ces épreuves ne présentent donc que des difficultés quelconques, inappréciées et inappréciables. Et voici ce qui en résulte au point de vue pratique.

Supposons que le hasard ait voulu qu'il existe des épreuves correspondant à l'âge de sept ans et d'autres à l'âge de dix ans, et aucune épreuve pour les âges intermédiaires. D'après la méthode de M. Blin ou de M. Ferrari, deux enfants ayant respectivement les âges de sept ans et de neuf ans donneront exactement les mêmes résultats. Ainsi une différence de deux ans d'intelligence pourra passer inaperçue. Si au contraire, on doit comparer deux enfants ayant respectivement neuf et dix ans, la différence intellectuelle qui les sépare sera perçue. Ainsi, tantôt les différences échapperont, tantôt elles seront constatées et, dans ce dernier cas, elles ne seront pas mesurées, car suivant l'âge des enfants, elles seront surestimées ou sousestimées. On voit, par ces quelques détails, combien on est loin d'une véritable mesure. Cela revient à peu près à mesurer une taille

avec un mètre qui ne contiendrait pas toutes les divisions, et dont les divisions n'occuperaient pas leurs positions exactes.

Je n'ai jamais eu la pensée de faire grief à mes collègues des erreurs et imperfections dont leurs procédés sont entachés. Ce serait une injustice. Leurs procédés sont inférieurs au nôtre, parce qu'ils sont antérieurs. Tout ce que nous pouvons leur demander, c'est de ne pas rester indéfiniment fidèles à des pratiques surannées.

Un dernier mot pour finir. Nous avons proposé des définitions et des classifications, qui ont surtout un intérêt pratique. C'est au point de vue pratique surtout que nous désirons qu'on les discute. Nous demandons qu'on en fasse l'essai, nous demandons qu'on vienne nous dire, avec pièces justificatives à l'appui : « Chez tel malade, il y a tel résultat, qui est contraire à votre méthode. » Nous serons heureux qu'on nous apporte ces contradictions, et tout disposés à en tenir compte. Mais vraiment, nous ne pouvons pas nous contenter d'appréciations en l'air. C'est sur le terrain expérimental et clinique que nous plaçons la discussion.

M. Blin. — Je vois que M. Binet excelle dans l'art de couvrir ses critiques des fleurs les plus délicates. Ajouterai-je, pour répondre à son amicale franchise, que certains des termes qu'il emploie gagneraient peut-être à être plus précis tout en étant d'une langue plus châtiée. Que faut-il entendre par exemple sous le terme de « questions faites de chic » dont il parle? Si je comprends bien, ce sont des expériences créées nouvellement, de toutes pièces, des essais perfectibles ; mais les tests dont il sait si bien se servir et permettant de préciser qu'un être représente l'équivalent de tant d'années d'intelligence, ne peuvent-ils, quel que soit le degré de perfectionnement qu'ils ont atteint, recevoir la même qualification?

Quoi qu'il en soit, sans prolonger la discussion, il me paraît difficile d'établir une comparaison absolue entre la méthode de M. Binet et la mienne. Je ne doute pas que la sienne soit de beaucoup supérieure au point de vue psychologique ; qui sait même si elle ne repose pas sur un terrain trop psychologique ?

La mienne, que je ne demande qu'à perfectionner,

©BIUM

me suffit jusqu'à présent, toute surannée qu'elle soit, au point de vue pratique; je dirais même, si je ne craignais d'être trop présomptueux, au point de vue clinique.

La séance est levée à six heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

SÉANCE DU 27 JUIN 1910

Présidence de M. ARNAUD.

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

MM. Buvat, René Charpentier, Dheur, Dupouy, Juquelier, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Ameline, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

2° Une lettre de M. Gimeno Riera, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger;

3° Des lettres de MM. Juquelier et Piéron, qui posent leur candidature aux places vacantes de membre titulaire de la Société. — La Commission, désignée par le vote, se compose de MM. Colin, Dupré, Séglas, Toulouse et Truelle;

4° Une lettre de M. Fernando Bravo y Moreno, médecin légiste à Barcelone, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Semelaigne, Sérieux et Dupain, rapporteur;

5° Le programme du XXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui se tiendra à Bruxelles-Liége, du 1er au 8 août 1910, avec une lettre des présidents, invitant la Société à se faire représenter à ce Congrès. — Sont nommés délégués : MM. Briand, Dupré et Picqué.

La correspondance imprimée comprend :

Les Archives de médecine et de chirurgie spéciales, n° de juin 1910.

Rapports de candidature.

M. COLIN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Legras, Magnan et Colin, rapporteur, pour examiner la candidature de M. A. Fillassier, qui sollicite son admission comme membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Docteur en médecine et docteur en droit, M. Fillassier fut, en 1903, lauréat de l'Académie de médecine pour un Commentaire de la loi du 15 février 1902 sur la santé publique, publié en collaboration avec M. Paul Strauss, sénateur. Il publia, en outre, de nombreuses études dans le *Progrès médical*, la *Tribune médicale*, la *Gazette médicale de Paris*, les *Annales de médecine légale et d'hygiène publique*, la *Revue municipale*, la *Revue philanthropique*, etc. ; il présenta pour sa thèse inaugurale un important travail, sur l'Uncinariose, qui fut retenu au concours des thèses et obtint une mention honorable de la Faculté de médecine de Paris.

Membre de la Société de médecine publique et de génie sanitaire, de la Société de médecine de Paris, il est depuis longtemps membre de la Société clinique de Médecine mentale, et il a présenté à cette Société de nombreux malades, étudiés dans le service de M. Magnan.

Signalons la présentation d'un malade atteint de dégénérescence mentale avec obsessions, impulsions et épilepsie ; M. Fillassier indiqua que le malade en proie à ses impulsions, résistait, luttait, jusqu'à l'angoisse, et parfois triomphait, parfois succombait ; mais, et l'importance médico-légale de ce fait doit être retenue, en cas d'un vertige au moment de la lutte, le malade succombe sur-le-champ.

Retenons également l'observation d'un dégénéré atteint d'obsessions et d'impulsions, d'un autre atteint de dégénérescence mentale avec perversions sexuelles,

©BIUM

onanisme, obsessions et impulsions à l'exhibitionnisme, maintes fois arrêté et condamné ; deux autres observations enfin, consacrées l'une à une dégénérée qui présentait, avec de la dépression mélancolique, l'ébauche d'obsessions et d'impulsions, et commit plusieurs vols aux étalages ; l'autre, à une dégénérée qui, après quelques excès alcooliques fit, au cours d'un état de dépression mélancolique, une tentative de suicide, et tenta à plusieurs reprises, sous l'empire d'idées délirantes, d'étrangler sa fille. Sous l'influence du régime de l'asile, on vit décroître les accidents alcooliques, mais le délire persista.

A la Société de médecine de Paris, M. Fillassier rapporta également l'observation d'un malade, âgé de vingt-neuf ans, qui, depuis sa seizième année, buvait parfois jusqu'à quatre à cinq absinthes par jour. Sans antécédents héréditaires épileptiques, il eut des vertiges, des secousses et des attaques dus nettement à cet agent toxique. L'auteur rappela à cette occasion les travaux de Marcé, de Magnan et de Laborde.

A la *Revue de psychiatrie*, M. Fillassier publia un mémoire original de documentation clinique, sur la folie communiquée ; à la *Revue philanthropique*, il donna, en collaboration avec M. le Dr Juquelier, une étude sur l'assistance aux aliénés criminels et dangereux, dans laquelle ces auteurs, après avoir indiqué les travaux antérieurs que ce problème inspira, conclurent que : « Deux groupes de sujets mentalement anormaux, venus l'un de la prison, l'autre de l'asile, justifient la création d'un mode d'assistance spécial et la fondation d'établissements dans lesquels certaines divisions seront encore possibles, mais où les mêmes règles générales seront appliquées. »

Ces établissements destinés à des anormaux et à des malades devront conserver dans la mesure du possible le caractère des établissements d'assistance et être rattachés aux services d'assistance.

Dans tous ces travaux, M. Fillassier a fait preuve d'un sens clinique très averti, et cette rapide énumération suffit à nous démontrer qu'il serait pour notre Société une excellente recrue.

C'est pourquoi votre Commission vous propose de

©BIUM

faire droit à la demande de M. Fillassier et de le nommer membre correspondant.

M. Fillassier est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. Truelle. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Briand, Dupain et Truelle, rapporteur, à l'effet de vous présenter la candidature de M. le Dr Tissot au titre de membre correspondant.

Ancien externe des hôpitaux de Lyon, ancien interne des asiles de la Seine, M. le Dr Tissot, actuellement médecin-adjoint à l'asile de Dury-lès-Amiens, s'est déjà fait connaître par une série de publications fort intéressantes, et qui sont l'indice d'un esprit curieux de toutes les choses de la médecine.

Dans sa thèse : *Les éliminations urinaires chez les paralytiques généraux* (Recherches par l'épreuve du bleu de méthylène) (Paris 1902), M. Tissot, « frappé, dit-il, de la dénutrition profonde qui atteint le paralytique général à une époque plus ou moins avancée de la maladie », a fait l'exposé d'une série de recherches minutieuses entreprises dans le but de savoir « si l'épreuve du bleu de méthylène jetterait quelque lumière sur cette question de la nutrition, et si les résultats confirmeraient ce que l'on sait déjà par ailleurs de cette affection ». Ces résultats ne pouvaient manquer d'être positifs ; et ils sont fort importants, puisqu'ils apportent un nouvel appoint à cette conception de l'encéphalite diffuse, envisagée comme « une maladie générale, une intoxication de tout l'être, à prédominance nerveuse ».

Parmi les autres travaux de M. Tissot, nous citerons : *Un cas d'association de scarlatine et de fièvre typhoïde* ; *Imbécillité gémellaire* ; *Paralysie générale et syphilis cérébrale* ; *Un cas d'achondroplasie* (en collaboration avec MM. Charon et Degouy) ; *Epilepsie et ponction lombaire* ; *La suggestion dans l'hystérie*, etc., et surtout une série de publications où transparaît le goût particulier de l'auteur pour les questions d'ordre médico-légal. Ce sont, entre autres : *Morphinisme familial par contagion* ; *Aliénés délirants processifs*, tous deux en collaboration avec M. le Dr Briand ; *Un cas de neurasthénie traumatique ayant évolué à longue échéance vers*

©BIUM

le délire systématique, travail publié dans les *Annales médico-psychologiques* de 1904 ; *Sur un cas de simulation suivi de réforme* ; *Mort subite dans un cas de mal de Pott silencieux*, etc.

Tous ces travaux dénotent une connaissance très grande de la médecine mentale, elles sont la preuve d'un esprit observateur et judicieux, l'exposé en est remarquablement clair, précis, alerte et même souvent brillant. Elles se recommandent à votre attention, et votre Commission se fait un véritable plaisir de proposer à vos suffrages M. le Dr Tissot pour le titre de membre correspondant.

M. Tissot est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

A propos d'un cas de folie intermittente. Quelques remarques sur l'état affectif dans la manie et sur l'épuisement post-maniaque.

Par M. J. Séglas.

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, déséquilibré héréditaire, qui depuis l'âge de quinze ans est atteint de folie intermittente, dont les accès *principaux* affectent même un type presque périodique.

Tous ces accès, sauf un, sont des accès maniaques.

1897. Juin : accès maniaque.

1898. Juin à novembre : accès dépressif avec mutisme, refus d'aliments.

1899 et 1900. Aucun renseignement sur cette période.

1901. Juillet : accès maniaque.

1902. Juillet-août : accès maniaque.

1903. Juin-juillet : accès maniaque.

1904. Juin, juillet, août : accès maniaque.

1905. Juillet à mars 1906 : accès maniaque.

1906. Septembre : accès maniaque.

1907. Juin à octobre : accès maniaque.

1908. Mars à juin : accès maniaque.

Le malade a été perdu de vue depuis cette époque.

Le tableau précédent ne comporte que les grands accès maniaques ; mais de plus le malade a présenté dans l'intervalle, à partir de l'année 1902 et notam-

ment en 1906 et 1907, des périodes d'excitation moins accentuée, de forme raisonnante, dont la durée variait de un mois à six semaines.

Sans décrire un à un ces accès, ce qui entraînerait forcément des redites fastidieuses, je me contenterai de dire qu'ils peuvent se classer, d'après leur symptomatologie clinique, en trois groupes principaux.

Le premier est constitué par les petits accès d'excitation, à forme raisonnante.

Ces accès débutent toujours de la même façon, par un besoin d'écrire ; ils se caractérisent par une hypertrophie du sentiment de la personnalité, euphorie, vanité, cabotinisme ; besoin incessant d'activité intellectuelle, compositions littéraires, projets de réforme sociale, etc., loquacité, mais pas d'incohérence des idées. Pas d'agitation motrice proprement dite : tenue correcte.

Avec les accès du second groupe, nous entrons dans le type maniaque proprement dit. Ils débutent par une courte période d'excitation à forme raisonnante, comme précédemment. Mais très rapidement, en une dizaine de jours, la scène change. Agitation violente, continuelle, gesticulations, attitudes théâtrales, désordre des actes qui, toutefois, conservent une signification ; onanisme. Logorrhée incessante, fuite des idées, assonances, jeux de mots, chansons grivoises, déclamations ; mobilité extrême des impressions et des sentiments, autant du moins qu'on peut en juger par les symptômes objectifs : le malade rit, pleure, chante, crie, se met en colère, est expansif, aimable, injurieux ou brutal. Il passe d'un extrême à l'autre. C'est une transformation perpétuelle de l'attitude, de la mimique, et du geste.

Ces accès, plus longs en général que les précédents, ont aussi une terminaison différente, sur laquelle nous aurons à revenir et qu'ils partagent avec ceux du 3e groupe.

Au point de vue symptomatologique, ces derniers diffèrent de ceux du second groupe en ce que le syndrome maniaque se réduit presque exclusivement aux troubles du mouvement. C'est une succession ininterrompue d'actes incoordonnés, paraissant dépourvus de tout caractère intentionnel et ne résulter que d'un besoin de s'agiter.

©BIUM

Le malade se livre à une gymnastique effrénée : on ne peut attribuer à ses gestes aucune signification, ils semblent n'être qu'une succession de mouvements musculaires sans motif et sans but. Il s'accroupit, se relève, se jette à plat-ventre, piétine sa literie, déchire ses vêtements, se met tout nu, se barbouille de matières fécales, se couvre la figure de poussière, de débris de plâtre arrachés aux murs de sa cellule. Parfois, on le voit pendant des heures et même des journées répéter automatiquement une série de mouvements sans aucune expression. Debout, tout nu, dans un coin de sa cellule, il frappe alternativement le sol de chacun de ses talons, avec une telle violence qu'il finit par avoir de l'œdème des jambes : ou bien il secoue la tête à la façon d'un Aissaoua. Il ne s'interrompt pas pour uriner et rend aussi sur place ses matières fécales dans lesquelles il piétine. Onanisme effréné. Plus de fuite des idées : il ne prononce pas un mot, se borne à pousser des cris inarticulés, des hurlements. Il reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui : rien ne peut interrompre son dévergondage de mouvements. On ne peut saisir ni dans ses gestes, ni dans sa mimique, aucune expression affective, aucun caractère d'intelligence.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi, Messieurs, de vous exposer, à propos de la symptomatologie de l'état maniaque chez ce malade et d'autres analogues, quelques considérations. Certes, elles n'ont pas le mérite de la nouveauté ; cependant, il ne me paraît pas inutile d'y revenir.

L'observation de notre malade nous montre réunis chez lui les trois types classiques de l'accès maniaque décrits sous les noms de : manie légère ou excitation maniaque, manie aiguë avec agitation, manie grave ou suraiguë.

Parmi les symptômes de ces accès maniaques, il en est un sur lequel je retiendrai un instant votre attention : c'est l'état affectif.

Dans les petits accès, il est représenté surtout par l'euphorie, l'exaltation du moi.

Dans les accès moyens, ceux du 2e type, la note affective est représentée par des manifestations émotionnelles essentiellement mobiles et variables.

©BIUM

Enfin, dans les accès les plus graves, toute note émotionnelle semble disparaître, ou du moins reste insaisissable.

On décrit généralement aujourd'hui l'état maniaque comme constitué par trois éléments fondamentaux, s'opposant à ceux de l'état dépressif. Ce sont :

1° L'agitation motrice ;

2° La fuite des idées ;

3° L'euphorie, l'exaltation du moi, l'hyperthymie qui, si l'on en croit certains aliénistes, serait le symptôme capital.

Sans doute, il est des cas dans lesquels l'euphorie apparaît et reste au premier plan de la scène morbide. Ce sont en général des états légers, soit qu'ils constituent tout l'accès, soit qu'ils en marquent seulement le début, comme chez notre malade.

Mais il convient de remarquer que déjà, à côté de cette note affective, euphorique, il existe chez le malade une augmentation de l'excitabilité émotive, telle que les perceptions ou les représentations mentales suscitent avec la plus grande facilité les émotions les plus variées.

Ce détail a bien quelque importance.

En effet, dans les accès maniaques plus caractérisés, avec agitation générale, comme ceux du second groupe chez notre malade, c'est justement les manifestations de cette excitabilité émotive particulière que l'on voit prédominer. L'état affectif, le sentiment de bien-être vague, qui marque le début de l'accès, tend à diminuer et s'efface à mesure qu'augmentent les symptômes d'agitation motrice et d'excitation intellectuelle. L'euphorie, la joie du début, ne persiste pas comme note dominante ; elle peut se montrer pendant un moment ; mais elle est indéterminée, fugitive, et finit par faire place, suivant l'expression de Krafft-Ebing, à un kaléidoscope des excitations émotives les plus variées, s'objectivant pêle-mêle avec la plus grande facilité.

Si bien que l'humeur ne peut plus être dite euphorique, mais plutôt, comme le dit Schuele, expansive et variable. « Tout s'observe dans la manie, remarque fort justement cet auteur ; toutes les passions se succèdent en quelques minutes ; le malade passe d'un

©BIUM

extrême à l'autre ; rien n'est durable, sinon cette transformation perpétuelle. »

Et cette constatation clinique justifie, il me semble, l'opinion formulée jadis par Kraepelin, que c'est « l'inconstance de caractère et la fréquente variabilité de l'humeur qui sont seules caractéristiques de la manie ».

Sans doute, chez le maniaque, les manifestations variables de l'humeur sont le plus souvent portées à la gaîté ; mais souvent aussi elles subissent une transformation tout opposée. « Des pleurs, dit Schuele, suivent la gaieté la plus folle ; les cris de joie, le fou rire et les lamentations s'entremêlent ; les manières les plus gracieuses sont remplacées par la brutalité. »

Tout en relevant très minutieusement tous ces détails symptomatiques, Kraepelin en tire des conclusions nouvelles au point de vue de l'interprétation nosologique.

« L'humeur dans l'excitation maniaque, dit-il, est généralement élevée. Les malades sont contents, se sentent bien, sont disposés à toutes les farces et à toutes les malices possibles, rient, chantent, plaisantent. En même temps, la vivacité du ton émotionnel augmente et la disposition émotive devient plus facilement influençable, ce qui conduit à des changements fréquents et brusques. Au milieu de la gaieté effrénée il y a, pour des motifs minimes, des décharges de colère, avec insultes sans raison et tendance aux actes violents. D'autre part, l'humeur se change avec une grande facilité en tristesse et en larmoiements, bien que d'une façon transitoire. » (VII[e] édit.)

Et il en conclut : « Je retiens qu'en cela se manifeste l'affinité étroite qui existe entre les états maniaques et les dépressifs. »

En un mot, dirons-nous, c'est l'état mixte. Et, en effet, lorsqu'il en arrive à la description de ces états mixtes, l'auteur rappelle que « les maniaques peuvent, transitoirement, apparaître non seulement tristes ou désespérés, mais aussi tranquilles ou stuporeux, que ces changements soudains pendant des heures ou des jours entiers sont extraordinairement fréquents, qu'à l'acmé des accès se montrent en même temps les troubles constitutifs de l'état maniaque et de l'état dépressif, qu'à côté de l'excitation gaie et bruyante on

©BIUM

rencontre la tranquillité et la satisfaction, l'abattement profond et douloureux, l'explosion sauvage du désespoir ».

L'interprétation de ces faits comme « états mixtes » me paraît discutable.

Je me demande si, en face d'un maniaque qui, de gai et riant, se montre tout à coup grincheux et se lamente, on peut considérer que, tout en restant maniaque par un certain côté (fuite des idées, agitation motrice), il est devenu en même temps, par le côté affectif, vraiment un déprimé comme le mélancolique.

Je ne puis m'empêcher à ce propos de me rappeler ce qu'écrivait autrefois le même auteur.

« La disposition d'esprit (dans la manie) revêt d'ordinaire un caractère expansif. Toutefois il manque cette uniformité d'humeur qui se rencontre dans les états mélancoliques. Ici au contraire, presque de règle, il y a une alternance fréquente et rapide d'affects... Au paroxysme de l'hilarité la plus effrénée, le malade, sans aucun motif, devient à l'improviste affligé et inconsolable et s'abandonne aux pleurs et au désespoir... Il est clair que la manie n'est en aucune façon caractérisée par un état affectif spécial, mais plutôt par la facilité anormale et la rapidité avec laquelle éclatent et disparaissent chez le sujet les sentiments et les émotions de nature très différente. Ce qui sans doute dépend très souvent d'influences extérieures accidentelles, du traitement auquel est soumis le malade, de quelque idée qui surgit à l'improviste à sa pensée, des délires, des troubles psychosensoriels, et peut-être aussi du contraste de tant d'éléments variés. » (II[e] édit.)

Pour ancienne qu'elle soit, cette description si exacte, simple traduction de faits d'observation clinique, me paraît préférable, pour les faits que j'envisage, à l'hypothèse théorique et au schéma de cas mixtes, participant à la fois de la manie et de la dépression mélancolique.

J'incline effectivement à croire que l'apparition transitoire d'expressions émotives de nature triste ou pénible chez un maniaque peut simplement reconnaître pour cause, d'abord l'excitabilité et l'instabilité émotive particulière due à la maladie, puis l'existence du terrain individuel, de facteurs constitutionnels particu-

©BIUM

liers, de phénomènes de fatigue et de contraste idéo-affectif, de causes extérieures diverses. En tout cas, elles sont toutes de surface et n'ont rien de comparable à l'état affectif, fondamental de tristesse monotone du déprimé mélancolique ; si l'humeur du malade change, c'est justement en vertu d'un processus d'excitabilité, de variabilité propre à l'état maniaque et exclusive de l'état de dépression mélancolique, dont le propre est l'uniformité et la monotonie.

Mais je ne veux pas insister sur ce point, cela m'entraînerait trop loin. Je tenais seulement à rappeler que, dans le tableau clinique de l'accès maniaque caractérisé, l'état d'euphorie fondamentale semble s'effacer devant les manifestations d'une excitabilité émotive diffuse. A côté du tumulte des mouvements, de la fuite des idées, c'est le tumulte, la fuite des émotions.

Et l'on n'est pas plus fondé à dire qu'il y a alors exaltation du moi affectif qu'élévation de la pensée, hyperthymie qu'hyperidéation.

Dans les accès très graves, comme ceux du troisième groupe chez notre malade, on en arrive même à ne plus saisir la moindre trace d'une expression émotive quelconque. Tout semble se réduire alors à une agitation motrice désordonnée, à une sorte de folie musculaire. Les cris, les hurlements, les danses perdent eux-mêmes tout caractère expressif et ne sont plus que de simples mouvements dénués de toute signification intentionnelle ou émotive.

C'est surtout à ce degré que semble se vérifier une opinion émise dans sa thèse par un élève de M. Magnan, le Dr Godfernaux.

« Ce qui caractérise la psychose maniaque, dit-il en substance, c'est une dissociation graduelle des mouvements musculaires coïncidant avec une dissociation graduelle des associations d'idées... ; la psychose maniaque élimine le sentiment de la conscience du sujet. »

Si l'on s'en tient à l'observation clinique, dont notre malade représente en quelque sorte un type complet, on voit, en effet, que dans toutes les formes de manie, des plus légères au plus graves, les désordres moteurs s'observent toujours, et souvent en première ligne, depuis le simple besoin exagéré d'action jusqu'à l'agita-

©BIUM

tion la plus incohérente, que ce sont même les seuls qui soient constants; tandis que la fuite des idées fait place à de simples vociférations et que l'état affectif d'abord stable, puis mobile et variable, finit par devenir insaisissable.

Mais revenons à notre malade.

J'ai dit tout à l'heure incidemment que la terminaison de ses accès des différents groupes n'était pas la même.

En effet, tandis que les accès du premier groupe, d'excitation maniaque simple, se terminent par l'effacement graduel des symptômes, il n'en est pas ainsi pour ceux des deux autres groupes.

Pour ces derniers, le retour à l'état normal ne se fait qu'après une phase qu'il me reste à vous décrire succinctement.

Au bout d'un temps variable, de un à plusieurs mois, le malade, toujours agité, mais amaigri, exténué, se couche et s'endort pendant quarante-huit heures et plus d'un sommeil calme et profond, dont on peut à peine le réveiller un instant, pour lui faire prendre quelque nourriture. Au sortir de ce sommeil, il est dans un état de stupeur très accentué, tout à fait égaré, inconscient de ce qui se passe autour de lui, incapable de comprendre une parole, de se lever, de se tenir debout; dormant une partie de la journée et mangeant, ou plutôt dévorant, tout ce qu'on lui présente.

Puis, graduellement, la stupeur fait place à un état de confusion mentale avec désorientation, torpeur intellectuelle, conduite automatique, aucun délire, aucune note émotionnelle quelle qu'elle soit. Petit à petit, au bout de deux à trois semaines au plus, sans aucun traitement autre que le repos et une alimentation substantielle, ces symptômes disparaissent; le malade reprend conscience de lui-même et de son milieu, et retrouve son activité intellectuelle normale.

Il y a quelques années l'interprétation de cette nouvelle phase de la maladie n'eût pu susciter, je crois, aucune discussion. Mais il n'en est pas de même aujourd'hui.

Comment devons-nous donc la considérer? Serait-ce comme une phase de dépression mélancolique juxta-

©BIUM

posée à la phase maniaque et constituant ainsi un accès couplé, circulaire?

« Très fréquemment, dit à ce propos Kraepelin, avec la disparition de l'agitation maniaque se manifeste un état plus ou moins marqué de faiblesse et d'abattement, qui est d'ordinaire considéré comme épuisement consécutif, tandis que j'incline à y voir simplement le changement en un état de dépression, caractéristique de cette maladie (folie maniaque-dépressive). »

Sans aucun doute, un accès de dépression mélancolique peut suivre immédiatement un accès maniaque, et il n'est aucun de nous qui conteste l'existence d'accès circulaires.

Mais est-ce bien le cas chez notre malade?

Ce que je viens de dire sur la symptomatologie de la phase en question suffit, je pense, à montrer qu'on n'y retrouve aucun trait caractéristique d'un état de dépression mélancolique. En revanche, c'est un tableau typique d'un état de stupeur ou de confusion mentale simple. A tel point que si l'on eût vu le malade seulement à ce moment, sans rien connaître de sa maladie, c'est à un état de stupeur ou de confusion post-épileptique que l'on eût pu penser avec le plus de vraisemblance. Je n'ai pas d'ailleurs à vous rappeler les comparaisons que l'on a déjà établies entre l'épilepsie et la folie intermittente.

Dès lors, pourquoi ne serions-nous pas autorisés à attribuer à cette phase de stupeur la même signification qu'elle aurait revêtue si elle eût suivi des accès d'épilepsie, c'est-à-dire celle d'un état d'épuisement?

Et l'absence de tout symptôme de dépression après les petits accès d'excitation maniaque simple, l'intensité de l'agitation dans les autres accès, la présence d'œdèmes de fatigue, l'amaigrissement, l'insomnie, l'alimentation défectueuse, l'onanisme effréné ne sont-ils pas des causes suffisantes à justifier cette interprétation?

C'est d'ailleurs celle qui était admise jusqu'ici par la plupart des auteurs.

Krafft-Ebing, par exemple, pour n'en citer qu'un seul, indique comme transition de l'accès maniaque vers la guérison « un état de stupidité, comme expression du profond épuisement cérébral qui succède fatalement aux cas graves ».

Mais de plus, il note aussi la transition par un stade

©BIUM

mélancolique, terminaison plus rare, à moins, dit-il, qu'on ne considère à tort comme mélancolique le stade d'épuisement.

Nous ne saurions mieux faire, à mon sens, que de conserver cette distinction basée sur des constatations de fait et purement cliniques.

Il est à remarquer enfin que ces syndromes d'épuisement, avec stupeur, confusion mentale, peuvent ne pas se présenter exclusivement comme phase terminale de l'accès maniaque.

On peut souvent les observer à titre transitoire, plus ou moins intenses, mais gardant la même signification, au cours de l'accès maniaque. Ce fait a été noté aussi de longue date et nous l'avons constaté plusieurs fois chez notre malade, dans ses accès les plus prolongés.

C'est là une particularité clinique de la plus haute importance, et que nous ne devons pas perdre de vue dans l'interprétation de quelques-uns de ces cas dits mixtes de la folie maniaque dépressive, auxquels j'ai déjà fait allusion tout à l'heure.

DISCUSSION

M. Briand demande si après les accès le malade se souvient de ce qui s'est passé?

M. Séglas. — Le malade se rappelle mal ce qui s'est passé durant les grands accès ; il est incapable même de donner quelques renseignements.

M. Briand. — La perte du souvenir est en rapport avec l'explication pathogénique que donne M. Séglas de l'accès de dépression. Il s'agit en effet de dépression par épuisement. Les mélancoliques déprimés ou stupides se rappellent leur délire.

D'autre part, je crois, avec M. Séglas, que les maniaques peuvent avoir des idées tristes en rapport avec leur idéation.

M. Trénel. — L'observation de M. Séglas soulève un problème clinique et théorique. Au point de vue clinique nous sommes d'accord, l'état de stupeur consécutif à l'accès d'excitation est bien dû à l'épuisement ; mais il y a eu une période de dépression qui a précédé

©BIUM

les accès d'excitation; théoriquement ne peut-on pas voir dans cette observation un exemple de folie maniaque-dépressive?

M. Séglas, — Mon malade présente, non pas des états de dépression mélancolique, mais des états de confusion dus à l'épuisement; il y a intérêt à distinguer avec soin les états de confusion post-maniaque des états de dépression mélancolique qui succèdent à des accès de manie dans la folie intermittente.

M. Chaslin. — Il y a lieu d'insister sur la différence clinique des états de stupidité des mélancoliques et des états de stupeur confusionnels dont le type est fourni par les épileptiques.

M. Vigouroux. — M. Séglas sait-il si avant l'apparition des accès, son malade a présenté le syndrome décrit sous le nom de cyclothimie?

M. Séglas. — Le malade est un déséquilibré au sens total du mot, mais je ne crois pas qu'il fût plus particulièrement cyclothimique.

M. Vallon. — La cyclothimie est un symptôme banal que l'on trouve chez tous les sujets avec un peu de bonne volonté. J'appuie les conclusions de M. Séglas, il existe des états d'épuisement consécutifs aux états maniaques. Les malades ont alors la sensation d'être moulus et fatigués, incapables d'effort physique ou mental.

M. Truelle. — Je suis absolument de l'avis de M. Séglas, et je crois, comme lui, qu'il convient de différencier les accès de dépression présentés par son malade, d'avec les accès mélancoliques que l'on rencontre dans les psychoses intermittentes. On ne serait donc pas autorisé, dans ce cas, à parler de folie maniaque-dépressive. Mais — et je serais heureux que M. Séglas voulût bien à ce propos nous donner son avis — il me semble que les partisans de la terminologie nouvelle ont, des accès dépressifs circulaires, une conception qui ne correspond pas exactement à celle de la mélancolie. Kraepelin donne en effet comme caractéristique fondamentale de la dépression circulaire les troubles de la volonté, l'arrêt psycho-moteur, et il ne fait plus jouer aux autres éléments et en particulier à la douleur morale, qu'un rôle très effacé sinon même

©BIUM

négatif. Dès lors pourraient, semble-t-il, rentrer dans la dépression circulaire quantité de symptômes dépressifs très différents de la mélancolie.

M. SÉGLAS. — Entre le terme allemand « état dépressif » et le terme français « état mélancolique » il n'y a guère au fond, je crois, qu'une différence de mots. En effet, que l'on se reporte à la définition de la folie maniaque-dépressive, à la description de l'état dépressif typique dans les différentes formes ou au schéma qui la traduit (VII[e] édition de Kraepelin), on voit que cet état comporte trois éléments fondamentaux : humeur triste, difficulté de la pensée, arrêt volitif. Or, c'est la réunion de ces mêmes éléments qui, depuis bien longtemps, a été regardée comme caractéristique de l'état mélancolique. Etat dépressif ou état mélancolique peuvent donc être considérés en principe comme des termes équivalents ; avec cette réserve que, dans la terminologie allemande actuelle, « les états dépressifs » correspondent plus particulièrement à nos formes dépressives de la mélancolie (simple, délirante, avec stupeur), tandis que le terme « mélancolie » est réservé aux formes anxieuses de l'involution.

M. ARNAUD. — Il me paraît résulter de la discussion que l'importance de cette question est telle qu'il y aurait intérêt à la maintenir à l'ordre du jour. (*Assentiment.*)

A propos du diagnostic de la paralysie générale,

Par le Dr LUCIEN LAGRIFFE.

Il est souvent, pour ne pas dire toujours, extrêmement difficile de préciser le moment où débute une paralysie générale. C'est là un fait sur lequel tous les auteurs ont insisté. Parmi les raisons qui accroissent les difficultés d'un diagnostic précoce, la plus importante, peut-être, est d'ordre pratique. Le malade, en effet, n'est jamais mis en présence du spécialiste qu'à une époque où les troubles morbides révélateurs de la maladie sont si riches et si marqués que le diagnostic s'impose à quiconque a des notions, même seulement élémentaires, de neuro-psychiatrie. Il arrive ainsi que

©BIUM

nous ne connaissons du début de la paralysie générale que ce que nous en disent les parents, toujours très mal préparés à une observation impartiale, ce que nous en dit le malade lui-même, enfin ce que peut nous révéler son médecin habituel ou un médecin d'occasion dont l'attention n'a pas été particulièrement attirée sur les phénomènes précurseurs d'une maladie qu'il ne prévoyait pas.

D'un autre côté, on l'a dit et nous l'avons répété après tant d'autres à propos du cas de Guy de Maupassant publié récemment dans les *Annales médico-psychologiques*, chez les héréditaires et chez les tarés on observe souvent, et cela très longtemps à l'avance, des troubles physiques et psychiques qui jalonnent la vie de l'individu jusqu'à l'éclosion de la maladie. Ces signes physiques et psychiques sont les mêmes que certains de ceux observés dans la paralysie générale dont le début peut tout simuler puisqu'elle est une maladie de tout l'organe. De quel critérium pouvons-nous alors disposer pour les rapporter à la paralysie générale ou pour les laisser en dehors d'elle?

Il resterait bien pour éclairer le diagnostic, la connaissance d'une syphilis antérieure; mais celle-ci, bien que lorsqu'elle existe elle soit une précieuse indication, n'est pas toujours nécessaire, ni suffisante. Nous avons au surplus le cyto-diagnostic, mais celui-ci n'est qu'une méthode d'appoint dont la fidélité n'est pas à toute épreuve et dont, d'ailleurs, l'époque certaine d'apparition n'a pu encore, et pour cause, être précisée : il faudrait en effet se trouver en présence d'un cas bien déconcertant, bien mystérieux, pour proposer, en clientèle du moins, une opération, bénigne sans doute, mais pratiquement dangereuse pour des raisons que chacun comprendra. Or, au début et avant d'être paralytique général pour tout le monde, le futur paralytique général consulte ordinairement pour des troubles banaux auxquels il est relativement facile de trouver une cause, banale aussi, et à l'endroit desquels la thérapeutique est richement armée. Alors, pour une névralgie, pour un vertige, il est bien difficile de proposer une ponction lombaire qui semblera toujours inutile et dangereuse au malade et à son entourage.

C'est dire qu'il n'est pas sans intérêt de signaler les phénomènes inhabituels qui peuvent être observés, lorsque, par exclusion, ces phénomènes peuvent être mis sur le compte de la paralysie générale. A cet égard l'observation suivante nous paraît être instructive.

Observation. — O..., Marie, trente-cinq ans, ménagère, entre le 24 novembre 1900 dans le service de M. le Dr Daunic, médecin des hôpitaux de Toulouse, dont nous étions alors l'interne. Cette malade, qui depuis quelques semaines était fille de salle à la Maternité, se plaint d'une douleur de la cuisse gauche, ayant débuté le matin même et subitement après des travaux de nettoyage. L'entrée ayant eu lieu d'urgence dans la journée, l'interne de garde prescrit de l'exalgine, qui ne produit aucun soulagement. Nous voyons la malade à la contre-visite : la douleur siège au niveau de l'arcade crurale gauche, un peu en dehors du point d'émergence de l'artère fémorale au trajet de laquelle elle paraît limitée. Cette douleur est très atténuée, sourde, elle n'est pas exaltée par la palpation et elle cesse lorsqu'on détourne l'attention de la malade. Il n'y a ni déformation, ni changement de coloration de la région ; pas de douleur aux points d'émergence des nerfs, soit au niveau de la cuisse, soit au niveau du creux poplité, soit au niveau de la jambe. Mais il y a des troubles fonctionnels et ce sont ces troubles qui ont nécessité l'hospitalisation : en effet, la malade ne peut, sans douleur, poser le pied à terre, la marche est absolument impossible. Il n'y a aucune lésion viscérale, aucun élément anormal dans les urines. Nous notons expressément que la malade est une *minus habens* et notre impression est que l'impossibilité de la marche est due à la peur.

La malade est examinée de la tête aux pieds : nous observons seulement du strabisme interne de l'œil droit, la perte des incisives de la mâchoire supérieure ; c'est dire qu'il n'y a ni troubles sensitifs, ni troubles sensoriels. La température axillaire est de 38°2.

Les antécédents sont les suivants : père mort poitrinaire à quarante-deux ans, mère âgée de soixante-quinze ans et bien portante ; la malade est la dernière de six enfants : un garçon mort accidentellement à quarante-deux ans, une fille de trente-neuf ans, bien portante, deux garçons et une fille morts en bas âge.

O..., Marie, est née dans de bonnes conditions, a été nourrie au sein par sa mère, a parlé et marché de bonne heure, n'a souffert d'aucune maladie de l'enfance. Elle a été réglée de seize ans et demi à trente-quatre ans et toujours bien ; mais, depuis la cessation de la menstruation, elle présente une leucorrhée

©BIUM

abondante; elle s'est mariée à vingt-quatre ans et son mari est mort d'une attaque il y a un an, à trente-sept ans; elle n'a présenté qu'une grossesse, à trente-deux ans, et a donné le jour à un garçon bien conformé, mort à deux ans d'une affection pulmonaire.

La malade nous signale, en outre, une fièvre typhoïde bénigne à vingt-deux ans; un érysipèle de la face à trente ans; des crises de nerfs de trente et un à trente-quatre ans; à trente-deux ans, des douleurs de la tête et de la colonne vertébrale ayant duré un mois, acccompagnées de délire et que la malade, répétant probablement le diagnostic de son médecin, qualifie de rhumatisme cérébral.

On prescrit simplement le repos au lit, la fièvre tombe dès le second jour et, au bout de cinq jours, on observe une amélioration évidente; la malade ne souffre presque plus, peut descendre de son lit et y remonter. Cependant la douleur reparaît bientôt. Le 8 décembre, la malade nous la décrit partant maintenant de la colonne vertébrale, contournant le tronc, se terminant au genou après être passée par le milieu de l'arcade crurale. La malade marche très difficilement, en se retenant aux meubles, son pied gauche n'appuie que par la pointe, et la position de moindre résistance est la rotation de la jambe en dedans. Il n'y a aucun signe de lésion articulaire, les réflexes sont normaux, la sensibilité n'est pas modifiée. Comme la malade a un aspect un peu cachectique (pâleur des téguments, aspect physique ne correspondant pas avec l'âge), on cherche s'il n'existe pas de ganglions, on pratique le toucher rectal, on examine à nouveau soigneusement les organes génitaux : les résultats de ces examens sont négatifs.

Enfin, comme cette douleur a résisté à tous les traitements externes et internes connus, malgré que, moyennant le repos au lit, la douleur ne se produisant qu'à l'occasion des mouvements, ne gêne pas la malade qui semble se résigner à son sort, ne réclame pas et paraît s'accommoder parfaitement de son séjour dans nos salles, nous nous décidons, le 18 décembre, à tenter la rachicocaïnisation, alors dans toute sa nouveauté. Le liquide céphalo-rachidien, qui sourd de l'aiguille, a un aspect normal, on injecte 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne. Un quart d'heure après l'injection, le segment inférieur est complètement anesthésié; seules les sensations tactiles persistent ; cependant la marche reste difficile quoique non douloureuse et la malade imprime la position suivante à son membre inférieur gauche : pied reposant sur la pointe, rotation externe, élévation de la hanche. Deux heures après, la douleur n'a pas reparu, l'anesthésie persiste, mais la marche reste difficile. On observe le soir de la céphalalgie, des douleurs généra-

lisées dans tout le corps et particulièrement marquées au niveau de la nuque, l'anesthésie persiste ; la malade a des crises de larmes, elle se met en colère et refuse de se laisser examiner.

Le lendemain, la douleur n'a pas reparu, la malade avoue qu'elle n'ose pas essayer de marcher dans la crainte de souffrir encore ; nous l'encourageons et, dans l'après-midi, elle peut facilement, pour se rendre aux bains, faire un long parcours, descendre et remonter plusieurs étages.

Le 23 décembre, la malade est considérée comme guérie, elle marche convenablement, ne souffre plus et elle quitte l'hôpital le 26 ; elle rentre chez elle et ne reprend pas son poste à la Maternité. La sage-femme en chef nous déclare qu'elle faisait mal son service, qu'elle était « à moitié idiote », qu'elle n'avait pas de mémoire, qu'elle était négligente et que les autres filles de service se moquaient d'elle.

Un an après, en décembre 1901, nous apercevons cette malade dans le service de clinique des maladies mentales de M. le professeur Rémond : elle était atteinte de paralysie générale à forme dépressive, à la période démentielle.

Il n'est pas douteux que les troubles présentés par cette malade au moment où il nous fut donné de l'observer, appartenaient à la paralysie générale et non pas même à la période prodromique, mais à la période d'état ; après coup nous y retrouvions l'affaiblissement global des facultés, le puérilisme, l'indifférence, les troubles de la mémoire et, en partie, le mauvais état général. Mais c'était tout, et comme les renseignements en notre possession émanaient de la malade elle-même, il nous était impossible de faire une comparaison entre son état psychique antérieur et son état psychique actuel : elle nous était simplement apparue comme une *minus habens*. C'est là ce qui doit arriver à nombre de paralytiques généraux dont, en l'absence de troubles psychiques actifs et jusqu'au moment où les phénomènes physiques apparaissent avec une netteté évidente, l'affection est longtemps méconnue, sans qu'on soit en droit de dire que le diagnostic du médecin s'est trouvé en défaut. En réalité, sauf pour un certain nombre de signes physiques qui d'ailleurs ne sont pas pathognomoniques et qui considérés d'une manière absolue peuvent exposer aux pires méprises, on peut dire qu'au début la paralysie générale peut tout simuler et que dans la construction rétrospective des observations nous ne pouvons pas dire :

©BIUM

ici commence la maladie. Cette impossibilité de fixer une limite tenant, comme nous le disions au début, à ce fait que la paralysie générale est l'expression d'altérations non localisées du système cérébro-spinal. Il s'ensuit donc que pour les individus tarés qui depuis longtemps présentent des troubles morbides fonctionnels ou anatomiques du côté des sphères neuro-psychiques, la paralysie générale finit par apparaître comme un simple aboutissant sans aucune solution de continuité. Nous avons rappelé au début le cas de Guy de Maupassant qui à cet égard est typique, nous pourrions y ajouter celui d'un illustre philosophe dont nous avons dessein de nous occuper bientôt, Frédéric Nietzsche qui, malade pendant plus de vingt-cinq ans, a sombré lui aussi dans la paralysie générale.

Dans l'observation ici en cause rien ne pouvait nous faire prévoir un tel dénouement : nous avions regardé l'affaiblissement intellectuel comme pouvant aussi bien être congénital que consécutif à la fièvre typhoïde ou à ce « rhumatisme cérébral » qui s'accompagna de délire. Mais aujourd'hui encore nous ne saurions dire si les douleurs de la colonne vertébrale apparues quatre ans auparavant doivent ou non être mises sur le compte de la paralysie générale.

La séance est levée à six heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Médecine mentale. Quarante années de pratique médicale et administrative; par le Dr Doutrebente. 1 vol. in-8°, Tours, Péricat, 1909.

« Arrivé au terme de sa carrière médicale active », M. Doutrebente a eu la très louable idée de réunir en un volume le plus grand nombre des publications qui en avaient marqué les laborieuses étapes. Et c'est là sans nul doute la meilleure démonstration qu'il ait pu faire de cette opinion qu'il a défendue toute sa vie et qui lui tient tant à cœur, à savoir : que la direction médico-administrative d'un asile d'aliénés n'est pas nécessairement incompatible avec une activité scientifique féconde.

Nous ne pouvons songer à donner ici — tellement ils sont nombreux et divers — l'analyse de chacun des mémoires qui composent ce recueil. Bon nombre d'entre eux, et non des moindres, ont paru dans cette Revue; la plupart sont bien connus; quelques-uns sont demeurés classiques (1).

Il nous suffira, pour donner une idée de l'importance de l'œuvre et de sa variété, de rappeler en une brève énumération ses chapitres les plus marquants.

C'est d'abord, en pathologie mentale proprement dite, toute une série de travaux sur la paralysie générale :

— Recherches sur la paralysie générale progressive (historique, pathogénie, terminaison). *Thèse* inaugurale, Paris, 1870.

— Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive, 1878.

— Note sur la marche de la paralysie générale chez les héréditaires, 1879.

(1) Telle, par exemple, cette « Étude généalogique sur les aliénés héréditaires », qui fut écrite sous l'inspiration directe de Morel, qui obtint le prix Esquirol pour l'année 1868, et qui, à plus de quarante ans de distance, reste encore pleine de fraîcheur et d'enseignements.

©BIUM

— Paralysie générale d'origine saturnine, 1879.

— Paralysie générale et manie suraiguë, 1880.

Viennent ensuite, toujours en clinique spéciale :

— Note sur la folie à double forme, 1882.

— Des persécutés génitaux à idées de grandeur, 1890.

Puis des observations nombreuses et variées :

— Manie rémittente double forme. Épilepsie larvée, 1886.

— Un cas de paralysie générale de longue durée (en collaboration avec le Dr Marchand, 1903).

— Épilepsie traumatique. Trépanation, 1903.

— Deux cas de délire du toucher, 1903.

— Un cas de paralysie générale sénile (en collaboration avec le Dr Marchand), 1903.

— Psychose aiguë par auto-intoxication chez une épileptique de soixante-huit ans, à la suite de troubles fonctionnels du tube digestif, 1904.

— Folie à double forme, syndrome paralytique, crises épileptiformes, pachyméningite cérébrale, gomme du cervelet (en collaboration avec le Dr Marchand), 1904.

— Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains tièdes (en collaboration avec le Dr Marchand), 1904.

— Psychose aiguë, embarras gastrique, alitement, purgatifs salins, guérison rapide, 1905.

— Considérations sur l'anatomie pathologique de la démence précoce à propos d'un cas (en collaboration avec le Dr Marchand), 1905.

— Deux cas de démence précoce avec autopsie et examen histologique (en collaboration avec le Dr Marchand), 1905.

— Psychose aiguë par auto-intoxication gastro-intestinale et rénale (en collaboration avec le Dr M. Olivier), 1905.

— Un cas de délire chronique à forme mégalomaniaque avec autopsie (en collaboration avec le Dr Marchand), 1906.

— Alcoolisme inconscient, 1908.

La médecine légale psychiatrique n'est représentée, dans le volume de M. Doutrebente, que par une *Étude sur les intermissions, les intervalles lucides et les rémissions dans les maladies mentales* (1883). C'en est assez pour nous faire regretter que, de toute sa pratique médico-légale, — qui fut considérable, — M. Doutrebente n'ait retenu, comme valant d'être publié, aucun des nombreux rapports d'expertise qu'il fut amené à rédiger : il eût fait, nous en sommes assuré, œuvre utile, en puisant avec moins de discrétion dans ses cartons.

Sur l'assistance des aliénés et sur l'administration des asiles, — matières en lesquelles le médecin-directeur de l'asile de Blois jouissait d'une autorité incontestée, — M. Doutrebente nous a donné un long travail sur *Les adjudications dans les asiles d'aliénés* (1897), et de courtes notes sur divers sujets.

Enfin, — et c'est là une inspiration des plus heureuses, — M. Doutrebente a réuni, pour les insérer dans ce Recueil, tout ce qui est resté de ses multiples interventions dans les débats ouverts devant les sociétés savantes, où il fréquentait, et à la tribune des congrès spéciaux, dont il est resté un fidèle. Or, comme il est aisé de le constater, il n'est presque aucune question, soit de pure doctrine, soit de pratique courante, dans laquelle M. Doutrebente n'ait été conduit à dire son mot ou à faire connaître son avis. Voici d'ailleurs les titres de quelques-unes de ses communications :

— Recherches statistiques sur les diverses modifications de l'orifice pupillaire dans la paralysie générale, 1879.

— Hypnotisme et suggestion dans le traitement des maladies mentales, 1889.

— Du placement des aliénés dans les établissements publics ou privés, en France et à l'étranger, 1889.

— A propos du délire émotif, 1889.

— Relations de la syphilis et de la paralysie générale, 1890.

— Du secret médical, 1892.

— Les colonies d'aliénés, 1892.

— Sur la folie puerpérale, 1893.

— Les faux témoignages des aliénés devant la justice, 1893.

— Des sociétés de patronage des aliénés, 1893.

— Automatisme ambulatoire. Épilepsie larvée, 1895.

— Hystérie infantile et hypnotisme, 1897.

— Diagnostic de la paralysie générale, 1897.

— Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés, 1897.

— Syphilis et paralysie générale, 1897.

— Traitement médical de l'épilepsie, 1899.

— Du traitement des psychoses aiguës par le repos au lit, 1899.

— Maladies mentales familiales, 1900.

— Alitement et traitement moral, 1900.

— Tics chez les aliénés, 1902.

— Désencombrement réalisé dans un asile d'aliénés français, 1902.

©BIUM

— A propos de la folie maniaque dépressive, 1903.

— A propos de la douleur à volonté ou douleur d'habitude, 1903.

— Traitement de l'agitation et de l'insomnie, 1903.

— Les démences vésaniques, 1904.

— Les aliénés criminels, 1904.

— Paralysie générale tardive. Méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit, 1905.

— Idiotie par méningite chronique chez un dégénéré héréditaire, 1905.

Mais ici encore nous devons noter une omission : M. Doutrebente a jugé « inutile » de faire réimprimer son rapport au Congrès de Toulouse sur *l'Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés* (1897). La chose nous paraît d'autant plus regrettable que c'est peut-être dans cet important travail que se révèle le mieux et avec ses qualités dominantes la physionomie de son auteur. Tous ceux — et ils sont encore nombreux — qui, ayant lu ce rapport, eurent la bonne fortune d'en entendre l'exposé et d'en suivre la discussion, s'accordent à reconnaître que jamais M. Doutrebente ne donna plus complètement sa mesure et n'affirma plus nettement les traits essentiels de sa personnalité : fougue combative toujours tempérée par une parfaite courtoisie, information abondante et sûre au service d'une malicieuse bonhomie, sens très vif de la tradition dans un esprit d'ailleurs très ouvert au progrès.

Toutes ces qualités, on les retrouvera, il est vrai, et au même degré, dans une série d'articles, parus en 1907, et réunis dans ce volume sous le titre : *La réforme du régime des aliénés.* M. Doutrebente a saisi l'occasion qui s'offrait de la discussion devant la Chambre des députés de la proposition de loi Dubief pour mettre une fois de plus au service des aliénés — et aussi, hélas! des aliénistes — l'expérience acquise par toute une vie passée à leur contact.

Et c'est sans doute sur ces pages de spirituelle et incisive polémique qu'il eût aimé clore son livre, si un événement imprévu — la perte d'un de ses vieux maîtres — ne l'avait contraint d'y ajouter quelques feuillets.

M. Doutrebente — c'est encore une de ses caractéristiques — a conservé pieusement le culte de ses maîtres. Deux hommes, qu'il approcha dès le début de sa carrière, ont laissé sur lui une empreinte profonde : Danner, dont la notoriété ne devait pas franchir la région tourangelle, et Morel, le clinicien universel-

lement réputé de Maréville et de Saint-Yon. A tous deux, M. Doutrebente voua la même inaltérable vénération. On lira l'éloge ému qu'il a consacré à Danner et sur lequel se ferment les dernières pages de son ouvrage. Et quant à Morel, je doute que le génial auteur du *Traité des dégénérescences* ait pu souhaiter défenseur plus averti de son œuvre et gardien plus vigilant de sa mémoire. Dernier dépositaire de la pensée du maître, M. Doutrebente s'était donné mission — apparemment parce qu'il en était besoin — de faire autour d'elle bonne garde. Et chaque fois qu'il lui est apparu que la doctrine en laquelle il avait été élevé courait le risque d'être par quiconque ou adultérée ou faussée, chaque fois qu'il a eu connaissance d'un emprunt mal déguisé ou insuffisamment avoué à une œuvre dont le moindre détail lui était familier, chaque fois M. Doutrebente s'est dressé, et, pièces en mains, il n'a eu de cesse qu'il n'ait démontré l'erreur, fait éclater la priorité, rendu évident le larcin. Pour avoir osé assumer ce rôle ingrat, auquel il n'a d'ailleurs jamais failli, M. Doutrebente s'est attiré de solides et tenaces rancunes. Mais, n'est-ce pas, qu'il nous propose un exemple bien rare d'agissante et courageuse piété?

GEORGES VERNET.

La paralysie générale; par le professeur A. Joffroy et le Dr Roger Mignot, 1 vol. in-18 de l'*Encyclopédie scientifique* du Dr Toulouse. Paris, O. Doin et fils, 1910.

C'est pour nous un grand honneur et une pieuse mission que de rendre compte aujourd'hui dans les *Annales médico-psychologiques*, du dernier ouvrage de notre regretté maître, le professeur Joffroy, écrit avec la collaboration de son ancien chef de clinique, le Dr Roger Mignot, devenu à son tour notre maître à la Maison nationale de Charenton. Tous ceux qui, comme nous, ont assisté aux leçons de Joffroy à la clinique de Sainte-Anne, qui l'ont entendu discourir sur son thème favori, la paralysie générale, ne pourront se défendre d'une certaine émotion en lisant ce livre, car l'on y retrouve tout son enseignement, ses idées si personnelles, ses expressions fortes et imagées. Et l'on évoque instantanément à cette lecture la physionomie du Maître, grave et souriante, empreinte tout à la fois de sévère majesté et d'affectueuse bonhomie, ainsi que le cadre habituel où se faisait entendre sa parole: le petit amphi-

©BIUM

théâtre de la Clinique, la longue table tapissée de vert, encombrée des dossiers et des observations des malades avec, pardessus et dominant le tout, le gros lorgnon à monture d'écaille...

Après avoir brossé un tableau d'ensemble de la paralysie générale à ses trois périodes, les auteurs étudient séparément les symptômes essentiels de cette affection : la démence, les troubles de langage, les troubles oculo-pupillaires, les modifications du liquide céphalo-rachidien, et les symptômes secondaires : les délires, les ictus, les troubles de la motricité, de la sensibilité, de la trophicité et de la vaso-motricité. La démence paralytique comporte surtout des troubles de l'attention volontaire et spontanée, et des troubles de la mémoire ou plutôt des différentes mémoires, principalement de la mémoire de reproduction, de la mémoire organique, de la mémoire du calcul. Cette démence qui succède à l'obnubilation primitive des facultés intellectuelles, à un stade confusionnel initial, offre des caractères psychologiques particuliers permettant de la différencier des autres démences (démence précoce, sénile, organique) ou des états confusionnels toxiques. Nous n'osons pas insister sur les autres symptômes essentiels ; chacun connaît les travaux de Joffroy et de ses élèves sur ce sujet, sa division des troubles du langage en psycholaliques et arthrolaliques, psychographiques et calligraphiques, ses recherches sur les troubles oculaires et les altérations du liquide céphalo-rachidien.

L'élaboration systématique du diagnostic positif de la paralysie générale se fait par la constatation de l'éclosion d'un affaiblissement intellectuel accompagné de troubles parétoataxiques désignés habituellement sous le vocable de signes physiques, de l'existence d'une inflammation chronique des méninges et de l'évolution propre à l'affection en question. On peut, de la sorte, éliminer les divers états psychopathiques communs à la paralysie générale et à d'autres maladies mentales : états névropathiques, maniaques, mélancoliques, délirants, confusionnels ou démentiels.

Le chapitre anatomo-pathologique est, dans ses grandes lignes, emprunté au récent travail de Joffroy et Léri dans lequel la question des lésions élémentaires cérébrales et médullaires a été si minutieusement mise au point. Nous retrouvons enfin les idées chères à notre maître sur l'étiologie et la pathogénie de la paralysie générale, souvent d'*origine* syphilitique, jamais de *nature* syphilitique. La paralysie générale n'est pas, à ses yeux, la maladie d'un organe, à la faveur de

l'intervention d'agents tels que la syphilis, l'alcool, le traumatisme, etc. ; mais elle est l'aboutissant d'une constitution originellement morbide, sous l'influence associée et prolongée d'infections, d'intoxications et d'auto-intoxications : une prédisposition spéciale dominerait ainsi toute l'étiologie de la paralysie générale, qui revêtirait des formes un peu différentes suivant les particularités de cette prédisposition et les localisations anatomo-pathologiques qu'elle déterminerait (formes délirantes, circulaire, sensorielle de Sérieux et R. Mignot, tabétiforme de Joffroy, etc.).

Des considérations médico-légales et une très riche bibliographie terminent cet ouvrage, qui constitue la monographie la plus complète et la plus personnelle sur la paralysie générale.

ROGER DUPOUY.

Dannemora State Hospital for Insane Convicts. Ninth annual report of the Medical superintendent, 1908 (L'hôpital d'Etat Dannemora pour aliénés criminels. 9e rapport annuel du médecin en chef, 1908). Broch. in-8° de 19 pages, 1909.

Trois médecins et un interne assurent le service de cet hôpital, qui contient 340 aliénés criminels venus des prisons de l'Etat de New-York.

76 malades ont été admis durant l'année, ce qui a porté sa population moyenne par jour à 326,25 au lieu de 302,91 pour l'année 1907 et a ajouté à l'encombrement déjà signalé.

Les sorties se répartissent en 22 aliénés guéris, 12 améliorés, 2 non guéris. 13 aliénés guéris dont la peine n'était pas achevée ont réintégré la prison. La proportion des guérisons est de 5,58 p. 100 sur le nombre total et 28,94 sur les admissions de l'année.

Il y a eu 18 décès dont 6, soit un tiers, par tuberculose.

A cause de la crise industrielle qui a sévi, le recrutement du personnel a pu se faire de façon plus satisfaisante ; mais le retour de l'activité industrielle amènera le retour d'un recrutement plus difficile et il sera nécessaire d'améliorer les salaires.

L'entretien des aliénés a coûté 73.896 dollars, soit 1.132 fr. par tête.

Des agrandissements sont en cours d'exécution ; mais ils ne comprennent pas (le rapport en exprime le regret) de logement pour tous les médecins.

EDMOND CORNU.

©BIUM

Fifty-first annual report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland (51e rapport annuel de la *Commission in Lunacy* pour l'Ecosse). 1 vol. in-8°, Glasgow, 1909.

Au 1er janvier 1909, à l'exclusion des aliénés soignés dans leurs familles, il y avait en Ecosse 18.197 aliénés internés dans les diverses catégories d'asiles, dont 2.682 pensionnaires et 51 malades à la charge de l'État. Ce chiffre montre un accroissement numérique de 289 malades dans l'année et représente un pourcentage de 366 aliénés pour 100.000 habitants.

Ces malades sont répartis dans 47 établissements, à savoir :

Asiles royaux	3.641
Asiles provinciaux	9.709
Asiles privés	90
Asiles communaux	560
Quartiers d'hospices	736
Placement familial	2.945
Asile pour aliénés criminels	51
Instituts d'enfants	465

La Commission ne s'occupe des aliénés gardés dans les familles que lorsque la maladie est confirmée depuis 1 an, ou lorsque les malades ne sortent pas ou encore sont l'objet de contraintes physiques, mauvais traitements, etc.; de plus la Commission exerce sa surveillance sur les malades possesseurs de biens placés sous l'administration judiciaire et sur ceux confiés aux soins de mercenaires.

Le nombre total des malades gardés dans les familles est, en 1909, de 2.826, dont 1.884 sont placés chez des particuliers salariés, les autres étant dans leur famille. Il est à noter que le nombre de ces placements augmente chaque année, tandis que devient légèrement plus rare le maintien de l'aliéné dans sa propre famille; ce placement s'effectue, soit chez des particuliers, soit de préférence dans des maisons autorisées à recevoir 2, 3 ou 4 malades.

En 1908, on a compté 3.523 admissions dans l'ensemble des asiles et 3.293 sorties, dont 1.415 pour guérison, 1.312 par décès et 566 par autres causes.

La moyenne des décès pour 100 malades internés dans les asiles généraux (royaux et provinciaux) est de 9,2, et la proportion de guérisons pour 100 admissions est de 35,8.

Les asiles provinciaux et royaux, au nombre de 26, sont consacrés au traitement des malades des deux sexes et admettent en général des malades indigents et des pensionnaires; 3 d'entre

©BIUM

eux cependant n'admettent que des pensionnaires et 6 autres sont uniquement destinés aux indigents.

Leur population est variable suivant les asiles; pour les établissements recevant à la fois des indigents et des pensionnaires, elle va de 157 malades à 1.072. En général, les asiles d'Ecosse sont donc moins peuplés que nos asiles de France.

Le prix d'entretien des malades varie d'un asile à l'autre; dans les asiles qui correspondent à nos asiles départementaux, le prix va de 690 francs par an à 1.575 francs, soit une moyenne de 1.000 francs par malade. Par jour, ce prix est en moyenne de 1 schilling 6, soit 1 fr. 85 dans les asiles proprement dits et de 1 fr. 37 dans les quartiers d'hospices; il est enfin de 1 fr. 25 dans les placements familiaux.

Le prix de revient du traitement du personnel de l'administration et des salaires des employés varie par tête de malade de 141 francs à 225 francs par an. Cette même moyenne est de 45 francs pour le lait, 9 francs pour le sucre, 11 francs pour le thé et le café, 6 fr. 75 pour la pharmacie, 1 fr. 75 seulement pour le vin et les alcools, mais 12 fr. 70 pour le tabac.

EDMOND CORNU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCESCO LENER. Lavoro manicomiale e lavoro libero (Appunti di tecnica ed economia manicomiale). 14 pages in-8°. Extrait de *Il Manicomio*, 1909.

— Le malattie mentali e le correnti migratorie nell' Italia meridionale. 66 pages in-8°. Extrait de *Il Manicomio*, 1909.

A. PAGNIER. Le déchet social. Le vagabond, ses origines, ses formes. La lutte contre le vagabondage. Préface de M. Dubief. 1 vol. in-18 de 244 pages. Paris, Vigot frères, 1910.

HANS BERGER. Unteruschungen über die Temperatur des Gehirns. 1 vol. in-4° avec 10 figures et 17 courbes dans le texte. Iéna, Gustave Fischer, 1910.

G. ANTONINI. Cesare Lombroso. 28 pages in-8°. Extrait de *Note e Riviste di Psichiatria*. Vol. III, n° 1, s. d.

MAX DE NANSOUTY. Actualités scientifiques. 6e année. 380 pages in-8°. Paris, Schleicher frères, 1909.

FRÉDÉRIC H. PACKARD. An analysis of psychoses associated with Graves' disease. 13 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, octobre 1909.

©BIUM

VARIÉTÉS

Nominations et promotions.

Arrêtés de mars 1910 : M. les Drs Wahl, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre, est nommé médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche), et maintenu dans le cadre du personnel des médecins en chef des asiles publics d'aliénés ;

M. le Dr Vieux-Pernon, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon ;

M. le Dr Anglade, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 francs) ;

M. le Dr Parturel, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 1re classe de son grade (3.500 francs).

— *Arrêtés de mai* 1910 : M. le Dr Dupouy, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton ;

M. le Dr Chèze, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), non installé, est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord) ;

MM. les Drs Calmettes, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), et Ducosté, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), sont promus à la 2e classe de leur grade (3.000 francs).

— *Arrêtés de juin* 1910 : A la suite de concours de 1910, ont été nommés médecins-adjoints des asiles d'aliénés : MM. les Drs Gelma, à l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Condomine, à l'asile de Bassens (Savoie) ; Clément, à l'asile de Montdevergues (Vaucluse) ; Loup, à l'asile d'Auxerre (Yonne) ; Naudascher, à l'asile de la Charité (Nièvre) ; Pezet, à l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente) ; Dalmas, à l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire) ; Charpenel, à l'asile de Saint-Ylie (Jura) ; Mignard, à l'asile de Laroche-Gandon (Mayenne) ; Lafage, à l'asile de Leyme (Lot) ; Burle, à l'asile de Lesvellec (Morbihan) ;

MM. les Drs Cossa, médecin en chef de l'asile de Saint-

©BIUM

Pons (Alpes-Maritimes), et RAVIART, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), sont promus à la 3e classe de leur grade (6.000 francs);

M. le Dr NOUET, médecin-adjoint à l'asile d'Evreux (Eure), est promu à la 2e classe de son grade (3.000 francs).

CONCOURS D'AGRÉGATION. SECTION DES MALADIES MENTALES.

Le jury de la section des maladies mentales du concours d'agrégation était composé de MM. les professeurs Pitres, de Bordeaux; Pierret, de Lyon; Rémond, de Toulouse; Thoinot, de Paris; Ducamp, de Montpellier.

Ont été admis à prendre part au concours qui s'est ouvert à Paris le 26 mai 1910, pour une place d'agrégé des maladies mentales près la Faculté de médecine de l'Université de Paris : MM. les Drs Camus, Charpentier, Delmas, Juquelier, Kahn (Adolphe), Laignel-Lavastine, Lande, Lhermitte, Rogues de Fursac, Roubinovitch.

Voici les résultats des épreuves :

I. ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ. — *Première épreuve.* Leçon sur un sujet de médecine mentale. Durée trois quarts d'heure; maximum : 20 points.

Voici les questions tirées au sort avec les points obtenus par les candidats suivant l'ordre de mérite :

MM. les Dres René Charpentier : Délire infectieux, 19 1/2; Rogues de Fursac : Morphinomanie, 17; Roubinovitch : Alcoolisme aigu, et Juquelier : Pathogénie et sémiologie de l'épilepsie non convulsive, 16; Delmas : Délires toxiques (alcoolisme excepté), 15; Kahn : Méningite tuberculeuse, et Lhermitte : Epilepsie Bravais-Jacksonnienne, 14.

Deuxième épreuve. Epreuves sur titres avec exposé oral d'une demi-heure de durée. Maximum : 20 points; Coefficient : 2.

Ont obtenu : MM. Laignel-Lavastine, $19\ 1/2 \times 2 = 39$; Rogues de Fursac, $18 \times 2 = 36$; Roubinovitch, $17 \times 2 = 34$; René Charpentier et Lhermitte, $15 \times 2 = 30$; Delmas et Juquelier, $14 \times 2 = 28$.

A la suite de ces épreuves, MM. Laignel-Lavastine et Rogues de Fursac ont été déclarés admissibles.

II. — ÉPREUVES DÉFINITIVES. *Première épreuve.* Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre. Maximum : 20 points.

M. Rogues de Fursac s'est retiré du concours, M. Laignel-Lavastine a obtenu 17 points sur la sémiologie du rêve.

Deuxième épreuve. Epreuve clinique sur deux malades. Maximum : 20 points. M. Laignel a obtenu 18 points.

©BIUM

Le concours s'est terminé par la désignation de M. le Dr Laignel-Lavastine, médecin des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris.

Les suicides en France pendant l'année 1907.

Nous empruntons au *Compte général de l'Administration de la justice criminelle pendant l'année* 1907 les renseignements suivants concernant les suicides :

La statistique criminelle consacre tous les ans aux suicides, dit ce document officiel, plusieurs tableaux, qui présentent les résultats constatés dans les procès-verbaux auxquels ils ont donné lieu et offrent aux moralistes de précieux éléments d'étude. Je résumerai ici ses principales indications.

Après un temps d'arrêt nettement marqué de 1899 à 1904, la courbe des suicides reprend sa marche progressive :

1896. . . .	9.260	1902. . . .	8.716
1897. . . .	9.356	1903. . . .	8.885
1898. . . .	9.438	1904. . . .	8.876
1899. . . .	8.952	1905. . . .	9.336
1900. . . .	8.926	1906. . . .	9.232
1901. . . .	8.818	1907. . . .	9.945

Sur les 9.945 suicides accomplis en 1907, plus des trois quarts, 7.642 ou 77 p. 100, l'ont été par des hommes et 2.303 (23 p. 100) par des femmes. Comparés à ceux de la population correspondante, ces chiffres donnent 40 suicides d'hommes et 11 de femmes pour 100.000 habitants de chaque sexe.

L'âge de 273 suicidés n'a pu être établi ; les 9.672 autres suicidés étaient âgés :

80	(1 p. 100)	de moins de 16 ans.
328	(3 p. 100)	de 16 à 20 ans.
596	(6 p. 100)	de 21 à 24 —
745	(8 p. 100)	de 25 à 29 —
1.416	(15 p. 100)	de 30 à 39 —
1.799	(19 p. 100)	de 40 à 49 —
1.872	(19 p. 100)	de 50 à 59 —
1.644	(17 p. 100)	de 60 à 69 —
978	(10 p. 100)	de 70 à 79 —
214	(2 p. 100)	de 80 ans et plus.

On voit que le suicide marche parallèlement avec l'âge ; le maximum est atteint aux périodes les plus avancées de la vie.

©BIUM

Ce résultat est encore plus frappant si l'on établit le rapport qui existe entre le total des suicidés de chaque groupe et le chiffre de la population correspondante : on obtient alors une proportion de 3 suicides pour 100.000 jeunes gens de moins de vingt ans, de 31 suicides pour 100.000 habitants de vingt à soixante ans, et 59 suicides pour 100.000 vieillards de plus de soixante ans.

Parmi les 9.945 suicidés, 3.156 (33 p. 100) étaient célibataires ; 4.021 (43 p. 100) étaient mariés et 2.237 (24 p. 100) étaient veufs ou divorcés ; les enquêtes n'ont pu faire connaître la situation de famille de 491 suicidés.

Les 9.945 suicidés se groupent ainsi eu égard à leur profession.

Professions	Nombre de suicidés	Proportion sur 100.000 habitants de la population correspondante
Armée de terre et de mer. . . .	96	16,0
Agriculture.	2.577	31,5
Industrie.	1.468	24,1
Manutention et transport. . .	662	79,6
Commerce.	1.110	60,8
Professions libérales.	350	87,5
Services domestiques.	1.334	131,4
Services publics.	275	39,2
Sans profession : propriétaires, rentiers.	1.024	»
Sans profession : Gens sans aveu ou de profession inconnue.	1.049	»

Le domicile de 618 suicidés n'était pas indiqué sur les procès-verbaux ; ce domicile était rural pour 4.770 et urbain pour 4.557. En rapprochant ces chiffres de la population, on constate que sur 100.000 habitants des campagnes, 20 ont recours au suicide, tandis que pour les habitants des villes on compte 28 suicides pour 100.000 âmes.

Il reste à signaler l'influence des saisons sur les suicides, les moyens employés pour accomplir ces suicides et les motifs que les enquêtes leur ont attribués.

La distribution des suicides d'après les mois dans lesquels ils ont eu lieu s'opère de la façon suivante :

Janvier. . . .	738	2.360 ou 24 p. 100
Février. . . .	738	
Mars.	884	

©BIUM

Avril.	1.011	3.001 ou 30 p. 100
Mai.	1.018	
Juin	972	
Juillet.	1.012	2.660 ou 27 p. 100
Août.	873	
Septembre . . .	775	
Octobre.	688	1.924 ou 19 p. 100
Novembre. . . .	603	
Décembre. . . .	633	

Au point de vue des moyens employés, les suicides se divisent comme suit :

Immersion.	2.501	(25 p. 100)
Pendaison.	4.041	(41 p. 100)
Armes à feu.	1.362	(14 p. 100)
Asphyxie par le charbon.	728	(7 p. 100)
Instruments tranchants ou aigus.	249	(3 p. 100)
Poison.	214	(2 p. 100)
Chute d'un lieu élevé. . .	317	(3 p. 100)
Chute sous un train ou une voiture	298	(3 p. 100)
Abus de liqueurs alcooliques.	113	(1 p. 100)
Autres motifs.	122	(1 p. 100)

Pour 1.204 suicides, les motifs n'ont pu être découverts; dans les autres, ils ont été ainsi déterminés : désir de se soustraire à des souffrances physiques, 2.175 (24 p. 100); maladies cérébrales, 1.570 (18 p. 100); ivresse, 1.312 (15 p. 100); chagrins domestiques, 934 (10 p. 100); misère, 731 (7 p. 100); embarras de fortune, perte d'emploi, de procès ou de jeu, 529 (5 p. 100); amour contrarié, 465 (4 p. 100); débauche et inconduite, 165, autres motifs, 860.

Les aliénés en liberté (*suite*).

48. *Double parricide.* — On télégraphie d'Alger au *Matin* (numéro du mardi 17 mai 1910) :

Edmond Carrère, faible de constitution, était depuis trois ans l'objet de crises aiguës de neurasthénie. Incorporé au 1er zouaves, il avait été libéré par anticipation l'année dernière comme impropre au service, en raison de son état physique et mental. A sa sortie du régiment, ses parents durent l'envoyer pendant deux mois dans une maison de santé à Guyotville près

d'Alger. Après avoir suivi un traitement, il paraissait guéri ; son père lui trouva alors un petit travail de bureau pour occuper ses loisirs.

Mais, depuis quelque temps, Edmond Carrère redevenait sombre et taciturne et donnait à sa famille les plus vives inquiétudes. Il y a huit jours, profitant du moment où il se trouvait seul dans la maison avec sa grand'mère, il absorba le contenu d'une fiole de térébenthine. Comme il le rendit aussitôt après, cette tentative de suicide resta sans résultat. En présence de cette situation inquiétante, les époux Carrère décidèrent de confier à nouveau leur fils aux soins d'un docteur. Ils avaient à cet effet préparé sa malle et l'avaient enfermée dans une petite chambre où, par précaution, avaient été placées toutes les fioles contenant des liquides dangereux ainsi que le fusil de chasse de M. Carrère père.

Or ce matin, tandis qu'avant de partir pour Guyotville avec son fils, M. Carrère était descendu au village pour acheter du tabac, Edmond Carrère demanda à sa grand'mère la clef de la malle pour y prendre deux mouchoirs. L'aïeule ouvrit la chambre et prit dans la malle les deux mouchoirs demandés. Au même moment, Edmond Carrère s'empara du fusil de chasse de son père, le chargea au moyen de deux cartouches qu'il avait dissimulées dans sa chambre depuis deux ans, puis sortit dans le couloir de l'appartement.

Sa mère, voyant le geste, lui dit :

— Laisse donc le fusil, Edmond. On ne l'emporte pas à Guyotville.

Pour toute réponse, Edmond Carrère, froidement, mit sa mère en joue et fit feu. M^me^ Carrère fut atteinte en plein visage. A ce moment même, l'instituteur revenait. Entendant une détonation, il se précipita, et voyant sa femme fuir la figure ensanglantée, et son fils, le fusil toujours en joue, il s'interposa. Edmond Carrère, sans se laisser attendrir par les supplications de son père, fit feu sur lui à bout portant. Les plombs formant balle vinrent se loger dans le côté gauche de la figure et du cou. Le malheureux instituteur s'affaissa dans une mare de sang. Il était mort.

Le parricide, sans abandonner son arme, s'enferma alors dans sa chambre, où bientôt M. Chevalier, maire, ainsi que le garde champêtre et des gendarmes vinrent l'arrêter.

Les yeux hagards, les traits tirés, le teint verdâtre, le parricide semblait ne rien comprendre à ce qui se passait autour de lui. Quand les gendarmes voulurent l'emmener, une scène poignante se produisit. Sa grand'mère, ainsi que sa mère, dont le visage était encore ensanglanté, supplièrent les agents de la force publique de ne pas arrêter leur enfant.

©BIUM

— Il est irresponsable! dirent-elles en sanglotant.

49. *Homicide.* — On lit dans *La Liberté* (numéro du mercredi 18 mai 1910) :

Il y a quelques semaines, un employé nommé Javin, que son patron venait de congédier, tira plusieurs coups de revolver sur sa patronne, Mme Savin, demeurant boulevard Bonne-Nouvelle, et la blessa grièvement.

Mme Savin a succombé à sa blessure.

Son meurtrier, soumis à un examen mental, a été déclaré irresponsable. Il sera envoyé dans une maison d'aliénés.

50. *Menaces de mort et suicide.* — On télégraphie de Hazebrouck au *Matin* (numéro du mercredi 18 mai 1910) :

Le coquet petit village d'Ebblinghem, à 10 kilomètres d'Hazebrouck, vient d'être le théâtre d'un drame effroyable.

Lundi soir, M. Hazard, instituteur, venait de souper avec sa femme et sa fille, quand soudain il se leva, et saisissant un rasoir sur la cheminée, il s'élança sur elles, les menaçant de gestes furieux. Il leur cria :

— Vous voulez me quitter? Eh bien, vous ne le ferez pas! Je vais vous tuer et je me tuerai ensuite!

Prises de peur, les deux malheureuses s'empressèrent de saisir les poignets de l'instituteur, au risque de se blesser, le désarmèrent, puis à la hâte s'enfuirent, échevelées, en criant au secours.

Le garde champêtre et le maire, prévenus, accoururent à la maison d'école.

Quand ils ouvrirent la porte d'entrée, une épaisse fumée les prit à la gorge. Ils pensèrent qu'on avait mis le feu. Quand ils pénétrèrent dans la cuisine, située sur la cour de l'école, un horrible spectacle se présenta à leur vue.

Le malheureux instituteur était étendu, baignant dans une mare de sang, portant au-dessous du menton deux affreuses plaies. Il s'était coupé la gorge avec un rasoir.

L'enquête a révélé que le malheureux instituteur, subitement atteint d'un accès de folie, avait, en tombant, fait choir la lampe à pétrole, qui explosa, occasionnant un commencement d'incendie.

51. *Infanticide et suicide.* — On télégraphie d'Angers au *Journal* (numéro du vendredi 20 mai 1910) :

Un drame horrible a mis en émoi, cette nuit, la commune de Trélazé. Une femme a tué son fils, âgé de douze ans, de trois coups de revolver, et a ensuite tenté, vainement, de mettre fin à ses jours.

Le ménage Thibault habitait aux Grands-Carreaux. Le père, Barthélemy, garde, gagnait largement sa vie et faisait prospérer le ménage. Il mourut, le 9 avril dernier, de la tuber-

culose. L'esprit de la mère, Henriette, née à Chambéry, s'assombrit. Elle montra un immense découragement, et des idées de suicide la hantèrent.

Par surcroît, elle fut atteinte de maux de gorge et se vit déjà aux prises avec les souffrances dont elle avait été le témoin au chevet du lit de mort de son mari.

Résolue d'abord à quitter Trélazé pour la Savoie, où elle rejoindrait sa famille, elle abandonna son projet. Ce matin, M. Renault, neveu de la veuve, venait lui rendre visite ; il trouva la porte close. Un serrurier fit sauter la serrure, et on découvrit dans le lit les deux corps inanimés de M^me^ Thibault et de son gamin. L'enfant était mort. Il portait à la tête une plaie affreuse que lui avaient occasionnée trois balles de revolver. La mère râlait, la tempe trouée.

On découvrit, en outre, un flacon ayant contenu un médicament pour l'usage externe et que la femme avait vidé jusqu'à la dernière goutte. Elle fut transportée à l'hôpital, dans un état très grave. Le Parquet s'est rendu sur les lieux.

Le drame s'est déroulé vers une heure du matin. La mère a tué son enfant en plein sommeil et a, immédiatement après, voulu se tuer. Telles sont, du moins, les suppositions, car personne n'a pu fournir d'indications précises.

52. *Tentative de viol.* — On nous télégraphie d'Auch que mercredi, la fille d'un métayer de la commune de Barran gardait le bétail, quand elle fut accostée par un individu qui lui sauta à la gorge et essaya de la violenter.

L'enfant, assez robuste, chercha à se dégager, mais l'agresseur ne lâcha prise qu'en voyant les voisins accourir aux cris de la malheureuse.

Poursuivi par ces derniers, il put être arrêté. C'est un nommé Laurent C..., dix-neuf ans, évadé depuis la veille de l'asile d'aliénés d'Auch. Il a été reconduit à l'asile sous bonne escorte. (*Le Temps*, numéro du vendredi 20 mai 1910.)

53. *Agression violente et suicide.* — Il y a quelques mois, un homme de vingt-six ans, Henri Paris, était impliqué dans l'assassinat d'une fille galante, Marthe Plisson. Acquitté par le jury, Henri Paris revint habiter chez ses parents, rue d'Aligre. Mais après sa libération, il donna des signes de détraquement cérébral et d'aliénation mentale.

Hier, dans l'après-midi, pénétrant brusquement chez sa mère, il lui demanda vingt-cinq francs. La pauvre femme lui fit observer qu'elle n'avait pas cette somme. Henri Paris sortit alors un revolver de sa poche et cribla de projectiles les meubles et les murs de son logement. Tandis que des voisins allaient chercher des agents, le forcené se barricadait chez lui et se logeait une balle de revolver dans la tête.

©BIUM

Transporté à l'hôpital Saint-Antoine, Henri Paris y est mort dans la soirée. (*Le Temps*, numéro du samedi 21 mai 1910.)

54. *Infanticide et suicide.* — On télégraphie de Saint-Girons à l'*Eclair* (numéro du mardi 24 mai 1910) :

A Lambèze, à trois kilomètres de Saint-Girons, habitait, depuis longtemps, une famille de nationalité hongroise, composée du mari, M. Humbourg, artiste peintre, âgé de soixante-trois ans ; de sa jeune femme, âgée de vingt-neuf ans, et de leur fils Arthur, âgé de neuf ans.

M^me^ Humbourg, atteinte de neurasthénie, avait plusieurs fois manifesté la volonté d'en finir avec la vie. Ce matin, vers six heures, elle tira sur son enfant un coup de revolver. Le petit Arthur survécut à peine quelques instants.

La mère affolée tourna contre elle l'arme terrible et se logea trois balles dans la région du cœur. La mort fut foudroyante.

55. *Excentricités et menaces de mort.* — Hier matin, dans le train qui part de Douai à sept heures pour arriver à Amiens à 8 h. 51, un voyageur s'était enfermé dans un compartiment de seconde classe et, un revolver à la main, en défendait l'accès.

Pendant le parcours, il fit à plusieurs reprises fonctionner le signal d'alarme. A Amiens, le chef de gare voulut faire descendre le voyageur; celui-ci refusa et menaça de son revolver les employés qui s'approchaient. Alors on détacha le wagon, puis une pompe fut amenée et on arrosa le pauvre fou.

Les employés purent approcher et s'emparer du voyageur qui fut conduit à l'Hôtel-Dieu. C'est un propriétaire de Saint-Emilion, M. Bordas, âgé de soixante ans, qui a été pris d'un accès de folie. (*Le Temps*, numéro du mercredi 1^er^ juin 1910.)

56. *Multiples tentatives de suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 4 juin 1910) :

Jeudi, M^me^ Grimardias se précipitait dans la Seine près de la Concorde. Elle fut retirée de l'eau et remise entre les mains de son mari, domicilié 22, rue Legendre, à Paris. La nuit suivante, elle tenta de se couper la gorge avec un rasoir, puis d'avaler un poison violent. Chaque fois, son mari l'en empêcha. Enfin, hier, elle se jetait d'un train en marche, un peu après avoir dépassé la gare de Saint-Cloud. Cette fois encore, elle ne se fit que des blessures sans gravité. Mais, à ce moment, il se produisit une chose étonnante. M^me^ Grimardias qui, depuis deux jours, appelle la mort de tous ses vœux, se trouvait, après sa chute au milieu de la voie descendante. Tout à coup, elle aperçut un train arrivant sur elle à toute vitesse. Alors, sans doute, l'instinct de la conservation la reprit, car elle eut la présence d'esprit de se coucher à plat ventre entre les rails, et le train entier passa au-dessus d'elle sans la toucher.

©BIUM

Le commissaire de police l'a envoyée à l'infirmerie du Dépôt.

57. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 18 juin 1910) :

Un attentat, prémédité par un fou, a causé hier après-midi une vive émotion dans l'aristocratique quartier des Champs-Elysées. Joseph-Séraphin Antonovitch, âgé de cinquante-sept ans, est un dangereux aliéné. Né à Lydacziv (Galicie), il avait déjà été interné une première fois en Autriche. En juin 1904, à la suite d'un attentat qu'il dirigea contre M. Jadovsky, ministre de Russie à Berne, il fut interné une seconde fois.

Remis en liberté, il ne cessa de récriminer contre le gouvernement suisse. Il adressa d'innombrables réclamations à la légation de Paris afin d'obtenir des dommages-intérêts. N'obtenant point de réponse, il décida de se venger.

Depuis plusieurs jours, il rôdait, fureteur et sournois, aux alentours de la légation. Hier après-midi, vers 1 heure, le redoutable maniaque se trouvait avenue Montaigne; il vit venir à lui M. Hans de Segesser, premier secrétaire à la légation.

Le fou, à l'angle de la rue du Boccador, aborda le diplomate et demanda :

— Etes-vous bien?...

Il n'eut pas le temps d'achever : M. de Segesser avait aperçu son geste. Antonovitch avait tiré de sa poche un revolver et le braquait sur la poitrine du premier secrétaire. Celui-ci fit un brusque écart, et la balle traversa son veston, éraflant le côté gauche et occasionnant une douloureuse contusion.

M. de Segesser, emporté par son élan, roula sur le sol. Il se relevait aussitôt et apercevait son agresseur qui fuyait à toutes jambes. Il se lança courageusement à sa poursuite. Antonovitch fit soudain volte-face et braqua une seconde fois son arme sur le distingué diplomate. Heureusement, un ouvrier électricien, M. Faivre, se jeta sur lui au même instant et parvint à lui arracher des mains le revolver. M. de Segesser, pendant ce temps, empoignait au collet le dangereux personnage.

Le premier secrétaire héla un taxi-auto, et, se plaçant à côté de l'Autrichien, il demanda au chauffeur de le conduire au commissariat du Grand-Palais.

Là, M. Chanot, commissaire de police, interrogea Antonovitch, qui renouvela devant lui ses plaintes.

Le magistrat a envoyé au Dépôt l'Autrichien, qui sera examiné par un médecin aliéniste.

58. *Uxoricide.* — On télégraphie de Bruxelles au *Journal* (numéro du vendredi 24 juin 1910) :

Un drame de la folie s'est déroulé à Gand, rue des Meuniers.

Un ouvrier d'usine, nommé Debrenne, après avoir éloigné

©BIUM

son enfant, s'est armé d'un rasoir et a tranché le cou de sa femme.

C'est le gamin qui, rentrant peu après, a découvert le cadavre de sa mère.

Le fou a été arrêté.

59. *Tentative d'homicide.* — Au cours d'une discussion survenue ce matin vers 1 heure, 40, rue de la Charbonnière, dans le 18e arrondissement, M. Arthur Dermis, propriétaire d'un hôtel meublé, a été frappé d'un coup de couteau dans la région du cœur par un de ses locataires, Herman Sriébich, sans profession, d'origine étrangère, qui donnait depuis quelques jours des signes d'aliénation mentale.

Le blessé a été transporté à l'hôpital Lariboisière dans un état grave. (*Le Temps*, numéro du samedi 9 juillet 1910.)

60. *Double homicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 13 juillet 1910) :

La nuit dernière, dans une ferme du hameau de Montagny, commune de Bully-sur-l'Arbresle (Rhône), un sieur Benoît Plagnard, âgé de trente-huit ans, a tué de deux coups de fusil sa femme Madeleine, âgée de trente-quatre ans, et leur fille Marie, une ravissante fillette de dix ans, qui, la veille, était arrivée de pension. Après son crime, le meurtrier vêtit son costume des jours de fête et partit en emportant des cartouches, ainsi que l'arme dont il venait de se servir.

On ne peut attribuer ce crime qu'à un accès de folie subite, car le ménage Plagnard était très uni. Et le meurtrier, considéré comme un digne homme, avait paru ces derniers temps être atteint d'hypocondrie. Les gendarmes le recherchent dans les bois d'Allenton.

61. *Douze personnes séquestrées par un aliéné.* — On télégraphie de Rome au *Journal* (numéro du samedi 16 juillet 1910) :

A Casalnuovo, province de Naples, les autorités viennent de découvrir toute une famille — la mère et onze enfants — séquestrée depuis cinq ans par le père atteint de folie. Celui-ci, un riche négociant du nom de Michel-Angelo Rea, après avoir fait murer toutes les fenêtres de son habitation, en laissant seulement un endroit grillagé ouvert à la partie supérieure, relégua ses enfants chacun dans une pièce, et sa femme dans une autre plus éloignée.

Rea montait la garde, armé d'un revolver et d'un poignard, afin qu'aucun des prisonniers ne pût s'échapper. Un des fils, âgé de vingt-deux ans, parvint ces temps derniers à amadouer son féroce père et à sortir le soir de la maison. En rentrant, il devait se faire reconnaître par des signes convenus.

Après quelques jours, le jeune homme, éludant la surveillance de son cerbère, alla raconter son histoire et celle des siens à des

©BIUM

voisins, qui prévinrent la police. Hier, le jeune homme sortit comme d'habitude. Quatre carabiniers et deux infirmiers de l'hospice des aliénés l'attendaient à un endroit convenu.

Le fils, en rentrant à la maison, fit les signaux habituels. La porte, qui était toujours barricadée, s'ouvrit, et en un clin d'œil, infirmiers et carabiniers, qui s'étaient dissimulés dans l'obscurité, se jetèrent sur Rea et le ligotèrent. Ensuite, on alla délivrer les autres enfants et la mère, qui portaient les traces des privations endurées. Leurs habits n'étaient plus que des haillons. Rea a été conduit à l'hospice des aliénés.

62. *Double infanticide et suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du jeudi 21 juillet 1910) :

Des promeneurs découvraient hier sur les bords de l'Yvette, au pont de la Roche, près de Palaiseau, deux bérets d'enfants, les reliefs d'un repas, un corset et deux livres de prix de l'école de Palaiseau.

Les gendarmes, prévenus de cette étrange découverte, vinrent procéder à une enquête et ne tardèrent pas à retirer de la rivière les cadavres de deux enfants et d'une femme.

Les trois corps furent aussitôt reconnus : c'étaient ceux de Mme Barque, âgée de trente ans, et de ses enfants, Pierre, sept ans, et Juliette, cinq ans.

Le drame fut facilement reconstitué. La mère, à moitié folle et alcoolique depuis la mort de l'aînée de ses enfants survenue il y a deux années, avait abandonné, il y a un mois, son mari, qui est cordonnier à Paris, et était venue habiter à Palaiseau chez son grand-père, M. Pejau, cultivateur.

Au cours de ses crises d'alcoolisme, elle disait qu'elle se jetterait à l'eau avec ses enfants. Hier matin, son mari, venu de Paris, tenta de la décider à revenir vivre avec lui. Elle se fâcha, injuria le malheureux et, peu après, sortit avec ses enfants, disant qu'elle allait déjeuner au bord de la rivière, avant d'aller rendre visite à des parents qui habitent les environs.

Elle but deux litres de vin, jeta les bouteilles à l'eau, puis ses deux enfants et se précipita dans l'Yvette à son tour.

Ce drame terrifiant a causé une énorme impression à Palaiseau.

63. *Double infanticide et suicide.* — En rentrant chez lui, mardi à midi moins un quart, M. Moulandre, de Vitry-le-François, trouva sa femme et ses deux enfants, un garçon et une fillette, âgés de huit et de six ans, étendus sur le lit. La mère s'était endimanchée, et dans la pièce trois réchauds de charbon achevaient de se consumer.

Le petit garçon était mort. La mère et la petite fille respiraient encore, mais leur état est très grave. Dans une lettre, Mme Moulandre déclare qu'elle voulait se suicider par crainte

©BIUM

de devenir folle et qu'elle entraînait avec elle ses enfants dans la mort de peur qu'ils ne fussent malheureux. (*Le Temps*, numéro du vendredi 22 juillet 1910.)

Tribunaux.

Le tueur d'aliénés. — On écrit de Lons-le-Saulnier (Jura), au *Temps* (numéro du dimanche 3 juillet 1910) :

L'infirmier Thabuis, le tueur de fous, a comparu hier devant la Cour d'assises du Jura.

Le 19 novembre 1909, à sept heures du soir, dit l'acte d'accusation, l'aliéné Garneret, interné à l'asile de Saint-Ylie, décédait dans l'un des pavillons de cet établissement dont la surveillance était confiée à Thabuis. Celui-ci se rendait aussitôt auprès de l'interne de service, le docteur Bodard, et lui annonçait ce décès. Sur l'ordre de l'interne, Thabuis revenait au pavillon 3 pour enlever le cadavre et le transporter à la morgue. Mais il se trouvait alors en présence des surveillants Faivre, Jacquier et Cremille, qui, informés du décès, s'étaient rendus au chevet du lit de Garneret. Ils firent alors remarquer à Thabuis que Garneret portait des taches suspectes autour du cou et sur la poitrine et ils en informèrent le surveillant chef Brelot. Celui-ci prévint à son tour le médecin en chef de l'asile, qui refusa le permis d'inhumer, et le parquet fut saisi de l'affaire.

L'autopsie pratiquée le soir même par le médecin légiste révéla que « la mort de Garneret était le résultat direct de la strangulation et de la suffocation combinées ».

Les soupçons se portèrent sur Thabuis, qui était seul auprès de Garneret au moment de son décès et qui n'avait pas signalé à l'interne les marques très apparentes de violence qu'il portait sur le corps. Sa culpabilité parut certaine quand il expliqua que Garneret était mort dans ses bras après avoir râlé pendant un quart d'heure.

Le nombre des décès survenus dans le courant du mois de novembre 1909 au pavillon n° 3 fit supposer que Garneret n'était pas la seule victime de Thabuis. On exhuma quatre cadavres, et les médecins légistes conclurent que les nommés Quinnez et Ménétré étaient également morts par strangulation. Quinnez et Ménétré, internés à Saint-Ylie, étaient décédés, l'un le 15 novembre 1909, l'autre le 13 du même mois, dans la même salle, dans les mêmes conditions et à la même heure que Garneret. C'est Thabuis qui avait déclaré leur décès, c'est lui avait transporté les corps à la morgue, c'est lui encore qui avait placé les cadavres dans le cercueil. Les corps de Quinnez et de Ménétré portaient des traces très apparentes de strangu-

lation. Quinnez avait eu en outre quatre côtes enfoncées, et le médecin légiste a déclaré que la mort avait été le résultat « de la strangulation et de la compression des parois thoraciques ».

Thabuis aurait agi avec préméditation. Comme préposé au service du cimetière et de l'amphithéâtre, il touchait une gratification de un franc par cadavre. L'enterrement lui procurait, en outre, une occasion de sortir et il pouvait ainsi satisfaire sa passion pour l'alcool.

Avant d'accomplir les crimes qui lui sont reprochés, il prenait soin d'inviter l'aumônier de l'asile à administrer les derniers sacrements à ses victimes désignées. Cet ainsi que Ménétré fut administré trois jours avant sa mort, Quinnez deux ou trois jours avant et Garneret une heure seulement avant sa mort. Thabuis a été examiné au point de vue mental et reconnu responsable de ses actes, quoiqu'il soit atteint d'un alcoolisme chronique.

La Cour d'assises du Jura l'a condamné hier, après plaidoierie de Me Milleret, du barreau de Dôle, à sept ans de réclusion et à dix ans d'interdiction de séjour.

Un aliéné en Cour d'assises. — On télégraphie de Moulins, en date du 26 juillet 1910, à la *Liberté* (n° du 27 juillet 1910):

Ce matin, pour la troisième fois, devait comparaître devant la Cour d'assises de l'Allier, le nommé Grimard, cinquante ans, berger à Busset, inculpé de viol sur une fillette de douze ans.

L'accusé a refusé de se rendre devant le jury.

On a entendu le docteur Vernet, qui a examiné Grimard au point de vue intellectuel. « L'accusé, a déclaré le médecin, est un aliéné, dont la place est indiquée dans un asile. »

Le président demande au témoin si, étant juré, il acquitterait.

Le docteur répond : « Parfaitement », et sans hésitation.

Dans ces conditions, déclare le président, il y a lieu d'appliquer l'article 64 du Code pénal aux termes duquel il n'y a ni crime, ni délit, lorsque l'accusé est atteint d'aliénation mentale.

Le ministère public abondonne l'accusation. Le jury se retire et revient avec un verdict négatif.

Grimard est acquitté.

Une demande sera adressée à l'administration pour son internement à l'asile Sainte-Catherine, à Moulins.

Une douloureuse affaire. — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du lundi 1er août 1910) publie le compte rendu d'un procès en interdiction qui présente des particularités intéressantes :

« Une demande d'interdiction avait été formée par une

©BIUM

famille contre son chef, un médecin parisien fort estimé. Dans sa demande en interdiction, la femme du docteur reprochait à son mari les actes bizarres auxquels il se livrait depuis quelque temps et qui compromettaient la fortune de la famille. Ainsi le docteur avait remis à M. André Offroy, agent de change, pour les vendre, des titres pour une valeur de 434.868 francs. C'était le 26 avril; le lendemain 27, il faisait vendre pour 165.718 francs de valeurs; le 29, nouvelle vente de 43.600 francs de titres. Puis le médecin achetait un jardin potager de 20.000 francs, versait 80.000 francs à un aviateur pour la construction d'un monoplan, et enfin commanditait pour 500.000 francs une affaire de carrosserie.

« Le malheureux, interrogé en chambre du conseil, a reconnu qu'il était en proie à une sorte de vertige auquel sa volonté ne pouvait résister et a approuvé la mesure que sa famille prenait contre lui.

« Je sens, a-t-il dit, que cette mesure est prise dans mon intérêt, et j'en remercie ma famille. »

« A l'audience, Me Paul Morel, l'avocat de la demanderesse, a donné lecture d'une lettre relatant des détails lamentables sur l'état de santé du docteur qu'aucun avocat ne représentait aux débats.

« Le tribunal a prononcé l'interdiction du médecin, que l'on soigne actuellement dans la retraite qu'il a choisie en Seine-et-Marne. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Pathologie.

ESSAI

SUR LA

VALEUR DE LA CONCEPTION KRAEPELINIENNE

DE LA MANIE ET DE LA MÉLANCOLIE

ENQUÊTE ET CRITIQUE

PAR LES DOCTEURS

RÉMOND (de Metz) et **P. VOIVENEL.**

Professeur de clinique psychiatrique, à la Faculté de Toulouse.

Chef de clinique des maladies mentales,

La puissance de l'analyse critique qui semble avoir toujours distingué l'esprit de l'École médicale française, comparée à l'École allemande, et la rapide clarté avec laquelle se formulaient chez nous les grandes lois tirées des quantités de détails fournis par l'inlassable et tenace

©BIUM

labeur des universitaires d'outre-Rhin, se trouvent aujourd'hui singulièrement mises en défaut par l'histoire de la psychose maniaco-dépressive. Rarement, croyons-nous, on saura relever dans l'histoire de la médecine phénomène comparable à celui qui s'est produit à l'occasion de cette tentative, et l'on ne vit peut-être jamais les réalités de l'observation coutumière plus facilement abandonnées pour les abstractions d'un esprit, fort honnête mais non moins confus, par ceux que leur habituel souci des notions précises semblaient mettre le mieux à l'abri d'une contagion de cette sorte.

Nous devons étudier la doctrine de la maniaco-dépressive dans le texte de son auteur, dans celui des commentateurs français et étrangers, dans les faits qui sont le résultat de l'observation directe, et nous espérons pouvoir montrer qu'il est impossible de donner droit de cité dans la psychiatrie à une synthèse qui ne repose que sur une conception paradoxale.

I

Il n'est pas nécessaire de remonter à l'édition de la psychiatrie de Kraepelin de 1899. Son ouvrage de 1904, le travail de Dreyfuss (Fischer, 1907), le premier volume de la dernière édition de Kraepelin en 1909 suffisent, et au delà, à nous donner une notion claire de ce que renferme la doctrine de la maniaco-dépressive. Celle-ci comprend la manie, la mélancolie et toute une série de formes mixtes, dont le nombre a été provisoirement fixé à six, mais sans qu'il y ait là l'idée d'une limitation quelconque. Kraepelin nous dit lui-même (p. 550, 1904) qu'il n'a tenu aucun compte des variantes qui dépendent par exemple de l'apparition ou de l'absence des idées délirantes. De même, ajoute-t-il, il ne faut pas oublier que les limites des états mixtes qu'il décrit sont émi-

©BIUM

nemment artificielles, et que les transitions d'un état à l'autre se font avec une « fluidité » extrême.

Il considère que la manie et la mélancolie sont essentiellement caractérisées toutes deux par des troubles de l'attention, de la sensibilité centrale, de l'activité des représentations, de l'humeur, de l'activité physique. Mais ces troubles sont des phénomènes diamétralement opposés les uns aux autres, et il n'est pas possible de trouver dans Kraepelin l'intention d'autre chose que de faire ressortir l'opposition qui existe entre eux dans l'esprit de tous les psychiatres.

Il ne dit pas : il y a diminution de l'attention ; il dit : L'attention est détruite dans la manie par l'impossibilité où se trouve le malade de choisir et de coordonner ses impressions ; toute excitation dévie le cours des représentations ; et il oppose cet état à celui de la mélancolie, où le malade ne peut s'arracher aux représentations qui naissent en lui-même ou qui lui sont fournies par le monde extérieur. Dans le premier cas, on ne peut provoquer l'attention parce que le phénomène attention est devenu impossible ; dans le second, parce que cette attention est trop absorbée par des processus qui représentent déjà pour elle le maximum de l'activité possible.

Il oppose *la diminution de l'excitabilité centrale du maniaque*, son insensibilité au froid, au chaud, à la faim, à la soif, aux douleurs, aux blessures, à l'exagération de la sensibilité du mélancolique vis-à-vis des phénomènes normaux et à l'attribution, par lui, de significations délirantes ou au moins inquiétantes à des impressions insignifiantes.

Au sujet du *mécanisme de l'association des idées*, il montre que les représentations du maniaque s'enchaînent sans ordre, que son état commence par être, pour ainsi dire, le triomphe des idées incidentes, et finit par n'être

©BIUM

plus qu'une succession de mots et non d'idées, les idées ne se formant plus et les mots s'enchaînant par simple allitération, tandis que chez le mélancolique les représentations se développent lentement, les idées ne se déroulent que par un effort pénible de la volonté, les représentations s'effacent lentement et ne sont que peu à peu chassées par des idées nouvelles. Dans le premier cas, il n'y a pas d'idées parce qu'elles n'ont pas le temps de se former; dans le second, le malade ne peut quitter son idée. — Il y a bien *des troubles* dans le mécanisme, mais Kraepelin ne dit nulle part que c'est *le même* trouble. L'*humeur* est également modifiée. — Chez le maniaque, elle va de la joie tranquille à la joie désordonnée, avec quelques explosions de colère, d'injures et de violences qui s'effacent à peine nées; chez le mélancolique l'humeur est régulièrement sombre, sans espoir, désespérée ou anxieuse; quelquefois un léger sourire, bien passager, indique que cette dépression n'est pas très solide. Ici l'auteur fait allusion au mélange possible des deux états, mais il n'établit entre eux aucun équivalent.

Enfin il oppose non moins sévèrement *le besoin d'action* du maniaque à l'*inhibition* du mélancolique. Le maniaque a une exagération de la facilité à transformer l'excitation centrale en acte, et s'il présente, au chronomètre, de l'allongement du temps de réaction simple ou du temps nécessaire au choix entre deux excitations simples, c'est à cause de la fuite des impressions qui rend très difficile pour lui de rattacher un acte précis à une excitation antérieure. Cet allongement du temps de réaction simple dépend au contraire, chez le mélancolique, de l'inhibition psychomotrice qui peut être absolue. Le mouvement commencé s'arrête à cause de la difficulté de l'extériorisation des idées; l'excitation très vive par la parole ou par le danger détermine encore

©BIUM

des actes, mais ces réactions elles-mêmes peuvent manquer. A un degré moindre, les mouvements qui représentent des acquisitions automatiques antérieures peuvent encore se faire assez facilement, alors que le malade est déjà incapable de prendre une décision.

Après avoir ainsi décrit, *en opposition* les uns avec les autres, les éléments purement psychologiques qui caractérisent la manie et la mélancolie, et en laissant presque de côté l'étude des phénomènes physiques, résumée en quelques lignes, Kraepelin établit l'existence d'états intermédiaires, d'états qui représentent le passage d'une forme à l'autre. Ces états intermédiaires, il les établit d'une façon spéculative, graphique, et se demande ensuite si les acquisitions de la clinique permettent d'en concevoir la réalité objective. Il répond d'ailleurs, bien qu'avec une certaine réserve (p. 544, 1904), d'une façon affirmative à cette question, et établit alors les cadres de six états mixtes, à côté desquels, comme il le dit lui-même, peuvent s'en placer beaucoup d'autres.

Que ces états se succèdent, se répètent, se remplacent dans le cours d'une existence humaine avec une certaine régularité, que ce soient des phénomènes rares, apparaissant seulement quelquefois, que ce soient enfin des crises n'apparaissant qu'une fois chez un même sujet, cela n'a pour lui aucune importance. Comme il ne retient, en fait de caractéristiques, que des signes purement psychologiques, il ne peut faire aucune différence entre les accès isolés, sporadiques, et les formes périodiques, à rechutes, circulaires. Tout cela, dit-il, ne forme qu'un vaste ensemble, et il n'attribue à la notion de la périodicité elle-même qu'une valeur secondaire, destinée à permettre ou non, selon son importance, des sous-groupes de formes périodiques et de formes simples (p. 544, 1904).

©BIUM

L'ensemble ainsi constitué finit donc par former un fonds commun sur lequel se détachent des « équivalences ». Mais l'auteur ne tient nul compte ni des états physiques ni des formes délirantes, ce qui donne à ce fonds une extension telle que l'on voit peu à peu y rentrer, sous l'influence du courant d'idées créé dans cette école, des lambeaux les plus dissemblables de la pathologie mentale. La mélancolie pré-sénile rentre dans la maniaco-dépressive ; après avoir résisté longtemps à ce courant centripète, elle finit par rentrer dans le groupe commun (préface de Kraepelin au livre de Dreyfuss).

Il en est de même de la stupeur hallucinatoire, de la stupeur par épuisement, de certaines formes infectieuses (p. 516 et 528, 1909). Enfin Kraepelin est lui-même débordé par ses élèves et se trouve suffoqué de voir Stransky (p. 552, 1909) fondre dans la maniaco-dépressive certaines formes de paranoïa et d'amentia.

On serait effrayé de ce bouleversement des notions acquises sur les bancs de l'école, et de voir, ainsi qu'un cataclysme, la nouvelle entité détruire tant d'anciens cadres, si l'on ne trouvait précisément dans cette dernière édition de 1909 (p. 528) un document que Kraepelin, dont il ne faut jamais oublier la haute probité morale, vient fournir lui-même à ceux qui seraient tentés de se laisser éblouir par le gigantisme de sa dernière création. C'est la comparaison qu'il fait de la démence précoce et de la maniaco-dépressive dans la statistique d'Heidelberg de 1892 à 1907. « Nous voyons, dit-il, la démence précoce, au moment où se complétait sa limitation clinique, atteindre rapidement un chiffre très élevé, dépassant 50 p. 100 des cas, pour redescendre presque aussi vite à 20 p. 100. Cela résulte de ce que, en étudiant de plus près le tableau de la démence précoce, la valeur diagnostique de certains signes a été

©BIUM

naturellement exagérée; notamment, beaucoup de cas de maniaco-dépressive avec manifestations catatoniques ont été faussement attribués à la démence précoce..... Ces erreurs furent reconnues,... il en est résulté la diminution de la proportion de la démence précoce et l'augmentation de la maniaco-dépressive..... Ces oscillations sont encore à redouter jusqu'à ce que l'on ait acquis une certitude suffisante pour la distinction. »

On ne peut avouer plus simplement que des types cliniques sont artificiels et que leurs caractères sont insuffisamment établis.

Voyons maintenant les commentateurs et les traducteurs.

II

Nous sommes, dans ce paragraphe, obligés de citer des exemples, et comme ce travail est surtout de critique, nous prions le lecteur qui pourrait se sentir atteint de ne pas se blesser de ce que nous croyons devoir dire. Ce ne sera l'expression que de ce que nous croirons être la vérité.

Les premiers qui aient fait un effort sérieux pour faire connaître en France la théorie de Kraepelin sont MM. Deny et Camus (*Les actualités médicales* de Baillière, 1907. La psychose maniaque dépressive). Nous ne voulons pas nous astreindre à comparer ligne par ligne leur travail avec celui de Kraepelin et nous nous bornerons à citer ici les conclusions qu'ils résument à la fin de la symptomatologie générale de la maniaco-dépressive (p. 32, 3e alinéa). « Le fait capital qui se dégage... c'est que... il n'y a pas une différence radicale entre les maniaques et les déprimés désignés habituellement sous le nom de mélancoliques ; c'est que tous les troubles que l'on constate chez les uns et chez

©BIUM

les autres sont des troubles *hypo* ou *para*, jamais des troubles *hyper*. En un mot, pour la symptomatologie, la manie n'est pas l'antithèse de la soi-disant mélancolie. » Si MM. Deny et Camus ont voulu simplement exprimer par là une loi générale de la pathologie cellulaire, nous savons depuis Virchow que les troubles *hyper* ne vont jamais sans troubles *para* ; s'ils ont voulu traduire la pensée de Kraepelin, nous leur opposerons simplement ce qu'il dit (1904, p. 540, 2e alinéa) : « Nos considérations préliminaires nous ont montré que les différents traits dont se compose la manie et la dépression circulaires peuvent, dans un certain sens, être considérés comme étant en opposition complète. Aussi loin que nos connaissances s'étendent, on pourra considérer comme les troubles fondamentaux de la folie maniaco-dépressive, d'une part la paresse du processus des représentations, la dépression triste de l'humeur et l'incapacité de la décision, d'autre part la fugacité des représentations, la tonalité élevée de l'humeur et la facilité plus grande du déclanchement des actions volontaires. Nous nous contenterons donc de la triple *opposition* que nous venons d'établir. »

Kraepelin admet donc comme fait capital une opposition formelle entre les termes extrêmes de son complexus symptomatique. Nous n'insisterons pas sur l'adaptation particulière que comporte le texte français comparé au texte allemand ; il ne s'agit ici que de discuter la doctrine allemande.

M. Rogues de Fursac (*Manuel de Psychiatrie*, 3e éd., p. 293-94) estime que la conception de la folie maniaco-dépressive constitue un des progrès les plus importants de la psychiatrie ; pour lui, la légitimité en est incontestable et s'appuie sur deux arguments principaux : « 1° L'existence de symptômes fondamentaux communs à toutes les formes quelles qu'elles soient, maniaques,

©BIUM

déprimées et mixtes... 2° Ces symptômes fondamentaux comprennent tous les phénomènes morbides qui relèvent de la paralysie psychique; savoir : *a*) l'affaiblissement de l'attention; *b*) le ralentissement des associations d'idées; *c*) l'insuffisance des perceptions; *d*) l'indifférence pathologique. »

Nous venons de citer les phrases de Kraepelin où il montre au contraire que les syndromes maniaque et mélancolique se distinguent par des caractéristiques *diamétralement opposées*. D'ailleurs, quelques lignes plus haut, nous avons emprunté à Kraepelin lui-même les causes qui modifient l'attention; chez le maniaque elle est affaiblie par sa mobilité anormale; elle est faible parce qu'elle est mobile; chez le mélancolique, au contraire, elle n'est pas faible, elle est *absorbée*; la preuve en est dans le souvenir que le mélancolique conserve des faits auxquels il n'a pas pu réagir.

Les associations des idées, dit M. Rogues de Fursac, sont ralenties dans la manie, du moins les associations d'idées volontaires, comme dans la dépression mélancolique. Kraepelin nous enseigne que les associations d'idées volontaires sont ralenties dans la mélancolie parce qu'elles sont pénibles et que l'effort est incompatible avec l'inhibition, tandis que le maniaque ne peut diriger le cours de ses associations d'idées parce qu'il est nécessairement en proie aux excitations intercurrentes et que l'exagération de la réactivité chez lui empêche aucun processus de conserver longtemps un lien logique.

La perception du monde extérieur est troublée, dit M. Rogues de Fursac, chez le maniaque comme chez le déprimé. Il explique que chez le maniaque les perceptions ne sont souvent qu'incomplètes et se traduisent cliniquement par l'incertitude, tandis que chez le second les associations automatiques suppléent les associations

©BIUM

normales absentes et donnent lieu à des perceptions fausses, à des illusions.

Le premier, le maniaque, n'a en effet pas le temps de recevoir et d'enregistrer complètement les perceptions extérieures, tandis que chez le mélancolique les *perceptions* sont faussées par les troubles de la sensibilité générale : le premier dans sa course folle n'arrive qu'à grand'peine à saisir l'objet devant lequel il passe ; le second, immobile, ne reçoit du monde extérieur que des excitations déformées par la défectuosité générale des fonctions qui portent toutes l'empreinte de sa maladie. Jetez un mot au maniaque et, comme l'ont montré Kraepelin et Aschaffenburg, il répondra par le mot qui se rapprochera, par sa sonorité, le plus possible de celui qu'il a entendu : cela, c'est de l'automatisme. Le mélancolique, au contraire, qui a de la dysesthésie, se servira du mot pour en faire un des fantômes qui flottent à la surface de sa pensée immobile, il en éprouvera une sensation douloureuse parce qu'il est douloureux ; mais cette résultante sera suffisamment éloignée des effets produits sur l'homme normal par une excitation analogue pour que l'on puisse précisément lui refuser le nom d'automatique. Ce n'est pas le lieu de discuter plus en détail ce qui n'est, une fois encore, qu'une approximation de la théorie kraepelinienne ; il suffit de mettre en parallèle le créateur et son disciple.

M. Gilbert Ballet (*Encéphale*, 10 octobre 1909, p. 362) trouve que la nomenclature des états mixtes donnée par Kraepelin est disparate et ne parle pas à l'esprit avec une netteté suffisante ; aussi il l'élucide, que dis-je, il la cristallise, et tandis que Kraepelin nous parle de l'incertitude des formes mixtes, de la fluidité des contours, de leur apparition parfois très brève comme états de passage, de l'insuffisance numérique des cadres qu'il dessine, en avant, entre et après lesquels il en devine

©BIUM

d'autres, d'autant plus nombreux qu'il a négligé pour décrire les premiers une série de phénomènes de quelque importance, M. Gilbert Ballet donne une précision géométrique une rigueur linéaire à des associations dont la composition rigoureuse étonne l'esprit qui vient de suivre la discussion si consciencieusement hésitante de l'auteur allemand.

Pour ne pas être en reste, M. Deny (1) remplace une forme de schéma par une autre ; les états intermédiaires auxquels pense Kraepelin tombent ici encore dans un oubli fâcheux.

Ces deux schématisations ne faisant que restreindre et diminuer la valeur de la doctrine, nous croyons inutile de nous y attarder plus longtemps.

Mais ce ne sont pas seulement les élèves allemands de Kraepelin qui, comme des terrassiers malhabiles laissant s'effondrer les berges sablonneuses du canal creusé par leur maître, précipitent dans la maniaco-dépressive les entités psycho-pathologiques les plus diverses et les plus éloignées; on trouve en France aussi des esprits que la nouveauté attire ; c'est ainsi que nous relevons dans l'*Encéphale* du 10 juillet 1909 une observation de MM. Deny et Prosper Merklen, dans laquelle il s'agit d'une femme, fille de père alcoolique et goutteux, d'une mère baciliaire, ayant perdu deux oncles de la même maladie et présentant de la camptodactylie des deux derniers doigts (familiale) ; cette femme émotive, mal réglée, eut à vingt ans une maladie de Basedow ; à vingt-sept ans, elle entra dans la folie circulaire (on appelle cela maintenant la maniaco-dépressive). M. Ballet se demande, dans la discussion, si la psychose périodique n'a pas, par des modifications

(1) Deny. *Encéphale*, 10 octobre 1909, p. 363.

©BIUM

de la circulation par exemple, conditionné la maladie de Basedow.

Plus loin, dans le même recueil (*Encéphale*, 10 décembre 1909, p. 498), on voit MM. Deny et Charpentier établir l'équivalence de certains états obsédants avec la manie et la mélancolie périodiques, établir des relations de parenté de plus en plus étroites entre la psychasthénie et la psychose excito-dépressive, montrer que les formes délirantes auxquelles aboutissent dans certains cas les obsessions sont la mélancolie anxieuse et le délire systématisé, ce qui établit entre ces deux formes un voisinage bien intime, et terminer en rappelant que M. Gilbert Ballet, dès 1900, faisait déjà de la sitiomanie et de la dipsomanie les tributaires éventuels de la folie intermittente.

Enfin nous citerons encore une observation de MM. Mosny et Barat (*Société de psychiatrie*, 19 mai 1910) dans laquelle il s'agit d'une femme atteinte de déficit intellectuel congénital, ayant eu une fièvre typhoïde grave à treize ans, atteinte d'une syphilis récente datant de quinze mois et de métrite, qui fut prise au moment des inondations d'un délire à forme onirique s'accompagnant de céphalalgie, d'idées de persécution, d'excitation, puis de dépression, d'hallucinations, de mutisme volontaire, *qui guérit par le traitement spécifique*, et que les auteurs étiquettent : psychose à forme maniaco-dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique... Kraepelin n'avait pas encore pensé à faire de la syphilis cérébro-spinale un épisode de son syndrome.

Les exemples de ce genre ne manqueraient pas et ceux-ci suffisent à montrer combien l'analyse purement psychologique est insuffisante à assurer la rigueur d'un cadre et à définir un type morbide. Nous avons jusqu'ici montré, d'une part, ce que pensait Kraepelin et combien ses hésitations étaient grandes encore, combien ses tra-

ducteurs et ses commentateurs avaient précisé en les dépassant les limites qu'il n'avait fait qu'indiquer ; nous dirons plus loin ce qu'il faut penser à la fois du malaise qui se trouve partout entre les lignes chez le père de la doctrine, et des formes tranchantes que certaines traductions imposent à ses idées, mais il nous faut maintenant céder la parole à ceux qui ont bien voulu nous prêter dans ce débat l'appui de leur expérience... Nous donnerons ensuite les faits qu'ils nous ont communiqués.

III

Les lettres que l'on va lire nous sont parvenues à des intervalles assez éloignés. Elles constituent dans leur ensemble une véritable enquête que nous n'osions au début espérer ni si complète ni si favorable. Nous donnons *in extenso* tout ce que nos correspondants nous ont autorisés à citer, en les priant de recevoir ici chacun l'expression de notre très vive reconnaissance pour l'empressement qu'ils ont mis à nous aider dans cet essai de défense de ce que l'on pourrait appeler l'école provinciale française.

*Lettre du D^r^* ARNAUD, *président de la Société médico-psychologique.*

Vanves, 12 août 1910.

Monsieur et honoré Confrère,

Vous me demandez mon opinion sur la doctrine de la « psychose maniaque-dépressive », due au professeur Kraepelin. J'éprouve quelque embarras à vous répondre, n'étant pas sûr de bien connaître cette doctrine, n'étant même pas sûr qu'il s'agisse vraiment d'une *doctrine*. La pensée du savant maître de Munich est habituellement ondoyante ; ses idées sont toujours

©BIUM

en voie de développement et, par conséquent, variables ; avec un scrupule de loyauté qui l'honore, il n'hésite pas à renverser de ses propres mains ce qu'il avait précédemment édifié, si la vérité d'hier lui apparaît comme l'erreur d'aujourd'hui, et alors même qu'elle n'a encore rien perdu de ses attraits pour beaucoup de ses disciples. Le plus souvent même, il présente sa manière de voir plutôt sous la forme d'une hypothèse probable que sous celle d'une affirmation théorique. L'histoire de la « Mélancolie d'involution », celle de la « Démence précoce » nous imposent l'obligation d'attendre, pour apprécier la « Psychose maniaque-dépressive », que la pensée de son auteur soit fixée.

Cependant, en ce qui touche à l'essentiel de la question, je persiste à croire que les nouveaux travaux, présentés sous d'impressionnants vocables, n'ont pas détruit le groupe de faits que nous connaissions sous les termes plus simplement français, et aussi plus logiques, de *Psychoses intermittentes* ou *périodiques*. Aujourd'hui comme autrefois, ce groupe correspond à des observations cliniques hors de toute contestation.

A côté de ces faits, il est d'autres cas de manie ou mélancolie qu'il me paraît impossible d'englober dans les psychoses périodiques. J'estime qu'ils appartiennent à une catégorie différente et que, jusqu'à plus ample informé, nous devons continuer à les désigner par le terme de *manie* ou de *mélancolie simple*.

Enfin, l'existence des *cas mixtes* ne me semble pas impliquer les conclusions qu'on a voulu en tirer, et, notamment, la quasi-identité foncière des états de dépression et des états d'excitation. On a établi ce rapprochement — qui est, à mon avis, une confusion — d'après des considérations psychologiques plus ou moins légitimes. Or, je ne crois pas que la psychologie puisse nous être d'un grand secours pour la constitution des types morbides. Elle n'est qu'un des éléments de la méthode clinique, elle ne saurait la remplacer. Pour le dire en passant, depuis quelques années, la pathologie mentale se trouve, par rapport à la psychologie, dans la situation où elle était au commencement du dernier siècle. Il est encore intéressant de relire, à ce sujet, l'introduction du livre de J.-P. Falret (*Des maladies*

mentales et des asiles d'aliénés, 1864). Je crois bien que la pathologie mentale n'a pas plus à gagner aujourd'hui qu'autrefois à ces exagérations psychologiques ; il faudra revenir toujours à la clinique, seule base solide d'une nosologie durable.

Au surplus, la question de la « psychose maniaque-dépressive » est à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique. Les discussions qui vont s'engager bientôt devant la Société, l'enquête que vous-même poursuivez donneront aux aliénistes français l'occasion de faire connaître leurs opinions. Je voudrais espérer que du choc de ces idées jaillira une lumière assez vive pour éclairer tous les esprits.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Arnaud.

Lettre du Dr Charon, *médecin-directeur de l'asile d'Amiens. Les maladies des caractères (extrait d'une conférence faite à l'Ecole de médecine d'Amiens).*

..... Toutes ces facultés mentales présentent entre elles des connexions, des associations qui donnent naissance à nombre de produits mixtes ou intermédiaires sur la gamme indéfinie des états plus ou moins conscients, plus ou moins subconscients, et se manifestent, en fin de compte, par une échelle également indéfinie d'actes plus ou moins volontaires, ou plus ou moins réflexes.

L'expression synthétique de ce psychisme est un état d'activité générale qui est propre à chaque individu et qu'on peut appeler *son caractère*.

Si l'on examine à ce point de vue, dans la vie commune, un grand nombre d'individus pris dans tous les milieux sociaux, on peut les ranger dans quatre catégories très différentes :

Les uns sont : .....
Ils ont le *caractère excentrique*.

Il y en a qui.....
Ils ont le *caractère concentrique*.

©BIUM

D'autres.....
Ils ont le *caractère acentrique*.

Enfin certains.....
Ils ont le *caractère égocentrique*.

Dans ces quatre caractères, on peut voir autre chose que des états prédisposants, mais bien les causes fondamentales et immédiates, au point de vue clinique, des quatre psychopathies, maladies qui constituent *toute* la pathologie mentale primitive, qualitative, et qui sont, à proprement parler, des maladies du caractère, ou mieux des caractères.

Si la lésion connue, ou à connaître, cause directement le déséquilibre mental, sous forme d'un état psychopathique généralisé ou d'une psychose partielle, c'est le caractère, en rapport sans doute avec des modalités morphologiques spéciales des éléments nerveux centraux, qui *conditionne* la forme psychique, le trouble qualitatif. Une même lésion, la polioencéphalite de Rémond, par exemple, produirait et *ne pourrait produire autre chose que* : la *manie*, chez l'individu à caractère excentrique ; la *lypémanie*, chez celui qui a le caractère concentrique ; la *confusion*, chez tel autre à caractère acentrique ; la *psychose partielle*, chez celui qui a le caractère égocentrique.

Manie et lypémanie. — Cette explication ne laisserait de place *ni à la folie à double forme ni à la folie maniaque dépressive*, mais nous savons que l'existence de ces deux formes en tant qu'*entités cliniques* est contestable. Il n'y a peut-être pas eu, depuis Pinel, un seul psychiatre d'expérience qui n'ait eu l'occasion d'observer :

1° Des individus qui ont présenté *un accès* soit de manie, soit de mélancolie, qui ont guéri de cet accès et qui n'ont eu aucun autre accès dans le cours de leur vie ;

2° Des individus qui n'ont jamais eu que des accès *soit maniaques*, *soit mélancoliques*, et qui, entre ces accès, étaient, au point de vue qualificatif, dans l'état normal ou antérieur. Nous avons pu, nous-même, en vingt ans de pratique, observer et suivre un certain nombre de malades de ce genre. Les uns sont morts, les autres sont vivants. Sans doute il est commode,

©BIUM

pour nier la valeur démonstrative de leurs cas, de déclarer que ceux qui sont morts..... sont morts trop tôt, et que ceux qui vivent ont encore le temps de faire de nouveaux accès et des alternatives de manie et de mélancolie.

Pour nous, ils démontrent que : 1° la manie et la mélancolie sont bien deux entités psychopatiques *distinctes* et essentiellement guérissables dans leurs accès aigus ; 2° lorsqu'elles récidivent, et nous savons qu'elles sont récidivantes, elles récidivent *toujours* dans la forme homologue. En raison de leur constitution psychique propre, de leur caractère excentrique ou concentrique, le maniaque ne fait et *ne peut faire* que de la manie, le lypémaniaque que de la lypémanie.

C'est dire que nous nions la légitimité de la *folie maniaque dépressive*, maladie continue, incurable et alternante.

On ne peut nier cependant qu'il existe, nous en avons tous observé, des cas d'alternance ou de périodicité d'états d'excitation et de dépression, tels que ceux qui ont été rangés dans la *folie à double forme*. Si nous nous en tenons à notre expérience personnelle, tous ces cas *débutent par un accès maniaque*, et les accès de mélancolie, qui suivent immédiatement ou à distance les accès de manie, ne sont pas comparables aux accès types de lypémanie : ce ne sont que des états de dépression simple, d'hypotonie psychique et physique, des états de réaction *critique* ou *compensatrice* qui sont sous la dépendance des accès maniaques, lesquels sont, d'après les cas que nous avons observés, *particulièrement violents*. Les malades atteints de folie dite à double forme, sont des *maniaques* à réactions dépressives. On en peut dire autant des *états mixtes* et *cyclothimiques* qui ont été décrits récemment ; les uns comme les autres sont, avec des degrés différents, des états maniaques qui n'ont rien de commun avec la lypémanie, et qui relèvent tous du caractère excentrique.

©BIUM

Lettre du Dr CHEVALIER-LAVAURE, *médecin-directeur de l'asile d'Auch.*

Auch, le 17 février 1910.

Mon cher Ami,

Vous voulez bien me demander ce qu'une pratique déjà longue de la médecine mentale m'a enseigné au sujet de la manie et de la mélancolie considérées comme affections mentales pures. La question est intéressante, au point de vue de l'histoire, de la doctrine et des faits. Je me hâte de vous donner mon avis, heureux qu'il soit d'accord avec la clinique française; mais je dois dire que ce n'est pas ma faute : c'est celle des faits.

Les théories de Kraepelin, séduisantes par leur apparente simplicité, m'avaient attiré comme généralisation hardie, comme découverte de rapports nouveaux entre des faits jusqu'alors séparés. Je n'avais donc aucune prévention à leur égard, et c'est dans un esprit critique parfaitement impartial que j'essayai de les vérifier par l'observation des faits auxquels elles s'appliquaient.

Jusqu'à la période actuelle de l'histoire de la psychiatrie, on avait considéré que le progrès consistait dans la création clinique, dans l'isolement des diverses formes morbides, comme par exemple la séparation de la folie à double forme et de la folie circulaire, de la manie et de la mélancolie.

Aujourd'hui, on rattache au contraire la manie et la mélancolie aux folies à double forme, intermittente et circulaire, qu'on englobe dans une forme unique, la folie maniaco-dépressive caractérisée par la répétition, l'alternance ou même la coexistence de l'excitation et de la dépression. Simplification apparente, car en même temps la multiplicité des combinaisons de ces deux états et de leurs symptômes, soi-disant fondamentaux, rend nécessaire la création de nouvelles subdivisions.

Il en a été ainsi d'autres formes synthétiques dans esquelles on a voulu faire entrer toute la pathologie mentale, ou presque, et qui ont été aussitôt disséquées,

©BIUM

mises en lambeaux, d'ailleurs soigneusement étiquetés. Et, chose curieuse, l'analyse retrouve toujours des éléments différents et plus nombreux que ceux au moyen desquels la synthèse a été édifiée.

Le temps finira par mettre les choses au point : cependant, il faut déplorer que l'enthousiasme, louable certes, mais qui affaiblit le sens critique et pousse à l'abus des conséquences extrêmes, retarde ainsi la vérité en faisant rejeter, en vertu de la réaction provoquée, des doctrines dont on voulait imposer le bloc et dont certaines parties auraient dû être légitimement conservées.

La dégénérescence mentale, après avoir voulu absorber presque toute la psychiatrie, peu à peu a perdu la précision qu'on avait voulu lui donner, s'est effritée et a subi un discrédit d'ailleurs en partie immérité.

La démence précoce a réclamé pour elle la moitié des psychoses et une partie des dépouilles de la dégénérescence (elle n'a pas toujours su lesquelles). Maintenant, elle rencontre une opposition qui s'affermit et s'accentue.

L'évolution de la folie maniaco-dépressive semble atteindre son point culminant. Elle s'est d'abord constituée avec la manie et la mélancolie et leurs combinaisons. Actuellement, elle attire à elle la paranoïa en proclamant leur parenté étroite et en faisant valoir que la manie quérulante est une variété de l'hypomanie. Des relations des délires systématisés secondaires avec la manie et la mélancolie, elle tire argument pour se les attribuer. Enfin, l'anatomo-pathologie démontrant la prolifération névroglique de l'écorce cérébrale dans quelques cas de folie périodique (en allemand psychose maniaco-dépressive), elle tente de rapprocher d'elle l'épilepsie.

Les arguments invoqués à l'appui de la théorie de l'homogénéité de la folie maniaco-dépressive ne me paraissent pas conformes aux faits.

C'est ainsi que l'allégation que la manie et la mélancolie sont fatalement récidivantes a trouvé de nombreux contradicteurs, qui ont fourni des statistiques probantes en faveur de la thèse opposée, statistiques dont les pourcentages ont d'ailleurs varié dans des limites considérables. J'ai observé moi-même de nombreux cas non récidivés. Mais le fait serait-il constant que sa

©BIUM

valeur, on le voit de suite, serait discutable au point de vue de la doctrine soutenue.

De même, il est établi que, contrairement à l'expérience de Kraepelin, il existe des intervalles absolument lucides entre les accès de mélancolie ou de manie. Je citerai entre bien d'autres un malade ayant eu trois accès de manie aiguë et dont les facultés intellectuelles et morales n'avaient subi aucune atteinte, aucune diminution. Une autre malade, que j'avais connue avant qu'elle ne fasse deux récidives de manie et dont j'avais pu comparer l'état mental antérieur aux accès à l'état mental intercalaire, a été pour moi un exemple frappant de la lucidité dans les intermittences.

En ce qui concerne la coexistence de l'état maniaque et de l'état mélancolique, on peut dire qu'elle se rencontre dans toute la pathologie mentale, démence précoce, épilepsie, paralysie générale, folie des dégénérés, sauf dans la manie et la mélancolie.

Mais l'argument capital des Kraepeliniens, c'est qu'il existe des symptômes fondamentaux communs aux formes maniaques, mélancoliques et mixtes : c'est, dit Ballet, « la commune origine et la nature identique de « phénomènes en apparence opposés, c'est-à-dire de « l'excitation et de la dépression ».

Ainsi la nature de la manie et de la mélancolie est caractérisée par la *paralysie des facultés psychiques supérieures*. Mais si la nature est la même, l'aspect différerait par l'exaltation de l'automatisme mental dans la manie, opposée à l'inhibition dans la mélancolie.

Cette paralysie psychique consiste dans l'affaiblissement de l'attention volontaire, dans le ralentissement de l'association des idées, dans l'insuffisance des perceptions, dans l'indifférence émotionnelle.

Je ferai remarquer que l'exaltation de l'automatisme et l'inhibition, dont on veut faire des caractères différentiels *secondaires* de la manie et de la mélancolie, ne peuvent être séparés du trouble général des facultés supérieures. A bien considérer le fond des choses, il n'est pas possible, en effet, de comprendre l'automatisme, dans le cas qui nous occupe, en dehors du degré de la volonté et de l'exercice de l'intelligence et de ses modalités. Mais, alors, la différence qui existe entre la

©BIUM

manie et la mélancolie est bien une différence *fondamentale*, une différence non seulement d'*aspect*, mais de nature. Avec quels arguments, par exemple, pourra-t-on soutenir que la lésion de la volonté est la même et produite par le même mécanisme dans la manie et la mélancolie.

C'est, à mon avis, vouloir forcer les analogies et faire violence au raisonnement que d'identifier la mobilité, l'éparpillement de l'attention chez le maniaque à la concentration chez le mélancolique, sous le prétexte que chez l'une comme chez l'autre elles sont des formes affaiblies.

Les troubles de l'association des idées sont de même ordre et correspondants. Dans la manie : rapidité ; dans la mélancolie : fixité, arrêt.

L'insuffisance des perceptions chez le mélancolique se traduit par le doute, l'incertitude et l'absence de réaction. Chez le maniaque, un minimum de perception détermine des réflexes intellectuels, émotifs, actifs, d'une extrême vivacité et sert d'amorce aux associations d'idées, de souvenirs.

Enfin, Kraepelin avance que l'indifférence émotionnelle est commune aux deux états.

Le mélancolique ne peut se soustraire à la contemplation de sa douleur. Aussi son affectivité, son émotivité, comme son attention, comme le jeu de ses associations d'idées, sont accaparées par ses souffrances, sa ruine, son déshonneur, sa damnation, ou celles de sa famille. Aussi est-il indifférent aux souffrances des autres.

Chez le maniaque, l'affectivité, l'émotivité peuvent se manifester et se manifestent souvent d'une façon exagérée. Mais ces manifestations sont mobiles, fugitives, illogiques et ces caractères sont de même ordre que ceux de l'attention, etc.

Si nous considérons les modifications physiques qui accompagnent la manie et la mélancolie, nous constatons que les différences, l'opposition même sont aussi accusées que dans l'ordre mental.

©BIUM

MANIE	MÉLANCOLIE
Réflexes : normaux.	Souvent diminués, quelquefois abolis.
Sensibilité spéciale : exaltée.	Diminuée.
Sensibilité générale : normale.	Emoussée.
Sécrétions : activées.	Diminuées.
Vaso-dilatation.	Vaso-constriction.
Nutrition : augmentée.	Ralentie.
Augmentation des produits excrémentiels de l'urine.	Diminution.
Toxicité de l'urine : diminuée ou normale.	Augmentée.
Température : normale, quelquefois plus élevée.	Diminuée.
Instincts sexuels : augmentés.	Diminués.
Lésions nerveuses peu prononcées.	Très prononcées.
ÉTIOLOGIE	
Manie se produisant surtout chez les tempéraments exaltés.	Surtout chez les femmes.
Adolescence, âge adulte.	Puberté, ménopause. Vieillesse.
Fréquente dans l'état puerpéral.	Maladies de l'estomac, du foie, des reins, infections et autointoxications.

Il n'est donc pas possible, à mon sens, de confondre deux états dont l'opposition est si nette : expansion et euphorie d'un côté; concentration et tristesse de l'autre.

Si les doctrines de Kraepelin par les discussions qu'elles ont soulevées ont permis de préciser certains point de psychologie pathologique, elles n'ont point encore fini d'évoluer, elles ne sont pas arrivées à des conclusions définitives qui puissent permettre de rayer de la psychiatrie la manie et la mélancolie.

Bien cordialement à vous.

Dr CHEVALIER-LAVAURE.

©BIUM

Lettre du Dr Cossa, *médecin-chef des asiles, Nice.*

Nice, le 17 février 1910.

Mon cher Confrère,

Je suis spécialement chargé du service des admissions à l'asile Saint-Pons, où je vois une moyenne annuelle de trois cents entrants. Or, j'ai été frappé dès les premières années de la rareté des faits de manie aiguë, franche, idiopathique, dont je n'observe que très exceptionnellement des exemples. Encore les quelques cas que j'ai rangés sous cette rubrique sont-ils sujets à revision, en ce que c'étaient des sujets de passage dont je n'ai pu vérifier ni les antécédents ni l'évolution ultérieure. Je suis donc porté à croire que la manie essentielle, entité nosologique, n'existe pas.

Je suis moins affirmatif pour ce qui est de la mélancolie. Cependant, à mesure que j'ai appris à mieux la différencier, à la distinguer des états de dépression simple, d'inhibition psychique sans véritable douleur morale fondamentale, le nombre des mélancoliques a progressivement diminué dans mes observations, tandis que le syndrome stupeur y prenait une place prépondérante. A mon sens, on ne donne généralement pas à la stupeur, surtout dans les classiques, la place qui lui revient dans la réalité. On ne la décrit que comme un symptôme accessoire, s'ajoutant dans certains cas à la mélancolie, à la confusion mentale, à l'hébéphrénie, à la catatonie, alors qu'elle constitue le trouble fondamental de la plupart des états de dépression. Je pense qu'elle devrait être rangée, en tant que syndrome, à côté de la manie et de la mélancolie, sinon même sur un rang plus élevé comme importance.

Quoi qu'il en soit, la mélancolie, ainsi dégagée de tout ce qui l'embrumait à mes yeux m'apparaît maintenant comme une affection infiniment moins fréquente qu'autrefois ; et si je retranche les cas qui ressortissent à l'involution sénile, à la folie circulaire ou intermittente, etc., je suis en droit de me demander s'il n'y a pas lieu de la retrancher du cadre nosologique, pour les mêmes raisons que la manie.

©BIUM

Telle est, mon cher confrère, je ne dirai pas mon opinion, mais ma manière de voir actuelle, sur le problème que vous vous proposez de résoudre. Excusez-moi de vous la donner aussi sommaire, et croyez à mon meilleur souvenir.

F. Cossa.

Lettre du Dr Coulonjou, *de l'asile de Braqueville.*

Toulouse, 28 août 1910.

Très cher Maître,

Si vous avez bien voulu demander mon modeste avis sur la question, de jour en jour plus décevante, de la folie maniaque dépressive, c'est évidemment pour savoir si mes huit années de pratique des asiles, écoulées depuis que j'ai quitté votre enseignement, ne m'ont pas fourni de documents susceptibles d'infirmer les théories si cliniques et si saines que vous développiez.

Ce doit être une chose pénible pour le professeur qui s'est fait une loi de n'enseigner que ce que l'expérience et le bon sens lui montrent comme vrai, de voir attaquer et anéantir les résultats les mieux observés d'une science délicate, sans que cette critique systématique ait d'autre raison, pour certains, qu'un emballement « à la mode ». Car il est incontestable qu'aucun argument irréfutable n'est apporté en faveur de la fameuse synthèse ultragermanique, et que ses adeptes ne font aucun état des multiples observations des meilleurs psychiatres jusqu'à nos jours.

Vous êtes plusieurs, en France, parmi nos sympathiques maîtres, à résister, uniquement avec des documents cliniques. Quel compte en tient-on?

Mais vous êtes un sage, comme Régis, qui vous disait, dans sa lettre de février dernier : « ... J'attends patiemment que la période d'emballement soit passée. »

Ma réponse sera courte : Depuis que je vois évoluer des aliénés, je n'ai cessé de rencontrer des cas de manie idiopathique et de mélancolie pure, dont les uns, la plupart, ont récidivé sous la même forme, et les autres ont guéri. Je dis guéri, en songeant notamment à deux

©BIUM

exemples que vous connaissez bien, celui d'un fonctionnaire des finances et celui d'un instituteur, que nous traitâmes pour un accès maniaque, l'un pendant quarante jours, l'autre pendant quatre mois, il y a dix et onze ans, et qui reprirent leurs fonctions, sans aucune variation depuis cette époque.

Je vois tous les jours, à l'asile de Toulouse, un certain nombre de malades qui sont maniaques, avec ou sans intermittences, depuis des années, sans avoir jamais présenté de dépression. Je sais bien ce que disent les néo-Kraepeliniens : « ... Les accès de manie intermittente sont, en réalité, des accès maniaco-mélancoliques, mais *à prépondérance maniaque*, et les accès de mélancolie intermittente sont des accès dépressivo-maniaques, *à prépondérance dépressive*. » (Deny et Camus, p. 18.)

De ceci, j'avoue humblement ne pas encore saisir le sens exact ; car, en admettant que la manie et la mélancolie, comme le dit Kraepelin, « soient deux états équivalents, n'ayant qu'une différence apparente, et caractérisés tous deux par la diminution de l'activité des phénomènes psychiques supérieurs et par l'augmentation de l'automatisme cérébral », il resterait à expliquer l'assimilation des formes de l'augmentation de cet automatisme, alors que les unes sont dans le sens excessif, les autres dans le sens insuffisant. Je comprends qu'on fasse de l'euphorie, comme de la douleur morale, des manifestations de l'exaltation de l'affectivité ; mais comment comparer et assimiler les malades qui, présentant cette exaltation, réagissent aux mêmes événements, les uns par l'exubérance, les autres par la dépression? N'y a-t-il pas là, évidemment, un dynamisme différent des centres psychiques supérieurs? Chez les uns, fuite des idées, chez les autres, inhibition de la pensée... Oui, disent MM. Deny et Camus (p. 28), mais déprimés et excités sont des inhibés des facultés volitives ; seulement l'inhibition des premiers est plus évidente que celle des excités, « parce qu'elle n'est pas masquée par les phénomènes d'automatisme mental qui appartiennent en propre aux excités. La perturbation fondamentale de la sphère intellectuelle n'en consiste pas moins, chez les uns et chez les autres, dans

©BIUM

une diminution ou un ralentissement de tous les processus psychiques supérieurs...; mais ce qui domine la scène morbide c'est, avant tout, la perte de toute activité volontaire, c'est-à-dire l'aboulie ».

Est-il donc si évident que les excités soient des ralentis de tous les processus psychiques supérieurs? Leur mémoire, leur jugement, leur langage ne donnent point cette impression. Comment un maniaque peut-il parler avec volubilité, répondre par des flux de paroles, émettre des quantités d'idées, burlesques si l'on veut, sans suite, mais provoquées par une simple assonance (écholalie), s'ils n'ont d'activité ni du jugement, ni du langage, ni de la mémoire? Il n'y a pas *fuite d'idées*, disent MM. Deny et Camus (p. 27), mais *fuite de mots*, « car il n'y a ni hyperidéation, ni hypermnésie ». Mais plus loin, les mêmes auteurs (p. 38), décrivant la manie franche, enseignent que « chez le maniaque vrai..., les *idées surgissent en foule* ».

On pourrait discuter sans fin sur l'existence d'un ralentissement psychique supérieur chez les maniaques et les mélancoliques. Admettons-le cependant ; l'automatisme mental, déchaîné chez les uns, entravé chez les autres, ne suffirait-il pas à établir une distinction clinique essentielle?

Il est vrai, disent encore MM. Deny et Camus (p. 32) que, « ni au point de vue somatique, ni au point de vue psychique, il n'y a pas une différence radicale entre les maniaques et les déprimés..., tous les troubles que l'on constate chez les uns et les autres sont des troubles *hypo* ou *para*, jamais des troubles *hyper* ». Mais (33), ils caractérisent les états maniaques par des phénomènes d'automatisme... se manifestant surtout par une excitation de l'activité, ou *hyperthymie*.... » Il semble aussi difficile de comprendre cela que l'assimilation des états somatiques des excités et des déprimés.

Je n'insiste pas ; je vous ai donné mon impression sur quelques affirmations de l'Ecole qui se réclame de Kraepelin. Je suis de ceux qui n'ont pas été convaincus, et qui préfèrent les descriptions vraiment cliniques, qu'on peut vérifier chaque jour, qui ne s'évertuent qu'à peindre fidèlement le modèle, en attendant qu'on puisse interpréter scientifiquement les déviations mentales.

Le plus court chemin n'est-il pas une rigoureuse analyse élémentaire, plutôt qu'un essai de synthèse d'états si évidemment opposés?

En terminant, je voudrais demander quel nom faut-il donner aux états de démence définitive et tardive, consécutifs à un ou plusieurs épisodes très longs de manie ou de mélancolie? L'Ecole en question nie toute démence dans la folie maniaque-dépressive. J'ai cependant sous les yeux des malades devenues démentes après cinq, huit et dix années d'excitation sans démence, et j'ai vu des mélancoliques jeunes le devenir dans les mêmes conditions. Est-ce de la démence précoce? Mais il n'y avait pas trace de démence pendant les années de manie ou de mélancolie. Pour dire : démence précoce, ne faut-il pas que l'élément démentiel évolue précocement? Il me paraissait exister une différence essentielle entre l'état maniaque d'un hébéphrénique et celui d'un maniaque simple, entre la dépression stuporale d'un catatonique et celle d'un mélancolique essentiel. Le terme de : démence vésanique, répondait bien à ces états de désagrégation tardive dans les formes simples. Faut-il le supprimer?

Veuillez croire, cher Maître, à mes plus respectueux sentiments.

E. Coulonjou.

(*A suivre.*)

©BIUM

DÉMENCE PRÉCOCE ET TUBERCULOSE

PAR LES DOCTEURS

SOUTZO (fils) et **P. DIMITRESCO**

Docent et chef de clinique des maladies mentales — Interne des hôpitaux de Bucarest.

On connaît, depuis longtemps déjà, que la tuberculose se rencontre fréquemment parmi les aliénés des grands asiles. *Georget* et *Esquirol* en France, *Guislain* en Belgique, *Friedereich* en Allemagne, et d'autres aliénistes, relèvent cette constatation dans leurs statistiques. Mais, en ce qui concerne la cause de cette fréquence, les opinions des cliniciens restent encore partagées.

Pour le plus grand nombre d'aliénistes, ce sont, en première ligne, les conditions hygiéniques mauvaises des grands asiles qui en sont la cause; tandis que, pour un nombre restreint, cette fréquence est plutôt apparente. En outre, il y a aussi des aliénistes qui admettent l'existence des troubles psychiques et des syndromes cliniques en fonction de bacillose, ainsi qu'une hérédité psychopathique créée par la tuberculose, cette dernière jouant le rôle d'une vraie diathèse.

Sur tous ces faits la littérature abonde ; elle est suffisamment connue pour ne plus insister davantage. En ce qui concerne nos constatations, elles concordent et viennent en faveur des causes reconnues en général pour l'explication de cette fréquence, dans la plus grande majorité des psychoses.

©BIUM

Mais pour le nouveau groupe de la *Démence précoce*, la question nous semble se montrer plus complexe. Quelques observations faites sur un assez grand nombre de cas nous ont conduit à quelques réflexions particulières que, justement, nous désirions mettre en relief dans cette communication.

En effet, disons-le tout de suite, si, pour la majorité des cas de démence précoce, la présence et l'apparition de la tuberculose s'expliquent par suite des conditions reconnues en général (conditions hygiéniques mauvaises, durée longue de la maladie, troubles somatiques, etc.), — il existe donc à ce titre une association accidentelle entre la maladie psychique et l'affection bacillaire, — il nous paraît à nous, en échange, que pour un bon nombre de cas, il y a plus que simple coexistence des deux affections, il y aurait un certain rapport de *solidarité*, pour ainsi dire, rapport qui tiendrait, peut-être, à quelques mécanismes d'ordre plus intime. C'est sur ce point spécial que nous tâcherons de donner quelques explications.

Nos recherches sur ce problème de la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces n'embrassent pas seulement le groupe morbide en question, mais encore elles touchent toute une série d'autres formes de maladies mentales. Par ce moyen seulement, on arrive à connaître et à juger d'une façon comparative quelle est la proportion des cas des différentes aliénations (paralytiques généraux, mélancoliques, imbéciles, pellagreux, idiots, etc., etc.), autres donc que ceux appartenant à la démence précoce, et ceux de déments précoces mêmes, les uns comme les autres constatés et reconnus tuberculeux.

Pour la mise en évidence de la bacillose chez tous nos aliénés et spécialement chez les déments précoces, — de la tuberculose latente pour la majorité des cas, —

©BIUM

nous avons employé les nouvelles méthodes d'investigation expérimentales, les injections de tuberculine, la cuti-réaction et surtout l'oculo ou l'ophtalmo-réaction. Cette dernière méthode nous a paru la plus fidèle et la plus exacte.

La tuberculine nous a été procurée par l'Institut de bactériologie de Bucarest.

Voici la manière dont nous avons procédé. Nous injections une à deux gouttes d'une solution à 1 p. 100 de notre tuberculine concentrée à un certain nombre de malades choisis par séries, et, après un intervalle de six à huit heures, nous enregistrions les résultats suivant les phénomènes que nous observions nous-mêmes du côté des yeux de chaque malade. La réaction apparaissait positive, douteuse ou négative, selon que l'inflammation conjonctivale, la rougeur, se montrait intense, moyenne ou nulle.

On comprend sûrement que, dans nos recherches, nous avons gardé toutes les règles prescrites par l'auteur de la méthode. Surtout nous n'avons point utilisé les malades qui présentaient d'avance quelques troubles oculaires ; de même ni les déments précoces, négativistes, trop récalcitrants, chez lesquels tout essai d'appliquer la méthode ne réussissait point.

Voici nos résultats inscrits dans ce tableau ci-dessous :

Formes de psychoses.	Nombre de cas.	Réaction positive.	Réaction douteuse.	Réaction négative.
Psychose maniaco-dépressive.	2	1	»	1
Paranoïa primitive chronique.	5	1	1	3
Psychose alcoolique	6	»	2	4
Idiotie.	5	2	»	3
Psychose pellagreuse.	7	1	»	6
Psychose hystérique	7	2	2	3
Paralysie générale.	15	»	4	11
Imbécillité	16	8	1	7
Epilepsie.	24	9	13	2
Démence précoce.	*63*	*42*	*4*	*17*

Ce tableau est assez éloquent. Comme on le voit clairement, la proportion des cas de démence précoce est considérable (70 p. 100), à côté de celle des autres formes des maladies.

On pourra nous objecter, et à juste raison, que le long séjour des déments précoces à l'asile, cause de tuberculisation, explique la grosse proportion, d'une façon très naturelle. Or, il n'en est pas ainsi, puisque nous nous sommes entourés de la précaution d'expérimenter en premier lieu sur des cas récents de démence précoce, dès leur admission à l'asile dans les premiers jours ou semaines ; tandis qu'en ce qui concerne les imbéciles, les épileptiques et voire même les paralytiques généraux, il se trouvaient internés depuis longtemps et bien avant les déments précoces. En même temps, nous n'avons pas négligé de rechercher l'hérédité tuberculeuse, et encore si, avant d'appliquer la méthode de Calmette, on ne décelait pas des signes cliniques évidents de bacillose pulmonaire, osseuse ou intestinale. Des pareils cas de déments précoces n'étaient pas nombreux.

D'autre part, comme un point intéressant pour nous, c'est que dans la majorité des cas du groupe constatés tuberculeux, nous avons remarqué une *association d'évolution* entre les deux maladies, plus souvent dans le sens d'une aggravation, rarement un antagonisme, fait qui, selon nous, una e certaine importance.

Maintenant, une fois que les choses se montrent ainsi, il nous reste encore à tenter une interprétation des faits constatés, s'il est possible, jusqu'à un certain point.

A quoi tient cette fréquence de la tuberculose chez les déments précoces? Existe-t-il entre la démence précoce et la tuberculose quelques relations intimes certaines? Ce sont ces deux questions qui demanderaient tout de suite une réponse. Mais, à l'heure qu'il est, la réponse ne

©BIUM

peut pas être donnée. Essayons, tout de même, seulement, d'interpréter nos données.

De nos jours, tous les auteurs reconnaissent l'existence réelle du nouveau goupe clinique de la démence précoce, tel qu'il a été créé par Kraepelin. Ce groupe morbide se distingue cliniquement par une série de symptômes psychiques et somatiques, précisés pour chacune de ses formes.

Mais ce qui reste encore obscur, et cela dans une large mesure, c'est la *pathogénie* et la *nature* de la maladie. Néanmoins, des études récentes sur ce problème paraissent faire jaillir quelque peu de lumière.

En effet, aujourd'hui, on tend, d'une façon générale, à admettre que dans la démence précoce on a certainement affaire à un substratum matériel, organique, et non à une simple maladie fonctionnelle. A ce titre, il semble que des phénomènes insolites se passeraient du côté des processus spéciaux des sécrétions internes et qu'ils amèneraient comme conséquence immédiate des troubles profonds dans les mécanismes des échanges nutritifs. C'est le seul fait acquis, plausible plus ou moins, mais pas plus précis, quant à savoir si les troubles des sécrétions internes appartiennent au domaine de la vie sexuelle, comme le présumerait vaguement le professeur Kraepelin, ou bien à autre chose.

Et, vraiment, en faveur de l'existence des troubles intimes organiques viennent surtout des recherches faites par quelques auteurs sur les liquides et les humeurs des déments précoces. Ce sont celles de *Dide* et *Chenais* sur le sang (*sensible éosinophilie*); de *Rossi* (*diminution de l'urée*); de *Rebizzi* (*toxicité augmentée du sang*); de *Ilba* (*la présenee dans le sérum sanguin d'hémolisine thermolabile et d'antihémolisine*), et encore d'autres qu'il serait long à détailler. En même temps, il y a les découvertes anatomiques d'*Alzheimer*, de

Klippel et *Lhermitte*, de *Dide*, de *Zalplachta*, etc., qui plaident de même pour l'existence des processus organiques propres plus ou moins à la démence précoce.

De plus, il y a quelques années déjà, *Alzheimer*, et, récemment, *Lévy* et *Laignel-Lavastine* surtout, ont attiré l'attention sur la nécessité de distinguer, dans tous les cas de démence précoce avec tuberculose, les lésions anatomiques qui appartiennent à la maladie psychique de celles qui sont en fonction de la tuberculose ; et cela d'autant plus que tous nous savons, aujourd'hui, que la toxine tuberculeuse exerce une influence certaine sur le cerveau, à tel point même qu'elle est capable à elle seule d'engendrer des troubles psychiques manifestes. D'ailleurs les nouvelles recherches de *Salter*, de *Maffuci* et de *Chrétien* ont démontré l'action délétère, très toxique et même convulsivante de la sueur, de l'urine et de la salive des phtisiques, injectées expérimentalement à des animaux. De sorte que, une fois qu'est reconnue et démontrée amplement l'influence qu'exerce la toxine tuberculeuse sur le cerveau, il est facile de comprendre que, dans notre cas, chez des déments précoces chez lesquels le cerveau se trouve déjà d'avance atteint, l'action de la toxine tuberculeuse se fera ressentir d'une façon évidente. Il y aurait, on pourrait très bien croire, une sorte de *synergie d'action* entre les processus cellulaires bio-chimiques qui s'opèrent à la base de la démence précoce et ceux toxiques dus à la bacillose. Et cette synergie d'action semble se réaliser, avec une certaine prédilection, surtout dans les cas de démence précoce et rarement dans d'autres affections mentales à base organique. Par conséquent, il y a *solidarité* entre les deux affections, solidarité au point de vue des mécanismes des processus organiques intimes, comme il y a de même solidarité au point de vue de l'évolution cli-

©BIUM

nique. La tuberculose et la démence précoce évoluent de concert, s'aideraient à évoluer pour ainsi dire.

Ce sont ces quelques constatations qui nous ont paru intéressantes jusqu'à un certain point. Elles s'appuient sur des observations cliniques d'une part, et sur des faits expérimentaux d'autre part. Un de nous (Dimitresco) développera ce sujet dans une thèse originale, où les faits seront donnés avec plus de détails et mieux analysés. D'ailleurs, nous reviendrons dans quelque temps sur cette question intéressante, avec les résultats de nos recherches poussées plus loin.

©BIUM

DE L'APPLICATION DU RÉGIME VÉGÉTARIEN AUX ÉPILEPTIQUES (1)

PAR LES DOCTEURS

A. RODIET
Médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron

E. LALLEMANT
Médecin en chef de l'asile Saint-Yon

ET

J. Ch. ROUX
Médecin assistant de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous avons expérimenté le régime végétarien strict, c'est-à-dire sans lait ni œufs, ni aucun aliment contenant des albuminoïdes d'origine animale, sur onze malades femmes épileptiques à crises très fréquentes et très violentes.

De cet essai de traitement, appliqué pendant cinq mois, nous pensons qu'on peut conclure que c'est une erreur d'attribuer uniquement les crises comitiales à une intoxication d'origine gastro-intestinale. Mais l'épilepsie coïncidant souvent avec des troubles digestifs variés, les intoxications d'origine alimentaire que ces troubles entraînent, peuvent être l'origine des crises épileptiques chez un prédisposé. Dans tous les cas, ces intoxications contribuent à donner à l'épileptique son caractère spécial et son tempérament particulier, et elles sont la cause d'une plus grande fréquence des

(1) Cet article résume les conclusions d'une étude sur *Le traitement de l'épilepsie par le régime végétarien* (Mention honorable de l'Académie de médecine. Prix Barbier, 1909).

©BIUM

accès. Elles diminuent sa résistance vitale. Nous comprenons donc le mot régime (du latin *regere*, gouverner) dans le sens le plus large, c'est-à-dire indiquant l'usage raisonné et méthodique des aliments, et nous admettons aussi que, suivant l'opinion du Dr Pascault (1), tout ce qui, dans l'homme, n'est pas dû à l'hérédité, est dû au milieu, et que, par le milieu, on peut corriger l'hérédité. Le régime est une des conditions du milieu. Dès lors, tout régime qui produira une amélioration de l'état gastrique, même s'il n'agit pas toujours sur le nombre des crises, pourra produire d'heureux effets sur le caractère, la tension artérielle, les urines, l'état mental, etc.

Quel sera le régime à instituer chez les épileptiques? Carné, végétarien ou lacto-végétarien ? L'indication doit varier suivant le malade, son hérédité, son tempérament, l'état de ses différents organes, et toujours l'état de ses fonctions digestives. Le même régime végétarien, favorable dans nos observations I, III, IV, VI, VIII, X, XI, n'a eu aucun résultat sur la malade de l'observation V, et a donné des résultats franchement défavorables dans les observations II, VII et XVIII. Lorsque les organes digestifs fonctionnent bien, on peut discuter l'hypothèse que la viande et les autres aliments azotés animaux causent plus de phénomènes d'intoxication que les albumines végétales, les graisses et les hydrates de carbone. Ce sont avant tout des aliments excitants. La suppression de ce régime excitant, son remplacement par le régime végétarien strict ou par le régime lacto-végétarien ne peut qu'avoir une influence favorable sur l'état épileptique. Si, au contraire, il y a insuffisance gastrique, ou hépatique, ou intestinale, fermentations secondaires et auto-intoxication, le régime végétarien

(1) Pascault. Alimentation et hygiène de l'arthritique. *Société végétarienne de France*, Paris, 1905.

dans certains cas, le régime lacto-végétarien dans d'autres cas plus nombreux, ou encore le régime sans purines produira, en même temps qu'une amélioration des troubles gastriques, une amélioration de l'état général et des crises d'épilepsie. On peut même se demander si les heureux résultats obtenus par le régime de déchloruration chez certains épileptiques ne sont pas dus en partie à ce que ce régime diminue l'hypersécrétion et l'hyperacidité chez ces malades. Le régime de déchloruration agirait aussi, pense M. Albert Désery (1), non seulement en déchlorurant les cellules de l'organisme et en rendant ainsi l'activité des sels de brome plus efficaces, mais en réduisant au minimum les fermentations gastro-intestinales et la production des toxines alimentaires.

On sait, du reste, que le régime de Richet-Toulouse ne réussit pas toujours. C'est un traitement contre-indiqué, lorsqu'il y a hypoacidité et hypopepsie. Il ne faut donc jamais négliger l'examen des fonctions gastriques du malade. L'indication essentielle pour nous, comme pour la plupart des auteurs qui ont étudié le régime alimentaire des épileptiques, est de soumettre ces malades à une hygiène telle que l'irritation mécanique du tube digestif, les fermentations anormales et les poisons qui en résultent, tels que l'indican et l'excès d'acide urique, soient réduits au minimum.

Il peut même arriver que le régime agisse sur un des symptômes de la maladie, sans avoir d'effet sur les autres. C'est le cas du régime végétarien, qui a diminué pendant quelque temps les crises de fureur épileptique habituelles chez une malade (Obs. XI). Il a eu aussi pour effet, pendant toute la durée de son

(1) Albert Désery. Contribution à l'étude du traitement diététique de l'épilepsie, *Thèse* de Montpellier, n° 45, avril 1903.

©BIUM

application et même après qu'on l'a cessé (Obs. X), de modifier, jusqu'à un certain point, le caractère de plusieurs malades (Obs. I, IV, X, XI).

Ce fait a déjà été signalé par Armand Gautier (1) et d'autres auteurs (2), à propos de l'influence de l'alimentation sur le caractère et les mœurs des individus et des races. Chez nos malades en observation, d'autres résultats ont été obtenus. Le poids des sujets des observations III, IV, X et XI a augmenté en même temps que se produisait l'amélioration de l'état gastrique et de l'état général. Les crises ont diminué pendant toute l'application de ce régime chez les malades des observations I, III, IV, VI et IX. Le fait est d'autant plus intéressant qu'on a diminué les doses journalières de bromure.

L'alimentation végétarienne stricte, de même que le traitement déchloruré et le régime lacto-végétarien, renforce donc l'action du bromure de potassium. Avec des doses de 1 à 2 grammes, on obtient les mêmes effets sur les crises qu'avec des doses de 5 à 6 grammes avant l'institution du régime. Le régime, quel qu'il soit, ne suffit pas à combattre l'épilepsie. Il faut lui adjoindre la médication bromurée, les purgatifs légers, les douches, etc. La même alimentation ne produit pas des résultats identiques dans tous les cas. C'est ainsi que les crises ont augmenté de près de moitié chez la malade XI, et restaient stationnaires chez les malades V et X.

Ce régime n'est donc pas à recommander dans tous les cas d'épilepsie.

Nous pensons seulement qu'il peut être essayé avec

(1) Armand Gautier: *L'alimentation et les régimes chez l'homme sain et les malades*, 1908, Masson, éditeur.
(2) Contet, Collière, Lefèvre, etc.

succès chez certaines malades, tout en considérant qu'il est inférieur comme résultats au régime lacto-végétarien. Nous pensons aussi qu'il pourrait être prescrit pendant la grossesse aux femmes épileptiques ou à antécédents nerveux. L'hérédité de l'épilepsie étant affirmée par tous les auteurs et prouvée par des exemples nombreux, un régime d'abstinence et de moindre intoxication est tout indiqué comme moyen prophylactique, de même que pour la syphilis. Pourquoi, dans les familles où les accidents du côté du système nerveux ou de l'état mental sont à craindre, ne pas instituer une prophylaxie efficace avant la naissance?

Même si, dans tous les cas d'épilepsie où il sera appliqué, le régime végétarien ne donne qu'une amélioration partielle ou momentanée, il n'en sera pas moins utile de l'essayer. Ce qu'il importe surtout de combattre, disait Tissot, « c'est l'habitude ». Tout ce qui peut rompre cette habitude, même momentanément, retarde la déchéance intellectuelle et physique du malade.

©BIUM

DÉLIRE DE PERSÉCUTION

A BASE CÉNESTHÉSIOPATHIQUE

Par le Dr F. TISSOT

Médecin de l'asile de Dury (Somme).

Les psychopathes de la sensibilité peuvent être rangés en deux catégories, suivant que prédominent chez eux ou qu'existent seules les manifestations de l'une ou de l'autre des deux formes de la sensibilité somatique : ceux qui présentent des troubles sensoriels et justifieraient assez bien l'appellation de sensoriopathes ; ceux dont les phénomènes morbides ressortissent à la sensibilité générale organique ou cénesthésie, et qui sont déjà désignés du nom de cénesthésiopathes. Il n'est pas douteux, par exemple, que certains délirants partiels alimentent leur système uniquement avec des illusions et des hallucinations des sens ; que d'autres, indemnes de toute participation sensorielle, basent le leur sur des troubles des sensations internes. On imagine aisément que ces derniers soient des interprétants, obligés de chercher une explication à des sensations inconnues qui n'ont pas l'objectivité indiscutable d'hallucinations ; tandis que celles-ci imposent son délire à leur victime, l'interprétant doit se créer le sien avec des éléments non différenciés.

Voici l'observation d'un malade dont le délire systématique roule uniquement sur des troubles cénesthésiques interprétés à la faveur d'une idée préconçue de persécution.

©BIUM

OBSERVATION. — Constitution paranoiaque, alcoolisme, bouffée psycho-sensorielle et délirante. Systématisation dans la persécution, influence des rêves, interprétation hypocondriaque de troubles cénesthopathiques variés. Lymphocytose rachidienne.

Dab..., Louis, vingt-neuf ans, manœuvre, interné à l'asile de Dury le 10 juillet 1906.

Antécédents héréditaires. — Père ivrogne, mort misérablement à quarante-huit ans après avoir abandonné son ménage. — Mère débile, illettrée, dix-septième enfant sur dix-huit, dont il ne reste que deux vivants. — Un frère mort de convulsions dans le premier mois, un autre bien portant.

Antécédents personnels. — Convulsions dans le jeune âge. Fièvre typhoïde à douze ans. Service militaire (un an), sans incident. Pas d'affection vénérienne. Intelligence bonne, instruction sommaire ; caractère doux, concentré ; esprit pensif, raisonneur : quand il avait des contrariétés, il lui arrivait de se coucher pour mieux réfléchir. Usage habituel de boissons alcooliques.

Histoire psycho-pathologique. — Début en janvier 1906 par des troubles sensoriels nocturnes et par des idées de persécution où perce déjà la double influence de l'onirisme et des altérations cénesthésiques : des voisins viennent gesticuler et grimacer autour de son lit, il les pourchasse jusque dehors ; le jour, il va les accuser de le magnétiser, de le travailler avec une pompe, de s'emparer de sa volonté, de connaître sa pensée et ses actes intimes. Bientôt ces personnes s'effacent de la scène délirante, remplacées par l'intervention d'un commissaire de police d'Amiens (que nous désignerons par l'initiale G.), que Dab... ne connaît nullement, mais dont il a apprécié l'habileté professionnelle par la lecture au hasard de quelques faits divers. Dès lors, sa conviction est assise : c'est le commissaire qui assumera désormais la responsabilité de tous les incidents de sa vie pathologique, il va dominer son existence, l'absorber tout entière ; et ce délire de persécution deviendra véritablement un délire de domination, alimenté sans cesse par de nouvelles découvertes, par des rêves symboliques, par des troubles cénesthopathiques multiples.

Les manifestations morbides continuent la nuit : Dab... se plaint de ne pouvoir dormir, G... lui apparaissant déguisé en ours, en sorcier, lui faisant passer des bataillons sur le corps,

©BIUM

l'ahurissant de mille sortilèges. A l'atelier, qu'il continue de fréquenter malgré son excitation croissante, il raconte son odyssée, formule des plaintes, cherche à convaincre ses camarades. En avril, il cesse tout travail : G... déployant alors les ressources de son occulte prestige, s'empare de lui corps et âme, l'asservit à son inéluctable puissance ; c'est son jouet, sa chose, son « paillasse ». G... a résolu d'en faire l'instrument de sa fortune en le présentant aux « femmes bourgeoises capitalistes » comme un être passionné, apte aux plus belles prouesses amoureuses, comme un « maître bandeur » dont elles pourront à prix d'or s'offrir les talents.

Tel est le thème : toute l'activité intellectuelle de Dab... tendra à l'édification et au complètement de l'œuvre délirante dont les matériaux, puisés dans les perceptions externes mais surtout internes, seront adaptés à la faveur d'interprétations systématiques.

Or, fait intéressant, ce thème semble avoir puisé, sinon son origine, du moins sa netteté et son organisation définitive, dans des rêves symboliques, scènes extravagantes que Dab... est persuadé d'avoir vécues pleinement éveillé, de jour et en public, où il dit que lui furent révélées sa destinée et la signification de ses tourments ultérieurs. Voici, à titre d'exemple, et très résumée, l'une de ces représentations fantaisistes qui se répétèrent à diverses reprises dans la même forme : sur le lieu qu'il a choisi pour le spectacle, G... imite le tonnerre, simplement en se pressant une côte ; à cet appel olympien la foule s'assemble et se range. Il narre alors les talents spéciaux de Dab..., il expose ses vues sur lui : par la force qu'il lui communiquera, celui-ci pourra satisfaire dix femmes par jour plus une la nuit. G... emploie dans ses discours un répertoire très ordurier dans le but d'attiser les désirs érotiques des femmes riches présentes qui n'hésiteront pas à payer cher une telle aubaine à l'industrieux proxénète. Pour inspirer à tous une respectueuse frayeur de son prestige, il fait exécuter à son « paillasse » des exercices étourdissants : porter des poids de cinq mille kilos, escalader les maisons, courir sur les toits, sauter en bas ; il l'oblige à montrer sa verge, il suggère aux assistantes des propos pornographiques. Malheur à quiconque oserait protester, celui-là est invectivé grossièrement et confondu par la révélation publique de quelque fait personnel déshonorant, car G... n'est pas qu'un illusionniste habile, c'est un « sorcier » qui connaît la vie passée, actuelle et future de chacun. Puis il

s'envole dans les airs enlevant avec lui deux agents, ses gardes du corps.

Un jour, après de nombreuses péripéties du même genre, Dab... put enfin rentrer chez lui ; une demi-heure après son coucher, dit-il, il se retrouva en caleçon dans un café connu, y ayant été porté « en somnambule » par G... qui le maintenait là suspendu au-dessus du billard ; au bout d'un temps, celui-ci le prit dans ses bras et le ramena au lit par la voie des airs.

Ces exemples montrent assez que ce sont bien là des fantasmagories de rêves où les aberrations cénesthésiques tiennent une place importante.

Cette puissance magique, G... la doit à sa « pompe » : celle-ci lui sert à faire penser, parler, marcher, s'arrêter les personnes malgré elles, à faire bander, à envoyer de la force, à exécuter ses innombrables « escarperies », à produire des illusions variées des sens (« bleuvues »). La manœuvre de la pompe, les scènes abracadabrantes de l'état second sont décrites par Dab... avec une grande netteté des souvenirs, une remarquable précision des conditions de temps, de lieu, de personnes, avec un foisonnement de détails qu'il est impossible de reproduire ici.

Les troubles perçus à l'état de veille ne le cèdent pas en variété ; le malade les analyse et les interprète avec minutie et méthode ; mais ils sont du domaine interne seul, car depuis son internement Dab... n'a plus d'hallucinations sensorielles. Tout ce qu'il éprouve d'insolite est l'indice des transformations organiques que son corps doit subir : avant d'être soumis à l'œuvre « de ruine et d'orgie », il doit couver des maladies destinées à le préserver de la folie, qui ne manquerait pas de l'atteindre s'il s'adonnait sans préparation à ces travaux forcés d'amour.

En mai 1906, il s'aperçoit, et il fait constater la chose à sa mère, que son cœur ne bat plus qu'aux trois quarts de sa force ; pour lui éviter la congestion, en diminuant l'apport de sang au cerveau, les artères y afférentes vont subir une dessiccation progressive. — En juin, installation d'un sifflet dans la tête « au niveau de l'os pariétal droit » : « le sang est poussé par la planche des pieds dans les grosses artères jusqu'au sommet de la tête où il forme sifflet ». Cette poussée sanguine comporte une sensation spéciale, « comme l'imitation de culs de bouteilles roulés dans les artères ». — Dab... a des « battements de sang » dans la tête et en diverses parties du corps : il a l'impression que son sang est animé « d'un va-et-vient comme de l'eau agitée

©BIUM

dans une bouteille ». « Je sens, dit-il, l'envoi se retirer quand G... arrête la pompe. » « En me bouchant les oreilles, j'ai l'imitation dans la tête d'un roulement de locomotive avec tous ses accessoires ; en serrant les dents, celle d'une sonnette électrique fonctionnant d'après le sifflet. » Etant couché et éveillé il ressent des « tremblements de chair », survenant par un coup de pompe et le faisant tressauter dans le lit, tantôt généralisés à tout le corps, tantôt localisés à une partie.

Pour lui « user l'esprit » (que Dab... situe dans la région occipitale, le cerveau siégeant, selon lui, dans le sinciput), G... le fait songer sans relâche pendant son sommeil, depuis juin 1906 : ces rêves cauchemaresques évoluent généralement dans un milieu lumineux, éclairé de « boules électriques », d'où leur dénomination de « songes lumière ». Très fréquents au début, une cinquantaine par nuit, dit-il, ils ont diminué de nombre, de même qu'il n'entend plus le claquement et le ronflement de la pompe qui les accompagnaient autrefois : « C'est qu'il s'affaiblit, que son sang est empoisonné par l'envoi incessant de projectiles, que son esprit s'use, que par conséquent G... n'a plus besoin de pomper aussi fort, l'œuvre de maladie étant déjà avancée. »

A l'état de veille, soit le jour, soit plus volontiers le soir au lit, mais seulement quand il ferme les yeux, il a des « visions » à contenu simple (rivières, brouillards, flammes, grosses mains, etc.) ou compliqué (scènes vivantes, intérieurs) ; c'est ainsi qu'avant son internement, il aurait eu la vision nette du quartier de l'asile où il devait être enfermé. Ces visions s'accompagnent de « frissons dans la main gauche et de battements dans les veines du front ».

Les « milliards de songes » ont produit « un ombrage » dans l'œil droit ; en regardant le ciel, il a vu pendant quelque temps des rosaces, des centaines d'étoiles noires et d'argent.

En janvier 1907, surviennent des « crises internes » : le sang « monte sur l'estomac », provoquant une brûlure, et correspond dans l'oreille gauche.

En février, un deuxième sifflet se place à gauche de la tête, symétriquement à l'autre : ces sifflets fonctionnent constamment, nuit et jour, mais Dab... cesse de les entendre quand son attention est distraite, quand il « ne pense pas », quand il parle ou qu'un bruit extérieur plus fort les couvre.

En juin 1907, G... institue les pincements d'artères ; Dab... en relate avec soin les conditions et les dates dans ses notes

journalières : « 24 juin, pincé l'artère droite appelée veine cave inférieure; à chaque fois, le sang bute dans l'oreille gauche; de juin à septembre, je l'ai sentie pincée 60 fois. — 7 septembre, pincé les artères des jambes, et je crois qu'il pinçait une petite veine sur le cœur gauche. — 9 septembre, pincé dans le talon gauche. — Depuis le début des maladies, j'ai senti 15 fois l'anus s'ouvrir et comme l'imitation d'un morceau de glace dedans. — Nuit du 12, pincé le larynx 1 fois. — Nuit du 15, pincé 20 fois l'artère de la cuisse gauche, 1 fois celle de la droite; le sang n'a pas buté dans l'oreille. »

Depuis les pincements d'artères, Dab... prétend ne plus ressentir de battements de sang, et cela s'explique sans peine, dit-il : ces pincements ayant pour but d'aplatir les artères, d'y arrêter le cours du sang, le battage aurait un effet empêchant.

« 30 septembre, pincé l'artère droite 5 fois légèrement et 1 fois la gauche (l'aorte) vis-à-vis. Dans la cuisse gauche, à l'endroit des pincements, je sens le sang craquer. — 7 octobre, gratté sur le larynx. — 10, pincé sur le côté gauche du cœur. — 14, j'ai senti l'attaque de la pompe dans le coude droit, le sang a correspondu dans tout le bras et résonné dans la veine cave inférieure jusqu'à l'endroit où elle est pincée dans le bas-ventre; je n'ai senti rien de là à la cuisse et au pied, preuve que la circulation est arrêtée dans cette partie du vaisseau. — 2 novembre, je me sentais attaqué dans le lit (attiré, aspiré), mon corps était dodiné, chaque oscillation correspondant à un claquement de la pompe. — 18, appuyé sur le sternum et respiration coupée net 5 fois. — 25, tiré une veine qui est en face du sternum pendant cinq minutes, le sang craquait par petits coups dans l'oreille. Dans les fortes attaques de la pompe, le sang est arrêté par tout le corps, car je ne me sens plus. — 12 décembre, tremblements de chair en plein ventre. — 19, après une vingtaine de songes lumière, je me suis réveillé et j'ai senti une veine se dégonfler dans la tête au niveau de l'os occipital. — 30, pincé une veine près du cœur plus de 60 fois, autant dans la nuit; à chaque pincement, j'ai une colique. — 2 janvier 1908, pincé l'artère près du cœur plus de 100 fois, chaque fois j'avais envie de vomir. — 8 février, pincé 8 fois, à droite, un des 70 nerfs de la verge. — 15, à peine au lit, je me sentais endormir à six reprises, étant tenu par la pompe, je ne me sentais plus, l'esprit me manquait; sitôt lâché, je reprenais mes sens et le sang circulait en moi. — 16, pincé dans la tête, avec écho dans le nez imitant le dégonflement d'une vessie. —

©BIUM

26, imitation de gros frissons gelés dans le bas-ventre, 6 fois soulevé dans le lit. — 16 avril, pincé le pied gauche. — 23, pincé 8 fois le bout du cordon dans le ventre, avec coliques et envies d'aller à la selle. — 2 mai, G... touchait quelque chose dans le corps que je ne puis deviner, le cœur battait fort, le sang fonctionnait partout : assurément, il m'arrêtait l'oreillette gauche du cœur. — 14, pincé une veine dans le testicule gauche.

« Toutes les nuits, G... est à l'entour de moi, j'entends sa pompe et ça ronfle. Depuis que la veine cave est pressée, je ne transpire plus du pied droit ; un cor, autrefois très douloureux, reste insensible ; du bas-ventre au sein, cette veine est raplatie, vide comme une peau de boudin ; la circulation dans l'aorte est réduite de moitié, le sang ne circule plus dans la tête, je suis donc paralytique, péritonique et autres maladies incurables. »

Tels sont quelques-uns des multiples troubles ressentis journellement par Dab... : leur extrême diversité n'est-elle pas une raison probable pour leur dénier un substratum anatomique connu? L'examen physique ne révèle rien d'organique : cœur régulier, sans bruits anormaux ; pas de troubles digestifs, pas d'hypertrophie du foie. Tous les réflexes existent, tendineux, osseux, cutanés. Hypoesthésie générale de la moitié droite du corps. Œil gauche en léger strabisme datant des convulsions de l'enfance ; pupilles égales, restant égales à la mydriase provoquée, réagissant à la lumière et à la convergence ; papilles normales. Aucun trouble de motricité ni de motilité. — Malgré l'absence de tout symptôme valable de réaction méningée, une ponction lombaire, pratiquée en octobre 1908, a révélé une lymphocytose assez marquée.

L'activité délirante de Dab... ne s'alimente pas qu'aux incidents quotidiens, elle anticipe l'avenir : prétendant connaître sa destinée par le menu, il en complète intégralement l'histoire ; et cette deuxième partie, la partie active de sa vie « d'homme-chien », ne l'éjouit pas plus que l'autre. Lorsque, toutes les maladies étant couvées, il sera jugé bon pour se prostituer, G... le fera sortir de l'asile : il lui donnera quelques jours d'apparente liberté pour se montrer en ville aux femmes bourgeoises, il prouvera l'intégrité intellectuelle de sa victime, lui fera exécuter une dernière fois quelques acrobaties, et l'ayant enfin enlevé dans les airs il l'amènera dans la maison de passe désignée pour lieu de l'orgie. C'est là que, bon ou mal gré, à renfort « d'argigot », de cantharide, de drogues aphrodisiaques

©BIUM

fabriquées par G..., Dab... devra sans trêve satisfaire les passions des clientes. Or à ce métier l'épuisement est fatal dans un laps restreint : « Je suis foutu, je vais crever dans deux ans au plus, je suis rempli de maladies, craqué comme une mécanique qu'on a trop remontée et qui se brise. » Mais il ne veut pas mourir sans se venger du sexe féminin qui l'a « ignoblement acheté » : de tout son pouvoir, il contribuera à la ruine de ces femmes en les sabotant, leur arrachant d'importants pourboires, les piquant, au bon moment, avec une « petite pompe médicale » (seringue), pour exaspérer leur érotisme : « Je suis condamné à mort, allons-y pour la ruine des bourgeois. » Enfin, usé, à bout, poitrinaire, jaune comme un citron, il mourra à la tâche; G... alors sera riche à millions et le sort de sa victime le laissera froid.

Cependant Dab... ne se résigne pas à un sort si misérable, il tente même activement d'y échapper : avant son internement il songeait à se pendre, il avait préparé le nécessaire pour cela; mais comme il exigeait de sa mère qu'elle se pendît la première pour expier son crime de complicité avec G..., il ne fit pas de tentative. A l'asile, il se mutile le visage de diverses façons, pour se défigurer, se rendre « dégueulasse », pour dégoûter de lui les femmes; il avale des pièces de monnaie, des clous « pour se faire crever ».

Abandonnant bientôt ces procédés, il va tenter de faire découvrir le crime de G... : Il établit à des centaines d'exemplaires des écrits, agrémentés de dessins symboliques, originaux ou adaptés, où il raconte sommairement son histoire, appelle au secours la classe ouvrière et les gens de pouvoir, formule des imprécations contre son persécuteur; il signe « Louis Dab..., chien pire qu'un fou ». Il distribue ces feuilles à tout venant; les jours de parloir, il en inonde l'avenue passagère, espérant bien que l'une d'elles tombera en bonnes mains. De plus, il transcrit chaque jour les souffrances ressenties, les progrès des maladies, les songes subis, afin, dit-il, que le jour « où çà se découvrira » on puisse juger, soit aux rayons X, s'il est encore vivant, soit par son autopsie, de l'exactitude de ce qu'il avance. Mais que de difficultés à surmonter! que d'obstacles s'élèvent sans cesse! les événements eux-mêmes, par leur importance et leur répétition depuis le début de son affaire, dérivent à son préjudice l'attention des gens au pouvoir; si ces événements divers, politiques, criminels ou scandaleux, ne sont pas tous imputables à G..., du moins Dab... l'accuse-t-il net d'avoir

©BIUM

fait mourir, « en leur cassant un fil au cœur par sa pompe », plusieurs personnes amies susceptibles de s'occuper de lui. C'est encore lui, G..., qui fait s'en aller ou se marier les gardiens ici : les uns quand ils en savent trop sur sa crapulerie, les autres pour qu'occupés avec leurs femmes ils ne s'intéressent pas à son triste sort.

« Mais aussi quelle vengeance quand çà se découvrira! la classe ouvrière tout entière viendra à son secours, se ruera à l'assaut de la bourgeoisie capitaliste pour venger la ruine des mères et des petits enfants. Quant à G..., il aura passé la frontière emportant avec lui son argent préalablement échangé en monnaie du pays qu'il aura choisi pour sa retraite. »

D'après cette description, déjà longue quoique écourtée, il semble bien que Dab... appartienne à la grande classe des cénesthésiopathes qui comprend, entre autres espèces, les hypocondriaques, les neurasthéniques et les cénesthopathes de Dupré et Camus : un caractère très net différencie ces derniers, c'est qu'ils ne délirent pas, ne tentent pas d'explication médicale de leur état. — Dab... est-il un hypocondriaque ? Chez lui les sensations externes, les impressions sensorielles sont nettes, adéquates : aussi ne formule-t-il aucun doute sur le monde extérieur, le voyant tel qu'auparavant ; seuls certains phénomènes subjectifs, du domaine des sensations organiques, attirent son attention, il les interprète à la lumière de l'idée préexistante de persécution : tout ce qu'il ressent d'anormal est l'expression des manœuvres criminelles opérées sur lui par des moyens occultes, pour lui faire couver les maladies contraires à la folie : or, les organes internes sont les seuls attaqués, les parties directement visibles du corps étant respectées, ce qui est conforme au thème délirant, puisque Dab... doit rester appétissant pour les femmes. S'il croit à une transformation de son corps, celle-ci est purement anatomique, quantitative ; ses interprétations ne l'amènent et ne le mèneront probablement pas à la

dépersonnalisation, au délire métabolique proprement dit. Il s'intitule bien « l'homme-chien », mais c'est là une expression symbolique, une allusion à sa bestiale destinée. — La personnalité morale est elle-même intacte ; la chose vaut d'être signalée si l'on songe au besoin délirant du sujet et à l'obsédante multiplicité des phénomènes subjectifs.

Il faut sans doute attribuer cette conservation à l'influence de l'idée dominante, ici véritable idée rectrice qui systématise les interprétations, les maintient dans la forme et la couleur adaptées à la thèse solidement conçue, et qui donne à cet ensemble psychopathique des qualités indiscutables d'unité et de cohésion. Car Dab... est avant tout un interprétant, un raisonnant à tendance systématique : il a l'hérédité prédisposante, la constitution du paranoïaque et les caractéristiques psychiques : développement des facultés d'observation et d'imagination, positivité de l'esprit toujours en quête de la certitude, intégrité suffisante de la logique pure, toutes conditions qui supposent nécessairement la conservation de la quantité intellectuelle ; il faut y ajouter l'absence de troubles sensoriels vrais.

Toutes ces considérations font que Dab... ne se présente pas comme un véritable hypocondriaque ; au surplus, ce serait un hypocondriaque par hyper et non par hypocénesthésie, car ces deux variétés sont des réalités cliniques. Ce n'est pas non plus un hypocondriaque résigné, passif; il sait qu'il n'y a rien à faire contre une force supérieure et insaisissable, mais il fait tout pour se soustraire à son sort, il ne désespère pas de réussir, du moins il ne succombera pas sans lutte ni sans vengeance.

De même qu'il existe des délirants de persécution à base sensorielle, de même il y en a à base exclusivement cénesthésique, et chez ces derniers, suivant la

©BIUM

nature et le siège des troubles ressentis, l'interprétation peut être à teinte hypocondriaque. C'est bien, semble-t-il, le cas de Dab... : celui-ci, à notre avis, est atteint de délire de persécution basé sur l'interprétation hypocondriaque de troubles cénestopathiques.

Un autre détail intéressant est à remarquer, c'est la réaction leucocytaire du liquide rachidien : ce fait, d'une portée générale, affirme assez l'existence, depuis longtemps supposée, déjà souvent constatée, de lésions organiques en rapport avec les psychoses.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

CRÉATION

D'UNE

COOPÉRATIVE D'EMPLOYÉS

A L'ASILE DE PIERREFEU

Par le Dr Michel BELLETRUD
Directeur médecin de l'asile de Pierrefeu.

Le mouvement coopératif, qui prend, depuis quelques années, une extension si considérable, nous a donné l'idée de provoquer l'organisation d'une association coopérative entre les employés de l'asile d'aliénés de Pierrefeu. Cette Société est maintenant constituée. Elle fonctionne depuis le 1er février, à la satisfaction de tous les adhérents.

Il nous paraît intéressant de relater les conditions dans lesquelles nous avons été amené à préconiser l'utilité de cette fondation et à aider à sa formation.

Le personnel nous avait demandé d'être autorisé à s'approvisionner à la dépense, aux prix de l'adjudication, en marchandises nécessaires à l'alimentation ou au ménage. Nous avons été frappé de la justesse de cette demande, mais nous avons envisagé aussi tous les inconvénients qui pouvaient résulter de l'introduction de cette tolérance dans le règlement.

©BIUM

Il est certain que l'adoption de cette mesure aurait augmenté la somme de bien-être que nous nous efforçons de donner à notre personnel. L'achat des aliments ou des objets nécessaires au ménage fait avec les rabais consentis à l'administration aurait été en quelque sorte une façon d'élever encore le traitement ou le salaire de nos employés. Ce mode d'achat aurait également présenté l'avantage d'assurer à notre personnel la garantie d'une bonne qualité de marchandises, ces dernières n'étant livrées à la consommation de l'établissement qu'après avoir été soumises à l'examen d'une Commission de recette.

Mais nous avons songé que, malgré la réglementation des heures de distribution pour le personnel, il fallait craindre des abus qu'il aurait été difficile de réprimer sans froissement, et qui auraient provoqué à la dépense un va-et-vient gênant pour le service des malades.

Nous avons pensé aussi qu'il y aurait lieu d'adopter la tenue d'une comptabilité spéciale qui provoquerait des complications dans les écritures des services de l'économat et de la recette, déjà si chargés.

Nous n'avons pas perdu de vue enfin l'effet moral que cette mesure aurait pu produire sur une partie du public de la localité lésé dans ses intérêts.

La faculté laissée à nos employés de prendre aux magasins de l'asile des objets pour les consommer ou pour s'en servir au dehors de l'établissement aurait certainement soulevé des critiques auxquelles il était préférable de ne pas s'exposer.

Nous savons bien que dans un certain nombre d'asiles les employés logés au dehors peuvent se servir à la dépense au prix de l'adjudication. Mais nous pouvons dire, sans exagération, que la presque unanimité des directeurs verrait, avec un certain soulagement, la sup-

pression de cette tolérance. Ils se rendent certainement compte de tous les inconvénients qu'elle provoque, et, s'ils les supportent, c'est que, respectueux sans doute de la tradition, ils ne veulent pas saper des habitudes qui datent de longtemps.

Il n'en est pas de même à l'asile de Pierrefeu, de fondation récente. Là, les employés, logés au dehors, n'ont jamais été autorisés à s'approvisionner à la dépense. La plupart ont un traitement plus élevé que celui de leurs collègues des autres asiles, ou touchent une indemnité représentative des avantages de toutes espèces dont ils se trouvent privés du fait de leur externisation.

Nous devons ajouter que, sauf le directeur-médecin, tous les fonctionnaires sont logés au dehors. Il en est de même des employés des bureaux et des ouvriers des services généraux. Dans cette dernière catégorie font seuls exception à la règle quelques agents mariés à des infirmières.

Dans ces conditions, nous avons pensé que la fondation d'une coopérative ayant son siège en dehors de l'établissement était la meilleure solution qui puisse intervenir. Et afin que toute les catégories de notre personnel profitent de cette œuvre dans les mêmes conditions que si elles avaient été autorisées à se servir à la dépense aux prix de l'adjudication, nous avons soumis à l'approbation de la Commission de surveillance de l'asile un article additionnel au cahier des charges ainsi conçu : « Les adjudicataires pourront être tenus, « à leurs risques et périls, de fournir, au prix de l'adju- « dication, des marchandises aux fonctionnaires, aux « employés des bureaux, aux agents des services géné- « raux et du service médical constitués en société coo- « pérative. Les livraisons de ces marchandises devront « se faire en dehors des magasins de l'asile. »

©BIUM

La constitution d'une coopérative sur de telles bases nous a paru intéressante, non seulement à cause des avantages qu'elle allait présenter pour notre personnel, mais encore parce qu'une association de ce genre serait, en quelque sorte, le point initial de l'effort à faire pour l'édification d'une cité ouvrière.

Le personnel s'est rangé à notre manière de voir et il a aussitôt, dans une assemblée générale, nommé une Commission d'étude en vue de la création de cette Société coopérative.

Cette Commission composée de deux délégués du personnel des bureaux, deux délégués du personnel infirmier et deux délégués des services généraux, a étudié la question avec le plus grand soin. A la fin de ses travaux, elle a déposé un rapport concluant à l'impossibilité de créer une coopérative sans émettre des actions ou exiger un droit d'entrée et une cotisation.

Elle a estimé que le montant de ces actions et celui du droit d'entrée et de la cotisation devraient être assez élevés en raison des frais à supporter, surtout au début, pour la location d'un magasin, l'achat du matériel, le traitement du gérant. Cette Commission était d'avis que ces charges auraient pu être acceptées si la Société avait dû comprendre un grand nombre de membres ; mais ce nombre étant strictement limité à celui des employés, la Commission n'a pas envisagé sans appréhension l'idée de proposer à ses mandants de constituer une coopérative sur de telles bases ; et, ainsi que nous l'avons dit, elle a conclu à l'impossibilité de fonder l'association.

Nous avons alors proposé à la Commission de surveillance de mettre à la charge de l'administration les frais que la Commission d'étude estimait ne pas pouvoir être supportés par la Société. Nous lui avons fait entrevoir tout l'intérêt qu'il y aurait à encourager cette

©BIUM

institution. Nous lui avons exposé tous les avantages qu'en retirerait le personnel. La Commission, ainsi qu'il ressort des termes de sa délibération, a été « heureuse « de saisir une nouvelle occasion de témoigner au per- « sonnel de l'asile l'intérêt qu'elle lui porte ». Elle a donné un avis favorable aux innovations suivantes : 1° installation des magasins de la Société et logement de sa gérante dans un local appartenant à l'asile et situé en dehors de l'établissement ; 2° contribution de l'asile aux frais généraux de la Société par le versement à la gérante d'un traitement mensuel de 50 francs. M. le Préfet du Var a bien voulu approuver cette délibération.

La Commission d'étude a su tenir compte de cet encouragement. Elle a, de nouveau, réuni ses mandants et leur a exposé, telle que nous l'avions conçue, la fondation de la coopérative. Le personnel a donné immédiatement son adhésion à la Société.

Toutes les catégories du personnel, employés des bureaux, infirmiers, agents des services généraux, se trouvent également représentées dans le Conseil d'administration et la Commission de surveillance de la coopérative. C'est dire l'esprit de solidarité qui a animé les membres de la Société à son début. Cet esprit, indispensable pour mener à bien l'œuvre entreprise, ne manquera pas de s'accentuer encore. Nous en avons eu la preuve lorsque, sur ma proposition, il s'est agi de nommer la gérante des magasins par la voie élective en assemblée générale. Cette gérante a été élue à l'unanimité des voix.

La Société a pour but :

1° L'acquisition et la manutention de toutes denrées, marchandises et autres objets destinés aux besoins personnels des sociétaires et de leurs familles habitant sous le même toit.

©BIUM

2° La création de toute organisation jugée utile pour le développement de la Société.

Dans notre esprit, ce second but doit se réaliser par la création d'une cité ouvrière dont les plans sont déjà tracés.

La cotisation de chaque sociétaire est constituée par un droit d'entrée de 0 fr. 50 et par une majoration de 0 fr. 05 par franc ou par fraction de franc sur le montant total des marchandises achetées par lui au magasin de la Société.

Ce droit d'entrée et cette majoration sont seulement affectées au payement des frais généraux pouvant incomber à la Société et à couvrir les déchets pouvant provenir de la manutention des marchandises.

Chaque sociétaire est pourvu d'un carnet individuel. Sur ce livret sont portés, au fur et à mesure, les achats faits par le sociétaire.

Le compte particulier de chaque sociétaire est arrêté le 25 de chaque mois. Le règlement se fait à chaque fin de mois entre les mains du trésorier de la Société.

Des dispositions spéciales inscrites aux statuts règlent les cas de retard dans les paiements.

Le local de la Société comprend : un magasin pour la vente; un magasin de réserve et les appartements de la gérante, composés d'une cuisine et de deux chambres.

La vente aux sociétaires à commencé le 1er février.

Il y a lieu de bien augurer de la prospérité de cette Société, dont la création a été accueillie avec le plus grand enthousiasme, pourrions-nous dire, par tout le personnel.

©BIUM

Revue critique.

—

LES MALADIES MENTALES DANS L'ARMÉE

Par le Dr ADAM

Directeur-médecin de l'asile Saint-Georges
à Bourg (Ain).

I

GÉNÉRALITÉS — STATISTIQUE

Dans l'introduction d'une publication récente (1), les Drs Antheaume et Mignot, disent que la question des maladies mentales dans l'armée appartient à ce qu'il est de mode d'appeler « l'actualité », depuis que le célèbre professeur de psychiatrie de Bordeaux a eu l'heureuse idée d'attirer sur elle l'attention du monde savant et en particulier des psychiatres. Or, il y a tout juste vingt ans qu'avec la thèse de son élève Lacausses le professeur Régis a signalé la fréquence de la dégénérescence et de la démence précoce chez les soldats, particulièrement chez les engagés volontaires. Depuis, il n'a cessé de réclamer ces réformes, et il est le premier qui ait traité la question à fond dans un ouvrage de psychiatrie (2). Si la situation n'a pas changé, l'idée d'écarter de l'armée les débiles et dégénérés inadaptables, et de prendre des mesures pour garantir ceux qui auront été incorporés contre des punitions et des

(1) *Les maladies mentales dans l'armée française*, par les Drs A. Antheaume et Roger Mignot. Paris, 1909.

(2) Régis. *Précis de Psychiatrie*, 4e édition, p. 1055 à 1072.

©BIUM

condamnations imméritées a cependant fait du chemin, et des travaux nombreux ont paru en vue de la faire triompher. Il faut citer en première ligne ceux de Régis et de Granjux, de Bourneville, de Christian, de Taty, de Roubinovitch, de Chavigny, de Pactet, de Simonin, de Bonnette, de Jude, etc., en France, sans compter de nombreuses thèses de Bordeaux et de Lyon, et, la dernière en date, soutenue il y a quelques mois seulement par Bouchaud à Paris.

Si, pratiquement, le problème n'est pas résolu, tant d'efforts combinés des psychiatres et des médecins militaires ont néanmoins fait faire un grand pas à la question. Elle fut mise à l'ordre du jour du Congrès de Nantes (août 1909), et magistralement traitée dans le rapport de Granjux sur l'aliénation mentale dans l'armée, et dans celui de Rayneau sur les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal.

A ce congrès, le corps de santé militaire était dignement représenté, et, pour la première fois, on vit le ministre de la Guerre témoigner de l'intérêt qu'il portait à la question de l'aliénation mentale dans l'armée, en déléguant au congrès le distingué professeur du Val-de-Grâce, le Dr Simonin. Le fait est à retenir, et peut-être est-il permis d'y voir une promesse de réformes prochaines. Presque en même temps parut le livre d'Antheaume et Mignot qui est le premier livre d'ensemble sur la matière. J'aurai l'occasion d'emprunter des citations nombreuses à cet ouvrage remarquablement documenté. Avant d'entrer dans le vif de la question, il convient de faire remarquer qu'elle ne se pose pas seulement en France, et que les problèmes qui s'y rattachent ont préoccupé les autres nations au même degré, et ont inspiré chez elles de nombreux travaux. J'ai pu suivre surtout ceux qui ont été publiés en Allemagne; mais je ne puis ici que citer les noms des principaux auteurs : de Schæfer, de Schulze, de Stier, de Stricher, de Ziehen, et enfin de Becker, médecin-major du 67e régiment d'infanterie à Metz, ex-médecin en chef du service des maladies nerveuses à l'hôpital militaire de Strasbourg, actuellement détaché à la clinique des maladies mentales et nerveuses de Giessen. Si je cite ici les titres indiquant les fonctions successi-

vement remplies par le Dr Becker, c'est parce que leur seule énumération renferme un enseignement. Ce psychiatre militaire a publié, au moment même où a paru en France le livre d'Antheaume et Mignot, un ouvrage sur la débilité mentale congénitale dans ses rapports avec le service militaire (1). La nature des faits, leur fréquence relative, les remèdes proposés ou appliqués, toutes les observations enfin de l'auteur allemand concordent avec ce que Antheaume et Mignot ont écrit sur le même sujet. La concordance est si frappante, que rien ne saurait, semble-t-il, mieux faire ressortir la réalité du mal signalé et la valeur des remèdes proposés, que cette rencontre d'auteurs travaillant simultanément sur des données recueillies dans des pays différents.

On ne saurait méconnaître, qu'alors que nous en étions encore à réclamer par la voix de la presse médicale et par les vœux émis par nos congrès, les réformes qu'exige la situation, d'autres pays, la Russie, l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, l'Italie, la Belgique avaient organisé de façon plus ou moins parfaite, le service psychiatrique dans leurs armées. Pour nous, le seul résultat obtenu fut une circulaire ministérielle du 16 novembre 1907, recommandant aux commissaires du gouvernement et aux rapporteurs près les conseils de guerre de faire procéder à l'examen mental des prévenus, quand il y aura des doutes sur l'intégrité de leurs facultés intellectuelles. La Chambre des députés s'inspira de cette circulaire en introduisant dans la loi votée par elle le 11 janvier 1909 un texte stipulant que des règlements d'administration publique détermineront les conditions dans lesquelles il y aura lieu de prévoir et d'assurer l'examen mental des inculpés militaires.

Telle était la situation, lorsque, fin décembre 1909, le signataire de la circulaire ci-dessus mentionnée ayant passé du sous-secrétariat de la Guerre à celui de la Marine, adressa aux autorités compétentes de son administration, en vue d'organiser l'enseignement psychiatrique et l'expertise mentale, des instructions dont

(1) Th. Becker. *Der angeborene Schwachsinn in seinen Beziehungen zum Militärdienst*, Berlin, 1910.

©BIUM

l'énoncé trouvera sa place plus loin, mais dont je puis dire ici que, lorsqu'elles auront produit leur plein effet, et lorsqu'elles seront appliquées aussi par l'administration de l'armée de terre, elles créeront une situation telle, que nous n'aurons plus rien à envier aux pays qui nous avaient précédés dans cette voie.

En l'état actuel, il est incontestable que chaque année un grand nombre de sujets sont incorporés, qui de par leur état mental sont incapables de s'adapter aux exigences de l'instruction et du service militaire. Ces hommes, tant que leur état est méconnu, sont exposés à des sanctions injustes, pour des délits dont ils ne sont pas responsables, et deviennent victimes de vraies erreurs judiciaires de la juridiction militaire ; sans compter que leur présence sous les drapeaux, loin d'apporter à l'armée un élément de force, constitue au contraire une cause de trouble, et souvent un réel danger.

Il suffit, pour se convaincre de ces faits, de se reporter aux statistiques établies par Antheaume et Mignot pour l'armée française, et par Becker pour l'armée allemande. Elles nous apprennent que le nombre des sorties pour cause d'aliénation mentale, par radiation ou par décès, s'est élevé dans l'armée française progressivement de 0,38 p. 1.000 en 1890, à 0,64 en 1904. L'augmentation constatée est due surtout à l'accroissement du nombre des radiations pour cause « d'imbécillité ou d'idiotie ». Ce nombre a en effet passé de 0,04 p. 1.000 en 1893, à 0,29 pour l'année 1904 ; il comprend, par conséquent, presque la moitié du total des sorties pour cause d'aliénation mentale. Ainsi que le font remarquer Antheaume et Mignot, il conviendrait de substituer à cette rubrique d' « imbécillité et d'idiotie » celle de « débilité mentale », qui répond mieux à la réalité des faits.

Si à ces chiffres nous comparons ceux du Dr Becker pour l'armée allemande, nous constatons que dans cette armée le nombre des maladies mentales, au lieu de doubler comme en France, a triplé dans le même laps de temps. Il s'est élevé de 0,35 p. 1.000 en 1890 à 1,1 en 1904. Comme dans la statistique française, la moitié de ce contingent morbide revient à la débilité mentale.

Quand, au lieu du nombre relatif des aliénés pour mille hommes d'effectif, nous considérons le nombre des radiations ou décès pour aliénation mentale, la statistique d'Antheaume et Mignot donne une progression constante allant de 60 aliénés en 1877 à 350 en 1905. Pour la même période, la statistique de Becker porte 85 aliénés en 1877, et 610 en 1905. Mais ce nombre absolu est moins significatif que celui qui donne la proportion d'aliénés pour mille hommes d'effectif, car la somme totale des malades varie d'abord avec le contingent, ensuite, en raison des facteurs divers. Elle est influencée par les mêmes causes que la somme des cas d'aliénation mentale dans la population civile. Ces causes sont communes à tous les pays et sont bien connues de tous ceux qui s'intéressent à la médecine mentale ; mais il est des facteurs qui sont spéciaux à l'armée. Le Dr Becker signale tout d'abord la nécessité où se trouve le soldat de fournir un plus grand effort, même intellectuel, en raison de la réduction du temps de service et de la plus grande individualisation de l'instruction militaire qu'exigent des armes et une tactique nouvelles. L'incapacité d'assimilation devient de ce fait plus facilement visible pour les chefs et pour les camarades de l'homme de troupe. D'autre part, les états psychiques anormaux sont mieux connus qu'autrefois, et les hommes frappés d'arrêt de développement sont plus volontiers soumis à un examen médical, sans compter, ajoute Becker, que l'épreuve de psychiatrie étant devenue obligatoire depuis une vingtaine d'années pour les candidats au doctorat, les médecins sont plus exercés qu'autrefois pour le diagnostic des états d'anomalie psychique. L'influence de ce dernier facteur en ce qui concerne la statistique française, a dû être minime, en raison de l'organisation fort incomplète de l'enseignement de la psychiatrie en France. Quoi qu'il en soit, les statistiques que nous venons de citer établissent qu'un grand nombres de débiles mentaux, autrefois maintenus dans le rang, sont aujourd'hui renvoyés dans leurs foyers, au grand avantage du service. Ces renvois, d'après Becker, ont lieu le plus souvent durant les premiers mois de service ; mais un certain nombre de débiles sont cependant retenus plus longtemps et

©BIUM

font parfois des accès aigus avec excitation et état hallucinatoire sous l'influence des difficultés qu'ils rencontrent et des punitions qu'ils subissent. Ceux-ci sont ensuite réformés, non comme débiles mentaux, mais comme aliénés proprement dits. C'est un point sur lequel il importe d'insister pour obtenir la libération précoce des débiles mentaux.

Il faut souligner ici la plus grande fréquence des maladies mentales dans certains corps de troupes spéciaux, tels que les corps d'épreuve, la légion étrangère, les pénitenciers militaires. Ce fait a été mis en évidence une fois de plus par le Dr Granjux, qui, dans son rapport au Congrès de Nantes, établit que, comparativement au reste de l'armée, l'aliénation mentale est trois fois plus fréquente dans les pénitenciers militaires, et cinq fois plus commune dans les régiments étrangers et dans les compagnies de discipline.

Schultze et Becker ont fait la même constatation en ce qui concerne les soldats prisonniers dans les forteresses et les pénitenciers d'Allemagne.

Un tableau dressé par Antheaume et Mignot donne la proportion p. 1.000 des cas de maladies mentales pour les catégories suivantes :

1° Militaires des régiments étrangers.	1,94	p. 1.000
2° Militaires des prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics.	1,69	—
3° Militaires des corps d'épreuve. .	0,91	—
4° Officiers.	0,85	—
5° Soldats.	0,35	—
6° Sous-officiers	0,06	—

Les commentaires de ces données trouveront leur place plus loin.

Nous avons vu que la moitié des radiations a pour cause la débilité mentale ; l'autre moitié est imputable à des psychoses diverses. Parmi ces dernières, il en est qui, si elles n'appartiennent pas en propre aux milieux militaires, y sont cependant plus fréquentes que dans tout autre milieu. Ceci est vrai, en premier lieu pour la paralysie générale. Un tableau statistique du livre d'Antheaume et Mignot nous apprend que, sur les mili-

©BIUM

taires internés à Charenton de 1839 à 1908, on compte la proportion énorme de 788 paralytiques généraux contre 978 cas de vésanies diverses. Sur ces 788 paralytiques, 464 sont des officiers, 175 des sous-officiers et 149 des soldats. Les conditions spéciales dans lesquelles prend naissance la paralysie générale, notamment les conditions d'âge, expliquent suffisamment la prédominance de cette affection chez les officiers et les gradés.

Dans un autre tableau, Antheaume et Mignot classent les cas d'aliénation mentale observés par eux chez les militaires de la population de Charenton, c'est-à-dire chez les soldats de la garnison de Paris, et en particulier chez les officiers placés au Val-de-Grâce, qui ne sont pas transférés dans des maisons de santé particulières, pendant les années 1905, 1906, 1907 et 1908. Cette statistique comprend 101 cas, dont 36 de paralysie générale, se répartissant de la façon suivante : officiers, 23; sous-officiers, 12; soldat, 1. Après les paralytiques viennent, par ordre de fréquence, les déments précoces : 23 cas au total, dont 10 pour les officiers et 13 pour les soldats. Viennent ensuite les délires polymorphes (8 cas), les délires toxiques (7), la folie maniaque dépressive (5), les délires post-traumatiques (4), les phobies et impulsions (3), les affaiblissements psychiques secondaires aux infections et intoxications (3), les délires secondaires aux ictus (3), les démences organiques (2), les mélancolies pures (2), le délire systématisé à base hallucinatoire (2), l'idiotie morale (1), le délire systématisé à base d'interprétation (1), le délire de revendication (1). Les auteurs de cette statistique admettent dans leur travail deux grandes subdivisions : l'une comprenant toutes les maladies caractérisées par la faiblesse psychique tant congénitale qu'acquise ; l'autre comprenant toutes les maladies mentales caractérisées par des manifestations délirantes, et ils déclarent que, sur les 34 soldats que comprend leur statistique (tableau XIII), 21 sont des débiles mentaux ou des déséquilibrés, mais figurent sous une autre rubrique. Ce sont sans doute des cas comme ceux signalés déjà par Becker, qui, n'ayant pas entraîné la réforme pour débilité mentale, ont versé dans les formes délirantes

©BIUM

sous l'influence des difficultés d'adaptation à la vie militaire. Une sélection plus rigoureuse aurait sans doute exclu d'emblée de l'armée quelques-uns d'entre eux. On pourrait en dire autant des cas de démence précoce, si l'on se reporte à l'intéressant article publié par le Dr Vigouroux (*La Clinique*, 16 avril 1909), sur les déments précoces dans l'armée, où il fait ressortir combien cette affection est facilement méconnue en raison du caractère insidieux de son évolution, et du peu de netteté, pour un esprit non prévenu, des symptômes de la période initiale.

II

CONSIDÉRATIONS SUR LES DIVERSES AFFECTIONS MENTALES QUI S'OBSERVENT CHEZ LES MILITAIRES

Il ne saurait être question de résumer ici les nombreuses et intéressantes observations que renferment l'ouvrage d'Antheaume et Mignot, et celui de Becker, ni de suivre ces auteurs dans tous leurs développements ; mais la hiérarchie numérique qui se dégage de leurs statistiques, l'importance des questions médico-légales et médico-administratives que soulèvent les formes les plus fréquentes d'aliénation mentale dans l'armée, nous portent à nous arrêter plus spécialement aux états de faiblesse psychique, que ces états soient congénitaux, ou qu'ils soient acquis, ainsi que cela arrive dans la paralysie générale, la démence précoce, la démence post-traumatique. Quant aux autres vésanies, elles ne figurent guère que pour un tiers dans les statistiques des armées, et elles ne soulèvent d'ailleurs pas de difficultés particulières du fait de leur éclosion dans le milieu militaire.

A. *Faiblesse psychique par arrêt de développement.* — On comprend aisément que les idiots soient rarement incorporés. Le Dr Becker cite cependant trois cas de radiation pour cause d'idiotie. Quant aux débiles menteux, après avoir exposé les dangers que la vie militaire fait courir à leur état mental et les inconvénients que présente pour l'armée leur incorporation, Antheaume

et Mignot estiment qu'il serait tout à fait exagéré de prétendre qu'il faille les éliminer tous de l'armée, qu'un grand nombre d'entre eux peuvent faire de bons soldats, et que le service militaire est profitable à ceux qui sont suffisamment peu atteints pour pouvoir s'adapter à de nouvelles conditions d'existence. Ils ajoutent qu'il importerait, par contre, que les chefs connussent les débiles placés sous leurs ordres, pour mesurer à la valeur de leur intelligence la gravité des fautes qu'ils peuvent commettre. Ils voudraient, en outre, que ces hommes fussent signalés à l'attention du médecin, en raison de la facilité avec laquelle ils versent dans les psychoses, la nostalgie, le suicide. Quant aux déséquilibrés, ils jugent leur présence sous les drapeaux plus dangereuse que celle des débiles, parce qu'ils sont des fauteurs de désordre qui entraînent les débiles, et versent d'ailleurs avec une facilité égale dans les formes délirantes sous l'influence d'infections et d'intoxications. Il en est de même des idiots moraux. Tous ces sujets, disent-ils, doivent être éliminés du milieu militaire, lorsque leur déséquilibre, leur amoralité les rendent inadaptables; ils ne devraient pas, en tout cas, être réunis dans les mêmes cadres que les simples débiles.

Il est beaucoup question dans ces lignes du degré de débilité mentale, qui entraîne l'élimination de l'armée, et cependant, abstraction faite des exemples que renferment leurs observations, les Drs Antheaume et Mignot n'indiquent pas comment on peut fixer ce degré. Le Dr Becker, sans apporter dans l'appréciation du déficit intellectuel une précision absolue, insiste beaucoup sur les méthodes d'examen des facultés intellectuelles, notamment sur celles de Sommer et de Ziehen. Avec un judicieux éclectisme, il s'est fait, au moyen de leurs procédés, une méthode personnelle, qu'il a appliquée aux 71 cas rapportés dans son ouvrage, en des chapitres différents, consacrés à la débilité mentale chez les soldats, aux cas-limites de l'aptitude au service, aux cas de débilité mentale compliquée de troubles nerveux ou psychiques, et enfin à la débilité mentale au point de vue médico-légal. On ne saurait résumer ces faits; mais les procédés d'examen de Becker empruntés aux méthodes de Sommer et de Ziehen, étant,

©BIUM

semble-t-il, peu employés en France, du moins pour le diagnostic des affections mentales, il ne sera pas sans intérêt de s'y arrêter. Ce sont des procédés analognes à ceux que Binet emploie pour ses recherches sur les facultés intellectuelles des enfants ; méthodes psychométriques, qu'il cherche, comme nous le verrons dans un instant, à appliquer à l'examen des recrues, pour constater rapidement la déficience intellectuelle.

Voici comment procède Becker. Pour permettre de comparer les résultats obtenus chez des sujets de même catégorie, de même milieu social, pour pouvoir répéter les expériences à des intervalles assez éloignés et démasquer ainsi des tentatives éventuelles de simulation, l'examen se fait au moyen de questionnaires invariables établis d'avance. Les premières questions portent sur les connaissances scolaires, sur l'alphabet, sur de petites opérations de calcul, sur le nombre de mois de l'année, sur des questions élémentaires de géographie et sur des faits historiques connus de chacun, etc. Ensuite, comme un sujet à facultés normales peut, pour des raisons diverses, n'avoir acquis aucune connaissance scolaire, alors que, d'autre part, un imbécile avéré peut avoir des connaissances relativement étendues, on fait porter l'examen sur les notions pratiques de la vie journalière, qui constituent un critérium plus sûr du niveau intellectuel. Pour apprécier en même temps le jugement et la mémoire, Becker emploie la méthode des différences de Ziehen, en demandant quelle différence il y a entre la main et le pied, le cheval et l'âne, le sucre et le sel, l'erreur et le mensonge. Cette dernière question amène le sujet sur le terrain des idées abstraites, éthiques. On lui demande ensuite de citer un exemple de bonté, de bravoure, etc. Dans ce questionnaire, qui comprend 51 numéros, Becker intercale à ce moment des questions auxquelles même un débile mental doit répondre juste et sans hésitation, questions telles que celles-ci : Avec quoi fait-on le pain? D'où vient la farine? etc. Des réponses fausses à de pareilles questions doivent faire penser à la simulation ou au syndrome de Ganser (*Vorbeireden*). Après de nouvelles questions, généralement peu concluantes, sur des personnages illustres, on en vient aux questions de généralisation : désigner d'un

seul mot des mouches, des cafards et des papillons, et on termine par des « *Scherzfragen* », plaisanteries telles que : s'il faut quatre minutes pour faire cuire un œuf, quel temps faut-il pour en faire cuire quatre?

Les réponses doivent toutes être consignées littéralement, avec la date de l'épreuve, sa durée, le temps écoulé entre les questions et les réponses.

La méthode de Sommer, appliquée rigoureusement, exige même l'emploi d'appareils de précision, enregistreurs, etc. (1).

L'épreuve se continue par la reproduction orale ou écrite par le sujet, d'une anecdote qu'on lui a contée ou qu'on lui a fait lire préalablement. L'examen de l'écriture fournit des données utiles. On met ensuite sous les yeux du sujet une image et, après l'avoir retirée, on lui demande des détails qu'il a retenus ; ensuite, d'après la méthode de Ransburg, on énonce des couples de mots, les uns ayant des rapports d'association (enfant, mère — moine, couvent) ; les autres n'ayant aucun rapport (maison, bouteille — poisson, tonnerre) ; et un instant après, le sujet, à l'énoncé du premier mot du couple, doit dire le second, ou bien doit réciter les couples par cœur. Cette épreuve est suivie de celle d'Ebbinghaus, qui consiste à faire compléter un texte écrit dans lequel des mots ont été supprimés. On emploie toujours les mêmes textes, ceux-ci présentant d'ailleurs des difficultés croissantes.

Une autre épreuve analogue est celle de Heilbronner, qui consiste à faire deviner une figure avec une série de cartes dont la première ne donne que de vagues contours, tandis que les suivantes donnent des traits de plus en plus accentués de l'objet.

Joint à l'étude des antécédents héréditaires et personnels, à la recherche des stigmates somatiques, un examen aussi minutieux de la mémoire, de l'attention, de l'association, de la reproduction, de la combinaison, etc., dépistera sans aucun doute un état de débilité mentale constitutionnelle ; mais certains individus, que

(1) Dr Sommer. *Lehrbuch der psychologischen Untersuchungs-Methoden*. Berlin, 1899.

©BIUM

Becker appelle « imbéciles supérieurs », pourront encore passer à travers ce crible, tout en étant d'autre part absolument inadaptables au service militaire. Avec des connaissances assez étendues, ils ont un développement intellectuel inégal, et sont d'ailleurs incapables d'utiliser pour leur règle de conduite les connaissances acquises. D'après Ziehen (1), la caractéristique de ces individus consiste en ce que, ayant reçu la même instruction, la même éducation que leurs camarades, ils restent cependant en arrière, différents d'eux. Le fait est plus frappant encore quand on les voit, dans leur propre famille, totalement différents des autres membres placés dans les mêmes conditions. Il estime que ces états doivent être tenus pour morbides. Enfin, à côté des débiles, des dégénérés morbides, il arrive, dit Becker, que des officiers signalent à l'attention du médecin des hommes incapables de faire leur service, sans que cependant l'examen psychiatrique révèle des anomalies susceptibles de les faire classer dans les débiles mentaux. Ce sont des sujets d'une intelligence bornée, placés à l'extrême limite inférieure de l'état physiologique, dont le rétrécissement intellectuel, sans être morbide, peut être une cause d'inadaptibilité. Il estime qu'après un premier examen psychiatrique à résultat négatif, on peut faire avec ces hommes un nouvel essai dans le rang, pour voir s'ils sont utilisables.

Et ici, nous trouvons encore Becker d'accord avec Antheaume et Mignot, pour estimer que dans les cas-limites de débilité mentale ou même d'inintelligence accentuée mais non morbide, il faut considérer si le sujet est susceptible d'éducation, s'il est socialement utilisable, s'il est adaptable.

C'est là un critérium qui, sans doute, manque quelque peu de précision scientifique ; mais c'est une raison de plus, dit Becker, de nous appliquer à perfectionner toujours nos méthodes d'examen. S'il est permis, dit-il, à un laïque, à un officier, à un magistrat, de se baser sur une *impression* pour déclarer un homme irrespon-

(1) Dr Ziehen. *Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung*. Berlin, 1909.

sable ou inapte au service, l'homme de l'art, le médecin militaire, doit baser son jugement sur des preuves puisées dans l'analyse complète et minutieuse de la personnalité psychique.

Un pareil travail, sans doute, ne peut se faire au moment du conseil de revision ou de la visite d'incorporation. Une épreuve rapide et sûre permettant de dépister les débiles inadaptables rendrait donc de grands services. Des efforts dans ce sens ont été faits par Binet et Simon. Par des épreuves analogues à celles de Sommer et de Ziehen ils ont d'abord fixé les tests correspondants au psychisme des enfants aux différents âges, depuis trois ans jusqu'à treize ans. Leurs épreuves ingénieusement hiérarchisées ne sauraient donner automatiquement comme une balance de gare, des résultats mathématiques : elles ont besoin d'être maniées et interprétées avec intelligence, en tenant compte de tous les facteurs, et en écartant autant que faire se peut l'influence des connaissances scolaires. Ils estiment avoir ainsi établi un instrument permettant de mesurer le développement intellectuel de l'enfant. Pour la technique de leur méthode, je ne puis que renvoyer à l'intéressant article qu'ils lui ont consacré (*Année psychologique* 1908, pages 1 à 94). Dans ce travail, ils signalent les avantages que présenterait leur méthode pour l'élimination de l'armée des jeunes gens que leur faiblesse intellectuelle rend impropres au service, ils expriment l'espoir de pouvoir bientôt publier des essais expérimentaux à ce sujet. Depuis, ces essais ont été faits par eux au Val-de-Grâce sur les sujets convalescents du service du professeur Simonin.

Se basant sur ces observations, Simonin dans une communication au congrès de Nantes, jugea la méthode insuffisamment sûre pour être utilisée dans l'armée comme « procédé d'expertise rapide et définitive, tel que le recrutement peut le désirer ». Sans nier que le procédé puisse être utilisé concurremment avec d'autres méthodes d'examen, il estime qu'il y aurait plus d'intérêt à posséder des tests moraux rapides et sûrs capables de stigmatiser, non les débiles mentaux, mais les déséquilibrés, les dégénérés amoraux.

Ces critiques sont pour le moins hâtives, déclarent

©BIUM

Binet et Simon (1), parce que portant sur des expériences qui n'étaient destinées qu'à préparer la méthode elle-même; méthode qui, ils le reconnaissent, ne serait pas applicable aux impulsifs et aux amoraux, et ne serait pas destinée à remplacer un examen médical complet, mais à désigner rapidement les déficients intellectuels sur lesquels il y aurait lieu de procéder à un examen plus long. Ils estiment que le nombre de ces déficients se réduirait à 4 ou 5 p. 100 des recrues, après élimination d'emblée de tous les normaux que leurs titres ou diplômes, leurs métiers ou des épreuves collectives auraient suffi à faire reconnaître comme tels.

Cette méthode psychométrique donnera-t-elle tout ce qu'en attendent Binet et Simon? Sera-t-elle un moyen sûr non seulement de constater l'état de faiblesse intellectuelle, mais encore de l'exprimer en quelque sorte numériquement par l'âge qui par son psychisme lui correspond? Permettra-t-elle enfin de donner aux termes d'idiotie, d'imbécillité et de débilité mentale un sens précis, en faisant coïncider respectivement, d'après les vues de Binet, les limites supérieures de ces trois états aujourd'hui mal déterminés, avec les psychismes de l'enfant de trois ans, de huit ans et de dix ans? Quand même cette conception de prime abord séduisante ne résisterait pas à la critique, la méthode psychométrique n'en constituerait pas moins un progrès, un perfectionnement de nos moyens d'examen et mériterait à ce titre, d'être utilisée dans toutes les circonstances où l'appréciation du degré de faiblesse intellectuelle présentera des difficultés.

B. *Faiblesse psychique acquise.* — Les états de faiblesse psychique acquise se produisent le plus souvent au cours du service, sous des influences variées. Ce sont la démence post-traumatique, la démence paralytique, la démence précoce. Toutes ces affections peuvent soulever des problèmes médico-administratifs ou médico-légaux.

(*a*) En ce qui concerne les démences post-traumatiques, les faits qui les rattachent à leurs causes sont le

(1) *Compte rendu de la Société médico-psychologique*, séance du 29 novembre 1909; in *Annales méd.-psych.*, n° de janvier 1910, p. 123.

plus souvent d'une appréciation facile et ne prêtent guère à des divergences d'opinion. En raison de la fréquence des traumatismes craniens (chutes de cheval, etc.), ces cas sont fréquents dans l'armée. Dans leur statistique personnelle, Antheaume et Mignot, sur 101 cas relèvent quatre fois la démence post-traumatique. Ils ne font d'ailleurs pas figurer sous cette rubrique les cas d'épilepsie ou de paralysie générale, où le traumatisme a une influence pathogénique indirecte en quelque sorte et s'exerce à la faveur d'une prédisposition ; et ils ne comptent comme démence post-traumatique, que les cas où « l'action vulnérante produit des troubles qui sont à la fois *d'origine* et de *nature* traumatique ». Ce sont des cas où aux désordres immédiats causés par l'accident, tels que amnésie, paralysie, aphasie, convulsions, succèdent des troubles cérébraux chroniques caractérisés par un acheminement plus ou moins rapide de l'affaiblissement intellectuel du début vers la démence véritable, à moins qu'une marche plus rapide ne donne le tableau de la pseudo-paralysie générale traumatique.

(*b*) La paralysie générale occupe dans l'armée une place importante. Pour les entrées des aliénés militaires à Charenton de 1839 à 1908 elle fournit à elle seule 44 p. 100 des admis, alors que pour les civils admis au même établissement la proportion n'est que de 25 p. 100. Elle atteint dans une proportion très grande les officiers 63 p. 100 et les sous-officiers 56 p. 100 ; et, depuis 1879, c'est-à-dire depuis que les soldats de carrière ont disparu de l'armée, elle ne s'observe plus chez le simple troupier.

Se basant sur ces faits, Antheaume et Mignot estiment que les conditions de la vie militaire, conditions qui favorisent les traumatismes, les insolations, les intoxications et les infections, expliquent la plus grande fréquence de la paralysie générale chez les gradés. Ils pensent même que la sélection faite pour leur recrutement est un facteur qui intervient également ; car l'un d'eux a établi par des recherches anthropométriques que la paralysie générale frappe de préférence les sujets ayant un développement physique supérieur à la moyenne. Aussi se refusent-ils à voir dans la syphilis

©BIUM

le facteur étiologique à peu près exclusif de la paralysie générale. En fait, sur les 36 cas de paralysie générale de leur statistique il y a 9 malades qui avaient subi des traumatismes graves accompagnés de signes de commotion cérébrale et ils rapportent en outre trois cas « où des traumatismes analogues ont provoqué le développement de la paralysie générale de la même manière que l'étincelle fait éclater la mine ».

Au reste, la jurisprudence des différents pays tend à admettre la possibilité d'une relation de cause à effet entre le traumatisme et la paralysie générale. Il ne saurait en être autrement, quand les défenseurs les plus convaincus de l'origine syphilitique, tels que Régis (*Précis de psychiatrie*, 4e édition, 1909, p. 1905), admettent que « le traumatisme peut en effet jouer le rôle de cause déterminante ou de cause aggravante de la maladie, même lorsqu'il existe une syphilis antécédente ».

Pour qu'on puisse incriminer le traumatisme, il faut d'après Antheaume et Mignot, qu'il n'ait été précédé d'aucun symptôme physique ou mental imputable à la paralysie générale, il faut qu'entre l'éclosion de cette affection et l'accident vulnérant se soit écoulé un certain temps (2 ou 3 mois à 1 an ou 2 ans), il faut enfin qu'on ait observé après une évolution favorable des troubles imputables au traumatisme, la persistance de certains symptômes cérébraux établissant en quelque sorte un trait d'union entre les accidents primaires du traumatisme et la paralysie générale survenue ultérieurement.

Ce sont là, presque littéralement les termes employés par Régis lorsqu'il recommande (*loc. cit.*) à l'expert d'être très prudent et de ne point perdre de vue les conditions qui rendent probable un rapport étiologique entre le traumatisme et la paralysie générale.

Il n'est pas sans intérêt de constater que des auteurs professant sur l'étiologie de la paralysie générale des opinions si différentes, arrivent à se mettre absolument d'accord sur le terrain pratique. Rien ne saurait, semble-t-il, mieux prouver que toute théorie exclusive est incompatible avec les faits constatés ; que la paralysie générale a des causes multiples, et, que les diver-

gences de doctrine ne sont que l'expression d'une tendance à donner plus ou moins d'importance à tel ou tel facteur au détriment des autres.

(*c*) La démence précoce est, après la paralysie générale, la forme d'aliénation mentale qui fournit le plus d'admissions de militaires dans les asiles. Elle figure 23 fois sur 101 cas de la statistique d'Antheaume et Mignot. Les travaux parus dans les dernières années sur la démence précoce sont nombreux. Au point de vue spécial qui nous occupe, il suffira de faire ressortir certaines particularités de l'évolution de cette affection, qui font qu'elle est souvent méconnue ou prise pour de la simulation. La raison en est d'une part à ce que le désordre des actes précède de longtemps l'affaiblissement évident des facultés syllogistiques, et d'autre part, à ce que au début de la maladie le caractère emprunté, grimaçant, maniéré de la plupart des réactions fait penser à la simulation. Les préoccupations hypochondriaques qui semblent non motivées contribuent encore à faciliter cette méprise. Les exemples rapportés par Antheaume et Mignot, par Vigouroux, par Pactet, etc., prouvent que l'état mental des déments précoces peut être méconnu, non seulement par leurs chefs, par les magistrats, mais encore par les parents qui vivent dans l'intimité de ces malades. Il est inutile d'entrer ici dans plus de détails sur cette affection qui, en raison des nombreux délits militaires dont elle est la cause, intéresse au plus haut point le médecin militaire.

La démence épileptique s'observe peu dans l'armée, la réforme ayant lieu avant cette déchéance intellectuelle. Par contre, on observe des affaiblissements psychiques secondaires aux infections et intoxications, notamment dans les troupes coloniales.

Les formes délirantes de l'aliénation mentale se développent chez les militaires sous l'influence des mêmes causes qu'ailleurs, et évoluent de la même façon. Elles ne donnent guère lieu à des considérations spéciales au point de vue militaire.

Quant aux questions médico-administratives, en vue de l'imputation de l'affection mentale à des accidents de service, après ce qui a été dit de la paralysie générale, je rappellerai seulement ici l'opinion d'Antheaume

©BIUM

et Mignot. D'après eux, l'expert n'a pas à déterminer si le traumatisme (ou tel autre accident, infection, intoxication) a *créé* la folie, mais seulement s'il l'a *occasionnée* ; c'est-à-dire s'il n'existait pas antérieurement des signes précis permettant de prévoir, à une échéance plus ou moins rapprochée et en dehors de tout traumatisme (ou infection, etc.), l'éclosion de la maladie cérébrale existante. Cette formule nette et précise semble, dans la pratique, devoir faciliter beaucoup la tâche du médecin, en écartant les vues théoriques pour maintenir la question sur le terrain des faits susceptibles d'être constatés et vérifiés.

(*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 JUILLET 1910

Présidence de M. GILBERT BALLET, ancien président.

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

MM. Capgras, René Charpentier, Delmas, Duhem, Fillassier, Juquelier et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du Président du Congrès international de l'assistance des aliénés qui se tiendra à Berlin du 3 au 7 octobre 1910, pour laquelle la Société est priée de se faire représenter par des délégués. — Sont désignés comme délégués : MM. Briand, Blin et Pactet ;

2° Des lettres de MM. Arnaud et Legras qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Des lettres de MM. Fillassier et Tissot, qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Le Bulletin mensuel de l'Institut Solvay*, de Bruxelles ;

2° *Plan pour l'étude de l'homme*, par M. Mac Donald ;

3° *Annales de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de juillet 1910.

©BIUM

Rapports de candidatures.

M. TRUELLE. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Colin, Dupré, Séglas, Toulouse et Truelle, rapporteur, à l'effet de vous présenter les candidatures de MM. Juquelier et Piéron aux deux places de membre titulaire, vacantes à la Société médico-psychologique.

Cette présentation nous sera facile, les deux candidats étant, depuis longtemps déjà, connus de vous tous.

M. Juquelier, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, est depuis octobre 1908 assistant du service de l'admission à l'asile clinique. Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, ancien interne des asiles de la Seine, ancien chef de clinique des maladies mentales, il fait partie, en qualité de membre titulaire, de la Société de psychologie et de la Société de médecine de Paris, et il est depuis 1905 membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Pourvu de connaissances solides et étendues en médecine générale, M. Juquelier ne pouvait manquer d'adopter les vues de son maître à l'asile de Vaucluse, M. le Dr Vigouroux. Dès ses premières recherches nous le voyons tirer de « l'habitude de considérer tout aliéné « comme un malade méritant un examen somatique « approfondi », les déductions pratiques les plus intéressantes. Ses premiers travaux, en quelque sorte préliminaires, ont été pour une grande partie soumis à votre Société, ce sont, entre autres : *Insuffisance hépatique* et *délire* (collaborateur : A. Vigouroux) (Société médico-psychologique, juin 1902), *Trois cas de délire par insuffisance de la fonction rénale ayant simulé le délire alcoolique* (collaborateur : A. Vigouroux) (Société médico-psychologique, novembre 1902), *Petit brightisme et délire* (collaborateur : A. Vigouroux) (Arch. de Neurologie 1903, nos 91, 92, 93), *Sur un cas de psychose polynévritique avec insuffisance hépatique* (collaborateur : E. Perpère) (Société médico-psychologique, novembre 1903).

Sa thèse (*Contribution à l'étude des délires par*

©BIUM

auto-intoxication, Paris 1903), allait être le couronnement de cette série d'études.

Les travaux de Régis et Chevalier-Lavaure, de Klippel, de Charrin, de Gilbert Ballet, de Léopold Lévi, etc., avaient montré que l'insuffisance hépatique grave s'accompagne fréquemment d'accidents mentaux à forme de délire aigu. La thèse de Florant, celle de Maurice Faure, les travaux de Lasègue, de Jaccoud, de Rendu, de Dieulafoy, de Brissaud et de beaucoup d'autres, avaient depuis longtemps attiré l'attention sur le rôle de l'auto-intoxication urinaire dans l'éclosion des accidents délirants que l'on observe au cours ou plus souvent à la période terminale du mal de Bright confirmé. Partant donc de cette conception que les syndromes confusionnels subaigus accompagnés de délire hallucinatoire sont la traduction clinique de toxi-infections diverses retentissant sur le cerveau, M. Juquelier, sous l'impulsion et la direction de M. A. Vigouroux, a entrepris et mené à bien la tâche de rassembler un très grand nombre de faits qui prouvent le rôle que peuvent avoir sur un terrain prédisposé, l'insuffisance hépatique latente ou le petit brightisme, dans la production d'accès délirants souvent mis jusqu'alors trop facilement sur le compte de l'alcoolisme chronique. Tantôt il s'agit, en effet, d'alcooliques chroniques, mais dont le délire ne persiste après le sevrage du poison éthylique que par l'action auto-toxique du foie malade ; tantôt ce sont des cerveaux organiquement lésés qui, longtemps après toute imprégnation alcoolique, font des bouffées délirantes hallucinatoires et confusionnelles que la clinique, l'expérience et, dans les cas les moins favorables l'examen histologique, démontrent comme étant en relation directe de cause à effet avec des lésions de la cellule hépatique ou du filtre rénal. Enfin, chez les vésaniques eux-mêmes, chez les dégénérés, une insuffisance hépatique latente peut déterminer le moment étiologique d'un accident psychopathique d'apparence banal. « Ainsi, les deux notions pathogéniques, « celles de la prédisposition, et celle de l'agent déter- « minant s'éclairent l'une par l'autre » ; ainsi la thérapeutique devient rationnelle et véritablement efficace.

Parmi les autres publications de M. Juquelier, nous

©BIUM

citerons encore un important travail fait en collaboration avec M. A. Vigouroux sur la *Contagion mentale* (Bibliothèque de psychologie expérimentale), un *historique critique* très documenté et remarquablement ordonné de *la démence précoce* (Revue de Psychiatrie, mai 1906), une revue d'ensemble sur les *troubles mentaux dans les différentes variétés du syndrome surrénal*, une suite de *Résumés de médecine mentale pratique*, une étude très substantielle sur l'*assistance aux aliénés criminels et dangereux au* XIX^e^ *siècle* (Collaborateur : A. Fillassier) (Revue philanthropique 1909), etc. Mais ce serait nous entraîner beaucoup trop loin que de suivre M. Juquelier dans les différentes recherches que son esprit curieux de tout ce qu'il peut y avoir de positif en médecine mentale l'a poussé à entreprendre. Partout nous retrouverions une louable tendance à n'accepter des théories que ce qui peut en être démontré, un désir — d'ailleurs réalisé — de ne toucher aucune question sans l'approfondir, une documentation livresque des plus riches, des connaissances pratiques très solides et un sens clinique toujours en éveil.

Aussi votre Commission se fait-elle un grand plaisir de présenter à vos suffrages M. Juquelier pour la première des deux places vacantes de membre titulaire à la Société médico-psychologique.

Bien que M. Piéron ne fasse pas partie du corps médical, il est cependant loin d'être un étranger dans la Psychiatrie, à l'étude de laquelle ses remarquables travaux de Psychologie ont apporté depuis longtemps déjà et continuent d'apporter chaque jour une contribution des plus précieuses.

Licencié ès lettres et ès sciences, agrégé de philosophie, maître de conférences à l'École des hautes études (Laboratoire de Psychologie expérimentale), appelé sans doute à professer un jour dans une plus vaste enceinte, M. Piéron tient une des premières places dans cette nouvelle école de Psychologie qui a su transporter dans un domaine considéré jusqu'alors comme de spéculation pure les méthodes scientifiques d'expérimentation et d'analyse et aussi les procédés médicaux d'observation clinique.

Quoique jeune encore, il possède à son actif une liste

©BIUM

déjà longue de travaux qui outre une érudition consommée dénotent une persévérance remarquable, une méthode rigoureuse, une critique aiguisée, et en quelque sorte un besoin de preuves concrètes qui sont l'indice d'un esprit véritablement scientifique. Ces travaux dont nous ne citerons ici qu'un petit nombre comprennent tout d'abord des *recherches de technique psychologique et physiologique.*

Soit seul, soit en collaboration avec le Dr Toulouse, directeur du Laboratoire de l'Ecole des hautes études, M. Piéron a créé, perfectionné ou appliqué un grand nombre d'appareils et de méthodes d'examen et de mesure, couramment employés à l'heure actuelle dans les laboratoires de psychologie expérimentale. Il a rendu plus précises, et codifié, pourrait-on dire, certaines techniques jusqu'alors mal déterminées ; nous ne ferons que vous rappeler ses travaux sur l'algésimétrie, la cardiographie et tout particulièrement ceux sur la réflexométrie.

Ce sont ensuite des *recherches physiologiques.*

Parmi celles-ci, la longue et minutieuse série d'expériences qu'il a entreprises sur le sommeil nous a paru mériter une mention spéciale. M. Piéron est arrivé, en effet, aux constatations suivantes : chez un animal amené par insomnie expérimentale à un état de besoin impératif de sommeil, on n'observe pas de modifications dans les phénomènes respiratoires ; en particulier il n'y a pas augmentation de la proportion d'acide carbonique dans le sang, ce qui réfute la théorie du sommeil basée sur l'autonarcose carbonique ; on ne constate pas davantage d'augmentation dans la tension osmotique des différents milieux, ni de déshydratation de ces milieux ou de la substance cérébrale elle-même, ce qui infirme les théories osmotiques du sommeil. Les faits positifs observés dans ces conditions expérimentales sont les suivants : il existe chez l'animal ainsi préparé des lésions cellulaires intenses, localisées presque exclusivement aux grandes pyramidales des lobes frontaux ; les résultats de l'injection intravasculaire de différents liquides provenant de l'animal insomnique (sang total, sérum, liquide céphalo-rachidien, émulsion cérébrale), restent douteux, il est vrai, au point de vue de leur

©BIUM

action physiologique, mais provoquent histologiquement des lésions qui font défaut dans les expériences témoins ; enfin les mêmes injections faites par la voie intra-occipito-atloïdienne provoquent le besoin du sommeil en même temps que les lésions cellulaires spécifiques de l'insomnie.

Vous connaissez trop pour qu'il soit besoin d'y insister, les travaux très précis et ingénieux de M. Piéron sur la psychologie proprement dite, en particulier sur la mémoire affective et sur l'évolution de la mémoire ; les vues originales basées toujours sur des faits d'expérience, qu'il a développées sur l'association des idées ; et ses démonstrations sur le mécanisme de l'attention.

Nous ne ferons également que signaler malgré leur intérêt et la puissance d'observation qu'ils dénotent ses recherches de *Psychologie comparée* : ce sont entre autres la mise en évidence du rôle de la mémoire musculaire dans les phénomènes d'orientation chez les fourmis, l'étude des phénomènes d'autotomie, d'immobilité protectrice, de mimétisme, etc., la démonstration de l'existence d'une sensibilité gustative pédieuse chez les limnées, l'étude des phénomènes rythmiques chez certains animaux (actinies et convoluta) et leur rapport avec les rythmes externes, etc.

Nous citerons encore rapidement des études de *Psychologie sociale* (recherches sur la croyance, sur la valeur prophétique des rêves, etc.), et enfin la série de celles qui touchent de plus près la médecine mentale, à savoir les publications de *Psychologie pathologique* que vous connaissez (les rêves au point de vue pathologique, l'application des tests à la pathologie mentale, etc.).

Par cette revue rapide et très incomplète d'une œuvre si vaste et si variée dans son unité de direction, vous jugerez sans doute, avec votre Commission, qu'en accordant à M. Piéron la seconde place vacante de membre titulaire, la Société médico-psychologique, se complétera de la manière la plus heureuse.

MM. Juquelier et Piéron sont élus membres titulaires à la majorité des votants.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre précédente

séance vous avez désigné une Commission composée de MM. Semelaigne, Sérieux et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Fernando Bravo y Moreno, médecin-légiste à Barcelone, qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre associé étranger.

A l'appui de sa candidature, M. le Dr Bravo y Moreno nous a fait parvenir un certain nombre de ses travaux, publiés dans divers périodiques espagnols tels que *La Revue espagnole de phrénopathie* (organe scientifique des asiles d'aliénés de Saint-Baudile de Llobrégat, à Barcelone, de Ciempozuelos à Madrid, de Sainte-Agathe dans le Guipuzcoa), *La Gazette médicale de Catalogne*, *La clinique et le laboratoire*, etc. Ces mémoires sont très nombreux ; je vais vous en citer quelques uns, ayant trait à la psychiatrie.

Une note sur *les anomalies mentales chez les étudiants*, à propos des recherches faites par MM. Boncour et Philippe dans le Laboratoire de psychologie-physiologique à la Sorbonne.

Une note sur les *phénomènes d'autoscopie*, résumé intéressant d'observations déjà connues. L'auteur, très au courant de la littérature française, ne manque pas de citer le poète qui voyait devant sa table.

..... venir s'asseoir
Un pauvre enfant vêtu de noir
Qui lui ressemblait comme un frère...

Une note sur *les crimes du sadisme*, à propos de la traduction en langue espagnole par le Dr Gonzalès del Alba, de l'ouvrage de Mac-Donald.

Une note sur l'*importance du diagnostic en psychiatrie*, commentaires sur la publication du professeur R. de Krafft-Ebing.

Une note relative à la *phobie des chats*, où l'auteur cite les cas curieux d'une dame qui tombait en syncope lorsqu'un chat venait frôler sa robe.

De nombreux rapports médico-légaux : *Confusion mentale par un ramollissement cérébral consécutif à plusieurs ictus apoplectiques* ; *Un imbécile, aboulique, kleptomane* ; *Un débile intellectuel s'accusant d'attentats terroristes* (la traduction de ce rapport médico-légal,

©BIUM

faite par notre confrère le Dr Arsimoles, a été publiée dans le numéro du mois de janvier 1909, des *Annales médico-psychologiques*) ; *Un cas de psychose mélancolique dépressive* ; *Un cas de psychopathie homo-sexuelle* chez un prêtre âgé de quarante et un ans ; d'autres mémoires sur *la folie morale*, *les terreurs morbides*, *la paralysie générale et le crétinisme* ; des pages intéressantes sur *la psychothérapie* ; une note sur *les psychoses post-traumatiques*, *simulation et interprétation dans les accidents du travail*.

Je n'avais point pour mission, Messieurs, de vous apporter la traduction des nombreuses notes ou mémoires de M. le Dr Bravo y Moreno, et véritablement, le temps m'eut fait défaut pour mener à bonne fin cette tâche. J'ai mis simplement en lumière l'activité scientifique de notre distingué confrère, et j'ai pu vous convaincre de son érudition. Pour conclure : le Dr Bravo y Moreno a déjà son nom inscrit dans vos *Annales*, que par delà les Pyrénées un lien plus étroit le rattache à votre compagnie, votre Commission vous propose de lui donner, par vos suffrages, le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Bravo y Moreno est nommé membre associé étranger à l'unanimité des suffrages.

Des diverses formes de la paralysie générale, suivant le degré de prédisposition du sujet,

par le Dr FILLASSIER.

De nombreux travaux ont tenté de fixer la part qui incombe à l'hérédité dans l'étiologie de la paralysie générale.

Nous ne nous proposons pas de les reprendre, mais simplement de rapporter devant vous quelques faits cliniques qui mettent en lumière certains aspects particuliers de la paralysie générale lorsqu'elle évolue chez des sujets prédisposés.

Le caractère essentiel de la paralysie générale est certes cet affaiblissement progressif des facultés intel-

lectuelles qui conduit le malade vers la démence terminale, et chez quelques-uns, la maladie s'en tient à cet aspect.

Chez d'autres, des éléments nouveaux, surajoutés, interviennent : les illusions, les interprétations, les hallucinations, parfois même les délires plus ou moins systématisés.

Ces éléments nouveaux sont dans bien des cas les manifestations d'un état vésanique préexistant.

Déjà, et sans les faire figurer dans une classification, Magnan et Legrain (1) ne signalaient-ils pas les cas nombreux dans lesquels les manifestations dites accidentelles se développent chez de tels sujets? « De la « combinaison des deux éléments en présence, résulte « un tableau clinique relevant à la fois des deux facteurs. L'alcoolisme, la paralysie générale, par exemple, affectent des formes inusitées lorsqu'ils germent « sur un terrain préparé par l'hérédité. Bien des idées « délirantes, bien des actions étranges accomplies par « des déments, surtout au début de leur mal, ne trouvent, d'autre part, leur explication que dans un état « mental particulier préexistant à l'état de démence. »

M. Joffroy, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes d'Angers, en 1898, se demandait si, en présence du début fréquent de la paralysie générale par des actes morbides qui rappellent ceux des dégénérés, des attentats à la pudeur par exemple, on ne pouvait supposer « qu'il existait déjà chez le sujet une tare psychique « soigneusement cachée tant qu'il a joui de sa raison, « et qui s'est étalée au grand jour, dès que la paralysie « générale a frappé d'affaiblissement ses facultés intellectuelles ».

Rien ne paraît plus juste, et il semble rationnel d'admettre que chez le prédisposé, à un moment où la maladie, poursuivant son œuvre de désagrégation, ne permet pas encore de reconnaître un affaiblissement intellectuel qui débute, la dégénérescence jusqu'alors masquée se découvre, et nous assistons à ces manifestations délirantes que le terrain a rendues possibles.

---

(1) *Les Dégénérés*. Paris, 1895.

©BIUM

« A peine le cerveau est-il touché par la lésion, que les aptitudes délirantes du sujet se révèlent, précédant et masquant les signes d'affaiblissement intellectuel », diront Magnan et Sérieux (1); et M. Dupré écrira avec juste raison (2) : « La lésion corticale est donc la cause « occasionnelle de ces troubles délirants; mais la véri- « table cause déterminante doit en être recherchée dans « l'hérédité psychopathique du sujet. Non seulement ces « prédispositions héréditaires ou acquises déterminent « l'explosion du délire, mais encore elles en commandent « l'intensité, en dessinent parfois la forme, en orientent « la direction et les tendances (états maniaques et sur- « tout mélancoliques, suicide, forme circulaire chez les « héréditaires : délire, hallucination, chez les intoxi- « qués, etc.). »

Si donc nous faisons intervenir l'élément de prédisposition, nous comprenons les aspects particuliers sous lesquels les paralytiques généraux s'offrent à nos observations. Chez les uns, les manifestations délirantes ne se produisent qu'au début de la maladie, elles disparaissent dès que la lésion a progressé; chez les autres, elles se multiplient à mesure que la résistance organique décroît; chez d'autres, enfin, l'affaiblissement global sera la seule traduction de l'affection, et cela jusqu'à sa terminaison.

Observation I. — Le premier malade dont nous rapporterons devant vous l'observation, était né de parents nerveux; un frère se montra à plusieurs reprises, déprimé, bizarre; lui-même fit un long séjour aux Colonies, et contracta la syphilis à trente ans.

Agé de quarante-deux ans, en février 1902, il se présente dans un état continuel de surexcitation, il a des visées ambitieuses : il va épouser la Princesse de .... qui possède dix millions; ses projets sont grandioses, il visitera le Japon, la Chine, l'Océanie; il élargira le Pas-de-Calais et l'isthme de Suez; grâce à lui, tous les hommes seront bientôt heureux, et dans une conférence prochaine, il traitera du commerce, de l'industrie, des arts et des sciences, de la littérature, etc... Il se montre très violent et proteste en termes très grossiers

(1) *La Paralysie générale.*
(2) *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet.

contre son internement. Au point de vue somatique, il présente de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole.

Peu à peu son excitation diminue, il devient plus calme ; il cause assez volontiers, répond très-exactement aux questions qu'on lui pose ; sa mémoire paraît moins lacunaire. Parfois, cependant, au cours de ses entretiens, sa figure s'assombrit un peu : il paraît inquiet ; il semble que dans ces moments quelque hallucination dont il ne parle pas envahit tout à coup son esprit.

Vers le mois d'août 1904, il manifeste une certaine tendance à la dépression ; il ne parle plus à personne, recherche la solitude, se montre d'une avarice extrême et renonce à un plaisir qui lui coûterait 0 fr. 10.

Au mois d'octobre l'agitation reparaît ; le malade marche sans cesse, relit son journal à haute voix, parle seul en se tournant vers le mur et répondant à des interpellations, accuse quelques idées ambitieuses ; puis il se ressaisit et reconnaît ses erreurs.

Bientôt le délire renaît, le malade se montre violent même, se lève au milieu de la nuit, culbute les chaises, renverse les meubles, s'habille, veut partir ; par instants il lève les yeux au ciel et s'entretient avec M. X... qui est dans les nuages ; par instants, il se plaint d'entendre des voix qui le persécutent.

Les jours s'écoulent et le malade demeure dans le même état ; en décembre 1906, il souffre d'impulsions érotiques contre lesquelles il lutte avec courage : pour s'y aider, il met son chapelet autour du cou et le récite fiévreusement.

Les voix d'en haut lui parlent toujours ; parfois, au contraire, il entend des voix sous son oreiller et il s'entretient avec des personnages imaginaires. Tantôt il a des idées de suicide ; tantôt des idées de meurtre : il veut tuer son frère, après quoi il ira à l'asile se faire exécuter.

Une nuit, il se dresse debout sur son lit, en chemise, les jambes tremblantes, lève la main droite en l'air, regarde le plafond et s'écrie : « Dis à Bernard et au Dr X... de regarder le plafond pour voir le diable à mille lieues. »

Son état s'aggrave ; il demeure de longues heures étendu sur son lit immobile, paraissant ne penser à rien. Les hallucinations continuent : les voix lui ordonnent de tuer le médecin. Les impulsions érotiques reparaissent et le malade se livre à la masturbation.

Son intelligence fléchit davantage, il ne prend plus aucun soin de sa personne, circule ses vêtements mal tenus, sa culotte déboutonnée.

Les hallucinations se multiplient, le malade répond à ses voix, fait des signes. Parfois, il croit guider ses chevaux sur

©BIUM

le champ de course, il les excite de la voix et du geste ; au saut de l'obstacle, il les encourage ; près du poteau, il les hâte. Pendant ces moments, son esprit est absorbé tout entier, il n'entend plus les personnes qui lui parlent ou les prie brusquement de le laisser à ses occupations.

Son état s'aggrave, son affaiblissement intellectuel grandit, les signes physiques sont plus apparents, les hallucinations persistent plus impérieuses.

En août 1909, son état de cachexie est profond, les eschares apparaissent, il reste halluciné.

Une pneumonie se déclare et il meurt, et jusqu'à sa dernière heure, les hallucinations persistent ; il se croit sur le champ de courses et peu avant sa mort crie encore : « Galopons ! galopons ! »

Cette première observation nous montre donc un malade héréditaire qui, à trente ans, contracte la syphilis ; il a quarante-deux ans lorsque son observation commence, et à ce moment il se révèle halluciné ; au début il cause encore, s'intéresse autour de lui, mais brusquement se fixe en une attitude d'halluciné ; l'encéphalite poursuit son œuvre, son intelligence décroît et les hallucinations grandissent. Jusqu'à sa dernière heure, alors que sa cachexie est profonde, qu'il gâte, que les eschares l'envahissent, il reste halluciné, invariablement.

Observation II. — Le malade, sujet étranger, âgé de quarante-cinq ans, a été atteint de syphilis quelques années auparavant.

Il s'est montré toute sa vie déséquilibré.

En avril 1905, il présente de l'affaiblissement intellectuel, des troubles de la mémoire, se montre satisfait, ambitieux et très excité ; il marche sans cesse ; sa loquacité est extrême ; il écrit de vingt à vingt-cinq lettres par jour.

Le malade accuse des idées érotiques ; tantôt, il s'étend complaisamment sur ses projets de mariage avec une demoiselle imaginaire qui lui parle sa langue natale et qui lui dit qu'elle est libre ; tantôt, il veut faire châtrer un des infirmiers pour lui confier la garde de son sérail.

Ses hallucinations auditives se reproduisent fréquemment : les voix lui disent que le médecin est un pacha : elles le menacent de l'enterrer vivant, et pour échapper à ce supplice, il veut se tuer. La nuit, il voit des soldats qui tentent de le tuer à l'aide de leurs fusils ; le médecin lui-même veut lui couper la gorge. A 3 heures du matin, il se lève, s'habille pour aller causer avec une personne qui lui parle à la fenêtre.

Parfois de sa chambre, il correspond par téléphone avec l'Amérique.

Parfois les voix lui commandent de rester couché, et il demeure obstinément au lit ; souvent une voix lui parle sa langue

natale, c'est celle de M. A... qui lui dit des injures, l'accuse d'avoir violé sa mère; pendant des heures entières, il se promène dans la cour, l'invectivant, exigeant qu'on coupe la tête de son persécuteur.

L'état reste le même pendant près de deux années; en 1907, des idées mystiques apparaissent, il parle avec les anges : s'il urine par terre, ce sont les anges qui le lui commandent.

La maladie fait des progrès; son appétit fléchit; bientôt sa cachexie est extrême; il a des eschares nombreuses; il gâte sans cesse et au milieu de cet effondrement, ses hallucinations persistent et aussi ses idées ambitieuses et de persécution.

Son intelligence diminue encore; il en est réduit à répéter les mêmes phrases indéfiniment. Qu'un mieux se produise et tout aussitôt il possède des millions, veut manger dans un palais et boire du vin de Chypre. Il meurt en octobre 1907 à la suite d'une attaque. Jusqu'au dernier moment ses hallucinations étaient restées aussi vives.

Observation III. — Th.., âgé de trente-trois ans, sculpteur sur bois, fils d'un tailleur de pierres qui buvait beaucoup et d'une mère bien portante, entre, le 24 mai 1910, dans le service de M. Magnan, où nous l'examinons.

Le malade, très orienté dans le temps et dans l'espace, raconte qu'il a contracté la syphilis il y a huit ans; il ne s'est pas soigné très activement.

Lors de son entrée à l'asile, il ne travaillait plus depuis six mois; sa mémoire avait diminué, et depuis quelque temps déjà, il était moins habile dans l'exercice de sa profession, se montrait très excité, il mangeait avec voracité; avec de l'affaiblissement appréciable des facultés intellectuelles, il présente des préoccupations hypocondriaques, et quelques idées de persécution.

Il était entré, dit-il, le 26 février 1910 à l'hôpital Saint-Antoine pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite; or, le chirurgien a négligé sa hernie, et l'a opéré d'un kyste au testicule droit. Il s'en plaint amèrement; puis le chirurgien l'a mal opéré; son intervention a été hâtive; la cicatrice n'est pas belle; on lui a donné trop de chloroforme, peut-être par malveillance; pourquoi, avant de l'opérer, lui a-t-on fait des piqûres? On lui a fait des misères de toutes sorte, sans doute parce qu'il avait refusé de se laisser opérer le testicule; la nourriture était mauvaise, les œufs gâtés, heureusement sa femme lui apportait des vivres.

Dès qu'il sortira de l'asile, il va faire réduire sa hernie; mais il choisira un hôpital dont un ami lui a parlé, où la nourriture est bonne, le chirurgien habile.

En février 1909, on a commencé à lui faire des méchancetés

©BIUM

dans l'atelier où il travaillait; il a dû le quitter. Vers la même époque, un ami intime, H..., lui a donné un rendez-vous, et il ne s'y est pas rendu. H... en a été très froissé; il le lui a d'ailleurs reproché bien des fois; des discussions survinrent à l'atelier. Alfred, le gendre du patron, les entendait à travers la cloison, et le « marquait à l'encre rouge ». H..., d'ailleurs, le desservait auprès d'Alfred. Le contremaître faisait exprès de lui choisir une tâche difficile; un jour H... lui dit: « Calme-toi, tu vas perdre ta place »; il savait donc qu'il allait la perdre? Notre malade quitte bientôt l'atelier, réagissant à ses interprétations comme l'aurait fait un persécuté ordinaire.

Au point de vue somatique, on note de l'inégalité et une certaine paresse pupillaire; les réflexes rotuliens et achilléens sont légèrement exagérés.

Un mois après son entrée dans le service, on note quelques rares accrocs dans la parole.

Observation IV. — En août 1909, une dame F..., âgée de vingt et un ans, entrait à l'asile Sainte-Anne, venant de la Maternité, où elle avait accouché récemment.

Elle avait des hallucinations pénibles; la nuit elle était prise de frayeurs et voyait des animaux dans ses rêves; elle présentait, en outre, des idées mélancoliques et de persécution et des préoccupations hypocondriaques. M. le Dr Juquelier faisait le diagnostic suivant, qui mettait en lumière l'état complexe de la malade :

« Dégénérescence mentale avec hallucinations pénibles. « Zoopsie, frayeurs, paresse des pupilles, empâtement de la « parole. Accouchement récent. »

Nous nous trouvons donc en présence d'une malade qui, prédisposée, avait fait au cours d'une grossesse et à la suite d'un accouchement récent une bouffée délirante actionnée par quelques excès de boissons. Elle présentait, en effet, des hallucinations pénibles, voyait des animaux dans ses rêves, éprouvait des frayeurs. Mais, en même temps, le clinicien notait de la paresse pupillaire, des troubles de la parole, qui indiquaient des lésions organiques.

Deux jours après, une lettre de la mère de la malade informait le chef de service que sa fille était née de parents syphilitiques, elle-même ayant été contaminée par son mari avant la naissance de l'enfant. Les idées de persécution s'accentuèrent, la malade se plaignait d'entendre des injures et, tout à coup, entrait en colère, donnant l'impression qu'elle venait d'entendre quelque chose de désagréable, sans qu'elle fournisse à cet égard aucune indication précise.

Transférée à la Maison-Blanche, elle fut rendue à sa famille qui la réclama.

©BIUM

Elle entre à nouveau à l'asile Sainte-Anne le 17 mars 1910. La maladie a fait des progrès et cette fois la malade présente de l'euphorie, elle ne se rend pas compte exactement de sa situation, se croit en 1888.

L'inégalité pupillaire, l'abolition des réflexes rotuliens, des accrocs de la parole devenus très nets achèvent de fixer le diagnostic et, le 4 avril suivant, M. le Dr Juquelier écrit : « Paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles, excitation par intervalles, à maintenir. »

Le 17 mai, la malade paraît plus faible, s'alimente mal, comprend difficilement ; le 19 mai, un ictus se produit vers 3 heures du matin, sa face est cyanosée, sa respiration difficile, les membres présentent quelques convulsions, surtout du côté droit, et la malade décède vers 4 h. 15 du matin.

Si donc nous retenons les particularités de cette observation nous signalerons la difficulté qui peut naître pour le diagnostic tant du fonds de dégénérescence que des accidents alcooliques qui aident à dissimuler la démence paralytique.

« Les excès de boissons, écrivent Magnan et Sérieux, fré-« quents à la période de début, font naître parfois un accès de « délire alcoolique dont les symptômes bruyants (hallucinations « de la vue, confusion dans les idées, tremblement généralisé), « masquent pour ainsi dire les symptômes de la démence para-« lytique souvent encore peu accusés et rendent difficile une « appréciation exacte du niveau intellectuel. » Et cependant, la méconnaissance de ces formes entachera gravement le pronostic de l'affection.

L'autopsie de cette malade fut pratiquée par MM. les Drs Juquelier et Gallais. En voici les résultats :

Autopsie du 21 mai, 9 heures du matin.

Poumon gauche, 250 grammes. Adhérences à gauche ; congestionné, flotte : pas de noyaux.

Poumon droit : 330 grammes. Congestionné, flotte : pas de noyaux.

Cœur : 220 grammes. Bon, suffisant (en voie de putréfaction).

Foie : 1.020 grammes (Cj 150 grammes), se décortique facilement ; à la coupe quelques zones discrètes de dégénérescence graisseuse.

Rate : 55 grammes. Petite capsule ferme, bleutée, intérieur lie de vin ; non diffluente.

Reins (ensemble 200 grammes). Se décortiquent facilement ; la substance corticale est diminuée par endroits.

Cerveau : Pas d'adhérences au crâne, remplit bien la cavité cranienne. Pas de liquide. Dure-mère congestionnée.

©BIUM

A l'inspection : congestion très active du pôle frontal droit sur la face extérieure et la face antérieure.

Plaques laiteuses disséminées sur les deux hémisphères, en particulier sur le droit le long des vaisseaux.

Granulations de Pacchioni normales.

Adhérence de la pie-mère au cortex qu'on déchire en le décortiquant.

Lésions policycliques et taillées à pic.

Ramollissement et liquide dans les ventricules latéraux.

Granulations épendymaires dans les 2e, 3e et 4e ventricules.

A la suite de ces faits cliniques, laissez-moi vous rappeler enfin l'observation très démonstrative que rapporte M. le Dr Magnan (*Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2e série, Paris, 1897, p. 233), et dans laquelle il s'agissait d'un malade qui, fils d'un père violent, impulsif, et d'une mère névropathe, frère d'un instable qui se suicida, fut atteint de paralysie générale : d'emblée, il délira, en systématisant ses conceptions délirantes ; à plusieurs reprises, il présenta des rémissions ; or, chaque fois que l'affaiblissement intellectuel s'amenda, que la mémoire devint meilleure, le délire se dégagea et s'activa. Hallucinations de l'ouïe, hallucinations psycho-motrices, troubles de la sensibilité générale et génitale, réactions réfléchies contre ses persécuteurs, rien n'y manqua. Puis, quelques ictus épileptiformes le frappèrent, la paralysie générale s'aggrava et le délire chaque fois s'affaissa et se réduisit à quelques conceptions sans relief.

Mais si, à côté de ces malades chez lesquels la prédisposition ou l'intoxication a modifié l'aspect de l'affection, nous recherchons son mode d'évolution chez un sujet non prédisposé, nous en trouvons un rare exemple dans une observation publiée par Linas en 1857. Elle est due à un médecin qui, atteint de paralysie générale et le sachant, écrivit d'une plume défaillante son autobiographie, nota avec une précision extrême chacun des symptômes du mal inexorable qui le minait et qui, lorsqu'il ne put plus, selon sa propre expression, « se dissimuler à lui-même sa propre décadence », s'imposa de continuer sa tâche, pour dissimuler aux siens sa cruelle maladie, et dans le but d'instruire ses confrères des symptômes de son mal.

©BIUM

Né, dit-il, de parents robustes, travailleurs, tempérants, sobres, il vint à Paris, se laissa aller, au plus fort de sa jeunesse, à quelques excès, en même temps qu'il poursuivait ses études médicales.

Vers 1851, il sentit sa tête s'appesantir, sa vue se troubler, il conserva l'usage de ses sens, mais son intelligence était comme obscurcie et ses idées moins nettes; il essayait de lire, et il ne pouvait appliquer son attention.

« J'éprouvais dans la tête je ne sais quelle singulière impression que je ne pourrais mieux définir que par ces mots : « le sentiment du vide ». Je voulus écrire, mais ma main tremblait et dirigeait mal la plume ou le crayon. Quand je tentais de me lever et de marcher, mes jambes fléchissaient, et mes pieds, sentant confusément la résistance du sol, me faisaient l'effet de presser sur de la laine ; j'éprouvais aussi de la fatigue dans les lombes et une grande lassitude dans tout le reste du corps.

« Une saignée copieuse, des pédiluves sinapisés, un purgatif salin, dissipèrent peu à peu ces fâcheux symptômes ; mais ce ne fut encore que quelques jours plus tard que je sentis ma tête moins embarrassée, mes mains plus sûres et mes jambes plus fermes. Sitôt que je pus supporter un long voyage, je retournai dans le sein de ma famille; là, le repos du corps, le calme de l'esprit, la paix du cœur, une vie régulière, une nourriture réparatrice, ne tardèrent pas à exercer la meilleure influence sur ma santé physique. Mais il me semblait que mon intelligence ne retrouvait plus son énergie d'autrefois ; ma mémoire surtout me paraissait sensiblement atteinte. Je retournai à Paris au bout de trois mois; j'avais repris des forces et de l'embonpoint : mes pollutions étaient devenues moins fréquentes. J'essayai de divers médicaments pour les faire cesser, mais je ne parvins qu'à en éloigner de plus en plus le retour.

« Je repris le cours de mes études interrompues, et je me livrai au travail avec un grand zèle; mais je m'apercevais bien de l'échec qu'avait subi mon intelligence. Le travail ne m'était plus aussi facile qu'autrefois, et je remarquais souvent des lacunes dans ma mémoire. A quelque temps de là, je ressentis pour la

©BIUM

première fois des frémissements dans les paupières, puis dans la lèvre supérieure; la moindre émotion suffisait pour provoquer cette trémulation convulsive et la rendre beaucoup plus sensible. Plusieurs mois s'écoulèrent sans apporter de modifications notables à mon état.

« Cependant, des tressaillements ne tardèrent pas à se manifester dans les différents muscles du cou et de la face. Peu à peu, mes souvenirs classiques s'effacent de ma mémoire; j'oublie assez promptement les noms propres, et les dates, que je retenais autrefois avec une grande facilité. Je deviens distrait, et mes amis trouvent que je suis plus étourdi que personne.

« Je demeure dans cet état pendant près de deux ans, travaillant sans interruption, ne changeant rien à mes habitudes, et jouissant des apparences de la santé la plus florissante.

« Dès l'année 1854, j'éprouvai de temps en temps une sorte d'engourdissement dans les joues; ma langue commençait à me paraître moins déliée, et je n'avais plus cette élocution prompte et facile qui me distinguait naguère parmi mes camarades. De loin en loin, je sentais des secousses dans tous les membres; les jambes me paraissaient plus lourdes et elles étaient moins aptes à la course. En même temps, mon intelligence devenait plus paresseuse, ma mémoire plus infidèle, mes conceptions plus lentes, mon imagination moins vive.

« En 1855, j'éprouve des soubresauts musculaires dans presque toutes les parties du corps; je ressens à la langue, et surtout vers la pointe, une sensation de frémissement comparable à celle que détermineraient les vibrations d'une petite tige métallique. Cet organe se meut parfois difficilement, et commence à mal articuler certaines lettres; quand je marche, je sens de la roideur dans les jambes, et mes pieds heurtent souvent le sol. La moindre émotion, le plus petit excès, le plus simple écart de régime, exagèrent singulièrement ces manifestations d'un mal dont je ne peux plus me dissimuler le nom.

« A l'heure qu'il est (8 janvier 1856), j'ai très souvent des bourdonnements d'oreilles insupportables, des secousses convulsives dans le tronc et dans les membres; de véritables soubresauts dans les doigts, mes mouve-

©BIUM

ments manquent de précision ; je ne puis tenir un objet un peu lourd sans éprouver une fatigue extrême qui m'oblige bientôt à lâcher prise. Quand j'écris, je ressens de la roideur dans les doigts, et les efforts que je suis obligé de faire pour bien diriger ma main me causent une fatigue douloureuse dans le poignet et le long de l'avant-bras. Mon écriture n'est plus régulière comme autrefois ; les lettres sont mal liées et parfois visiblement tremblées ; j'oublie souvent des lettres ou des mots entiers.

« Ma mémoire, très affaiblie, conserve encore quelques-uns des souvenirs de mon enfance ; mais les événements présents lui échappent assez vite. Elle ne peut plus retenir longtemps les dates et les noms ; mes conceptions s'opèrent avec une grande lenteur, je me sens peu d'aptitude aux travaux de l'esprit, ma tête est souvent appesantie par le sommeil. Je suis obligé de faire de grands efforts pour appliquer une attention un peu soutenue à la lecture où à une conversation un peu élevée.

« Ma langue me paraît épaisse et lourde ; mes joues sont devenues flasques, et mes lèvres ne peuvent plus vibrer comme autrefois. Il en résulte que j'articule assez mal certaines syllabes et que la prononciation est parfois assez pénible.

« J'ai la parfaite conscience de ma déplorable situation, ce qui me rend très défiant de moi-même. Quand je suis en compagnie de mes amis, je parle rarement, et si je suis obligé de le faire, ce n'est qu'avec des efforts inouïs que je parviens à masquer un peu l'embarras de ma parole ; je fuis le plus possible les réunions du monde que j'aimais tant naguère, et malgré les progrès de l'impitoyable maladie qui doit me conduire prématurément à la tombe, je veux continuer mes études médicales le plus longtemps que mes forces me le permettront, afin de cacher à mes parents et à mes amis une décadence que je ne puis plus me dissimuler à moi-même. »

Permettez-moi de m'arrêter sur cette observation, type de l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles sans idées délirantes, chez un paralytique général dont le diagnostic fut confirmé par M. le Dr Linas.

©BIUM

Elle fut écrite par un médecin qui, se sachant malade, sentant sa mémoire défaillir, son intelligence s'affaiblir, sa déchéance croître, envisage le triste avenir qui lui est réservé ; mais, n'oubliant pas qu'il est médecin, se ressaisit en un dernier effort pour fournir à ses confrères, par son auto-observation, une description exacte des symptômes de son mal, et à la science, une ultime contribution.

Note sur la question de la paranoia aiguë,

par le Dr Trénel.

La place à donner aux délires systématisés aigus dans la classification ne peut, malgré leur fréquence, être considérée comme absolument établie, non plus que leurs rapports avec les cas chroniques. La théorie de Magnan distingue uniquement le délire systématisé chronique, mais confond tous les autres faits dans la dégénérescence, qu'ils soient aigus et curables, ou non. Faisant bon marché de la dégénérescence, d'autres auteurs vont plus loin et considèrent que la paranoia aiguë (ce terme étant pris dans le même sens que délire systématisé aigu) ne diffère de la paranoia chronique, au sens le plus large du mot, que par la terminaison par une rapide guérison. Récemment Thomsen (1) se faisait le défenseur de cette théorie.

Il se pose là une question de fait et une question de doctrine. Pour la question de fait, la description clinique a beau avoir été donnée par maints auteurs dans tous ses détails, il semble qu'il existe encore pour certains une tendance à confondre dans les délires systématisés aigus des cas disparates. Thomsen paraît le reconnaître d'ailleurs assez explicitement dans son excellent article (où, disons-le ici, la question est extrêmement bien exposée au point de vue historique). La floraison des termes employés, surtout en Allemagne, — et que

(1) Thomsen. Die acute Paranoia. *Archiv für Psychiatrie*, 1909, p. 803.

©BIUM

Chaslin (1) a recueillis il y a longtemps, — n'a pas peu contribué à obscurcir la question; et il est à croire que l'obscurité en est restée aussi grande depuis le rapport si important de Cramer (2).

La question de doctrine est double : d'une part ces délires systématisés aigus sont-ils de même nature que les délires systématisés chroniques? d'autre part sont-ils fonction de la dégénérescence mentale? Nous laisserons de côté le second terme de la question pour n'envisager que les rapports des délires systématisés aigus et des délires systématisés chroniques au point de vue purement clinique.

Si connus que soient ces faits, avant de les discuter, nous pensons utile d'en donner ici un exemple.

Observation. — M^lle P..., âgée de trente-deux ans, employée de commerce, entrée le 15 juin 1908, à l'asile de Villejuif, transférée, le 17 décembre, à l'asile de Maison-Blanche. Sortie en septembre 1909.

Antécédents héréditaires. — Sont déclarés nuls, mais un frère a eu des accès de mélancolie; il est guéri et paraît normal. La famille la considère comme intelligente. Pas de stigmates importants si ce n'est qu'elle a le menton fuyant.

La maladie actuelle a débuté, il y a quelques semaines, au moment où son mariage venait d'être décidé. Elle est examinée par M. Vallon, dont le certificat donne l'exposé de son état :

« Mélancolie avec idées de persécution et hallucinations de l'ouïe. Depuis plusieurs semaines elle est triste, se figure que toutes les personnes de son entourage sont malintentionnées à son égard; par moments elle s'alimente difficilement, à d'autres, elle s'excite sous l'influence de ses hallucinations, entendant des mots malsonnants, des propos injurieux. Son état avait paru s'améliorer, et on pouvait espérer qu'un séjour à la campagne avec des soins appropriés suffirait à amener la guérison, mais depuis quelques jours les troubles mentaux se sont accentués et rendent nécessaire le placement de M^lle P..., dans un établissement spécial. »

A l'asile de Villejuif, où elle est d'abord placée, son état reste stationnaire pendant six mois; elle est envoyée alors à l'asile de Maison-Blanche le 17 décembre 1908.

A son entrée, elle se montre dans une attitude hallucinante.

(1) La confusion mentale.
(2) *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1893.

©BIUM

Elle répond d'une façon brève et a une tenue hostile à l'égard de l'entourage. Elle est orientée, sait où elle est et d'où elle vient. On l'a traitée, dit-elle, de neurasthénique. Elle s'ennuie depuis sa naissance. Elle est folle, elle est devenue folle à la suite d'une grossesse (imaginaire).

D'abord réticente, elle manifeste rapidement un ensemble polymorphe d'idées mélancoliques, de grandeur, d'hallucinations de tous les sens. « Elle attend un dépêche lui annonçant la mort de sa grand'mère. Une bande de maraudeurs viennent l'empoisonner le soir. Vanderbilt est son oncle et Briand son cousin; elle rit quand on l'appelle P... L. P... (son frère), est archevêque de Paris.

On agit sur elle par le *médiumnimisme*. C'est par ce moyen qu'elle connaît tout ce dont on lui parle. On prend des nouvelles comme ça; on lui fait des communications par des appareils électriques.

Elle se montre d'abord assez calme, garde une attitude fière et hostile, puis au bout de quelques jours s'agite, déclame, crie, dort mal, excite les récriminations des malades calmes de l'infirmerie et doit être placée à la salle d'alitement des demi-agitées; elle parle avec volubilité, maniérisme et grandiloquence, présente des attitudes stéréotypées sans catatonie, se tenant cachée sous ses draps pour se découvrir brusquement la figure quand on l'aborde. Elle exprime une foule d'idées délirantes où dominent les idées de grandeur et de persécution avec craintes d'empoisonnement qui lui font refuser la nourriture et rendent son alimentation difficile. Parfois elle se refuse à toute conversation, d'autres fois elle laisse couler un flot de paroles déclamatoires: « Nous ne sommes pas à la Haye mais à Neuilly, Seine, Maison-Blanche. On envoie de là-haut du poison. J'ai accepté d'être *Victoria d'amour*. Tous les soldats anglais. J'ai besoin de calmer mes nerfs. Je veux revenir moi-même, ou M. de Rothschild ne sera pas mon amant. C'est une affaire d'amant et de maîtresse, de jument, de mule, de truie! Si M. de Rothschild ne comprend pas, qu'il sache ce que c'est que d'être le premier amant d'une Victoria.

« Je devrais être au Carmel pour ne voir que mes sœurs. C'est un marchandage. Nous sommes au xx^{e} siècle. Je suis fille de Napoléon et de sa femme royale. Pourquoi êtes-vous grossier avec moi. Si on accepte des mortifications, nos prêtres sont confesseurs et non prêtres en civil. J'en ai assez, je veux un traitement. Je suis en colère après les *médioniseurs* qui me parlent de toutes sortes de choses. Ils parlent d'un enfant qui a mal à la jambe. Que ceux qui m'ont violée le 19 mai 1908 se le rappellent. Je sais ce qu'il y avait dans le lait. Je ne suis pas une femme chic. Ce n'est pas Abd-el-Kader, la smala, les

©BIUM

bordels. Gueulez ce que vous voudrez, ce sont les lois juives. M. de Rothschild ne sera pas à moi, si M. de Rothschild ne connaît pas les lois d'Angleterre. Tout ce qu'on demande, combien j'ai de frères. On a fini de dire que toutes les femmes ont une matrice... Le triomphe de franc-maçonnerie. Quand on pense que depuis avril, cinq mois que je suis ici !... Je suis violée, c'est crié dans tous les tribunaux. Au couvent, je dois réparer la pureté de mon sang... Au couvent, au Carmel... Monsieur, ne me faites pas de mal, assis près de mon lit. Vous êtes grossier par le médiumnisme depuis un an. C'est les médiums, les agrégés, les chiens empestés de maladies... M. le comte de Paris est de ma famille. Est-ce que j'ai des pertes de sang. Est-ce que je suis une fille à donner de mon sang. Depuis le temps qu'il faut que je change de nom tous les jours »... Elle se cache le visage avec sa camisole et son drap, « parce qu'on me jette de la poudre d'en haut, on m'en jette dans les yeux et dans la bouche ; aussitôt que j'en ai reçu dans la bouche, j'ai la langue couverte de boutons, et quand c'est dans les yeux, ça me pique et mes yeux pleurent ; c'est une poudre amère ; je n'ai pas pu en recueillir, parce que c'est impalpable. Ce sont les idiots d'en haut qui m'envoient ça ; on entend leur voix, ils parlent tous ».

Pendant plusieurs mois elle déclare qu'elle est Radziwill Bonaparte. « Je ne peux pas travailler, j'ai devant moi mon petit enfant en or et en ivoire qu'on dit que c'est le petit Jésus. »

En mai, elle a une période calme. Interrogée pour savoir les causes de ses actes, elle répond : « J'étais agitée parce qu'on m'envoyait des poudres par le plafond. J'en ai encore reçu un peu ce matin. J'ai eu différents empoisonnements ici dans les salles. On doit m'endormir par le chloroforme. Je suis ici depuis le 24 décembre (exact à quelques jours près). Je voudrais partir. Je ne sais pas pourquoi je resterai ici. Je me fortifierai. Je n'ai qu'un frère. L'autre, je suis en procès avec lui. Je suis P..., de mon mariage l'an dernier Radizwill Bonaparte. »

Cette période de calme relatif avec état assez lucide ne dure pas ; elle s'agite de nouveau.

24 *mai*. Elle parle sur un ton de litanie : « Je suis *enfant de tabernacle*. Comment faut-il comprendre par la multitude des grâces de sa Majesté Napoléon III pour les corps souffrants. Mademoiselle de la Bretonnière cela ne veut pas dire Boutonnière, Ophélie n'est pas folle. (Le médecin vient devant elle de comparer son attitude à celle qu'au théâtre on prête à Ophélie.)

« Joséphine élevée par un missionnaire. A qui faut-il répondre.

©BIUM

Ah! je suis souffrante. Judas, c'est-à-dire ne pouvant pas regarder Dieu face à face. L'impureté... Henriette, à onze ans, ne connaissait pas la vie. Et maintenant on ne connaît plus Dieu. Un jeune enfant triste présage pour le bonheur de son Altesse Royale et Impériale. Pour ne plus dire... Henriette... Les Evangélistes... Permission lui est donnée d'être habillée en Franciscaine. Elle est obligée de dire : médicament, dyspepsie, pour ne plus dire que tous les hommes ont été empoisonnés. Il ne faut plus dire une seule fille au monde a été truquée, a été violentée. Aubergine n'est pas blanc, n'a pas été violée. Jeune enfant prisonnier d'un seul cœur. Jeune enfant, Dreyfus à gauche. Comment faut-il répondre, Jésus! Il faut dire Henriette a toujours été folle. Par toute la race des animaux on reconnaît plus le cheval de l'homme, le singe de la femme. A M. Bissano, enfant, comment faut-il répondre.

« A Jésus de tous les tabernacles, la clef de tous les enfers. La voix n'est pas connue. Comment faut-il répondre. Henriette doit se lever. Première femme, pour ne pas dire femelle, comment faut-il répondre. Henriette a été violée par Jésus, Jésus du tabernacle. Prisonnière dérisoirement au lieu d'une cage. Un tonneau très serré comme un corset de femme. Une volière très jolie (Fait un geste avec deux doigts comme pour la bénédiction épiscopale). »

Les jours suivants, elle s'agite, brise des vitres.

Rapidement, en août, elle se calme, répond très correctement quand on lui parle : « C'est une fièvre cérébrale que j'ai eue, un délire. Mais j'ai toujours reconnu que vous étiez le médecin J'étais contrariée... l'ennui... Je ne me rappelle pas ce que je disais. C'est la fièvre qui fait ça. On m'envoyait de la poudre du plafond. Ça m'entrait dans le nez, dans la gorge. C'était de la poudre, quelque chose de sec. Je le sentais bien. C'est sérieux! J'étais obligée de me couvrir avec mes draps. Il y avait aussi des voix qui me parlaient d'en haut. La princesse Radzivill Bonaparte, c'est mon nom. Je suis mariée depuis deux ans avec ce monsieur. Je suis nièce du comte de Paris. Je suis fille de son frère. J'ai la transmission de la pensée, c'est-à-dire comprendre par la pensée. Les paroles passent par l'électricité. Je l'entendais dans la tête. Ça me passe dans la tête. Il y a eu un moment ici où on entendait des pensées, comme quand on passe les dépêches dans les journaux. Ça passait dans ma tête. Par exemple, des événements qui se passaient à Paris, à la Chambre des députés, des faits divers. Ce n'était pas du rêve. En ce moment, c'est fini, fini, fini. C'est arrêté, c'est calmé. Mais toutes les malades pouvaient l'entendre aussi. Ça passait comme l'électricité. »

Rapidement elle se calme tout à fait, reconnaît qu'elle a eu

toutes sortes d'illusions tout en affirmant encore qu'on a dû lui envoyer de la poudre. Elle se montre affectueuse envers sa famille qui s'empresse de la reprendre, de telle sorte qu'il n'a pu être fait un examen exact du niveau intellectuel de la malade. Mais les derniers symptômes morbides ont disparu en peu de temps, et il y a quelques semaines, notre ami, le Dr Bolognesi, qui la connaît depuis longtemps et qui l'a toujours soignée, m'écrivait qu'elle était entièrement revenue à l'état normal et avait repris ses fonctions dans un grand magasin. Preuve de cette guérison : la rupture du mariage projeté avant la maladie n'ébranla en aucune façon l'équilibre mental de la jeune fille.

En résumé, après une courte période d'incubation de forme mélancolique, éclate chez une jeune femme de trente-deux ans un délire très polymorphe, avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, idées de persécution, mystiques et de grandeurs, qui guérit très rapidement dix-huit mois après le début de la maladie.

Cet exemple donné, nous nous bornerons à poser les termes de la question dont nous ne saurions prétendre à donner ici la solution, désirant uniquement ouvrir la discussion.

Il paraîtra difficile d'admettre que de semblables faits puissent être confondus avec les cas chroniques. L'observation que nous donnons est schématique dans son genre. Il serait oiseux de l'analyser au point de vue symptomatique. Il nous semble que le rapprochement fait par Thomsen en ne considérant que le contenu des idées délirantes, la couleur du délire pour placer dans une même catégorie les cas aigus et les cas chroniques, ne tient pas assez compte d'un élément de première importance, l'évolution de la maladie, non plus que du mode suivant lequel s'agencent les phénomènes délirants.

Nous nous emparerons, pour exprimer les différences à établir, des termes employés par Schœfer et Mercklin. D'après eux (1), dans la *Verrücktheit aiguë* (paranoïa aiguë), « il y aurait les mêmes éléments morbides que

(1) Kéraval. Les délires plus au moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa. *Archives de neurologie*, 1894, t. XXVIII, p. 480.

©BIUM

dans la folie systématique chronique, mais non plus amalgamés et enchaînés comme dans cette dernière; tout au contraire, ils sont en état de *perpétuelle mobilité* et ne peuvent par suite constituer aucun système de délire ».

C'est bien là la caractéristique des cas tels que celui que nous venons de relater; aussi est-il difficile, pour employer l'expression même de Kéraval, d'appliquer ici « l'expression de *folie systématique aiguë* » (ou de paranoïa aiguë, ce qui revient au même dans le sens où Thomsen emploie cette dénomination). C'était l'opinion de M. Séglas (1) quand il écrivait son article fondamental sur la paranoïa : « La lecture des observations de paranoïa aiguë, dit-il, ne nous ont montré aucun caractère pathognomonique qui puisse permettre au moins par un côté de rapprocher cette paranoïa aiguë de la chronique, qu'elle soit dégénérative ou non. » Et il la compare à certains états mélancoliques ou maniaques simples.

C'est cette opinion ancienne de M. Séglas qui nous paraît être l'expression de la vérité.

D'ailleurs, la dénomination donnée par Magnan, que l'on peut considérer comme généralement admise en France, de délires polymorphes, paraît seule acceptable dans ces cas aigus ; elle ne présume pas de la nature de ces délires — qu'on les regarde comme fonction de la dégénérescence ou non — et les différencie d'une façon nette des délires systématisés.

DISCUSSION

M. VALLON. — Je dirai, à propos de l'observation présentée par M. Trénel, qu'il s'agit d'un cas de délire non systématisé. En effet, je ne vois rien de systématisé dans ce délire; et je pense qu'aucun aliéniste français n'aura l'idée d'appeler ce délire systématisé.

M. PACTET. — Ce que l'on remarque surtout dans cette observation, c'est la confusion du délire. Je préfé-

(1) Séglas. La paranoïa. *Archives de neurologie*, t. XIV, 1887, p. 460.

©BIUM

rerais le terme « délire confus » au terme « paranoïa ». On nous apporte des mots nouveaux qui ne jettent pas une clarté bien vive sur les faits.

M. GILBERT BALLET. — La malade est-elle complètement guérie ? Je me défie un peu de ces cas de guérison définitive, de ces malades qui sont guéris — pour leur famille. La guérison me paraît exceptionnelle quand il ne s'agit pas d'un cas de confusion mentale simple. Il convient de faire des réserves sur les cas de guérison certaine des bouffées délirantes. J'ai connu un savant très distingué qui avait eu un accès de délire en 1873 et un autre accès en 1909 ; durant cet intervalle, il paraissait normal pour le public, mais en réalité il avait de temps à autre des crises mélancoliques. Je le considère comme un intermittent.

M. VALLON. — J'ai vu plusieurs fois ce malade dont parle M. Gilbert Ballet et j'ai constaté chez lui une euphorie pathologique.

M. GILBERT BALLET. — C'était un cyclothimique.

M. TRÉNEL. — Je ne crois pas que ma malade soit une intermittente.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

—

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 23 mai 1910.

I. — *Apraxie unilatérale* ; par le Dr Truelle. — M. Truelle montre à la Société une femme de cinquante-six ans, présentant, à la suite d'ictus, une apraxie de forme dite idéo-motrice, limitée au membre supérieur gauche. Pas de trouble moteur autre qu'un syndrome pseudo-bulbaire très atténué avec paraplégie spasmodique légère. Aphasie à forme sensorielle (alexie avec agraphie) ; hémianopsie gauche. Ictus amnésique ancien, pas de démence globale ; troubles de l'attention ; persévération verbale et motrice. Hyperkinésie réflexe. Légers troubles de la sensibilité, agnosie tactile gauche.

II. — *Paralysie générale conjugale* ; par le Dr Leroy. — M. Leroy présente deux malades : le mari atteint de tabes depuis le commencement de 1909, la femme atteinte de paralysie générale depuis le commencement de 1910. Le mari avait contracté la syphilis en 1900 et avait contaminé sa femme à la même époque ; celle-ci n'avait eu que des accidents très discrets. Le ménage avait suivi un traitement mercuriel pendant cinq ou six ans.

III. — *Dégénérescence mentale avec obsessions, impulsions au vol, tendance au suicide* ; par le Dr Fillassier. — M. Fillassier présente deux malades, l'une atteinte de dégénérescence mentale avec alcoolisme, tendance au suicide, à l'homicide, sous l'empire d'une action délirante.

Cette dégénérée fit quelques excès de boissons et un délire alcoolique, puis celui-ci s'effaça, et sur ce terrain évolua un délire de mélancolie avec auto-accusations, tentative de suicide et tentatives répétées d'homicide sur la personne de son enfant.

L'autre, dégénérée également, présenta de la dépression

©BIUM

mélancolique avec ébauches d'obsessions et d'impulsions, vols aux étalages; elle fit une tentative de suicide par asphyxie.

IV. — *Drainage lombaire des espaces arachnoïdiens*; par le Dr Le Filliatre. — M. Le Filliatre présente un appareil à drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien permettant d'évacuer, d'injecter ou de laver les espaces arachnoïdiens. Cet appareil est admirablement supporté par le malade. A ce sujet, M. Le Filliatre rapporte une observation du Dr Gorce, de Villiers-sur-Marne, qui a eu l'occasion d'appliquer cet appareil pendant onze jours, jusqu'à guérison, chez un enfant de sa clientèle atteint de méningite cérébro-spinale. Cet appareil peut rendre de grands services dans tous les cas où il y aura indications essentielles d'évacuation répétées ou continues (hydrocéphalies, tumeurs cérébrales, etc.).

M. *Vigouroux* demande à M. Le Filliatre quel avantage il trouve à laisser son appareil en place plutôt que de pratiquer plusieurs ponctions successives.

M. *Le Filliatre* répond que l'opération de la ponction lombaire, toute insignifiante qu'elle puisse paraître, constitue cependant une opération véritable, réclamant les mêmes conditions d'antisepsie que les autres. Beaucoup de médecins ne savent pas la pratiquer. Son appareil présente cet avantage de nécessiter une seule ponction, la canule pouvant être laissée en place pendant plusieurs jours sans inconvénients. Il n'a jamais eu de cas d'infection.

V. — *Un cas de mort par perforation intestinale chez un dément paralytique*; par les Drs Vigouroux et Fourraux. — Il s'agit d'une perforation du gros intestin, survenue chez un paralytique général qui avait ingéré des cailloux et des morceaux de verre. Les auteurs notent la rareté des accidents de ce genre à côté de la fréquence des ingestions d'objets indigestes par les déments, en même temps que l'anomalie des réactions péritonéales qu'a eues le malade.

VI. — *Sarcome angiolithique comprimant le bulbe*; par les Drs Pactet, Vigouroux et Bourilhet. — Il s'agit de tumeurs fibro-sarcomateuses, développées à la face inférieure du bulbe d'un paralytique général mort d'asphyxie. Une des tumeurs est nettement du sarcome angiolithique, l'autre du fibro-sarcome. Aucun symptôme de tumeur cérébrale n'a été noté.

VII. — *Un cas d'épithélioma chez un paralytique général*; par les Drs Pactet et Bourilhet. — Les auteurs présentent des préparations histologiques et des photographies relatives à un

©BIUM

paralytique général qui était atteint d'épithélioma des lèvres.

Les cas de ce genre, rares dans la littérature médicale, sont intéressants pour ceux qui considèrent la paralysie générale et le cancer buccal comme des affections parasyphilitiques.

VIII. — *Maladie de Paget;* par le Dr A. Marie. — M. A. Marie, de Villejuif, présente à la Société les pièces osseuses d'un crâne d'aliéné atteint de maladie de Paget. Il s'agissait d'un dément sénile organique par hémiplégie gauche, de nature probablement spécifique (syphilis avouée).

Séance du 20 *juin* 1910.

I. — *Les psychoses familiales*; par les Drs Vigouroux et Trénel. — Les auteurs présentent un frère et une sœur. Le frère, âgé de dix-huit ans, est actuellement guéri d'un accès de délire polymorphe qui a duré six mois. Successivement, il a été énervé, a vu disparaître ses sentiments affectifs, a été mélancolique, hypocondriaque et excité maniaque, confus; toujours ces états morbides ont été très superficiels. Il se rend compte du caractère pathologique des troubles qu'il a présentés.

La sœur, âgée de quarante ans, a toujours été déséquilibrée. Partie à vingt-cinq ans en Russie comme institutrice, elle paraît y avoir changé sans cesse de places.

En 1905, elle a commencé à poursuivre un médecin et un prêtre de lettres d'amour, puis s'est crue persécutée par eux. En raison de ses réactions, elle fut envoyée en France et immédiatement internée. Elle est dans un état hallucinatoire d'affaiblissement. On pourrait diagnostiquer soit une démence vésanique, soit une démence paranoïde, quoiqu'il soit difficile d'apprécier la mesure de cet affaiblissement.

MM. *Vigouroux et Truelle* montrent la mère et le fils atteints tous les deux de troubles mentaux.

La mère est internée depuis six ans et est entrée rapidement dans un état de stupeur profonde catatonique avec courts accès d'excitation réactionnelle. Le fils, âgé de dix-huit ans, après avoir présenté des impulsions et de la stupeur catatonique, présente actuellement de l'excitation hébéphrénique. C'est un dément précoce hébéphréno-catatonique.

II. — *Deux cas de stupeur*; par M. Truelle. — Il s'agit de deux malades dont l'une, la première, est une femme de quarante-cinq ans à hérédité chargée, internée depuis six ans;

©BIUM

après une phase de délire confus avec hallucinations multiples pénibles, elle est entrée rapidement dans un état de stupeur profonde qui dure depuis plus de cinq ans. Au début, périodes courtes d'excitation réactionnelle n'apparaissant plus maintenant que très rarement, occasionnellement et pour un temps très court.

La seconde est une femme de soixante et un ans, internée depuis huit ans, qui, après un délire non systématisé avec hallucinations, idées mélancoliques et de persécution, est depuis quatre ans dans la stupeur.

Doit-on ranger le premier cas dans la démence précoce (forme catatonique), le second dans la mélancolie vraie ou la folie maniaque-dépressive?

III. — *Les habitués des asiles*; par le Dr H. Colin. — M. Colin présente trois malades qui rentrent dans la catégorie des débiles moraux habitués des asiles.

La caractéristique de ces malades réside dans la multiplicité des internements et la multiplicité des condamnations.

Ces individus se ressemblent par les moyens employés pour le placement, par leur façon de réagir soit au dehors, soit à l'asile, par leur tendance aux actes violents et à l'insubordination.

Le nombre de ces habitués des asiles et des prisons n'est pas très élevé (200 environ pour le département de la Seine), chiffre insignifiant si on le compare à celui des délinquants ordinaires que renferme une grande ville comme Paris et qui montre bien la différence qui existe entre ces deux catégories d'individus.

IV. — *Syphilis héréditaire ou acquise*; par le Dr Bonnet. — M. Bonnet montre un malade qui présente le tableau clinique de la syphilis héréditaire tardive, puisque les premiers signes n'ont fait leur apparition qu'à sept ans. Le siège spécial et la multiplicité des lésions appartiennent en propre à l'hérédo-syphilis, et cependant, d'après l'histoire de la malade, l'intégrité de sa famille, on peut légitimement envisager la possibilité d'une syphilis acquise dans le jeune âge.

V. — *Un cas d'application difficile de la loi de* 1838; par le Dr Bonnet. — M. Bonnet montre une malade interdite, non guérie, mais qui ne présente plus qu'un léger degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles et qui pourrait être mise en liberté sous réserve d'assistance et de surveillance au dehors. Mais, d'après l'article 17 de la loi : « En aucun cas, l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur », elle ne peut être mise en

©BIUM

liberté, car le tuteur s'y oppose, et ne veut retirer sa pupille que si la guérison est déclarée.

La loi de 1838 est trop une loi de défense sociale et ne tient pas suffisamment compte des intérêts individuels de l'aliéné.

Séance du 18 *juillet* 1910.

I. — *Les amoureuses de prêtres*; par les Drs Leroy et Juquelier. — Présentation de deux malades internées après des scènes scandaleuses provoquées par leur amour pour un prêtre.

La première est une déséquilibrée amorale-érotomane comparable aux persécutées persécutrices; elle aime l'abbé X... depuis son adolescence et le poursuit depuis vingt ans par des lettres ou des déclarations orales. Elle désire être la maîtresse de l'abbé. Elle délire seulement lorsqu'elle se croit aimée de lui et voit les preuves de cette affection dans des regards, des sourires; elle a interprété dans ce sens les moindres propos de l'abbé X... et aussi certains fragments de la petite correspondance d'un journal qui ne la concernaient pas; elle a poussé son mari à se séparer d'elle pour se rendre libre.

La préoccupation amoureuse persiste malgré que la malade cherche à la dissimuler, car elle écrit encore à l'abbé, en cachette, de l'asile où elle est internée.

La seconde est une débile hallucinée mystique, persécutée et mégalomame, qui a été investie par la Vierge d'une mission particulière. Cette mission consiste à tirer, des pièges de la franc-maçonnerie, l'abbé Z..., son confesseur, pour lequel elle éprouve, depuis quatre ans, la plus vive sympathie.

La sympathie de la malade pour son confesseur a nettement un caractère amoureux; mais, ayant une conduite irréprochable, elle s'en défend. Elle passait sous les fenêtres de l'abbé, lui faisait des signes, menaçait les ennemis imaginaires du prêtre, et l'internement est devenu nécessaire.

Dans ces deux cas, le scandale a été un événement heureux, car il a permis d'interner les malades avant un acte plus grave : les délirantes amoureuses et les amoureuses de prêtres en particulier sont souvent, en effet, des malades dangereuses, s'irritant, jusqu'au meurtre de celui qu'elles aiment, de la non-satisfaction de leur passion.

II. — *Obsessions, phobies et idées hypocondriaques chez une fillette de dix ans*; par les Drs Briand et Brissot. — Il s'agit d'une petite fille ayant des obsessions, des phobies et des

idées hypocondriaques semblables à celles dont se plaignait une tante de cette enfant et à laquelle M. Briand a donné des soins.

Cette fillette, âgée aujourd'hui de dix ans, sur laquelle pèse une double tare mentale héréditaire, était, depuis plusieurs mois, inquiète et préoccupée sans raison au sujet de sa santé, lorsqu'un jour sa maîtresse d'école, dans une leçon sur la propreté, fit connaître les inconvénients qu'il y avait à cracher à terre. En arrivant chez elle, l'enfant raconta qu'elle sentait des microbes échappés d'un crachat qui lui couraient dans la gorge. Depuis ce jour, elle ne peut entendre tousser quelqu'un sans être prise d'une angoisse des plus pénibles; elle est obsédée par l'idée qu'elle va contracter la tuberculose.

Elle se déshabille dès qu'elle aperçoit la moindre poussière sur ses vêtements et ne consent à les reprendre que si sa mère a fait le simulacre de les désinfecter. Elle agit de même dès qu'elle entend ou voit quelqu'un tousser ou cracher.

Ce matin, à la suite d'une conversation qu'elle a entendue sur la guérison du cancer, elle a eu, pour la première fois, l'obsession de cette nouvelle maladie.

III. — *Paralysie générale sénile*; par les Drs Trénel et Libert. — Présentation de deux cas de paralysie générale sénile.

Le premier concerne une malade âgée de soixante-dix ans. Début il y a un an par des idées de jalousie. Affaiblissement intellectuel progressif; la mémoire est infidèle, très lacunaire; état de satisfaction euphorique. Pupilles inégales, réaction lumineuse très paresseuse. Tremblement de la langue, de la face et des mains. Parole trémulante avec achoppement. Parésie musculaire. Réflexes tendineux un peu plus forts à droite. Lymphocytose considérable. Réaction de Wassermann négative. Une fausse couche. Cas douteux en raison du trouble plutôt lacunaire que global de l'intelligence, nécessitant une plus longue observation.

La seconde malade est âgée de soixante-cinq ans. Elle tient des propos et a une attitude maniaques. Les idées érotiques dominent. Fabulations considérables. Mémoire très infidèle avec cependant un certain degré de conservation de la mémoire de fixation.

Réflexes tendineux complètement abolis; pupilles très paresseuses à la réaction lumineuse; pas de douleurs musculaires.

Lymphocytose extrêmement faible et dont on ne peut faire état.

©BIUM

Les auteurs font remarquer à propos de ces deux cas le mélange complexe des symptômes de paralysie et de presbyophrénie.

IV. — *Eruptions syphilitiques chez deux paralytiques générales*; par les Drs Trenel et Libert. — Présentation de deux malades.

La première malade, chez qui les symptômes paralytiques datent de deux ans, porte des cicatrices toutes récentes d'une éruption secondo-tertiaire.

La deuxième, chez qui les symptômes datent de quatre mois environ, présente des syphilides tuberculo-crustacées du poignet et séborréiforme de la lèvre.

V. — *Un cas de stupeur guérie au bout de deux ans et demi*; par le Dr Leroy. — M. Leroy présente une jeune femme de trente-cinq ans, née d'un père alcoolique, qui, à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, présenta un état mélancolique avec frayeur et hallucinations auditives et visuelles. Entrée dans les asiles de la Seine au mois d'octobre 1907, cette malade est restée pendant deux ans et demi dans un état de stupeur complète avec gâtisme, mutisme, yeux obstinément fermés, *flexibilitas cerea* par intervalles.

A la fin de mars 1910, sous l'influence de la visite de ses enfants, elle s'est réveillée peu à peu, l'activité est revenue, le gâtisme a disparu et la guérison se montre aujourd'hui complète.

M. Leroy discute le diagnostic de démence précoce avec rémission, folie intermittente avec inhibition mélancolique ou confusion mentale. La malade décrit son état d'esprit pendant sa stupeur comme analogue à l'inhibition; mais le début par un accès hallucinatoire post-fébrile, une certaine amnésie des faits avec désorientation peuvent faire penser également à la confusion mentale.

VI. — *Presbyophrénie et psychose de Korsakoff*; par les Drs Brissot et Hamel. — Présentation de deux malades.

MM. Brissot et Hamel, de Villejuif, présentent deux malades atteintes, l'une de presbyophrénie, l'autre de psychose de Korsakoff. Ils insistent sur la nécessité de différencier nettement ces deux affections en s'appuyant sur la diversité de l'étiologie, de l'évolution et de quelques symptômes capitaux.

VII. — *Lésions de la zone de Wernicke sans aphasie*; par le Dr A. Marie. — M. Marie apporte les coupes en série d'un encéphale de malade qui, s'étant tiré une balle de revolver à la tempe, se coupa le nerf optique droit et laboura la zone de

©BIUM

Wernicke gauche sans qu'il soit résulté d'aphasie appréciable.

VIII. — *Influence des lésions cérébrales sur l'orientation des hallucinations*; par les Drs Marie, Levet et Courbon. — Présentation des pièces macroscopiques de trois délirants à hallucinations orientées latéralement.

Deux de ces hallucinés latéralisaient leurs voix à gauche durant plusieurs années; ils moururent d'hémorragie finale intéressant les tractus auditifs (carrefour sensitif capsulaire gauche). Le troisième, qui orientait ses hallucinations du côté droit, mourut d'hémorragie capsulaire droite (relation possible entre la lésion pré-hémorragique ancienne et latéralisation subjective du processus hallucinatoire).

IX. — *Idées obsédantes de suicide et d'homicide chez une dégénérée*; par le Dr Dubout. — Présentation d'une jeune femme mariée depuis dix-huit mois qui a des idées obsédantes de suicide et d'homicide depuis quelques mois.

Les antécédents héréditaires (père mort paralytique général probable) et personnels (une attaque de mal comitial probable, stigmates de dégénérescence physique) vont bien avec l'histoire de la malade. Cette observation est intéressante parce qu'elle est relative à une malade de la ville et qu'elle pose le problème médico-légal de l'internement. Ces malades peuvent être soignés dans leur famille, dans la maison de santé libre ou dans l'asile; l'internement doit être envisagé, mais seulement si la malade a des réactions plus précises dont le caractère se modifierait avec tendance à la violence. Au point de vue thérapeutique, l'isolement est à tenter si la malade veut bien s'y soumettre.

Société de Psychiatrie de Paris.

Séance du 19 *mai* 1910.

I. — *Discussion de la communication de M. Blondel : Paranoïa et hallucinations.* — M. *Ballet* résume rapidement les conclusions de la communication de M. Blondel et rappelle pour la critiquer la thèse de Tamburini sur les hallucinations — décharge des centres psycho-sensoriels —; cette théorie est en contradiction formelle avec les faits : il n'existe pas de phénomènes hallucinatoires dans lesquels n'intervienne un processus très complexe, comportant toute une série de phénomènes de représentation, de comparaison, de jugement, etc.; le phéno-

©BIUM

mène sensoriel n'est en quelque sorte qu'accessoire. Cette étude de l'hallucination typique conduit à admettre l'identité des hallucinations des paranoïaques et de celles des paranoïdes; l'opposition entre ces deux catégories de malades est impossible sur le terrain des hallucinations. D'autre part, il existe des délirants hallucinés qui ne vont jamais à la démence tandis que d'autres, présentant des hallucinations de même nature, deviennent très vite des déments. On ne peut, en aucune manière, s'appuyer pour les différencier, sur les caractères donnés par leurs hallucinations.

M. *Blondel* répond que l'idée dominante de son travail était de montrer qu'avec la terminologie actuelle, la pauvreté du vocabulaire pouvait présenter quelque danger en nous faisant appeler du même nom des phénomènes tout à fait différents et relevant d'une autre cause.

M. *Ballet* demande à M. Blondel s'il peut différencier les hallucinations des paranoïaques de celles des paranoïdes; les hallucinations d'un malade halluciné incontestablement et chroniquement, mais non affaibli intellectuellement, de celles d'un malade pareillement halluciné et présentant de l'affaiblissement intellectuel.

M. *Vallon* est d'avis de compléter cette étude comparative entre les hallucinés déments et non déments par celle des débiles hallucinés. Si l'on interprète les faits avec son niveau mental plus ou moins élevé, on est, en revanche, toujours halluciné de la même façon.

M. *Dupré*. Il y a tout d'abord une grosse question de terminologie pratique à trancher. La paranoïa, suivant la conception même de Kraepelin, ne comporte pas d'hallucinations, c'est un délire interprétatif pur, c'est une constitution mentale. Le terme de paranoïde s'appliquant à une psychose hallucinatoire chronique avec tendance à une évolution démentielle devrait être banni. Or, le fondement de la thèse de M. Blondel est qu'il n'existerait pas de psychose hallucinatoire chronique sans affaiblissement intellectuel.

M. *Ballet* s'insurge contre cette opinion du présentateur. Un certain nombre de paranoïaques purs, nullement hallucinés, présentent des modifications de leur affectivité et de leur attention — par dérivation, par absorption, par une idée dominante. Il est, d'autre part, certains hallucinés chroniques qui sont, tout comme les paranoïaques, capables d'un travail extrêmement actif et chez lesquels le déficit cérébral n'apparaît pas.

©BIUM

M. *Dupré* prend l'exemple des hallucinés toxiques pour montrer la complexité des phénomènes hallucinatoires. Chez les malades dont parle M. Blondel, il faut voir un désaccord entre ce que ressent le sujet et le langage par lequel il l'exprime, plutôt qu'une différence entre des hallucinations véritables et de pseudo-hallucinations. Les débiles, notamment, sont incapables d'expliquer leur délire et de rendre compte de l'intensité de leurs sensations.

II. — *Psychose aiguë à forme maniaque-dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique*; par les Drs E. Mosny et L. Barat. — La malade G..., syphilitique depuis un an et demi et débile, a présenté une psychose aiguë à début brusque. Deux périodes d'excitation séparées par une période de dépression ont abouti à une phase dépressive d'assez longue durée. Aucun symptôme physique. Mais au cours de cette maladie qui rappelle la psychose maniaque-dépressive, on a constaté des symptômes habituellement étrangers à cette psychose : hallucinations, délire onirique, confusion mentale avec désorientation et amnésie consécutive. D'autre part, trois ponctions lombaires ont montré une lymphocytose très intense au début, qui a diminué entièrement en deux semaines, et a complètement disparu au moment où la malade redevenait à peu près normale. La psychose aurait donc été, chez une débile prédisposée aux troubles psychiques, l'unique manifestation d'une méningite.

M. *Mosny*. La difficulté était d'appliquer tous les phénomènes observés soit à la psychose maniaque-dépressive, soit à la syphilis ; en pareil cas, on pouvait penser à une hybridité du processus. L'orateur insiste tout particulièrement sur la disparition extraordinairement rapide d'une lymphocytose considérable (102 éléments par millimètre cube). — M. *Ballet* rapporte l'histoire d'un tabétique présentant des troubles mentaux que l'on avait d'abord tendance à rattacher à une paralysie générale arrêtée dans son évolution, mais que l'on considérerait plutôt aujourd'hui comme liés à une psychose périodique. Il n'y a toutefois pas d'hybridité dans ce cas. — M. *Dupré*. Il y a non hybridité mais mélange, juxtaposition, coexistence de deux syndromes.

III. — *Confusion mentale suivie de démence au cours d'une méningite aiguë ayant duré trois mois et dix jours. Prédominance des lésions cérébrales au niveau des parois des ventricules latéraux*; par les Drs L. Marchand et G. Petit. — Un sujet, à l'âge de vingt-huit ans, contracte la grippe et présente dans

©BIUM

la suite de la céphalalgie, des périodes de dépression et d'excitation avec fièvre, puis apparaissaient les symptômes suivants : raideur de la nuque, strabisme gauche externe, signe de Kernig, embarras de la parole, inégalité pupillaire, hyperesthésie cutanée, troubles vaso-moteurs, constipation. L'examen du liquide céphalo-rachidien permet d'y constater des polynucléaires déformés, des mononucléaires et des méningocoques. Les troubles mentaux qui accompagnent cet ensemble de symptômes revêtent d'abord les caractères de la confusion mentale, puis plus tard ceux d'un état démentiel profond. Le malade meurt trois mois et dix jours après le début des accidents méningés. A l'autopsie, on constate une hydrocéphalie interne. Microscopiquement, la pie-mère est infiltrée de cellules embryonnaires et le cortex est atteint d'une légère encéphalite ; les fibres tangentielles sont très altérées. Au niveau des parois ventriculaires, on note une infiltration considérable des parois des vaisseaux sous-épendymaires et des exsudats organisés. Les auteurs font remarquer que leur sujet, en l'espace de trois mois, est passé progressivement d'un état de confusion mentale à un état démentiel profond. Les troubles confusionnels du début relevaient probablement de la compression cérébrale, car, immédiatement après les ponctions lombaires, ils s'atténuaient. Sous l'influence des lésions méningées et de l'encéphalite, les lésions des cellules pyramidales se sont accentuées et les fibres tangentielles ont été détruites. C'est à cette période de la maladie que le sujet présentait la mentalité d'un dément. Cette démence consécutive à la méningite aiguë est à rapprocher des cas d'idiotie consécutifs aux méningites du jeune âge.

Discussion : MM. *Claude*, *Briand*, *Dupré*.

IV. — *Psychose systématisée hallucinatoire chronique sans symptômes démentiels* ; par les Drs A. Barbé et R. Benon. — Deux malades, hallucinées de l'ouïe pendant plusieurs années, ayant également des troubles de la sensibilité générale, ne présentent aucun signe de démence. Elles ne sont nullement désorientées dans le temps et dans l'espace, n'ont ni indifférence émotionnelle, ni perte de l'affectivité physique et psychique ; la première proteste violemment contre son internement, la seconde l'accepte comme étant à l'asile à l'abri des poursuites de ses ennemis imaginaires. Ces cas viennent à l'appui de la thèse soutenue autrefois que les délirants chroniques hallucinés ne s'accompagnaient pas forcément de démence concomitante ou consécutive. M. Séglas en a également rapporté un cas en

©BIUM

octobre 1909 à la Société Médico-Psychologique. Aussi est-il difficile d'admettre que l'on puisse ranger ces malades dans la classe dite des déments paranoïdes.

Discussion : MM. *Arnaud*, *Dupré*, *Ballet* renforcent l'opinion des présentateurs sur l'existence des délires systématisés hallucinatoires chroniques sans démence et repoussent la dénomination de démence paranoïde appliquée à ces cas. Il n'existe à l'heure actuelle aucun criterium clinique permettant de porter un pronostic sur l'évolution démentielle, précoce ou tardive, d'un délire systématisé hallucinatoire.

M. *Vallon*. On peut en dire de même du délire de grandeur.

M. *Dupré*. Inversement, on rencontre parfois de l'affaiblissement intellectuel plus ou moins tardif chez des paranoïaques purs, uniquement interprétatifs. La démence doit être considérée comme un résultat, comme une terminaison.

M. *Vallon*. Par définition, la démence n'est pas un phénomène primitif, mais une résultante.

Séance du 16 *juin* 1910.

I. — *Un cas de délire maniaque de longue durée chez un toxicomane à intoxications multiples*; par les Drs Arnaud et Sollier. — Il s'agit d'un pharmacien adonné à différents poisons intellectuels, morphine, héroïne, cocaïne, — alcoolique et syphilitique au surplus, — qui fit au cours d'une cure de désintoxication un accès d'agitation maniaque extrêmement intense avec délire mégalomaniaque simulant celui de la paralysie générale. Il commmença par présenter une euphorie tout à fait anormale, contrastant avec les réactions habituelles du sevrage, plus ou moins pénibles et douloureuses ; puis l'excitation apparut brusquement avec insomnie, déambulation, logorrhée, chants, et enfin un délire de grandeur euphorique et incohérent accompagné d'hallucinations ; on remarquait en même temps chez lui une régression de la personnalité remontant aux douze dernières années, qui devenaient pour le malade « un temps négatif ». Après plusieurs mois de cet état d'excitation maniaque avec délire incohérent et hallucinatoire, amélioration puis guérison, maintenue sans récidive toxicomaniaque depuis dix-huit mois. Chez ce sujet très intelligent, mais manifestement déséquilibré constitutionnel, offrant des antécédents collatéraux très importants, l'intoxication n'a joué qu'un rôle occasionnel dans l'éclosion de l'accès maniaque. Seul le phénomène de la régression

©BIUM

de la personnalité — qui s'observe d'une façon d'ailleurs très transitoire chez les morphinisés — pourrait être rattaché à son intoxication.

M. *Arnaud* fait remarquer que l'accès ne s'est cependant pas comporté comme un accès de manie franche; en vingt-quatre heures, le délire mégalomaniaque hallucinatoire s'est installé et à ce moment le tableau clinique était bien plus celui de la confusion hallucinatoire que celui de la manie; ni le début, ni l'évolution, ni la symptomatologie n'ont été ceux des accès maniaques purs, mais seulement la terminaison; jamais enfin il n'y a eu d'épisode dépressif.

II. — *Présentation d'un enfant paralytique général; cécité tabétique chez la mère*; par le Dr Gautier. — Enfant de douze ans chez lequel des changements du caractère, et surtout une diminution progressive de la mémoire se montrèrent dès 1901, mais devinrent nettement apparents en 1909. Unique survivant de quinze produits dont onze avortés, porteur de stigmates manifestes d'hérédo-syphilis et de malformations génitales très caractérisées, il offre aujourd'hui une déchéance intellectuelle très prononcée (indifférence, irritabilité, perte de toutes les notions antérieurement apprises) en même temps que les troubles physiques de la paralysie générale (lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien, anisocorie avec signe d'Argyll-Robertson, altérations profondes de la lecture et de l'écriture). La mère de ce petit malade présente, d'autre part, un tabes supérieur.

III. — *Vomissement périodique tabétique et vomissement périodique essentiel*; par le Dr Maillard. — Homme de quarante-trois ans, syphilitique depuis vingt-deux ans, ayant des crises de vomissements depuis onze ans, survenant cinq à six fois par an. Le présentateur discute la nature des vomissements périodiques de Leyden, rattachables pour certains auteurs au tabes, pour d'autres à l'hystérie. Dans le cas actuel, le malade offrant une grosse inégalité pupillaire avec paresse du réflexe lumineux, une diminution très grande des réflexes patellaires, et ses crises de vomissements étant très douloureuses et suivies de petites hématémèses, on est en droit de les attribuer au tabes. — M. *Picqué* fait ressortir l'intérêt qu'il y a pour le chirurgien à être exactement renseigné sur le chimisme gastrique et urinaire, ainsi que sur l'état des divers organes, en particulier de l'appendice, dans le cas de vomissements périodiques susceptibles de provoquer une opération.

©BIUM

IV. — *Réaction méningée aseptique curative provoquée chez un mélancolique-persécuté par l'injection arachnoïdienne du liquide céphalo-rachidien stérilisé de cheval*; par le Dr Roubinovitch. — Un mélancolique persécuté halluciné de l'ouïe et de la vue a été très rapidement amélioré par une réaction méningée due à l'injection de 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien stérilisé de cheval dans la cavité arachnoïdienne. La réaction méningée a été extrêmement nette et vive (t = 40°7, vomissements, raideur de la nuque, léger Kernig, leucocytose du liquide céphalo-rachidien). Très rapidement elle fut suivie d'une amélioration considérable des symptômes mélancoliques et de la disparition de l'anxiété. L'auteur discute le mécanisme de la réaction méningée provoquée et son utilité. Il rappelle les recherches poursuivies par lui depuis deux ans sur l'utilisation en thérapeutique du liquide céphalo-rachidien stérilisé d'origine humaine ou chevaline. — M. *Dupré* rapproche ce cas de l'amélioration qui survient chez certains mélancoliques à la suite d'une infection intercurrente, érysipèle, pneumonie, etc.

V. — *Association du syndrome de débilité mentale et motrice*; par les Drs Dupré et Gelma. — Présentation d'un jeune débile de dix-neuf ans, instable, incapable de gagner sa vie, fugueur, qui a été arrêté à l'occasion d'une de ses fugues et a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu après expertise. Chez ce malade, on retrouve la coexistence de la débilité mentale avec un syndrome complet de débilité motrice tel que l'a décrit M. Dupré et qui est fait de maladresse constitutionnelle, de paratonie, de syncinésie, d'exagération des réflexes tendineux et de perturbation du réflexe plantaire (signe de Babinski, extension en éventail des petits orteils), ensemble symptomatique qui indique l'imperfection du développement des voies pyramidales. Il est donc intéressant de retracer à côté de l'insuffisance de la corticalité psychique l'insuffisance de la corticalité motrice.

VI. — *Syndrome de débilité motrice associé au syndrome de débilité mentale*; par le Dr Maillard. — Grand débile présentant de la syncinésie avec une netteté remarquable, fermant les yeux pour ouvrir la bouche, se raidissant en arrière au point de tomber lorsqu'on lui commande de fermer les yeux, etc. Au lieu de leur exagération habituelle, on note chez lui une faiblesse très marquée des réflexes rotuliens, en même temps que l'abolition du réflexe cutané plantaire, et des troubles de la parole (bredouillement) ressemblant à ceux de la paralysie générale.

©BIUM

Discussion : M. *G. Ballet* demande si l'on a pris des courbes dynamométriques chez les sujets de cette catégorie. Il existe chez eux de l'hyperexcitabilité motrice plutôt que de la débilité. — M. *Dupré*. Il y a surtout de l'hypogénésie ; ce qui est débile, c'est non l'élément dynamogénique, mais l'élément d'inhibition. — M. *Dufour*. Il faudrait rechercher la syncinésie avec des mouvements normaux, et à l'aide du dynamomètre. — M. *Dupré*. La syncinésie survient d'emblée ; elle s'observe dans les mouvements volontaires normaux, d'où la maladresse de ces malades, qui sont des casseurs incorrigibles malgré leur bonne volonté. Cette syncinésie continue, latente, gêne considérablement l'exercice des mouvements volontaires.

VII. — *Excitation maniaque et puérilisme* ; par les Drs Dupré et J. Tarrius. — Présentation d'une hypomaniaque internée depuis un an pour de l'excitation avec idées de persécution sans hallucinations ; au bout d'un certain temps, dépression très nette avec immobilité, inertie, refus d'aliments, tentative de suicide, puis brusquement nouvelle période d'excitation hypomaniaque. Récemment, apparition subite du syndrome de puérilisme, écrits, dessins, attitudes, tendances, goûts, parler et jargon enfantins ; la malade, zézayant comme les enfants, déclare elle-même être une petite fille de huit ans et jouer à la poupée comme à cet âge. Cette malade, qui présente de grosses lésions pleuro-pulmonaires tuberculeuses en pleine évolution caséeuse, malgré une apyrexie complète, n'est ni une hystérique, ni une démente, ni une confuse, ni même une débile. Son puérilisme doit donc relever d'une autre pathogénie que celle habituellement admise.

ROGER DUPOUY.

JOURNAUX ITALIENS

Il manicomio.

ANNÉE 1905.

I. — *De la mémoire et de l'imagination sociales* ; par le Dr Pasquale Rossi (suite et fin, n° 1). — Le Dr Pasquale Rossi est mort au commencement de l'année 1905 à un moment où, selon toute vraisemblance, il allait être attaché à l'Université

©BIUM

de Naples. Simple médecin de campagne, vivant à Cosenza, dans la Calabre, loin de tout centre d'étude et de culture, il était parvenu, grâce à un travail acharné, à se faire un nom parmi les psychologues et les sociologues. Marchant sur les traces de Sighele, il s'était attaché à l'étude de l'âme des foules dans ses diverses manifestations. Le travail que nous allons analyser et qui est une de ses dernières productions, caractérise particulièrement la manière de ce savant et regretté confrère. Un peu diffus dans la forme quoique jamais dans le fond, d'un compte rendu difficile, il constituait l'ébauche d'un travail plus complet et plus châtié qui devait paraître ultérieurement en volume.

L'auteur montre, dès l'abord, comment, en partant de la mémoire psychique individuelle, on arrive à la mémoire sociale en passant par la mémoire collective. Ces mémoires collective et sociale sont d'abord purement organiques, puis deviennent peu à peu psychiques. La mémoire collective est statique lorsque pour un temps limité elle enregistre des faits collectifs qui s'accomplissent dans une foule ; elle est dynamique au contraire à l'égard des événements dont le théâtre est plus vaste et dont le souvenir se prolonge bien au delà du moment présent. Mais on sait la valeur très limitée du témoignage soumis à une double source d'erreurs : erreurs de perception parce que chacun perçoit à sa manière, erreurs de mémoire parce que chacun ne se souvient que de particularités qui ont échappé aux autres et autour desquelles chaque imagination brode et élabore une version de caractère tout individuel. C'est ainsi que, grâce aux variations extrêmes du témoignage, d'un même fait réel, naissent des légendes diverses. Cependant la collectivité peut appliquer ses souvenirs à des objets plus précis ; ainsi l'on peut citer comme exemple la mémoire de la technique particulière à chaque corporation et dont la durée peut être considérable jusqu'au moment où les perfectionnements, le progrès arrivent à briser les cadres anciens. Cette mémoire collective, particulière comme étendue et comme objet, est celle qui se rapproche le plus de la mémoire sociale : la mémoire sociale, en effet, est remarquable, elle aussi, par sa durée, sa complexité, caractères qui la distinguent de la mémoire individuelle qui ne peut durer que ce que dure l'individu et de la mémoire collective, qui ne dure que ce que dure la collectivité. Mais, en principe, les éléments particuliers de la mémoire individuelle se retrouvent dans la mémoire sociale : durée, spécificité, points de repère, reconnaissance et oubli.

©BIUM

Au point de vue de la durée, il est remarquable que les souvenirs sont plus persistants chez les riches que chez les pauvres, fait particulier d'une loi générale qui veut que le souvenir soit plus vif chez les individus stables. En deuxième lieu, la foule présente une mémoire élective pour les événements et les faits qui la touchent ou la remuent profondément : c'est ainsi que le peuple italien a mieux conservé le souvenir des événements survenus de 1789 à 1848, époque préparatoire et âge héroïque du risorgimento, que des événements de 1860, qui n'ont été que la conclusion des premiers. Si l'on étudie des faits plus anciens, on arrive à se rendre compte que les points de repère de la mémoire sociale sont généralement imprécis ; erreurs et illusions entourent fréquemment le souvenir des événements publics, qui, bien souvent, sont reportés par les générations suivantes à une date plus ancienne que la date réelle et qui finissent ainsi par être entourés d'une auréole de mystère accroissant et assurant leur vénération. Plus tard, l'oubli favorise l'évanouissement de certains éléments, de certaines circonstances, et les événements ainsi allégés donnent naissance aux traditions et aux légendes.

C'est ainsi que les éléments particuliers de la mémoire sociale donnent lieu à la formation de produits qui sont stables et de processus qui évoluent constamment.

Suivant le mécanisme qui leur donne naissance, les produits de la mémoire se divisent en produits de pure mémoire intellectuelle ou affective, *type esthétique*, dont l'exemple le plus typique est la parole; produits par réduction ou évanescence des détails et personnification de faits collectifs, ou *éponymie* ; produits par évanescence des détails historiques et immanence des états de conscience, ou *mémoire cyclique*.

Le type esthétique appartient surtout aux formes de la mémoire technique; il est la dernière expression fixée d'un processus idéo-émotif à la formation duquel concourent divers éléments, foule, individus, traditions artistiques, etc. Ce type reste immobile, ou bien, après une certaine période de fixation, se transforme brusquement ou lentement en divers autres types.

L'éponymie est la manifestation d'une tendance illusioniste à attribuer les faits historiques beaucoup plus à une personnalité émergente qu'aux mouvements du genre humain par suite souvent d'un processus de synthèse par ressemblance. Ceci advient surtout dans les collectivités primitives et incultes, où est rare et faible le pouvoir de réflexion. C'est ainsi que les

©BIUM

rapsodes, qui étaient ordinairement de pauvres aveugles, ont donné naissance au type éponyme d'Homère. Homère, comme l'a dit excellemment Vico, a vécu pendant quatre siècles et a appartenu à toute la Grèce. C'est pour les mêmes raisons qu'aujourd'hui encore on a tendance à attribuer les découvertes à ceux-là seuls qui ont contribué à leur perfectionnement et à leur diffusion. Cependant n'est-ce déjà pas beaucoup, sinon tout, que de les avoir rendues pratiques?

Dans la dernière forme des produits mnésico-sociaux, le fait purement historique disparaît et l'état de conscience survit seul: c'est le souvenir cyclique qui se rencontre surtout dans les contes policycliques.

Tout ce qui précède montre que la mémoire sociale est en elle-même un fait pathologique, puisque ses produits se caractérisent par des souvenirs spécifiques qui survivent à de nombreux éléments tombés dans l'oubli, et puisque, aussi, on y observe l'absence de points de repère et une confusion remarquable des particularités secondaires.

Mais leurs caractères pathologiques n'empêchent pas les processus mnésiques d'évoluer, d'être diffluents. Cette diffluence s'accroît grâce à la mentalité de la foule, spécialement au cours des périodes primitives en raison de l'absence de l'écriture qui grave et immobilise les souvenirs. Cependant, même plus tard, la prose et les vers, tout comme la tradition orale, se prêtent aisément aux variantes personnelles et collectives; en même temps, l'émigration et la transmigration des races, qui emportent de la mère patrie tout un patrimoine moral et social, contribuent à rendre les processus mnésiques diffluents et fantastiques. L'imagination entre en scène.

L'imagination n'est en effet pas un fait nouveau, elle continue simplement les processus mnésiques rendus plus diffluents par une transmission ancienne, par l'action sélective et corrodante de l'oubli, et rendus plus complexes par la fermentation et la rencontre de processus mnésiques de moindre valeur qui se rassemblent autour d'un processus principal.

La foule est comme l'individu; elle a besoin, pour créer, de se trouver dans cette condition particulière de l'esprit qui est la spontanéité inconsciente que l'on peut assimiler à la jeunesse de l'individu, mais qui en diffère en ce sens, qu'elle présente des retours périodiques qui sont vraiment comme des printemps humains. Ces éveils et ces réveils portent les peuples à s'épanouir et à donner libre cours à l'exubérance de leur

©BIUM

énergie nerveuse, lorsque cette énergie ne rencontre plus devant elle des résistances matérielles suffisamment fortes pour l'empêcher de se manifester dans le domaine psychique. L'imagination créatrice se donne alors libre cours et comme celle des enfants elle brode. Mais la force de cette imagination n'est pas partout ni toujours égale; c'est surtout dans les *centres historiques* qu'elle manifeste sa puissance, que ces centres soient des *centres de création*, ou qu'ils soient des *centres de confluence* accueillant les produits nés dans les premiers ; cette diffusion des produits mnésiques peut se faire suivant une trajectoire déterminée par des raisons géographiques, commerciales ou psychiques et elle est présidée par le *choix* et par la *sensibilité spécifique*.

C'est James qui a le mieux insisté sur le caractère sélectif de la conscience; la conscience tend, en effet, à revêtir une forme personnelle : parmi toutes les impressions du monde extérieur, elle en choisit une, l'élabore à sa façon, lui donne un ton personnel et réagit devant elle conformément à la *loi de sensibilité spécifique*. Ceci qui est vrai de l'esprit individuel, l'est aussi de l'esprit collectif et social.

Ainsi s'explique l'avenir des produits imaginatifs qui non seulement peuvent connaître le simple travestissement, mais encore les transformations complètes, suivant le nouveau climat historique sous lequel ils ont été transportés et sous lequel ils doivent se développer. Au surplus, le sujet créateur qui réunit en lui deux facteurs, la foule et l'individu, exerce sur le produit imaginatif une action indéniable. C'est ainsi que l'individu recueille les légendes dans la foule, leur donne une forme littéraire et artistique et les rend à la foule qui les propage et les popularise ; l'individu peut aussi leur donner une origine et une signification qu'elles n'ont pas, pour les approprier à un fait particulier ou à des intérêts privés. Ce sont là des éléments de transformation et d'adaptation qui cependant ne présentent pas toujours le caractère artificiel qui vient de leur être assigné et peuvent être dus dans d'autres circonstances à tout ou partie des facteurs qui primitivement ont, eux-mêmes, constitué les éléments formateurs du produit imaginatif.

Ce produit peut être une création intuitive, rapide, brève, riche en éléments inconscients et émotifs, ou une création discursive et synthétique, lente, contrôlée, raisonnée; mais tous ces caractères différents n'empêchent pas les éléments formateurs de toute création d'être purement intellectuels,

émotifs et inconscients. Le produit imaginatif collectif ne surgit pas *ex nihilo* ; il est la synthèse de faits préexistants que chaque esprit ethnique dissocie et recompose d'une manière personnelle, ce travail de recomposition étant plus particulièrement l'apanage de ceux dont le cerveau est le plus richement meublé.

Dans la foule, on trouve deux sources principales d'éléments imaginatifs : en premier lieu, les sensations provenant du contact avec la nature ; en deuxième lieu, l'expérience des événements historiques ou des événements de la vie quotidienne. Ces divers éléments s'accroissent et varient suivant les migrations ; on sait la force dynamogénique de l'élément musculaire sur la pensée.

Aux impressions sensorielles dues à la nature ambiante correspondent les mythes et les légendes héroïques, aux autres impressions les légendes historiques et les contes.

A l'élément intellectuel s'ajoutent les émotions qui jouent le rôle tantôt de premier mobile, tantôt d'élément accompagnateur ; on trouve, en effet, au fond de tout produit imaginatif le plaisir, le plaisir de créer, plaisir d'abord intéressé par suite du désir naturel de comprendre les multiples formes de la nature, ensuite plaisir désintéressé faisant du produit imaginatif une création de luxe. C'est dans ce dernier cas que le rôle joué par l'émotion est primordial.

Un autre élément important est apporté par l'inconscient ; en effet, tout le processus de dissociation et d'association du produit d'imagination s'accomplit au seuil de la conscience sans que l'âme sociale en ait connaissance ; il n'est pas même jusqu'aux conséquences finales d'un fait qui ne soient pas toujours celles qui ont été voulues. Enfin, le dernier élément de l'imagination créatrice est le principe d'unité suivant lequel, comme l'a exposé Paulhan, toute création intellectuelle résulte de l'éclosion d'une idée synthétique formée par la combinaison d'éléments existants déjà ; ce qui est vrai, non seulement de l'imagination individuelle, mais encore de l'imagination sociale.

Puisque tout tend au respect de ce principe d'unité, il est intéressant d'étudier, pour se rendre compte de la façon dont il est assuré, les lois d'association et de connexion qui régissent les produits de création sociale. Or, toutes les formes d'association concourent, après avoir été unifiées et synthétisées par la conscience, à la production des produits d'imagination, à la condition que soient réalisés deux ordres de con-

©BIUM

ditions : 1° un état d'esprit spécial, facteur interne; 2° des conditions de réalisation, facteur externe. Parmi ces conditions, la première est la plus importante, car sans elle les conditions de réalisation seraient incapables de constituer un produit imaginatif avec la forme donnée d'une époque donnée et d'un peuple donné.

Au contraire, les conditions de réalisation n'ont qu'une importance secondaire; elles sont surtout stimulatrices et donnent au produit d'imagination ses ornements, ses « fioritures », ses caractères : des faits cosmologiques, elles tirent des mythes religieux; des faits historiques, des monuments; des vocables, elles tirent des légendes, des contes.

De tout ceci, l'auteur donne des exemples et, pour ce qui a trait aux conditions de réalisation, il cite la formation très curieuse de la légende virgilienne au moyen âge. D'où appert le rôle extrêmement important joué dans la formation des légendes par la fausse interprétation. La fausse interprétation a, d'ailleurs, comme origine une association illogique, soit par ressemblance, soit par contiguïté, soit par contraste.

Au point de vue de la durée, les produits de l'imagination sociale jouissent dans leur forme primitive d'un degré de cohésion minimum qui devient ensuite moyen puis maximum. Ceci n'est pourtant pas rigoureusement vrai pour tous les produits de l'imagination sociale dont certains peuvent, dès l'abord, parvenir à un degré de cohésion qui leur est propre et qui ne peut être ultérieurement dépassé.

C'est à cette cohésion qu'il faut demander l'explication de l'évolution des produits de l'imagination sociale : les uns disparaissent bientôt ou se transforment par suite de la faiblesse de leur cohésion; les autres persistent, mais leur ligne directrice demeurant seule immuable, autour de cette ligne et par une sorte d'attraction viennent s'adjoindre des éléments secondaires qui enrichissent, et ornent, le produit et, somme toute, assurent d'autant sa cohésion. Mais il advient parfois que ces éléments surajoutés, d'abord factices et secondaires, peuvent *travestir* et *transformer* la donnée première.

La cohésion est à des degrés divers l'effet du raisonnement, et il est remarquable de constater que les produits imaginatifs diffluents ou à cohésion minima sont ceux dans lesquels le raisonnement a le moins de part.

L'œuvre de la raison est triple : elle assure la coordination et l'association logique, elle assure la concordance entre le

rythme externe de la réalité et le rythme intérieur de la pensée qui la reflète ; enfin, elle assure l'inhibition émotive en tant qu'elle oppose un frein aux passions et éclaire la conduite. C'est pourquoi la raison, chargée en quelque sorte de donner plus de tenue aux produits de l'imagination, est conduite par cela même à les amplifier comme pour les paraphraser et les expliquer. En amplifiant un fait banal, local, sans valeur intrinsèque, elle donne pour ainsi dire le change comme pour justifier l'importance qu'il a pu acquérir : c'est ainsi que le simple Roland d'Eginard devient le terrible paladin de la légende.

Une autre déformation est celle que fait subir aux faits le sophisme du moment actuel. Celui-ci, par un mécanisme qu'il serait difficile de préciser, et dans lequel l'auteur veut voir une assimilation au passé du présent, fait que l'événement sur lequel a travaillé l'imagination sociale n'est pas replacé dans son cadre, est rajeuni, et que des faits séparés par plusieurs siècles de distance sont rapprochés et confondus ; c'est ainsi que la légende fait travailler les héros de l'antiquité à la libération du Saint-Sépulcre.

C'est là en partie l'origine des stratifications, grâce à quoi le neuf et le vieux coexistent comme dans une ville.

Maintenant, lorsque les conditions mentales qui ont présidé à la naissance des produits n'existent plus, ceux-ci finissent à leur tour par tomber en décadence. Mais, dans une même époque et chez un même peuple, des individus arriérés peuvent se trouver qui conservent par suite d'une moindre civilisation une mentalité d'autrefois et chez qui, pour un temps, persistent et survivent, soit à l'état de vestiges, soit complètement, des formes fantastiques du passé mêlées à des formes modernes.

II. — *L'infanticide, étude anatomique et clinique* ; par le Dr Guglielmo Mondio (*suite et fin*, n° 1). — De l'étude de 56 cas, l'auteur conclut avec le professeur Puglia que l'on rencontre parmi les infanticides toutes les diverses catégories de délinquantes communément reconnues en anthropologie criminelle et que leur degré de responsabilité devrait être diversement apprécié suivant les cas. L'examen anatomique du cerveau de six infanticides a révélé à l'auteur l'existence d'anomalies des sillons, des scissures, des circonvolutions, en corrélation d'ailleurs avec des anomalies craniennes et accompagnées d'anomalies viscérales. L'examen corporel a révélé aussi dans tous les autres cas l'existence de nombreux et caractéristiques stigmates de dégénérescence physique. L'auteur estime, avec

©BIUM

tous les adeptes de l'école lombrosienne, qu'il n'est plus douteux aujourd'hui que le délit soit un phénomène morbide, la dégénérescence étant à la base de la folie et de la criminalité; particulièrement l'infanticide doit être classé parmi les formes habituelles et primitives de criminalité. Il est indispensable de soumettre toutes ces délinquantes à un examen médico-légal.

III. — *Des hallucinations et des psychoses hallucinatoires*; par le professeur Gaetano Angiollela (n° 1). — A l'âge de douze ans, un paysan reçoit sur la tête un coup de pelle qui détermine une fracture du pariétal droit et le met en danger pendant plusieurs mois. Après guérison, on constate chez lui un grand changement dans le caractère et dans les habitudes : il devient excentrique, indocile, têtu, facile à irriter et à exciter. Pendant son service militaire, il présente une période de dépression bien caractérisée. Revenu dans son pays, il se met à boire du vin et se montre dangereux quand il en a trop bu. Marié à trente ans, il en vient, huit ou dix jours après son union, à suspecter sa femme pour un prétexte des plus futiles; il devient alors sombre, déprimé, sitiophobe, tente d'étrangler sa femme qu'il menaçait constamment de tuer, frappe son père avec un rasoir, bat sa mère et finalement s'enferme et se donne deux coups de ciseaux à la gorge. Il fut alors interné.

Le malade présentait un enfoncement notable de la table osseuse dans la région temporo-pariétale droite, une sensibilité générale quelque peu obtuse. Il a peur que sa femme le fasse tuer, et c'est là ce pourquoi il s'est frappé; il est excité et sait qu'il est dans un asile. Puis il se calme, mais est réticent; il avoue cependant qu'il abusait du vin, mais déclare que ce qui lui a nui, c'est moins le vin qu'une poudre qu'on a mis dedans. Il reste triste, déprimé, mais lucide et conscient. Retiré par sa famille au bout de huit mois, il rentre à nouveau trois mois après.

On observe à ce moment des idées de grandeur : il est chevalier et major général des carabiniers, titre qui lui fut donné un jour à l'hôtel de ville par le maire de Licata pour avoir sauvé plusieurs personnes; il ne se nomme plus V..., mais Léonard, parce que sur son congé de libération est figuré un lion. Les idées de jalousie persistent plus vives et plus intenses; sa femme a commis un inceste, il veut divorcer d'avec elle. Puis il commence à ne plus cacher les hallucinations continues qui le tourmentent : il est persécuté par les infirmiers, les médecins, ses pays, ses parents qui sont là tout près et parlent de le tuer,

©BIUM

l'insultent, le menacent. Le malade est constamment menaçant, irrité, impulsif, état qui s'atténue ensuite grâce à l'affaiblissement intellectuel. Après sept ans d'internement, l'état général devient très mauvais, le malade se tuberculise et meurt trois ans après.

A l'autopsie, on observe une saillie osseuse correspondant à l'enfoncement du crâne ; au-dessous, enfoncement de la circonvolution pariétale inférieure droite dans la partie qui avoisine le rameau postérieur de la scissure de Sylvius. A ce niveau, la substance grise est atrophiée et, sur un certain espace, la substance blanche sous-jacente est transformée en un tissu grisâtre de consistance plus dure que le reste de la substance cérébrale. Tuberculose pulmonaire, pleuro-péritonéale et rénale.

A l'occasion de cette observation, l'auteur se propose d'insister sur ce fait que, chez un individu dont le tempérament et la constitution ont été altérés par un traumatisme cranio-cérébral, se sont développés des phénomènes morbides d'abord intermittents, à l'occasion de son service militaire, puis de son mariage, et, pourrions-nous ajouter, à l'occasion d'excès de boisson, et ensuite chroniques. La nature des phénomènes pourrait faire penser à de la paranoïa, mais il n'en est rien, car les symptômes ne se sont pas développés lentement, mais brusquement ; de plus, le moi n'est pas hypertrophié, puisque le malade a tenté de se détruire. L'auteur pense que, dès le début, le malade a été halluciné et qu'il n'a commencé à avouer ou à laisser voir ses hallucinations qu'au moment où, par suite des progrès de sa maladie, il s'est habitué au milieu manicomial. Il pose donc le diagnostic de délire sensoriel chronique, ayant successivement revêtu la forme dépressive et la forme paranoïaque.

L'auteur pense que la lésion cérébrale a donné naissance à des hallucinations auditives qui, survenant chez un individu à caractère paranoïde primitif ou acquis, ont été interprétées par lui d'une façon délirante et ont fait éclore chez lui, d'abord un délire de jalousie, puis un délire des grandeurs. Les autres hallucinations peuvent être attribuées soit à un retentissement traumatique, soit à une excitation secondaire aux idées délirantes.

L'auteur profite de la nouvelle occasion qui lui est offerte pour défendre les idées de Ventra et de Bianchi sur la folie sensorielle et pour répondre aux critiques de Vedrani. Il insiste sur ce fait que, sans nier l'existence d'hallucinations dans les

©BIUM

autres psychoses, il réserve la dénomination de folie sensorielle, aux cas dans lesquels les hallucinations sont prévalentes et où les autres phénomènes sont secondaires aux hallucinations.

IV. — *Psammomes de la dure-mère, pseudo-porencéphalie et parésie spastique*; par le Dr Giovanni Esposito (n° 2). — Une malade, fille d'alcoolique, ayant présenté des crises d'éclampsie dans son enfance, puis, à partir de la puberté, des crises convulsives qui allèrent en s'aggravant et finirent par revêtir un caractère épileptique indéniable, meurt en état de mal après avoir présenté des signes évidents d'affaiblissement intellectuel progressif avec troubles sensitivo-moteurs. A l'autopsie, on trouva disséminées sur la convexité des deux hémisphères cérébraux, de nombreuses petites tumeurs que l'examen histologique montra être des psammomes; il existait en même temps de vastes pertes de substance cérébrale, particulièrement dans l'hémisphère droit, où les circonvolutions pariétales et une partie de la zone rolandique étaient détruites.

Il est intéressant de noter qu'en dehors d'une épilepsie d'abord partielle, puis généralisée, d'une parésie spastique des membres inférieurs et d'un degré accusé d'affaiblissement intellectuel, la malade ne présentait aucun des symptômes habituels des tumeurs cérébrales.

V. — *La criminalité et la folie dans leurs rapports avec l'universalité du phénomène économique*; par le Dr Francesco Lener (n° 2). — Dans ce travail, l'auteur se propose de démontrer le point suivant: si, d'après la théorie darwinienne de l'évolution dans laquelle tout est conçu en vue du devenir, toute forme représente une forme précédente modifiée et sert de point de départ à une autre forme plus perfectionnée qui lui succédera, les criminels ne représentent pas seulement un retour à l'humanité primitive, au sens anthropologique et psychologique, mais représentent aussi le résultat de conditions économiques arrêtées dans leur évolution, se reflétant sur l'organisme humain avec les anomalies fondamentales somato-psychiques qui fixent les premiers points de départ dans la lutte pour l'existence. Ce qui veut dire, sans doute, que les criminels sont des arriérés qui usent encore, dans la lutte pour la vie, de procédés dont n'avaient pas à rougir leurs ancêtres.

En effet, les phénomènes psychiques ne sont que des phénomènes biologiques qui obéissent aux lois de l'évolution physique et aux lois du temps et de l'unité de la matière; il en résulte que l'esprit lui-même, dans ses manifestations les plus

©BIUM

rudimentaires, a un caractère et une signification économiques, puisqu'il a finalement pour but le bien-être et la protection, d'abord de l'individu lui-même, puis de la société. Il faut donc, dans la lutte pour la vie, considérer d'abord une phase purement individuelle ; puis, au fur et à mesure de l'évolution des sociétés, une phase à caractères de plus en plus économiques dont le but n'est plus l'utilité d'un être isolé, mais l'utilité commune. Une des principales conséquences de la civilisation est en effet l'organisation de plus en plus parfaite du travail, et cette organisation en protégeant les individus contre les prétentions excessives de la collectivité à leur égard facilite la lutte pour la vie. L'individu a donc de moins en moins besoin de se défendre lui-même, les diverses lois civiles et professionnelles tendent à lui donner des garanties suffisantes que l'homme primitif et l'homme des premières civilisations ne possédaient pas. La criminalité n'est donc plus justifiée aujourd'hui par les nécessités de la lutte pour la vie et représente l'indice de conditions économiques non encore différenciées ; elle est d'autant moins atténuée et pour ainsi dire d'autant plus « musculaire, sanguinaire, violente », que le milieu dans lequel évolue le criminel est moins bien organisé et moins bien doté au point de vue économique. Le sens moral croît donc avec l'organisation du travail ; car non seulement le crime y devient moins nécessaire, mais encore la notion de la valeur du capital individuel s'accroît. Les criminels représentent donc maintenant des retardataires ou des incomplets devenus des antisociaux grâce à une difficulté d'adaptation aux conditions complexes de la civilisation moderne. La complexité croissante de ces conditions ne peut qu'augmenter le nombre de ces retardataires psychiques ou économiques et accroître le nombre et l'importance des causes prédisposantes et occasionnelles du crime, du suicide, de la folie.

VI. — *Les psychoses dans l'armée et l'institution d'asiles de campagne* ; par le Dr S. Tomasini (n° 2). — Dans ce travail dédié à M. le sénateur Taverna, président de la Croix-Rouge italienne, l'auteur montre que la folie est moins rare qu'on ne l'a prétendu dans l'armée et que, malheureusement, le service de santé, s'il se préoccupe des soins aux blessés et aux autres malades, laisse absolument de côté les aliénés. Or, l'expérience récente de la guerre russo-japonaise a prouvé que la folie éclate fréquemment chez les soldats et les officiers pendant les campagnes de guerre ; il n'est donc pas inutile

©BIUM

d'attirer sur ce point l'attention des sociétés de secours aux blessés.

A la suite de Jacoby, l'auteur préconise l'institution d'hôpitaux spéciaux de campagne dirigés par des aliénistes et il estime que le meilleur moyen d'éviter toute difficulté, dans l'introduction d'un service nouveau au milieu des formations réglementaires du service de santé, serait d'en confier l'organisation à la Croix-Rouge.

Mais pourquoi un hôpital de campagne? Il est, semble-t-il, pourtant plus urgent d'évacuer les aliénés sur les asiles de l'intérieur au lieu de chercher à les observer et à les soigner sur le théâtre ou à proximité du théâtre des opérations.

Décidément, les Croix-Rouge deviennent de plus en plus indiscrètes.

VII. — *Tumeur de la fosse postérieure du crâne*; par le Dr Guido Garbini (n° 2). — Un alcoolique, dix ans après un traumatisme grave de la région frontale droite non suivi de troubles immédiats, se plaint de douleurs dans le membre supérieur droit, d'affaiblissement de la vue et de l'ouïe; il présente ensuite de la parésie des membres inférieurs, de la céphalée persistante localisée à la région frontale droite. Comme, peu après, un examen démontra l'existence d'une papillite bilatérale avec amblyopie et qu'un traitement antisyphilitique ne donna aucun résultat, on soupçonna l'existence d'une tumeur cérébrale; en conséquence, une trépanation fut pratiquée au niveau de la région anciennement traumatisée. Le cerveau fit immédiatement hernie, fut trouvé normal quoique cyanosé et les phénomènes morbides s'amendèrent considérablement pendant dix-huit mois.

Le malade, parce que sans famille est envoyé ultérieurement à l'asile (?). Il présentait une hernie cérébrale douloureuse à la pression, une diminution générale de la force musculaire, le signe de Romberg, le signe Westphal, de l'amaurose bilatérale, de la surdité bilatérale surtout marquée à droite, de l'hypo-osmie, mais pas de troubles intellectuels. Le malade présenta deux accès convulsifs nocturnes et, trois mois après l'internement, une psychose à type confusionnel qui dura jusqu'à la mort.

Le diagnostic porté fut celui de méningite syphilitique de la base. A l'autopsie, on trouva une tumeur du volume d'une grosse noix siégeant au niveau de la fosse postérieure droite du crâne et reposant sur le lobe lingual et sur le pédoncule céré-

©BIUM

belleux moyen droit. L'examen histologique montra qu'on se trouvait en présence d'un fibrome mou.

Après avoir exposé la physiologie pathologique des troubles observés pendant la vie, et avoir noté qu'à la suite de la trépanation le lobe préfrontal droit avait presque entièrement disparu, l'auteur conclut que la disparition d'une portion notable du lobe préfrontal chez l'homme n'est pas accompagnée ni suivie de modifications immédiates ou transitoires du patrimoine idéatif et des pouvoirs les plus complexes de l'intelligence.

VIII. — *Sur la genèse biologique du délit*; par le Dr Gaetano Angiolella (n° 2). — Le mécanisme psychologique du délit est l'objet principal des recherches de la criminologie moderne; tous les autres objets dépendent de lui. Or, jusqu'ici, on a beaucoup trop simplifié et schématisé en cherchant à réduire l'anomalie des délinquants à l'absence ou à la déficience des sentiments moraux; car cela revient à mettre sur le compte d'un mécanisme unique des phénomènes divers et multiples et à employer une expression générique qui a et peut avoir une signification trop large et indéterminée.

Le délit n'est pas, en effet, un concept constant et fixe : il varie suivant les temps, la morale, le droit, les circonstances; il n'est donc pas possible que les actions criminelles puissent être considérées comme étant exclusivement le fait d'individus caractérisés par une constitution psychique et corporelle complètement diverse de celle des autres hommes. Il en résulte que la genèse du délit doit être recherchée dans de simples modifications psychologiques qui, par des gradations insensibles, conduisent de l'homme normal à ces types lourdement tarés qu'avec raison Lombroso regarde comme des sauvages touchés par l'atavisme; les modifications et les modalités de l'esprit et du caractère qui font d'un individu un criminel, peuvent être soit primitives et définitives, soit transitoires sous l'influence d'un état morbide ou demi-morbide. Ce serait mal interpréter les théories de Lombroso que de croire que tous les criminels doivent forcément répondre à un type nettement défini. Ce type qui est le criminel synthétique de l'école lombrosienne constitue le dernier degré d'une échelle qui part de l'homme normal et comporte toute une série d'intermédiaires. L'existence de criminels transitoires montre qu'il n'y a pas une correspondance exacte entre la criminalité et la dégénérescence; d'ailleurs, le type criminel ne fait pas forcément un cri-

©BIUM

minel de celui qui en est revêtu ; il représente seulement un degré de la dégénérescence dans lequel la criminalité est particulièrement fréquente. Il est donc préférable de chercher à pénétrer dans les profondeurs de l'âme pour connaître les raisons intimes des réactions criminelles.

La notion de la dégénérescence a dans tous les cas montré les analogies notables qui existent entre la criminalité et la folie. Comme les individus qui sont enfermés dans les asiles, les criminels sont de deux sortes : les uns sont des criminels par anomalie congénitale du caractère et du tempérament, les autres le sont par suite d'une maladie qui les rend tels. Tout n'est pas dit dès qu'on a parlé d'anomalies du sens moral ; le cerveau ne peut plus être considéré aujourd'hui comme servant de substratum à toute une série de sens qui peuvent être malades chacun pour leur propre compte. Le caractère est constitué par des stratifications dont les unes sont déposées par l'hérédité, les autres par l'éducation, de sorte que le développement d'un individu, ontogenèse, doit être considéré comme la reproduction exacte du développement de sa race, philogenèse. On retrouve à la base du développement cérébral de l'individu les tendances les plus antiques, les plus ataviques, les plus instinctives, qui constituèrent la mentalité primitive des ancêtres de la race. Les acquisitions qui doivent élever cet individu au niveau moral de ses contemporains ne sont qu'une sorte de superstructure sociale. Comme dans les processus de désintégration et d'involution de la personnalité, ce sont les acquisitions les plus récentes qui disparaissent les premières, il est naturel aussi que cette superstructure sociale dont il est question plus haut ait tendance, au cas d'évolution irrégulière ou d'altération morbide, ou bien à ne pas s'édifier, ou bien à s'évanouir. Les tendances primitives peuvent donc, ou bien persister à l'état d'isolement, ou bien émerger momentanément ou définitivement sur le fond de la conscience. C'est ainsi que toute une série de sentiments éthiques et sociaux n'existent plus ou disparaissent : respect de la propriété, respect de la vie humaine, etc., etc. Le criminel est donc en définitive un individu qui n'a pas évolué, ou dont l'évolution s'est faite dans un sens fâcheux, ou chez qui les produits évolutifs ont disparu momentanément ou définitivement.

L'auteur énumère et étudie ensuite toute une série de délits et de crimes pour illustrer cette très intéressante et très ingénieuse modification de la théorie lombrosienne de l'atavisme.

©BIUM

IX. — *De l'attention collective et sociale*; par le Dr Pasquale Rossi (n° 2). — L'attention, dont l'importance est considérable pour les fonctions psychiques, a pour origine dans la foule l'attention individuelle. L'attention de la foule ou attention collective ou statique est en effet un composé d'éléments plus simples, qui revêt rarement des caractères psychologiques nouveaux et spécifiques différents de ceux des éléments composants. Dans une foule, l'attention se communique des personnes qui sont le plus attentives à celles qui le sont le moins, soit par le moyen des gestes ou de la parole, soit simplement par l'exemple. L'expression externe de l'attention a dans la foule les mêmes caractères musculaires que chez les individus : mouvement du corps en avant, suspension de la respiration, yeux fixes, oreilles tendues, expression synergique, etc. etc. Cette expression est plus marquée encore dans la foule, parce qu'elle est en majorité composée d'êtres incultes peu habitués a l'attention intellectuelle et incapables de donner à leurs mouvements l'élégance que confère l'habitude; la foule sent forcément l'effort. La foule présente comme l'individu la forme expectante de l'attention; enfin, dans cette forme très particulière de foule que sont les partis, si l'attention suscitée par les meneurs est d'un côté passive, elle est aussi d'un autre côté active, dans ce sens que c'est le parti qui crée les meneurs et qui dans son désir d'être dominé accroît leur pouvoir suggestif.

Toutes les modalités de l'attention collective nous conduisent à l'attention sociale proprement dite. Celle-ci surpasse toutes les autres formes de l'attention par sa durée, par son pouvoir de fixation et par son dynamisme plus complexe.

X. — *Amyotrophie par traumatisme nerveux périphérique*; par le Dr Giovanni Esposito (n° 2). — Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

XI. — *Sur les causes des récidives dans l'aliénation mentale;* par le Dr O. Pini (n° 3). — Les conclusions que l'auteur tire de ses recherches statistiques ne nous révèlent rien qui ne soit déjà connu. En réalité, ce sont des causes identiques qui déterminent la folie et ses récidives ; ces dernières sont d'une égale fréquence chez les hommes et chez les femmes, elles se montrent plus nombreuses pendant les mois de passage d'une saison à une autre et plus nombreuses aussi dans les pays industriels. Relativement à l'âge, le nombre des récidives est intimement lié à la période de grand surmenage physique et moral et aux périodes d'évolution et d'involution sexuelles chez la

©BIUM

femme. On note aussi l'influence de la misère, de l'instruction, de l'intelligence. Enfin, le caractère individuel a aussi son importance : un caractère calme et déprimé prédispose aux récidives. L'auteur a remarqué l'influence néfaste du célibat pour les hommes, du mariage pour les femmes et de la mauvaise alimentation. De toutes ces circonstances découlent des indications précises pour la prophylaxie, non seulement de la folie récidivante, mais encore de la folie.

XII. — *Sur l'agitation des aliénés et son traitement par la morphine et la scopolamine*; par le Dr S. Tomasini (n° 3). — L'auteur, qui, l'un des premiers, a attiré l'attention sur les propriétés purement sédatives de la scopolamine, s'est proposé d'étudier les effets de ce médicament associé à la morphine; il est parti de ce fait que la morphine agit sur les cellules sensitives, alors que la scopolamine agit sur les cellules motrices; il a remarqué que les meilleurs effets sont obtenus lorsque la morphine est injectée une demi-heure ou une heure avant la scopolamine. Avec des doses de 1 centigramme de morphine et 1/4 à 1/2 milligramme de scopolamine, il a obtenu, sans excitation consécutive, un calme de plus en plus profond suivi bientôt de cinq à sept heures de sommeil, puis une diminution progressive de l'agitation qui cède entièrement au bout de trois à quatre jours de traitement.

Il conclut que la cure morphino-scopolaminique est très utile pour faire cesser ou diminuer l'agitation dans les diverses formes de l'aliénation mentale ; particulièrement dans toutes les formes de la manie, dans les accès d'excitation de la démence paralytique ; mais son action est moins prompte et moins efficace chez les déments séniles et dans l'agitation secondaire.

XIII. — *Troubles du langage musical chez les hystériques*; par le Dr José Ingegnieros (n° 3). — Dans cette note préliminaire, l'auteur, après avoir montré que la musique dans ses origines dérive des inflexions déterminées par les sentiments et les émotions sur la voix humaine, divise au point de vue musical les individus en cinq groupes : les idiots musicaux qui ne perçoivent pas la hauteur des tons; les imbéciles musicaux qui perçoivent la hauteur des tons mais ne ressentent aucun mouvement psychique pendant une audition musicale; les intelligents musicaux et les talents musicaux qui sont capables de développer leur langage musical; enfin les génies musicaux qui créent de nouvelles formes d'expression des sentiments au moyen de la musique. L'auteur montre ensuite que dans les

©BIUM

trois derniers groupes, les deux premiers renfermant des infirmes dont il n'y a pas lieu de s'occuper pour le moment, on observe des troubles absolument superposables à ceux du langage dont la musique n'est qu'une modalité. Il divise en conséquence les dysmusies hystériques comme suit : amusies sensorielles (surdité musicale et cécité musicale ou alexie) et amusies motrices (aphémie musicale, aphémie instrumentale et agraphie musicale) ; hypermusies (raptus musical, impulsions obsédantes, « mélodisation » incoercible de la lecture, etc.) ; paramusies (phonophobie, phobie avec réactions convulsives, obsessions musicales, audition colorée, associations morbides, « dysonophobie », etc.). Il explique ensuite chacun de ces termes qui se comprend assez par lui-même et donne une explication psycho-physiologique des dysmusies hystériques ; il montre que dans l'hystérie les troubles du langage musical ont la même genèse que les troubles moteurs et les troubles sensitifs et sensoriels.

XIV. — *Nouvelle classification des criminels basée sur la psycho-pathologie* ; par le Dr José Ingegnieros (n° 3). — Le cadre de la criminologie est aujourd'hui bien délimité ; la criminologie se propose en effet d'étudier l'étiologie du crime, la clinique criminologique et la thérapeutique du crime. L'étude des caractères psycho-pathologiques du crime permet de classer les criminels comme suit : individus atteints d'anomalies morales congénitales (criminels-nés ou fous moraux), acquises (criminels d'habitude ou pervertis moraux), transitoires (criminels par occasion ou amoraux non pervertis) ; individus atteints d'anomalies intellectuelles, congénitales (fous constitutionnels), acquises (folies acquises, obsessions homicides, etc.), transitoires (ivresse, délires toxiques) ; individus atteints d'anomalies de la volonté (congénitales, impulsions épileptiques), acquises (alcooliques chroniques impulsifs), transitoires (impulsions passionnelles, crimes émotifs).

XV. — *A propos de l'esprit et de ses types* ; par le Pr F. del Greco (n° 3). — Lorsqu'on étudie la formation de l'esprit on voit que, au début, il est informe et que le champ de la conscience est étroit et sans cohésion ; peu à peu le champ des représentations se développe et les développements rationnels font leur apparition ; ils font passer l'âme primitive du cercle mythologique au cercle théologique. La raison commence à se former, le champ des représentations se peuple de symboles en rapport avec la religion et les coutumes ; les symboles résument les attitudes et les explications de l'individualité et sont ensuite

©BIUM

objectivés : c'est l'idolâtrie ; plus tard encore, la raison poursuit son développement, les idoles s'éloignent, tendent à se fondre les unes dans les autres, l'esprit pense beaucoup plus à elles qu'il ne les voit ; c'est particulièrement à ce moment que se dégagent les divers types dont les principaux sont le type mystique et le type pratique. Le premier se retrouve à l'origine de toute mentalité et a son explication dans les sentiments et dans le caractère. Le deuxième différencie ceux qui en sont dotés de la troupe nombreuse des empiriques et trouve sa forme parfaite dans la fusion des déterminations volontaires et des déterminations rationnelles. Quand on passe de la phase théologique à la suivante, on voit apparaître le poète, qui fut le métaphysicien de l'ancienne Grèce ; enfin, au dernier stade se distinguent clairement les esprits à prédominances compréhensives et productrices qui se divisent en analytiques ou synthétiques et prennent ensuite une direction inductive ou déductive. Par conséquent, plus l'esprit évolue, plus il se complique, ses aspects se multiplient, sa contexture profonde se dévoile.

XVI. — *Viol chez une imbécile avec incapacité mentale de résister au séducteur, mais avec capacité juridique à la dénonciation et au témoignage* ; par le Dr Andrea Cristiani (n° 3). — Une jeune fille de dix-huit ans à antécédents héréditaires neuro-psychiques, retardée dans son développement intellectuel par de graves infections de l'enfance, dont l'horizon intellectuel était tellement rétréci qu'elle n'avait rien pu apprendre à l'école, suggestible, crédule, puérile, au point que sa famille la surveillait étroitement, montrait des tendances érotiques. Un jour, non loin de chez elle, un jeune homme à qui son état d'imbécillité était connu, la séduisit facilement en lui promettant le mariage et en la flattant ; il lui fit promettre le silence, l'assurant qu'il reviendrait l'épouser. Comme il ne revenait pas, la jeune fille raconta l'attentat. Le séducteur niait, invoquant un alibi pour la justification duquel il produisit cinq témoins.

L'auteur soutint contre les autres experts que malgré son état mental et malgré que, à son avis, la victime ait été incapable de résister au séducteur, ce qui seul pouvait justifier l'accusation du viol, le tribunal devait retenir comme valable sa dénonciation et son témoignage qui était unique. Le tribunal de première instance et la Cour d'appel lui donnèrent gain de cause, et le séducteur, malgré ses dénégations et un alibi qui semblait valable, fut condamné à deux ans et un mois de prison, à des dommages-intérêts et aux dépens. Pour rassurer ceux que cette

©BIUM

histoire ferait frémir, nous ajouterons qu'heureusement pour la conscience de l'expert et des juges le condamné avoua ultérieurement que les choses se passèrent véritablement comme le raconta la jeune fille.

XVII. — *Amyotrophie par traumatisme nerveux périphérique*; par le Dr Giovanni Esposito (n° 3). — Suite. Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

XVIII. — *L'othématome dans les maladies mentales*; par le Dr Mario Baccelli (n° 3). — Etude de trois cas d'othématome : l'examen du liquide de la tumeur et des produits du raclage des parties voisines a montré l'absence de tout microorganisme; dans deux cas, l'othématome a eu pour cause un traumatisme direct du pavillon de l'oreille ; dans les trois cas, étant donné la forme mentale (démence précoce, mélancolie d'involution, idiotie cérébropathique), il est logique d'admettre l'existence de troubles graves des processus trophiques généraux. Dans deux cas, la biopsie a montré l'existence d'un processus chronique inflammatoire et dégénératif des vaisseaux de la peau entourant l'othématome.

Ces trois cas sont donc une nouvelle preuve que la théorie infectieuse de l'othématome ne peut plus être soutenue et que cette lésion doit être rapportée soit à un phénomène d'origine locale, soit à un état pathologique du système nerveux central.

LUCIEN LAGRIFFE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The journal of anormal psychology

(Vol. II. Avril 1907 à Mars 1908.)

I. — *Sur certains troubles cénesthésiques et en particulier les altérations de la cénesthésie cérébrale comme manifestation primaire d'une modification de la personnalité*; par le Dr P. Sollier (n° 1). — D'un côté, certains troubles bien définis de la personnalité, d'une évolution nettement autonome (idées de négation, en particulier), apparaissent soudainement en même temps qu'un sentiment de cataclysme intra-cérébral (choc, tension, déchirement, brisure de nerf, éclatement); d'un autre côté, le malade reconnaît la localisation et l'origine cérébrales de ces

©BIUM

phénomènes; Sollier en conclut que la cénesthésie cérébrale existe. Les mêmes sensations, fait remarquer en outre le Dr Sollier, accompagnent la disparition de l'engourdissement du cerveau qui constitue l'hystérie; d'où la conclusion connue de Sollier sur la nature de l'hystérie : l'exagération d'un état qu'on peut rencontrer normalement, exagération d'intensité, de durée, de fixité, mais pas à proprement parler une maladie bien définie. Le Dr Sollier rapporte quelques observations et une citation des *Confessions* de J.-J. Rousseau.

II. — *Le sommeil morbide. Un cas de narcolepsie et une revue de récentes théories du sommeil*; par le Dr C.-D. Camp (n° 1). — L'auteur paraît disposé à admettre que les attaques de sommeil « naturel » ne sont que des impulsions dues à la perversion d'un instinct, comme on en observe à propos de l'appétit et de l'instinct génital. De telles impulsions relèveraient de la « psychasthénie », au sens de Janet. De plus, le sommeil devient la manifestation d'une fonction positive, active, ainsi que le soutient Claparède; ce serait une variante de l'instinct de préservation. Camp répète après Claparède que cette façon de voir renverse toutes les théories connues : celle de la fatigue et de l'auto-intoxication, de l'anémie ou de l'hyperémie cérébrale, du défaut d'excitation, la théorie osmotique (Devaux), la sécrétion interne de la thyroïde (Lorand) ou de la pituitaire (Salmon), la théorie histologique, l'inhibition, etc. On ne voit pourtant pas nettement en quoi ces théories si dédaignées sont négatives, surtout si on les compare à la théorie du « désintéressement du temps présent » de Claparède, laquelle s'énonce par un terme vraiment négatif. Dire que la tension mentale est remplacée par la tension végétative ne nous semble pas différer beaucoup du recours à l'intoxication, par exemple.

III.— *Une enquête sur le subconscient*; par H. Munsterberg, Th. Ribot, J. Jastrow, P. Janet, Morton Prince (nos 1 et 2). — L'une des six opinions suivantes est soutenable : 1° le subconscient est le presque ou le partiellement conscient; 2° c'est un « double » sans action sur le « moi » principal, mais se substituant à lui parfois; 3° c'est un « double » qui réagit continuellement sur le « moi » principal et se développe parallèlement à lui; 4° c'est un composé des idées dissociées suivant l'opinion n° 2 et des expériences passées oubliées par le « moi » mais présentes cependant et capables de réapparition; 5° c'est un synonyme de « subliminal » : il y a comme une

©BIUM

grande fosse d'états de conscience, mais nous n'avons conscience que d'un tout petit nombre d'entre eux, le « moi » n'est qu'une chose quasi négligeable que dirige le subconscient en même temps que les processus physiques du corps; 6° c'est la cérébration inconsciente, l'ensemble des processus nerveux physiologiques sans manifestation psychique proprement dite. Parmi ces points de vue se répartissent les opinions des légistes, des médecins et des psychologues purs.

IV. — *Sur les névroses par association d'idées*; par le Dr J.-E. Donley (n° 2). — Un homme ayant entendu un violon en ayant le mal de mer a des nausées, etc., en réentendant un violon. Une femme, pendant une migraine, a bu de l'eau et vomi ensuite, elle a des nausées en revoyant un verre d'eau. Un homme ayant eu une laryngite se croit atteint d'aphonie, mais recouvre sa voix dans le feu de la conversation. Une femme croit avoir le sphincter coupé et a de la diarrhée dès qu'elle sort de chez elle, etc.

V. — *Le cas d'amnésie de la ville de Lowel*; par le Dr I.-H. Coriat (n° 2). — C'est un exemple unique d'amnésie générale fonctionnelle, dans laquelle les plus élevées des mémoires psychiques (reconnaissance des objets, lieux, événements, littérature) étaient détruites, tandis que les acquisitions inférieures et plutôt organiques, telles que la lecture, l'écriture, le langage, étaient conservées. Ce qui est en harmonie avec la loi de régression. L'étiologie de ce cas reste inconnue : la seule chose qu'on puisse supposer chez la femme en question est une émotion religieuse, mais qui ne se serait point manifestée extérieurement.

VI. — *Confessions d'un psychasthénique*; par le Dr A. Kampmeier (n° 2). — Histoire d'un adolescent scrupuleux, mystique, perverti sexuel, avec impulsions à boire de l'eau, hypocondriaque. Dégénéré assez banal en somme.

VII. — *Un cas de désordre de la personnalité*; par le Dr R. Dewey (n° 3). — Dégénérée héréditaire presque continuellement délirante, persécutée, menteuse, homosexuelle, submaniaque, migraineuse. Démence précoce catatonique probable pour certains aliénistes. Entre autres symptômes, elle écrit en tenant la page la tête en bas et écrit en commençant par la droite, par exemple :

I. 21 — 30. My dear... yours with love...

Il est manifeste que c'est une simple bizarrerie voulue de la

©BIUM

malade, car elle commet les mêmes erreurs qu'un individu normal qui essaierait d'écrire de cette manière ; les premiers échantillons sont moins habilement tracés que les suivants.

VIII. — *Strabisme spasmodique et blépharospasme induit chez une hystérique ; théorie pathogénique* ; par le Dr B. Onuf (n° 3). — Regardée comme épileptique, mais atteinte d'anesthésie pour la douleur et la température sur tout le corps symétriquement, sauf deux zones médianes sur le tronc ; diminution très marquée du champ visuel ; la malade a du blépharospasme, un strabisme convergent spasmodique, du nystagmus, du myosis et de la myopie également spasmodiques. Crises convulsives sans aura. Une partie des troubles oculaires disparaissent avec le port de verres fumés. Le blépharospasme aurait, d'après Onuf, pour origine l'irritabilité rétinienne réflexe avec intervention de l'écorce cérébrale par la prise de mauvaises habitudes psychologiques.

IX. — *Nouvelles recherches sur la résistance électrique et la respiration chez les normaux et les aliénés* ; par le Dr Ch. Ricksher et C.-G. Jung (n° 4). — C'est à Zurich qu'a été fait ce travail sur l'influence des excitations physiques et mentales sur la respiration et la résistance électrique (15 normaux et 61 aliénés). D'après Féré, R. et A. Vigouroux, ce sont les variations vasomotrices qui produisent les différences de résistance électrique secondaires aux émotions provoquées ; mais l'application de la bande d'Esmarch ne supprimant point le phénomène électrique, il faudrait tenir compte des glandes sudoripares, d'autant que le froid et la chaleur font varier la résistance électrique ; de plus, les émotions ont une action glandulaire marquée. La résistance électrique était mesurée au moyen d'un galvanomètre de d'Arsonval traversé par un très faible courant entrant et sortant du corps par les paumes appliquées sur des plaques conductrices par des sacs de sable ; en même temps un pneumographe de Marey donnait les changements de fréquence et d'amplitude de la respiration ; c'est la technique de Veraguth pour les recherches électriques.

Voici les conclusions, de valeur générale seulement, des auteurs :

1° L'importance de l'affaiblissement de la résistance électrique dépend de l'attention du sujet et de ses associations, conscientes ou non, provoquées par le stimulus physique (son, image, choc) ou psychique (mot, proverbe) ; la durée du temps de réaction augmente parallèlement ;

©BIUM

2° Les stimuli physiques, en général, agissent plus énergiquement que les psychiques, et une image plus qu'un son ou un choc ;

3° Dans la dépression, la stupeur, la démence (sénile, précoce, alcoolique), l'attention étant très diminuée, les réactions électriques sont faibles ou nulles. Les paralytiques généraux montrent au contraire une grande excitabilité s'ils sont en rémission ou euphoriques.

Quant aux résultats pneumographiques obtenus, ce sont : pas de règle générale pour la fréquence ; l'amplitude décroît habituellement pendant que la résistance électrique diminue, mais sans rapport entre les intensités de chaque phénomène ; dans la démence, il existe des troubles respiratoires légers quoiqu'il n'y ait point de variation sensible dans la résistance électrique provoquée par les excitations. Le pneumographe n'a pu être utilisé dans tous les cas (chez les femmes et les agités en particulier). Enfin, au début de chaque expérience, le sujet impressionné parfois donne alors une courbe montrant des diminutions de résistance électrique marquées, surtout dans l'attente de la chute d'un poids ; naturellement il y a modification respiratoire simultanée.

X. — *Mécanisme d'une forte attaque de Briquet comparé à celui des accès psychasthéniques* ; par le Dr E. Jones (n° 5). — Jones appelle ainsi avec Janet et au contraire de Charcot les crises hystériques communes. Le mot « attaque » résume deux gros symptômes : un début brusque et soudain, une durée assez courte. Le mot « fit » (que nous traduisons, faute de mieux, par « accès ») implique un troisième symptôme : un trouble de la conscience allant de la légère obnubilation au profond coma. D'autre part, il faut savoir que l'épilepsie psychique, et aussi le petit mal des anciens auteurs, sont maintenant fréquemment regardés comme autre chose que de l'épilepsie vraie et mis au compte d'une psychasthénie ; il est inutile d'ajouter que le diagnostic différentiel de la psychasthénie est une affection mentale diffuse plutôt, tandis que l'hystérie est circonscrite et massive : la première ne montrant jamais de personnalités secondaires, et n'ayant pas de manifestations physiques frappantes. Mais ce qui vient compliquer le diagnostic, c'est que l'hystérie pure est excessivement rare, et que même dans la demi-douzaine de cas purs connns il y a des troubles psychasthéniques surajoutés à ceux produits par le foyer de désagrégation mentale, origine des troubles hystériques. Jones, de plus, rejette les autres névroses

©BIUM

que l'on a tenté de distraire ou de rapprocher de la psychasthénie; il faut tenir compte que cette dernière se présente particulièrement, mais non pas seulement, chez les enfants, sous un aspect monosymptomatique.

XI. — *Sur un cas de somnambulisme spontané*; par le Dr W.-E. Lloyd (n° 5). — Un jeune homme est sujet à passer fréquemment dans un état secondaire dans lequel il accomplit des actes normaux mais dont il n'a aucune mémoire quand il est réveillé; dans l'état secondaire, pourtant, il a une mémoire intégrale de sa vie éveillée.

XII. — *Illusions singulières accompagnant des attaques psycholeptiques d'origine hystérique*; par le Dr Harwey Care (n° 6). — L'aura des attaques est ainsi : les objets s'éloignent, en apparence, graduellement de la malade; parfois ils semblent se maintenir éloignés, visibles; plus souvent les objets semblent s'éloigner en devenant de moins en moins nets comme voilés par une brume ou un nuage, ou bien le sujet devient aveugle. Si la malade peut apercevoir son corps, il lui semble démesurément allongé. Au réveil, les objets se retrouvent en place, et jamais elle ne les voit revenir du lointain vers elle. Il nous semble qu'on peut se demander s'il n'y a point une interprétation du sujet : les objets éloignés sont toujours moins nets et enveloppés de brume (un paysage, par exemple) si la diminution progressive de netteté de la vision qui précède l'attaque peut être interprétée, par analogie, comme un éloignement. La rareté de la conservation nette de la vision pendant l'aura nous semble justifier cette explication. L'auteur cite un autre cas d'une jeune femme sujette à des évanouissements avec perte entière de conscience, sentant son nez pousser et atteindre 18 pouces (45 centimètres) de long.

M. AMELINE.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Le tabes, maladie de la sensibilité profonde; par le Dr Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Leçons cliniques recueillies et publiées par le Dr L. Rimbaud, chef de clinique médicale. 1 vol. in-8°. Paris, Masson et Cie, 1909.

A mesure que s'affine l'analyse clinique, la conception du tabes se rectifie et se perfectionne. Au moment de la découverte de Duchenne, c'est un trouble moteur : l'ataxie, qui attire l'attention des cliniciens.

Actuellement, le tabes est considéré par tout le monde comme une maladie de la sensibilité, du protoneurone sensitif, comme disait Brissaud. Dans son nouveau livre, M. le professeur Grasset s'attache à démontrer que, dans le tabes, l'élément clinique essentiel réside en des troubles de la sensibilité profonde : « Que les troubles de cette sensibilité constituent ou produisent la plupart des signes vraiment caractéristiques de cette maladie. »

Il faut distinguer la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde. La première est la sensibilité périphérique ou cutanée qui donne des impressions tactiles, thermiques ou douloureuses; la sensibilité profonde constitue l'ensemble des sensibilités des organes thoraciques et abdominaux et des tissus profonds (muscles, ligaments, os). La compression ou la distension de ces tissus ou organes profonds provoque normalement une impression douloureuse spéciale. La trachée, le testicule, le globe oculaire, soumis à une certaine compression, donnent cette sensation; il en est de même des articulations, des muscles, des tendons.

Cette forme de sensibilité profonde est très fréquemment abolie chez les tabétiques. Pitres et ses élèves ont insisté depuis longtemps sur les analgésies viscérales, tendineuses, muscu-

©BIUM

laires, qui constituent des symptômes importants du tabes. On sait que chez les sujets non tabétiques, les lésions aortiques et cardiaques provoquent de nombreux troubles fonctionnels : dyspnée, syncopes, crises laryngées, etc. ; chez les tabétiques, au contraire, les lésions du cœur et de l'aorte passent à peu près inaperçues. Cette latence des lésions cardio-aortiques résulte d'une anesthésie du cœur et de l'aorte comparable aux anesthésies viscérales plus haut signalées. C'est la diminution ou l'abolition de la sensibilité profonde qui explique l'indolence des fractures spontanées et des arthropathies tabétiques ; c'est elle qui provoque l'abolition des réflexes tendineux. L'analgésie musculaire et tendineuse permet enfin d'expliquer l'hypotonie et les déplacements articulaires forcés, ces derniers n'étant plus limités comme normalement par la douleur qui résulte de la distension des ligaments.

Des excitants autres que la compression ou la distension peuvent agir sur la sensibilité profonde : les vibrations du diapason, par exemple. Chez les tabétiques, la sensibilité profonde au diapason est troublée comme les autres.

A l'état normal, l'excitant physiologique de la sensibilité profonde est la contraction variable de nos muscles, la distension des tendons et ligaments pendant les mouvements et la station debout. Ces divers excitants produisent les sensations d'effort et de fatigue musculaire, de poids, de mouvement, d'orientation des diverses parties de notre corps, de kinesthésie en un mot. Dans le tabes, l'altération de la sensibilité kinésique est bien connue et provoque de nombreux symptômes classiques. Elle a aussi pour conséquence des troubles moteurs qui ont attiré l'attention des premiers cliniciens : le Romberg et l'ataxie. La contraction et le tonus réflexes nécessités par la marche et la station debout résultent d'impressions fournies par la sensibilité kinésique. Lorsque celle-ci est lésée, les centres de l'équilibre sont mal renseignés et produisent des contractions inadéquates. Les yeux corrigent en partie l'action imparfaite des muscles ; mais dès que le tabétique est privé de leur contrôle, les troubles moteurs s'accentuent. C'est la preuve que ces troubles moteurs sont le résultat d'un fonctionnement imparfait de la sensibilité profonde.

En résumé, d'après le P^r^ Grasset, tous les symptômes essentiels du tabes doivent être attribués directement ou indirectement à des troubles de la sensibilité profonde.

De cette démonstration clinique on peut tirer d'importantes

©BIUM

conséquences anatomo-physiologiques. « La clinique démontre qu'il y a un appareil pour la sensibilité profonde, distinct de l'appareil pour la sensibilité superficielle, puisque l'action de la maladie est différente pour les deux. » Il reste à chercher quel est cet appareil de la sensibilité profonde lésé dans le tabes. Pour M. Grasset, cet appareil est le grand sympathique ou plutôt le vago-sympathique. Quelques faits cliniques sont en faveur de cette hypothèse.

Dès 1882, Pierret et Putman ont étudié la symptomatologie sympathique du tabes : sialorrhée, gastrorrhée, sudations anormales et éruptions cutanées. Plus récemment, J. Charles Roux, Laignel-Lavastine, Heitz étudient les lésions du sympathique et leur attribuent la plupart des troubles de la sensibilité viscérale. Le dernier livre de Pal sur les crises vasculaires élargit la question ; il montre que dans le tabes, il y a des relations entre l'état des vaisseaux et certains symptômes des crises ; la crise gastrique, par exemple, est comme la colique de plomb un trouble paroxystique d'hypertension.

Inversement on peut observer des crises paroxystiques angio-paralytiques comme l'érythromélalgie. De ces faits M. Grasset rapproche l'acro-paresthésie qui pour lui serait un nouveau symptôme du sympathique.

Comment concilier l'anatomie pathologique classique du tabes avec cette notion de « troubles de la sensibilité profonde par lésion du sympathique » ? M. Grasset commence par faire remarquer qu'il ne faut pas séparer le grand sympathique du système cérébro-spinal. Le sympathique, qu'il est logique d'associer avec le pneumogastrique (appareil vago-sympathique), doit être considéré comme un nerf mixte cérébro-spinal au même titre que le radial. Cette manière de voir a l'excellent résultat de faire préciser par l'auteur les voies centrales du sympathique, négligées dans les anatomies classiques.

L'appareil vago-sympathique possède des voies longues qui vont jusqu'à l'écorce et peuvent produire des sensations conscientes (douleurs viscérales) ; il possède de nombreuses voies courtes et moyennes formant de nombreux arcs réflexes, « vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques, moteurs pour l'équilibre ». Venant de la périphérie (viscères, tendons, muscles), les fibres centripètes courtes et moyennes arrivent aux cellules des ganglions rachidiens et craniens ; de là elles vont s'articuler avec un second neurone dont le corps cellulaire serait situé dans la substance grise au voisinage de la base des cornes postérieures.

©BIUM

Entre ces deux neurones, elles se confondent comme trajet avec les voies sensitives générales.

Les voies longues cheminent dans les faisceaux de Burdach et de Goll, prennent un second relai dans les noyaux de même nom et ensuite s'entrecroisent dans le bulbe non loin de l'entrecroisement moteur. Il existe enfin, comme pour la sensibilité superficielle, une voie indirecte passant par le cervelet. Toutes ces voies directes et indirectes se réunissent au niveau du pédoncule cérébral avec les voies de la sensibilité superficielle, vont ensemble dans la région optostriée (centre réflexe important pour la vaso-motricité et la régulation thermique) et enfin dans l'écorce.

L'appareil vago-sympathique serait donc « l'appareil de la sensibilité profonde, distinct partout *physiologiquement* et *cliniquement* de l'appareil de la sensibilité superficielle ». « Dans les cordons postérieurs, les deux appareils semblent anatomiquement confondus; mais en réalité ils ne sont que juxtaposés et très voisins. »

Cette importance donnée au sympathique déconcerte au premier abord. Comment des symptômes aussi complexes et aussi polymorphes que ceux du tabes, des lésions aussi étendues que la dégénérescence des cordons postérieurs peuvent-ils être attribués à une altération du système sympathique?

A la lecture on se rend compte qu'il y a d'abord une question de mots à élucider. Le sympathique de M. Grasset n'est pas celui des classiques. Il comprend, en plus du sympathique de tout le monde, à distribution viscérale et vasculaire, les voies de la sensibilité musculaire, tendineuse, etc., qui passent par les nerfs périphériques. Le sympathique, qui commence par revendiquer modestement sa place dans le système cérébro-spinal, empiète bientôt largement sur le domaine des nerfs ses voisins. Cette extension du domaine du sympathique apparaît brusquement sans la moindre explication. Cependant ce n'est pas là un détail : adjoindre, sans dire pourquoi, l'appareil kinesthésique au sympathique, c'est en somme lui faire un don bien rapide du tabes tout entier, du Westphal, du Romberg, de l'ataxie, etc. C'est, dira-t-on, une question de mots : par l'ensemble de l'ouvrage, on comprend bien que, pour M. Grasset, toutes les voies de la sensibilité profonde, viscérale ou musculaire, appelées peut-être à tort vago-sympathique, forment un appareil distinct de celui de la sensibilité superficielle. C'est la lésion de cet appareil qui est essentielle et primitive dans le

CBIUM

tabes. Mais quelle raison y a-t-il d'associer la sensibilité kinésique à la sensibilité viscérale plutôt qu'à la superficielle? Anatomiquement et physiologiquement les voies kinesthésiques sont aussi bien unies aux voies de la sensibilité superficielle qu'à celles de la sensibilité sympathique ?

Cliniquement il n'est pas démontré que les troubles de la sensibilité viscérale sont dans le tabes, plus importants, plus fréquents, plus associés à la dyskinesthésie que les troubles de la sensibilité superficielle.

D'après les théories de M. Grasset, ces derniers, véritables symptômes associés, devraient être secondaires par l'importance et la chronologie. Cependant, les altérations de la sensibilité cutanée semblent nombreuses au cours même de la période préataxique. Les sensations de brûlure et de piqûre du début, le prurit signalé par Milian comme simple avertisseur, etc., peuvent-ils toujours être attribués à des troubles de la sensibilité profonde?

La distinction et l'opposition des deux sensibilités sont peut-être excessives. Il semble, au contraire, qu'il y ait sympathie fonctionnelle entre les nerfs superficiels et profonds d'une même racine. On sait que le sympathique, quand il est obligé de réagir par des sensations douloureuses à la lésion de certains organes, le fait difficilement et se fait souvent suppléer par le nerf superficiel de la même racine. Head a pu délimiter des zones cutanées au niveau desquelles la douleur superficielle correspond à la lésion profonde de viscères ou de segments de viscères déterminés.

Dans un ordre d'idées analogue, Laignel-Lavastine a signalé chez certains tabétiques à crises gastriques précoces, des bandes d'anesthésie superficielle à distribution radiculaire correspondant à la douleur profonde. Il faut admettre dans ces cas, l'existence de lésions à siège radiculaire, s'étendant aussi bien à la sensibilité superficielle que profonde et non l'atteinte d'un appareil distinct hypothétique pour la sensibilité profonde.

Les explications de la pathogénie et de la physiologie pathologique du tabes, sont multiples et contestées; celle qu'apporte M. Grasset est certainement une des plus intéressantes, mais réussira-t-elle mieux que les autres à concilier les auteurs? En somme, l'ouvrage du professeur de Montpellier expose avec une clarté élégante la valeur diagnostique des troubles de la sensibilité profonde dans le tabes, réunit très justement le sympathique au système nerveux central et nous fixe enfin sur

©BIUM

les voies centrales de la sensibilité sympathique. Neurologistes et médecins le liront avec intérêt et profit.

Dr Paul Guiraud.

Revue des Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris pendant l'année scolaire 1909-1910.

I. — *Contribution à l'étude statistique de la psychose périodique;* par le Dr Georges Lerat (4 novembre 1909).

M. Lerat nous montre l'intéressante évolution des théories qui ont eu successivement cours sur la manie et la mélancolie, d'abord considérées comme deux entités absolument distinctes, puis réunies par Baillarger et P. Falret dans les formes dites intermittentes, et finalement — et définitivement — fondues en une seule et même affection suivant la conception de la psychose périodique, maniaque-dépressive, avec Kraepelin, Deny, Gilbert-Ballet et leurs élèves. L'un des arguments les plus puissants que peuvent invoquer en sa faveur les partisans de la conception de la psychose maniaque-dépressive est la fréquence des récidives de cette affection sous l'une ou l'autre formule, fréquence allant presque jusqu'à l'universalité des cas pour certains auteurs. M. Lerat critique les diverses statistiques apportées à l'encontre de l'opinion qu'il défend et il fournit lui-même deux études statistiques dont les résultats concordent avec ceux des travaux les plus récemment publiés sur cette question.

II. — *Contribution à l'étude des états mélancoliques au début de la démence précoce*; par le Dr Achille Fassou (10 novembre 1909).

M. Fassou présente d'abord quelques considérations générales sur la démence précoce envisagée comme entité morbide et considérée dans ses rapports avec la dégénérescence mentale, et rappelle brièvement par quelles étapes successives cette affection est passée avant d'arriver à son édification nosologique actuelle. Puis il insiste sur la grande fréquence des états dépressifs dans les maladies mentales et l'importance de la *mélancolie syndromique*. Or, parmi ces états mélancoliques

symptomatiques d'une affection mentale nettement définie, il faut ranger la pseudo-neurasthénie prodromique et les formes mélancoliques initiales de la démence précoce, simples, délirantes ou stupides ; grâce aux symptômes propres à cette dernière, on les distinguera de la paralysie générale à forme mélancolique, de la mélancolie alcoolique, de la neurasthénie vraie, de la confusion mentale avec ou sans stupidité, et des états mélancoliques appartenant à la psychose maniaque-dépressive.

III. — *Contribution à l'étude du caractère dit épileptique* ; par le Dr G. Hochart (17 novembre 1909).

Le caractère des épileptiques doit être étudié pendant les trois périodes *pré*, *post* et *inter-paroxystique*. Avant la crise l'état psychique subit des modifications plus ou moins marquées, tant dans la sphère affective que dans la sphère intellectuelle ; il faut, en outre, faire une place à part aux auras psychiques, émotionnelles, intellectuelles ou sensorielles. Les troubles consécutifs à l'accès sont plus particulièrement la torpeur, l'amnésie et l'impulsion. Pendant la période inter-paroxystique, enfin, le caractère épileptique est essentiellement caractérisé par une excitabilité exagérée qui se traduit par des changements brusques dans le ton émotionnel et des impulsions aussi soudaines que violentes.

Ce sont les symptômes de ce caractère épileptique inter-paroxystique que M. Hochart étudie exclusivement : l'irritabilité, le penchant aux vices, le sommeil lourd et peuplé de rêves, les impulsions, les troubles de la mémoire et de la volition, la mobilité d'humeur et de sentiments, etc. Or, le caractère dit épileptique se rencontre, en réalité, dans bien des affections non épileptiques et notamment dans la plupart des états de déséquilibre ou de dégénérescence mentale. Bon nombre d'épileptiques, d'autre part, présentent des crises fréquentes sans aucunement offrir le caractère pathologique dit épileptique. Aussi M. Hochart a-t-il parfaitement raison de conclure que ce caractère n'est pas un signe pathognomonique de l'épilepsie, mais qu'il est en rapport avec les lésions de sclérose corticale diffuse, qui constituent le substratum anatomique des états de faiblesse intellectuelle congénitale ou acquise.

©BIUM

IV. — *Un cas littéraire de délire d'interprétation. La folie de Don Quichotte*; par le Dr Lucien Libert (18 novembre 1909).

La mode actuelle est aux études médico-littéraires et aux enquêtes psycho-pathologiques. M. Libert a sacrifié au goût du jour et nous devons nous en féliciter, car il nous a donné une étude de Don Quichotte, aliéné interprétateur, attachante autant qu'instructive. Ajoutons qu'à l'érudition et au sens critique dont fait preuve son auteur, l'ouvrage se recommande encore à la lecture par sa tenue littéraire, trop souvent négligée dans les thèses.

Après avoir rapidement décrit les lieux et l'époque où son héros va évoluer, l'Espagne de Cervantès toute remplie d'histoires de chevalerie et d'enchantement, les plaines tristes de la Manche, habitées par des populations incultes, par « des esprits naïfs, faussés par les légendes les plus absurdes et bercés dès l'enfance au récit des malices du diable », M. Libert cherche quelles ont été les sources probables du Don Quichotte que d'aucuns croient avoir trouvées en la personne même de Cervantès qui se serait ainsi peint sous les traits du Chevalier de la Triste Figure et qui parlerait par sa bouche. De ce que Cervantès, a prêté à son héros quelques-unes de ses intimes pensées, quelques traits mêmes de son propre esprit, et de ce qu'il s'est servi de son quérulant personnage pour attaquer certains travers et certains vices de la société espagnole, l'on aurait bien tort de juger son œuvre comme une auto-biographie, car rien dans l'histoire de Cervantès ne permet de le considérer, à aucun moment de sa vie, comme un aliéné. L'on doit constater, en revanche, que Cervantès est attiré par la psychologie pathologique. Don Quichotte n'est pas le seul aliéné dont il ait entrepris de conter les tribulations ou le délire (Sancho, Anselme, Chrysostome, Cardenio, Vidriera sur le délire des négations duquel M. Trenel attirait récemment l'attention de la Société médico-psychologique, etc.).

L'analyse et la critique de l'observation de Don Quichotte conduisent M. Libert à reviser la plupart des diagnostics émis par les littérateurs et les psychiatres et à élaborer une conception nouvelle de sa psychose. Il ne s'agirait plus d'un délire systématisé hallucinatoire, mais uniquement interprétatif, paranoïaque. Le délire chronique, la démence paranoïde étant donc

©BIUM

d'emblée éliminés, il faut choisir parmi les psychoses raisonnantes, si bien étudiées par MM. Sérieux et Capgras, et M. Libert, très judicieusement, rejette la forme interprétative de la psychose périodique, repousse également la variété altruiste du délire de revendication et conclut en définitive à un délire d'interprétation, délire de persécution et de grandeur avec érotomanie accessoire. Quant à Sancho Pança, débile, sans esprit critique, que les affirmations délirantes de son maître convainquent facilement, c'est un exemple typique de contagion mentale.

V. — *Les arriérés scolaires. Contribution clinique*; par le Dr Maurice Le Roy des Barres (25 novembre 1909).

Définition de l'arriéré scolaire. Etude résumée du déficit psychique et du déficit physique qui le caractérisent. Diagnostic différentiel du « faux arriéré ». Observations nombreuses, mais insuffisantes. J'aurais aimé trouver, notamment, une étude étiologique approfondie des cas observés, un examen minutieux du système nerveux et le résultat des recherches annoncées de psychologie expérimentale par la méthode des tests.

VI. — *Contribution à l'étude des troubles psychiques dans les chorées chroniques de l'adulte*; par le Dr Sarrah Schechtmann (2 février 1910).

Analyse du rapport de M. Sainton sur les chrorées chroniques (Congrès de Nantes, août 1910). Exposé des idées émises par MM. Léri et Vurpas (Société de Psychiatrie, avril 1909) et résumé de l'observation des malades sur lesquels a été basé leur travail. La conclusion de la thèse est que, pour son auteur, « les troubles psychiques observés dans la chorée chronique des adultes sont en rapport avec une lésion de l'activité en général, et en particulier de la volonté plutôt qu'avec un trouble de l'intelligence ».

©BIUM

VII. — *L'aliénation mentale dans l'armée. Contribution à l'étude de sa fréquence, de ses conséquences médico-légales et de sa prophylaxie*; par le Dr Gabriel Bouchaud (17 février 1910).

Thèse inspirée par le Dr Roger Mignot et basée, d'une part, sur les documents puisés à la maison de Charenton et dans le *Bulletin de statistique médicale de l'armée* qui ont servi à MM. Antheaume et Mignot pour leur ouvrage sur l'aliénation mentale dans l'armée, et d'autre part, sur les rapports de MM. Granjux et Rayneau discutés au Congrès de Nantes l'été dernier et les documents officiels qui y ont été relatés. Le premier chapitre comprend l'étude clinique et statistique des affections mentales frappant les militaires; le deuxième, illustré par d'intéressantes observations, expose la nature des délits militaires occasionnés par l'état d'aliénation, délits trop souvent encore punis, et parfois lourdement, par les Conseils de guerre qui n'ont pas reconnu le caractère morbide de l'acte incriminé (insoumission, désertion et absence illégale, insubordination, rébellion, insultes, coups et blessures, etc.); le troisième chapitre, enfin, traite des mesures prophylactiques à opposer à l'introduction des aliénés dans l'armée et qui nécessitent évidemment la création d'experts psychiatres militaires.

VIII. — *Etude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants*; par le Dr Georges Barbaux (17 février 1910).

Ah! que voilà un sujet intéressant au premier chef, et sur lequel tous, médecins, psychologues, philosophes, pédagogues... aimeraient lire un travail sérieux et documenté! J'ai été déçu, je l'avoue, par la thèse de M. Barbaux, pour qui « souvent le suicide apparaît avec la valeur d'un acte normalement et librement consenti par l'homme pour sortir d'une vie dont il ne veut plus », contrairement à l'opinion défendue par Esquirol, Georget, Falret, et généralement admise. Je pourrais faire à son auteur de nombreux reproches : Pourquoi ne donne-t-il pas l'*âge exact* des suicidés? Sa division en deux catégories, au-dessus et au-dessous de seize ans, est insuffisante, — d'autant qu'il comprend dans la première des individus de vingt ans qui ne sont plus des enfants. Pourquoi ne fournit-il pas de rensei-

©BIUM

gnements sur le milieu familial et social des suicidés? Cette connaissance est capitale pour la compréhension du déterminisme de l'acte. Ce sont les enfants négligés, abandonnés, meurtris physiquement ou moralement par leurs parents qui se suicident. Une enquête analogue à celle que M. Joly (L'enfance coupable. — Le combat contre le crime) a si minutieusement conduite au sujet des enfants coupables eût été des plus instructives. Tout en reconnaissant que les facteurs psychologiques de suicide chez l'enfant sont surtout d'ordre affectif, M. Barbaux aurait pu insister davantage sur le rôle de l'*affectivité morbide*, sur la jalousie et l'amour pathologique de l'enfant, sur la *paranoïa infantile* dont il ne souffle mot. Il eût été tout à fait d'actualité de rechercher, chez les enfants suicidés, l'existence de la cyclothymie et de la parathymie. Mais je me laisse séduire et emporter par le sujet... à traiter.

IX. — *Contribution à l'étude des rapports de l'épilepsie avec le traumatisme*; par le Dr Paul Bergeron (17 février 1910).

L'auteur se montre très prudent en n'osant point, suivant le conseil du professeur Joffroy, affirmer de façon absolue l'existence d'une épilepsie exclusivement traumatique. Car si le rôle étiologique des traumatismes semble, dans certains cas, infiniment probable, il faut tenir grand compte des notions de prédisposition, congénitale et héréditaire, ou acquise et individuelle. L'intervention chirurgicale, qu'on aurait volontiers tendance à préconiser en pareil cas, ne saurait avoir quelque efficacité qu'entreprise précocement et dirigée contre des lésions localisées d'infection ou de compression.

(*A suivre.*) ROGER DUPOUY.

Ueber experimentelle Störung von Differenzierungsvorgänge im Zentralnervensystem (Troubles expérimentaux des processus de différenciation dans le système nerveux central); par le Dr O. Ranke, de Heidelberg. Broch. in-8°. Extrait du *Centralbatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie*, 1910.

Les troubles de différenciation du tissu embryonnaire pendant la vie fœtale et au moment de la naissance, sont encore

©BIUM

imparfaitement connus, et ont été étudiés surtout sur le terrain de l'anatomie pathologique. L'auteur estime que cette étude pourrait être poursuivie par voie expérimentale et que le système nerveux central se prêterait mieux que tout autre à cette étude, parce que dans ce système, la substance embryonnaire d'origine ectodermique est facile à distinguer de celle qui est d'origine mésodermique, et parce que le chemin à parcourir par la cellule depuis son état embryonnaire jusqu'à sa forme définitive, si compliquée, est particulièrement long, et empiète chez le mammifère sur la vie extrautérine.

Il fait remarquer que si la tératologie fournit des données sur des troubles de différenciation par retard ou arrêt de développement, de récents travaux (*Zieglersche Beiträge*, 1909) nous ont montré dans différentes maladies fœtales des troubles de différenciation du tissu embryonnaire du système nerveux central imputables à une prolifération anormale par conséquent à une différenciation accélérée.

Peut-on, par voie expérimentale, provoquer chez les mammifères cette prolifération anormale? Peut-on suivre dans leur évolution les produits de cette prolifération? Telles sont les questions que l'auteur s'est posées, et dont la première seulement comporte une solution immédiate. Pour la résoudre, il a, d'après le procédé de Fischer, eu recours aux injections d'huile de carmin, tant dans les ventricules du cerveau que sous la dure-mère du cerveau et du cervelet, au moyen d'une canule à courbure convenable; dans certaines expériences il a employé simultanément les deux procédés.

Les résultats obtenus peuvent se résumer de la façon suivante : chez le lapin et le chat nouveau-nés, la mitose s'observe seulement à la partie la plus profonde de la couche embryonnaire superficielle du cervelet, elle est très rare dans la couche adjacente à la pie-mère et y fait complètement défaut dès la fin de la deuxième semaine de la vie extra-utérine. Après les injections par lesquelles on arrive à baigner pour ainsi dire la surface du cervelet tant à la base qu'à la convexité dans l'huile de carmin, la prolifération mitosique devient au contraire très abondante dans la couche la plus superficielle de l'écorce cérébelleuse et s'étend même à des territoires éloignés de ceux qui baignent dans le liquide injecté. D'autre part, dans la couche granuleuse (couche rouillée des auteurs), où à l'état normal on n'observe de la mitose que dans de rares cellules disséminées, et jusqu'au quatrième ou sixième jour seulement,

©BIUM

il se produit après l'injection une prolifération mitosique très abondante encore au dixième jour, même en dehors du foyer du liquide.

Sur des sujets sacrifiés dix, vingt, vingt-quatre et même cent soixante-dix jours après l'injection, l'auteur a observé à la surface corticale des renflements plus ou moins accentués avec mitose très marquée dans la couche sous-jacente à la pie-mère.

Dans la couche située entre la couche embryonnaire superficielle et les cellules nerveuses de Purkinje la même prolifération anormale s'observait. Aux endroits où les vaisseaux traversent la couche embryonnaire superficielle, se formaient des amas de cellules embryonnaires en forme de coin à base tournée vers la pie-mère. Toutes ces cellules en état de multiplication mitosique sont d'origine ectodermique et ne présentent aucun des caractères des produits mésodermiques vasculaires ou hématogènes. Quels rapports existe-t-il entre cette prolifération et le liquide injecté? Si la prolifération est plus accentuée au contact du liquide, elle s'étend néanmoins au delà des points immergés. Dans tous les cas, l'auteur n'a jamais observé de lésions inflammatoires, et les vaisseaux autour desquels se sont accumulés, sous forme de coin, des amas cellulaires, ne présentaient aucune altération régressive ou proliférative. L' « attraxin-théorie » de Fischer, ou l'hypothèse de Schreiber et Wengler sur l'action spécifique de l'huile de carmin à l'égard de la substance nerveuse, peuvent-elles donner l'explication de ces phénomènes? Il faut, pour trancher la question, de nouvelles recherches avec des injections de liquides (de corps étrangers) variés. Par contre, l'auteur considère dès maintenant comme justifiées les conclusions suivantes :

1° Au moyen de l'huile de carmin on peut provoquer une prolifération anormale de la substance embryonnaire non différenciée, chez le lapin et le chat nouveau-nés ;

2° Les résultats obtenus rappellent par différents côtés ceux que dans les maladies fœtales du cerveau humain on considère comme l'expression d'une prolifération anormale.

Dr Adam.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Frédéric Lymann Wells. Vaschide, Viollet, Marie, Lubomirska, Meunier, Laures : Contributions to psychopathology. 6 pages in-8°. Extrait de *The Journal of philosophy, psychology and scientific methods*, mai 1909.

Ninety-sixth annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital, including the general hospital in Boston, the Mc Lean hospital and the convalescent hospital in Waverley, 1909. 283 pages in-8°, Boston, the Barta Press, 1910.

Report of the trustees and superintendent of the Butler hospital, presented to the Corporation at its sixty-sixth annual meeting, january 26, 1910. 50 pages in-8°, avec planches. The Providence Press, 1910.

L. Marchand et G. Petit. Paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique. 9 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie*, janvier 1910.

A. J. Rosanoff et John S. Wiseman. Syphilis and insanity. A study of the blood and cerebro-spinal fluid. 18 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, janvier 1910.

Maurice Page. La toxémie neurasthénique. Les neurasthénies sont des intoxications. Préface du Dr F. Helme. 1 vol. in-18 de 244 pages. Paris, Vigot frères, 1910.

J. Gimeno Riera. La psicosis maniaco-depressiva. 26 pages in-8°. Extrait de *Clinica y Laboratorio*, 1910.

H. Lavrand. Rééducation physique et psychique. 123 pages in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et Cie, 1909.

Antonin Prandtl. Die Einfühlung. 121 pages in-8°. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1910.

A. Marie. Les dégénérescences auditives. 111 pages in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et Cie, 1909.

Albert Salmon (de Florence). La fonction du sommeil : physiologie, psychologie, pathologie. 235 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1910.

Legrain. Les folies à éclipse. Essai sur le rôle du subconscient dans la folie. 120 pages in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et Cie, 1910.

©BIUM

VARIÉTÉS

Nominations et Promotions.

Arrêtés de juillet 1910 : MM. les Drs Terrade, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot); Leroy, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, et Truelle, directeur-médecin de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise), sont promus à la 3e classe de leur grade (6.000 francs);

MM. les Drs Ducos, médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon (Gironde); Halberstadt, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais); Charpentier, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), et Damaye, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la 1re classe de leur grade (4.000 francs);

M. le Dr Dubourdieu, directeur-médecin de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin-directeur de l'asile de Bourges (Cher), en remplacement de M. le Dr Homery, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le Dr Baruk, médecin-directeur de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin-directeur de l'asile de Sainte-Gemmes;

M. le Dr Mercier, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé médecin-directeur de l'asile d'Alençon;

M. le Dr Lagriffe, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère), est nommé médecin-directeur de l'asile d'Auxerre;

M. le Dr Gonnet, médecin-adjoint reçu au dernier concours, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quimper.

— *Arrêté du ministre de la Marine* : MM. les Drs Madin, médecin de 1re classe, et Laurès, médecin de 2e classe, rempliront les fonctions de médecin psychiatre, le premier à l'hôpital maritime de Toulon, le second à celui de Rochefort.

Nécrologie.

Professeur F. Raymond. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Raymond, décédé le 29 septembre 1910, à l'âge de soixante-six ans, dans sa propriété de la Planche, commune d'Andillé, près de Poitiers.

Fulgence Raymond était né à Saint-Christophe (Indre-et-

©BIUM

Loire), le 29 septembre 1844. Sa carrière de savant fut admirablement remplie. Par une particularité professionnelle, il débuta à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, où il entra à l'âge de dix-sept ans. On sait quels praticiens distingués sortent de cette école : le professeur Raymond en est un des beaux exemples. D'abord chef de service d'anatomie et de physiologie à Alfort, il voulut être médecin. A vingt-trois ans, il faisait les études latines nécessaires, passait ses baccalauréats, entrait à l'Ecole de médecine et, en 1872, il était reçu second au concours d'internat. Une remarquable thèse sur « l'Hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques » lui fit obtenir la médaille d'or à la fin de sa période d'internat. On le retrouve ensuite chef de clinique en 1877, médecin des hôpitaux en 1878 et agrégé à la Faculté en 1880.

En 1894, il fut appelé au grand et périlleux honneur de prendre la succession du professeur Charcot à la chaire des maladies nerveuses à la Salpêtrière. L'Ecole de la Salpêtrière poursuivit, grâce à lui, une belle carrière ; ses leçons de clinique des maladies nerveuses étaient suivies avec autant de respect que d'utilité par les élèves et les praticiens ; ses laboratoires d'anatomie pathologique, de physiologie, d'électricité et de psychologie, toujours accueillants pour les travailleurs et pour les chercheurs, permirent la réalisation de toute une série de travaux qui font honneur à la science française. Le professeur Raymond était membre de la plupart des académies et des sociétés scientifiques d'Europe. En 1907, il avait reçu le titre, aussi honorable que flatteur, de professeur honoraire à l'Université d'Oxford. Il faisait partie de la Société médico-psychologique, comme membre titulaire, depuis le 30 novembre 1896.

Nous n'énumérerons pas tous les travaux publiés par ce maître éminent, ni ceux, très nombreux, qu'il a inspirés ; mais nous voulons dire un mot de l'homme, qui fut excellent. Sa bonté et son affabilité étaient en quelque sorte proverbiales ; son dévouement à ses amis, à ses élèves, ne se lassait jamais. Il laissera à tous ceux qui l'ont connu et ont vécu dans son intimité le souvenir d'une intelligence supérieure et d'une exquise nature morale.

Les obsèques de notre regretté confrères ont eu lieu, le dimanche 2 octobre 1910, au château de la Planche-d'Andigné. Bien que la cérémonie funèbre dût être tout intime, les chefs de cliniques du maître, ses internes et anciens internes, les directeurs de ses laboratoires, les surveillantes et infirmières de son service d'hôpital, un certain nombre de ses collègues de la Faculté de Médecine et des hôpitaux, étaient venus de Paris pour rendre un suprême hommage au maître distingué, qui a si dignement continué l'œuvre de Charcot et maintenu l'École

©BIUM

de la Salpêtrière dans les saines traditions de la clinique française.

E. GUICHET. — *Le Temps* a reçu d'Aix-en-Provence, le 21 septembre 1910, la dépêche suivante, qu'on peut lire aux dernières nouvelles de son numéro, daté du mardi 27 septembre 1910:

« M. Guichet, conseiller général du canton des Martigues, ancien instituteur, directeur de l'asile d'aliénés de Mont-Perrin à Aix, a été assassiné, ce matin à 8 heures, par un employé de l'établissement, du nom de Jacques Valesi, âgé de quarante-cinq ans.

« L'assassin s'était introduit ce matin dans l'établissement armé d'un revolver. Rencontrant M. Guichet dans une des dépendances de l'asile, il tira sur lui à bout portant trois coups de revolver, dont un perfora le cœur. La mort a été instantanée. Valesi, profitant de l'émotion causée par son acte, a pu prendre la fuite.

« On dit que cet individu, qui était cordonnier, voulait se faire nommer sous-économe, et que c'est pour se venger de M. Guichet, qu'il croyait hostile à son projet, qu'il l'a assassiné.

« M. Guichet était conseiller général du canton de Martigues depuis 1898. Il avait remplacé M. Jules Charles-Roux, ancien député. Il s'était fait, au sein de la Commission départementale, le défenseur attitré des questions de pêche maritime, intéressant spécialement son canton, qui est habité en grande partie par des pêcheurs et par des inscrits maritimes. Ancien président du conseil d'arrondissement, M. Guichet appartenait au parti socialiste. »

La victime de cet abominable assassinat, Emile Guichet, était né à Châteauneuf-les-Martigues le 4 mars 1859. Il était par conséquent âgé de cinquante et un ans. Elève de l'Ecole normale d'Aix, il avait exercé la profession d'instituteur public pendant vingt-six ans, dont vingt-deux à l'Ecole communale de la rue de l'Evêché, à Marseille. Au moment où, en 1881, M. Camille Pelletan se présenta pour la première fois à la députation, M. Guichet entra dans le Comité radical-socialiste qui patronnait cette candidature et en devint un des secrétaires. Au lendemain de l'élection de M. Camille Pelletan, il fut envoyé en disgrâce dans une des écoles les plus éloignées de la banlieue. Successivement élu, en 1897, conseiller d'arrondissement du 3e canton de Marseille, puis en 1898, conseiller général des Martigues, ses électeurs lui renouvelèrent son mandat aux élections de 1901 et de 1907.

C'est le 1er juin 1904 que M. Guichet fut nommé directeur de l'asile d'aliénés de Mont-Perrin, à Aix. D'après le *Petit Provençal*, journal républicain-socialiste (numéro du jeudi 22 septembre 1910), « le Gouvernement, par cette nomination,

©BIUM

récompensait les excellents services que Guichet avait rendus au parti républicain et aussi au département des Bouches-du-Rhône, dont il a toujours défendu les intérêts avec zèle et dévouement ».

On ne peut que stigmatiser le crime atroce dont le directeur de l'asile d'Aix a été la déplorable victime, et nous partageons le sentiment général de réprobation qu'il a soulevé.

Les obsèques civiles de M. Guichet ont été célébrées le vendredi 23 septembre. Une foule immense se pressait sur le passage du cortège. Des discours ont été prononcés par MM. Victor Jean, président du Conseil général, le préfet, le maire d'Aix, Pelletan et André Lefèvre députés.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Assassinat du Dr Miguel Bombarda par un aliéné. — Nous avons à ajouter un nom nouveau à la liste déjà bien longue du martyrologe de la psychiatrie, celui de notre savant et distingué collègue, le Dr Miguel Bombarda, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lisbonne, médecin-directeur de l'hôpital des aliénés de Rilhafolles, tué par un de ses anciens pensionnaires.

Voici d'après les renseignements fournis par notre excellent collègue et ami, le Dr Magalhaès Lemos, comment les faits se sont passés.

« Le malade, un lieutenant d'infanterie, avait été interné il y a près d'un an, à l'hôpital de Rilhafolles, où il fit un séjour de trois mois. Après sa sortie, il quitta le Portugal pour voyager à l'étranger. Il était à peine de retour à Lisbonne qu'il se rendit à l'hôpital pour voir le Dr Bombarda dans son cabinet de consultation. Pendant que notre regretté collègue s'informait de sa santé, le malade, sans prononcer une parole, prit dans sa poche un revolver automatique « Browning » et en déchargea sur lui les huit coups, à bout portant.

« Le personnel accouru au bruit des détonations, se jeta sur l'assassin ; mais notre confrère, qui était tombé par terre, frappé de cinq balles (deux dans la poitrine et trois dans l'abdomen), put encore s'écrier : « Il ne faut pas lui faire de mal ; c'est un fou. » Cet attentat avait eu lieu à 11 heures du matin ; notre confrère fut aussitôt transporté à l'hôpital de San-José où il mourut à 6 heures du soir. »

Le Dr Lemos ajoute qu'il n'a aucun renseignement sur l'aliéné, ni sur la forme d'aliénation dont il est atteint ; mais il a tout lieu de croire qu'il s'agit d'un persécuté ou d'un hypocondriaque. Quant à la légende qui s'est déjà formée, par suite des événements politiques qui ont suivi ce meurtre et qui vou-

©BIUM

drait que l'aliéné eût été suggestionné par les jésuites à commettre son crime, elles valent ce que valent toutes les légendes de ce genre.

Notre malheureux confrère occupait à Lisbonne une situation scientifique et professionnelle des plus honorables. Né le 6 mars 1851 à Rio-de-Janeiro, d'un père Portugais de naissance et qui revint dans son pays d'origine huit ans après avec son fils, il dut, à l'âge de dix-huit ans, faire à l'Hôtel de Ville de Lisbonne une déclaration d'option pour la nationalité portugaise.

Miguel Bombarda fit toutes ses études à Lisbonne : c'est à la Faculté de médecine de cette ville qu'il soutint en 1877 sa thèse de doctorat sur le *délire des persécutions*. Quelques mois à peine après cette soutenance, il n'hésita pas à se présenter à un concours pour une chaire vacante à cette Faculté ; il échoua. Plus heureux en 1880, il fut reçu et obtint la chaire de physiologie et d'histologie, qu'il occupa pendant plus de quinze ans, jusqu'à son dédoublement. Il conserva alors la physiologie et l'enseigna jusqu'à la veille de sa mort, non sans succès.

C'est en 1892 qu'il fut nommé médecin-directeur de l'hospice des aliénés de Rilhafolles. Dès le lendemain de sa nomination pour ainsi dire, il se mit à l'œuvre pour améliorer les services de cet établissement. Il fit construire en quelques années, avec le confort moderne et les nécessités de l'hygiène, neuf pavillons nouveaux afin de désencombrer les anciens bâtiments. Lorsque ce travail d'amélioration fut terminé, il ouvrit un cours libre de maladies mentales et nerveuses qui fut très suivi.

Bombarda fut, en 1883, un des fondateurs de la *Medicina contemporanea*. Ce recueil de médecine, dont il devint un des collaborateurs assidus, acquit rapidement une place importante parmi les journaux de médecine.

Nous ne saurions oublier qu'il fut l'organisateur du XV^e^ Congrès international de médecine qui se tint à Lisbonne en 1904. Le succès de cette réunion fut très grand, grâce à l'activité vraiment prodigieuse de son organisateur.

Les publications de Bombarda sont nombreuses ; nous citerons entre autres : *Les hémisphères cérébraux et les fonctions psychiques* (1887) ; *Des dystrophies par lésions nerveuses* (1880) ; *Le vaccin de la rage* (1887) ; *Contribution à l'étude des microcéphales* (1894) ; *La folie pénitentiaire* ; *Leçons sur l'épilepsie et les pseudo-épilepsies* (1899) ; *Conscience et libre arbitre* (1898) ; *La science et le jésuitisme* (1900), etc., etc.

Miguel Bombarda, très populaire dans son pays, avait été élu comme député républicain aux dernières élections législatives. Aussi son assassinat émut douloureusement les masses et

©BIUM

contribua pour sa part aux événements qui se déclarèrent les jours suivants en Portugal.

Pour nous qui avons connu cet aimable et regretté collègue, et apprécié ses belles qualités de cœur et d'esprit, nous partageons le deuil que le revolver d'un aliéné est venu apporter dans le corps si distingué des médecins aliénistes du Portugal, à qui nous adressons nos bien vifs sentiments de condoléances. Nous remercions en particulier notre excellent ami, le Dr Magalhaes Lemos, des renseignements qu'il nous a fournis et qui nous ont permis de rendre dans les *Annales* un dernier hommage à notre distingué et regretté collègue et ami, le Dr Miguel Bombarda. A. R.

Chronique de Buenos-Ayres. — La cité des fous.

Sous ce titre, le journal *La Nacion*, de Buenos-Ayres, raconte, dans son numéro du 19 juillet 1910, une visite du Congrès scientifique international à la Colonie nationale d'aliénés de Lujan. Voici le résumé de ce récit :

Le 18 juillet, le Congrès scientifique international devait visiter la Colonie nationale d'aliénés, voisine de Lujan, où son distingué directeur, le professeur Domingo Cabred, a réalisé le système de l'*open-door*. Cette visite avait attiré beaucoup de monde, médecins, ingénieurs, publicistes, militaires, etc., et même un groupe de gracieuses dames, à l'heure du départ du train spécial. Pendant le trajet, les congressistes lurent avec un vif intérêt un périodique curieux : *Ecos de Las Mercedes*, rédigé par des aliénés, et dont on leur avait distribué un numéro spécial, le *Numéro du Centenaire*. Cette publication, encouragée par la direction de l'établissement, joue un rôle thérapeutique, en exerçant les facultés mentales des malades, en sollicitant leur attention et en les libérant de leurs obsessions. Tout en commentant cette revue, on vit apparaître dans la plaine, un ensemble de chalets à clochetons, aux toits d'ardoises, aux façades rouges, aux lignes architecturales accidentées : c'était la colonie, véritable cité des fous, gaie d'aspect, bien disposée, pittoresque, élevée en pleins champs. Au cours de leur promenade, les visiteurs assistèrent aux travaux agricoles effectués par les aliénés, s'étonnèrent de voir, dans les divers ateliers, les machines conduites par des malades que rien ne distrait de leur besogne, si bien qu'il n'arrive pas d'accidents, malgré l'emploi de la vapeur comme force motrice. Ils virent des aliénés occupés dans tous les services de cette vaste exploitation agricole et industrielle. Dans le pavillon des agités, quelques malades étaient traités par l'alitement. Après avoir admiré l'organisation de l'établissement, les congressistes

©BIUM

emportaient cette impression que le traitement des aliénés par l'open-door dans les asiles-colonies, s'harmonise mieux que tout autre avec la nature des maladies mentales, et permet d'appliquer une thérapeutique rationnelle, parce qu'il procure aux malades un bien-être moral et matériel plus grand que celui qu'ils peuvent avoir dans les asiles urbains.

Au cours d'un lunch offert par le directeur, plusieurs discours furent prononcés. Prenant à son tour la parole, le Dr Cabred profita de la circonstance pour préciser, de la manière suivante, les principes administratifs et scientifiques auxquels répond le fonctionnement de la Colonie de Lujan :

« M. le Président du Congrès scientifique international américain, MM. les délégués, MM. les membres adhérents,

« Dans ces derniers mois, à l'occasion du centenaire de mai, la Colonie nationale d'aliénés a été honorée de la visite de nombreux et distingués médecins étrangers, qui obéissaient, en quelque sorte, au devoir professionnel; mais celle d'aujourd'hui est particulièrement intéressante et agréable pour la direction de cet asile. Cette fois, en effet, ce ne sont pas seulement des médecins, mais aussi des ingénieurs, des avocats, des agronomes, des militaires et des représentants d'autres branches de la science, qui sont venus constater les résultats du traitement des aliénés par le régime de la liberté.

« Courte, trop courte a été votre visite; mais elle a suffi, me semble-t-il, pour vous rendre compte de l'excellence du système auquel répond cette institution. Vous avez pu voir que trois éléments sont la base du traitement de l'immense majorité des malades assistés : la liberté, le travail, le bien-être.

« Les hautes murailles et les grilles des sombres asiles fermés n'existent pas ici. Au lieu de constructions monumentales, en style de casernes ou de prisons, ce sont des villas simples, élégantes, entourées de jardins, avec leurs portes ouvertes de toutes parts; et les malades se promènent ou se livrent librement au travail, sans qu'aucun obstacle dérobe l'horizon à leurs yeux.

« L'emploi méthodique du temps, dans les tâches les plus variées, est le modificateur mental par excellence : cette méthode fixe l'attention, discipline la volonté, distrait l'aliéné de ses idées délirantes; par elle, on obtient l'ordre et la tranquillité générale. Un rendement économique d'une importance suffisante est également le résultat de l'application du travail.

« Le confort des villas, l'hygiène, les bons traitements, les distractions fréquentes, concourent à produire un grand bien-

©BIUM

être qui rend le séjour agréable aux malades, et influe favorablement sur le succès du traitement.

« Dans les cas aigus, ou dans les cas où les symptômes reprennent épisodiquement leur acuité, on emploie la clinothérapie, ou cure par le repos au lit, également dans des villas ouvertes, qui ne diffèrent des autres que par une disposition appropriée à leur but, et dans lesquelles sont proscrites la barbare camisole de force et la cellule sombre.

« Tel est le système qui règne dans l'asile que vous achevez de visiter, et ses résultats thérapeutiques et économiques sont très supérieurs à ceux que l'on obtient dans les établissements urbains, appelés « fabriques de chroniques » par Marandon de Montyel, ou « vastes cimetières de la raison altérée » par Maudsley. Là, en effet, on ne peut appliquer le régime de l'*open-door*, ni le travail sur une grande échelle, que l'expérience conseille dans le traitement de la majeure partie des fous. Par conséquent, ces asiles urbains doivent être remplacés par les asiles à portes ouvertes situés en pleine campagne.

« La formule de l'assistance hospitalière de ces malades, imposée par les progrès de la psychiatrie contemporaine, se présente donc ainsi : les asiles urbains doivent être petits et réservés exclusivement aux traitements d'urgence et à l'enseignement des maladies mentales.

« Et, en disant ma gratitude pour la visite que MM. les membres du Congrès scientifique international américain achèvent de faire, j'émets ce vœu, déjà plusieurs fois exprimé, avec le désir qu'il trouve sa plus prompte réalisation dans tous les pays d'Amérique. »

Sur ces paroles se termina la visite de cette belle colonie, dont neuf ans d'efforts continus ont fait l'une des premières du monde, grâce à la fermeté, à l'activité et à l'intelligence du Dr Cabred, qui joint à ses aptitudes d'aliéniste les qualités d'un excellent administrateur.

L. Arsimoles.

Les aliénés en liberté (*suite*).

64. *Quadruple homicide et suicide.* — On télégraphie de Cologne au *Temps* (numéro du samedi 30 juillet 1910) :

La femme d'un ingénieur nommé Weber, a étranglé sa fille âgée de trente-trois ans, ses trois petits-fils et s'est pendue ensuite, dans une crise de folie furieuse.

65. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 7 août 1910) :

M. Méray, haut fonctionnaire colonial, qui réside actuellement au Mourillon, à Toulon, avait avec lui, depuis quelques

©BIUM

jours, sa femme, qui avait dû, à la suite de certains troubles cérébraux, faire un assez long séjour dans une maison de santé. Avant-hier matin, Mme Méray, qui paraissait fort calme, dit à son mari qu'il serait mort avant le soir.

M. Méray ne prêta aucune attention à ce propos, mais dans l'après-midi, comme il s'était couché pour faire la sieste, Mme Méray ferma soigneusement toutes les issues de la villa, puis saisissant un gourdin, elle en asséna deux coups violents sur la tête de son mari, qui perdit connaissance. Elle en profita pour le ligoter, puis, lorsqu'il fut réduit à l'impuissance, elle reprit son arme et frappa avec rage.

La victime, revenue à elle, poussa des cris désespérés, qui furent entendus par un voisin, M. Folliot. Ce dernier escalada le mur de la villa, enfonça une porte et parvint au premier étage, où s'était déroulée la scène. M. Méray gisait sur son lit, le visage couvert de sang. M. Folliot saisit la folle à bras le corps et parvint à la maîtriser, puis il appela du secours.

On s'empressa auprès de la victime, qui était en fort triste état. Puis on fit reconduire Mme Méray à l'hôpital des maladies mentales de Pierrefeu.

M. Méray, dont l'état est assez grave, est soigné par son fils, enseigne de vaisseau sur le croiseur *Marseillaise*.

66. *Suicide*.—Un boucher de Noisy-le-Sec, M. Charles Courmassier, s'est pendu hier dans un wagon de la ligne de Lyon. Il était en proie, depuis quelques jours, à une crise aiguë de neurasthénie. (*Le Temps*, numéro du dimanche 7 août 1910.)

67. *Persécutée homicide*. — On télégraphie de Saint-Etienne au *Temps* (numéro du mardi 10 août 1910) :

Hier à midi, à l'angle des places Marengo et Paul-Bert, le Dr Faure se dirigeait vers l'église Saint-Charles pour accompagner à la messe sa fille, âgée de quinze ans environ, lorsque tout à coup une femme élégante s'élança vers lui, un revolver à la main, et, par derrière, lui tira un coup de son arme dans la nuque. Le docteur s'affaissa sur la chaussée sans pousser un cri. A peine eut-il le temps de faire un geste instinctif comme pour parer une attaque imprévue. Sa fille, épouvantée, s'était réfugiée dans un café voisin.

Des témoins de cet attentat se portèrent au secours de la victime, tandis que d'autres s'assuraient de la meurtrière. Celle-ci tenait encore son revolver et criait d'une voix triomphale : « Ah! cette fois, il est mort, me voici délivrée. Je suis heureuse. Je cherchais le calme, le repos, je l'ai enfin trouvé. »

On installa dans une automobile le Dr Faure qui respirait encore faiblement, et on arriva au pavillon d'urgence où il expirait une demi-heure après, malgré tous les soins que lui prodiguèrent les internes de service.

©BIUM

Entre temps, la meurtrière était conduite au poste central. Elle déclara se nommer Marie Frey, âgée de trente-cinq ans, musicienne. Puis elle entra dans d'extravagantes explications :

— Oui, je l'ai tué, mais il me faisait trop souffrir. Depuis huit ans cela durait ; il m'avait magnétisée avec ses rayons X. Il voyait toutes mes pensées ; il absorbait toute ma vie ; il m'accaparait. Je ne pouvais plus rien faire. Il y a huit ans, je fus prise d'une hémorragie nasale. J'eus recours aux soins du Dr Faure. Il me fit subir un traitement, et de cette époque date mon calvaire. Nuit et jour, des baguettes électriques me flagellaient comme le Christ.

« Longtemps je me résignai. Un jour, il y a trois ans et demi, des voix me parlèrent : « Il faut exécuter le médecin ; il « a fait ton malheur ; il a empoisonné ton existence. Venge- « toi ! » Longtemps j'ai résisté et puis j'ai cédé. »

68. *Infanticide et suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 22 août 1910) :

En l'absence de son maître, le Dr Leroy, une cuisinière, Marguerite Guichaona, originaire de Douarnenez, s'est asphyxiée, hier, avec sa fillette, Marthe-Marguerite, âgée de six ans, avenue de Villiers, dans une chambre du sixième étage. La malheureuse donnait depuis longtemps des signes d'aliénation mentale et était atteinte du délire de la persécution. Avant de mettre son projet à exécution, elle avait écrit trois lettres : l'une à sa mère, l'autre au Dr Leroy, et la troisième au commissaire de police. Dans l'une d'elles, elle déclarait qu'elle mettait fin à ses jours pour échapper aux persécutions de ses ennemis et qu'elle emmenait avec elle sa fille dans la tombe « pour que la pauvre petite ne connaisse pas toutes les méchantes gens que l'on rencontre sur la terre ».

69. *Double homicide.* — On télégraphie de Rome au *Temps* (numéro du jeudi 13 octobre 1910) :

Après une lutte acharnée, on a réussi à s'emparer ce matin de la personne d'un aliéné du nom de Moncada, agent d'affaires, âgé de quarante-cinq ans, qui a tenu la force publique en haleine pendant plus de vingt-quatre heures.

Depuis hier matin des fonctionnaires de la police, des carabiniers, des médecins aliénistes, des infirmiers, des officiers d'artillerie, des pompiers et des soldats entouraient la maison du quartier des Prati où Moncada s'était retranché, et une foule énorme a assisté aux différentes opérations, travaux d'approche, démolition des cloisons, inondation de l'appartement du fou.

Au cours de ces opérations, le fou furieux a tiré sur la foule, tuant deux personnes, dont une femme, mère de cinq enfants en bas âge, et en blessant plusieurs autres.

©BIUM

Résumé. — Nous avons publié, dans les *Annales* de 1910, 69 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités, le plus grand nombre, de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, viols ; enfin, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicides, fournissent, comme tous les ans, un contingent des plus sérieux, ainsi que le prouve le tableau statistique suivant :

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	21
Homicides	16
Homicides et suicides	15
Suicides	11
Excentricités	4
Tentatives de viols	2
Total	69

Ainsi sur 69 cas relevés, il y a 31 homicides — près de la moitié, plus exactement 44,92 p. 100 — dont 15 ont été suivis de suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, etc. (au nombre de 21, ainsi que 2 tentatives de viol). Ce qui intéresse surtout, c'est le nombre des victimes faites par ces 69 cas d'aliénés en liberté. D'après le relevé fait avec soin il y a eu :

Tués	44
Blessés grièvement	24
Morts par suicide	18
Total	86

Ainsi notre statistique donne 43 personnes tuées par des aliénés en liberté, 24 blessés grièvement, dont un certain nombre ont succombé ultérieurement ; enfin, 18 aliénés se sont suicidés, dont la plupart après avoir tué, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons enregistré plusieurs cas, où les malades ont fait plusieurs victimes ; ainsi 9 aliénés ont tué 2 personnes ; 2 en ont tué 3. Il en est 1 qui a fait 4 victimes ; un autre a fait 6 victimes, dont 2 tuées et 4 grièvement blessées. Ce sont là de véritables hécatombes qui, avec un peu de prévoyance, devraient pouvoir être évitées.

La plupart de ces crimes ont, en effet, été commis par des aliénés qui présentaient depuis longtemps des troubles mentaux,

©BIUM

et que la prudence la plus élémentaire aurait dû faire séquestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient déjà été traités dans les asiles ou venaient d'en sortir. — A. R.

L'Interdiction de l'absinthe en Suisse.

Les dernières heures de l'absinthe ont sonné en Suisse. Le délai référendaire pour la loi prohibant l'absinthe a expiré le 4 octobre sans qu'on ait même tenté de réunir 30.000 signatures nécessaires au referendum. Le Conseil fédéral a immédiatement édicté une ordonnance d'exécution fixant au 7 octobre l'entrée en vigueur de l'interdiction.

Cette ordonnance contient également des définitions de l'absinthe et de ses imitations qui seront obligatoires pour les tribunaux. « Est réputée absinthe, dit l'article premier de l'ordonnance, sans égard au mode de fabrication, toute eau-de-vie chargée de principes aromatiques de la plante d'absinthe combinés avec d'autres substances aromatiques, telles que celles contenues dans l'anis, le fenouil, etc., qui présente l'odeur de l'anis et du fenouil et se trouble lorsqu'on l'additionne d'eau. »

Parmi les principes aromatiques de l'absinthe, la thuyone est considérée comme le critère décisif de cette liqueur. Sont réputées en outre imitations de l'absinthe — et interdites comme l'absinthe elle-même — qu'elles soient chargées ou non de principes aromatiques de la plante d'absinthe, toutes les boissons aromatiques qui possèdent les qualités extérieures caractérisant l'absinthe elle-même et qui renferment certaines proportions d'huiles essentielles. L'observation de ces prescriptions sera surveillée par les cantons dont les gouvernements remettront chaque année un rapport au Conseil fédéral sur l'exécution de la loi. (*Le Temps*, numéro de jeudi 6 octobre 1910.)

FAITS DIVERS

Tragique suicide d'un aliéné. — Dix-huit aliénés étaient transférés, dimanche, en chemin de fer, de l'asile de Rodez à celui d'Albi, sous la surveillance de trois gardiens. En arrivant sur le viaduc du Viaur (Aveyron), le fameux ouvrage métallique qui a 120 mètres de hauteur, un aliéné, Bouissel, âgé de trente-cinq ans, se précipite par la fenêtre de son compartiment, tombe sur le tablier du pont, se relève, court vers le milieu du pont et là, enjambant le parapet, se jette dans le vide et s'écrase sur les rochers qui émergent dans le torrent à 120 mètres au-dessous des rails. La mort a été instantanée. (*Le Temps*, numéro du jeudi 25 août 1910.)

Epileptique noyée dans sa baignoire. — Une malade en trai-

©BIUM

tement à l'hospice des Chazeaux, à Lyon, dans le service des épileptiques et des maladies nerveuses, s'est noyée dans sa baignoire. Aux cris de ses voisines, les infirmiers accoururent et tentèrent de rappeler l'asphyxiée à la vie ; mais ce fut en vain. (*Le Temps*, numéro du jeudi 1er septembre 1910.)

Le suicide de Luccheni. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 21 octobre 1910) :

Nous signalions récemment que Luccheni, l'assassin de l'impératrice d'Autriche, s'agitait beaucoup dans sa prison et donnait des signes d'aliénation mentale. Une dépêche de Genève nous apprend que Luccheni s'est suicidé hier.

Les gardiens l'entendirent chanter pendant tout l'après-midi dans le cachot souterrain où il avait été enfermé depuis son dernier accès de rage.

Frappés ensuite par son silence, ils ouvrirent à six heures la porte du cachot et virent le détenu pendu par sa ceinture aux barreaux du soupirail. Le médecin de la prison a tenté inutilement de le rappeler à la vie.

Luccheni était détenu à Genève depuis 1898. Son crime abominable avait été commis le 10 septembre de cette année. Comme la peine de mort n'existe pas à Genève, il fut condamné à la prison perpétuelle. C'est, on le sait, un mode de détention d'une rigueur impitoyable. L'assassin en est devenu fou. Il avait vingt-quatre ans à son entrée en prison.

A la prison de l'Évêché, à Genève, Luccheni était considéré comme le plus dangereux des prisonniers. En 1905, il demanda à voir le directeur de la prison pour le prier de lui accorder l'autorisation de lire des journaux. Le directeur la lui refusa. Durant la conversation, le directeur se détourna un moment et cessa d'observer Luccheni. Celui-ci s'approcha de lui, ayant à la main une alêne qui lui servait à exécuter des travaux de cordonnerie ; son silence subit étonna le directeur, qui se retourna juste à temps pour éviter un coup.

Peu de jours après, il essaya de tuer un de ses gardiens. Il fut frappé alors de peines disciplinaires et interné quelque temps dans une cellule souterraine. On parla alors de traitements inhumains qui lui auraient été infligés. Luccheni envoya à la demande du directeur une déclaration au gouvernement dans laquelle il affirmait être traité sans brutalité.

Depuis quelque temps, son intelligence s'était obscurcie. A plusieurs reprises, il essaya de se briser la tête contre les murs.

©BIUM

XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, — Avril 1911.

Le XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Tunis, au mois d'avril 1911, sous la présidence de M. le Dr Deny, médecin de la Salpêtrière. *Vice-président* : M. le Dr Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de La Rochelle ; *Secrétaire général* : M. le Dr Porot.

Les questions suivantes feront l'objet de rapports au Congrès de Tunis.

Premier rapport. — *Les perversions instinctives.* Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris).

Deuxième rapport. — *Complications nerveuses et mentales du paludisme.* Rapporteur : M. Chavigny, professeur au Val-de-Grâce.

Troisième rapport. — *L'assistance des aliénés aux colonies.*

Deux rapporteurs avaient été désignés pour cette question : M. Reboul, professeur à l'Ecole d'application de médecine coloniale de Marseille, et M. Scherb, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

A la suite du décès récent de M. Scherb et, d'autre part, considérant que le second rapporteur, M. Reboul, pouvait être dans l'impossibilité de présenter lui-même son rapport à la session de Tunis, l'assemblée générale a désigné M. le professeur Régis (de Bordeaux), qui accepte, comme rapporteur général de la question de l'assistance des aliénés aux colonies.

Après Tunis, où le Congrès se réunira en avril 1911, la session suivante aura lieu en août 1912. Cette session se tiendra au Puy.

Prix de la Société médico-psychologique.

Année 1911.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa Thèse.

Règlement du prix Christian. — Article premier. — Les internes des asiles publics de France, candidats au prix Christian devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentané par la produc-

©BIUM

tion d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année ; le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

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.*

Année 1912.

Prix Aubanel. — 1.000 francs. — Question : *Troubles psychiques au cours des polynévrites.*

Prix Belhomme. — 900 francs. — *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse.

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs. plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1910, pour les prix à décerner en 1911, et le 31 décembre 1911 pour les prix à décerner en 1912, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société ; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIIe VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Le XXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Session de Bruxelles-Liége, 7-8 août 1910 ; par le Dr Roger Dupouy. 177

II. — Psychologie morbide.

Un délire d'interprétation dans l'histoire. Maria-Stella Chiappini, lady Newborough, baronne Sternberg (1773-1843) ; par le Dr Lucien Lagriffe. . . . . 5 et 213

III. — Pathologie.

Le diagnostic de la folie maniaque dépressive ; par les Drs Afranio Peixoto et Ulysse Vianna. 23

La paralysie générale juvénile (*suite et fin*) ; par les Drs Arsimoles et Halberstadt . . . . . 35 et 239

Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie. Enquête et critique ; par les Drs Rémond (de Metz) et G. Voivenel (1er *article*) 354

Démence précoce et tuberculose ; par les Drs Soutzo (fils) et G. Dimitresco. 380

De l'application du régime végétarien aux épileptiques ; par les Drs A. Rodiet, E. Lallemant et J. Ch. Roux. 387

Délire de persécution à base cénesthésiopathique ; par le Dr F. Tissot. 393

IV. — Médecine légale.

Les aliénés dans l'armée et devant la justice militaire ; par le Dr A. Biaute 48

©BIUM

PAGES

V. — Établissements d'aliénés.

Du droit de visite des parents ou amis aux aliénés internés, à propos d'une récente décision judiciaire; par le Dr Victor Parant père 65
Le régime des aliénés en Ecosse; par le Dr A. R. Urquhart. . . 251
Création d'une coopérative d'employés à l'asile de Pierrefeu; par le Dr Michel Belletrud 402

VI. — Revue critique.

Les fugues et le vagabondage (*suite et fin*); par le Dr Lucien Lagriffe. 81
Les maladies mentales dans l'armée; par le Dr Adam (1er *article*). 408

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 25 *avril* 1910. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Sérieux, Ameline, Gimeno Riera, Pilcz, Del Greco, Doutrebente. — Rapports de M. Dupain sur la candidature de M. Croustel; élection. — Rapport de la Commission du prix Aubanel : M. Colin. — Paralysie générale juvénile, par MM. J. Ramadier et L. Marchand. 180
Séance du 30 *mai* 1910. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Trenel, Croustel, Delfino, Stransky, Ch. Tissot, Fillassier, Ranke. — Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire. — Mort de M. Albert Giraud : M. Arnaud. — Prix Christian (*suite*) : M. Arnaud. — Rapport de M. Trenel sur la candidature de M. Ameline; élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Gimeno Riera; élection. — Définition de l'idiotie et de l'imbécillité. Discussion : MM. Sollier, Simon, Blin, Binet. 282
Séance du 27 *juin* 1910. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ameline, Gimeno Riera, Juquelier, Piéron, Fernando Bravo y Moreno, Crocq et Klippel. — Rapport de M. Colin sur la candidature de M. Fillassier; élection. — Rapport de M. Truelle sur la candidature de M. Tissot; élection. — A propos d'un cas de folie intermittente. Quelques remarques sur l'état affectif dans la manie et sur l'épuisement post-maniaque, par M. J. Séglas. Discussion : MM. Briand, Séglas, Trenel, Chaslin, Vigouroux, Vallon, Truelle, Arnaud. — A propos du diagnostic de la paralysie générale : M. Lagriffe. 308
Séance du 25 *juillet* 1910. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Arnaud, Legras, Fillassier, Tissot, Solvay, Mac Donald. — Rapport de M. Truelle sur les candidatures à deux places de membre titulaire : élection de MM. Juquelier et Piéron.

©BIUM

PAGES

— Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Bravo y Moreno : élection. — Des diverses formes de la paralysie générale, suivant le degré de prédisposition du sujet, par M. Fillassier. — Note sur la question de la paranoïa aiguë, par M. Trenel, Discussion : MM. Vallon, Pactet, Gilbert Ballet, Trenel. . . . 427

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1909-1910).

(Anal. par le Dr Roger Dupouy.)

Trois cas de psychose familiale . . . . . 112 et 456
Un cas de catatonie 112
Confusion mentale et catatonie. Guérison. 112
Surdi-mutité avec mégalomanie 113
Etat obsédant hallucinatoire simulant un délire systématisé. . . . 114
Crises périodiques d'aphasie accompagnée d'hémiplégie et d'épilepsie jacksoniennes droites 114
Paraplégie spasmodique et syndrome paralytique 114
Hémorragie protubérantielle mortelle dans l'attaque d'épilepsie. . 115
Epilepsie sénile, constatations anatomo-pathologiques. 115
Alcoolisme chronique et syphilis, amnésie transitoire, paraplégie spasmodique. 116
Un cas d'hallucination lilliputienne 116
Tentative d'incendie volontaire et épilepsie. 116
Paralysie générale conjugale. 117
Sarcome du corps calleux. 117
Mort subite dans l'épilepsie. Hémorragie bulbaire. 118
Présentation d'un voleur 118
Ecrits et dessins d'un paralytique général atypique. 119
Apraxie, agnosie, aphasie, démence 119
Chorée aiguë et catatonie. 120
Paranoïa et hallucinations. 120
Apraxie unilatérale. 454
Paralysie générale conjugale. 454
Dégénérescence mentale avec obsessions, impulsions au vol, tendance au suicide 454
Drainage lombaire des espaces arachnoïdiens 455
Un cas de mort par perforation intestinale chez un dément paralytique 455
Sarcome angiolithique comprimant le bulbe. 455
Un cas d'épithélioma chez un paralytique général. 455
Maladie de Paget. 456
Deux cas de stupeur 456
Les habitués des asiles 457
Syphilis héréditaire ou acquise. 457
Un cas d'application difficile de la loi de 1838 457
Les amoureuses de prêtres 458
Obsessions, phobies et idées hypocondriaques chez une fillette de dix ans 458
Paralysie générale sénile 459
Eruptions syphilitiques chez deux paralytiques généraux. 460

©BIUM

PAGES
Un cas de stupeur guéri au bout de deux ans et demi. 460
Presbyophrénie et psychose de Korsakoff. 460
Lésions de la zone de Wernicke sans aphasie 460
Influence des lésions cérébrales sur l'orientation des hallucinations. 461
Idées obsédantes de suicide et d'homicide chez une dégénérée. . . 461
Paranoïa et hallucinations. 461
Psychose aiguë à forme maniaque-dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique. 463
Confusion mentale suivie de démence au cours d'une méningite aiguë ayant duré trois mois et dix jours. Prédominance des lésions cérébrales au niveau des ventricules latéraux. 463
Psychose systématisée hallucinatoire chronique sans symptômes démentiels. 464
Un cas de délire maniaque de longue durée chez un toxicomane à intoxications multiples 465
Enfant paralytique général; cécité tabétique chez la mère 466
Vomissement périodique tabétique et vomissement périodique essentiel. 466
Réaction méningée aseptique curative provoquée chez un mélancolique persécuté par l'injection arachnoïdienne du liquide céphalo-rachidien stérilisé de cheval 467
Association du syndrome de débilité mentale et motrice. 467
Excitation maniaque et puérilisme. 468

JOURNAUX ANGLAIS (1907).

(Anal. par le Dr VICTOR PARANT fils.)

Anatomie pathologique et pathologie de l'épilepsie. 121
Sur la formation du caractère. 124
Sur la localisation des fonctions cérébrales. 124
De la folie avec mention spéciale de l'hérédité et du pronostic. . 124
Sur la psychologie des croisades. 125
Le récidivisme considéré au point de vue de l'entourage et de la psychopathologie 125
Notes sur la conduite et le traitement des épileptiques aliénés avec référence spéciale au régime privé de chlorure de sodium (hypochloruration) 125
Démonstration des lésions expérimentales produites par l'action des toxines sur la moelle et les nerfs 126
Amentia et démence. Etude anatomo-clinique. 126
Mesure clinique de la fatigue. 130
Contribution à l'étude de la démence paralytique au Brésil. . . 130
La facilité de l'infection tuberculeuse chez les aliénés, démontrée par l'examen de l'index opsonique tuberculeux. 131
Le soin des enfants dans les asiles de comtés et de bourgs. . . . 132
Le nouvel hôpital à l'asile d'Ayr. 132
Nouvelles recherches bactériologiques et expérimentales sur la pathologie de la paralysie générale et du tabes dorsalis. 133
Aspect social de la folie dans le comté de Dorset et traitement de la folie à ses débuts 134
La psychiatrie, partie de la médecine publique 135
Le traitement en sanatorium de la folie aiguë par le repos au lit en plein air 137
Observations sur le traitement de la paralysie générale et du tabes dorsal par les vaccins et les antisérums. 138

©BIUM

PAGES
Taux de coagulation du sang chez les épileptiques 139
Conséquences de la dégénérescence locale d'après une comparaison des statistiques vitales du peuple 139

JOURNAUX ITALIENS (1905).

(Anal. par le Dr L. LAGRIFFE.)

De la mémoire et de l'imagination sociales 468
L'infanticide, étude anatomique et clinique 475
Des hallucinations et des psychoses hallucinatoires 476
Psammomes de la dure-mère, pseudo-encéphalie et parésie spastique 478
La criminalité et la folie dans leurs rapports avec l'universalité du phénomène économique 478
Les psychoses dans l'armée et l'institution d'asiles de campagne. 479
Tumeur de la fosse postérieure du crâne 480
Sur la genèse biologique du délit 481
De l'attention collective et sociale. 483
Sur les causes des récidives dans l'aliénation mentale 483
Sur l'agitation des aliénés et son traitement par la morphine et la scopolamine 484
Troubles du langage musical chez les hystériques. 484
Nouvelle classification des criminels basée sur la psycho-pathologie. 485
A propos de l'esprit et de ses types. 485
Viol chez une imbécile avec incapacité mentale de résister au séducteur, mais avec capacité juridique à la dénonciation et au témoignage 486
L'othématome dans les maladies mentales. 487

JOURNAUX AMÉRICAINS (1907-1908)

(Anal. par le Dr AMELINE.)

Sur certains troubles cénesthésiques et en particulier les altérations de la cénesthésie cérébrale comme primaire manifestation d'une modification de la personnalité. 487
Le sommeil morbide. Un cas de narcolepsie et une revue récente du sommeil 488
Une enquête sur le subconscient. 488
Sur les névroses par association d'idées 489
Le cas d'amnésie de la ville de Lowel 489
Confession d'un psychasthénique. 489
Un cas de désordre de la personnalité. 489
Strabisme spasmodique et blépharospasme évident chez une hystérique ; théorie pathogénique. 490
Nouvelles recherches sur la résistance électrique et la respiration chez les normaux et les aliénés. 490
Mécanisme d'une forte attaque de Briquet comparé à celui des accès psychasthéniques 491
Sur un cas de somnambulisme spontané 492
Illusions singulières accompagnant des attaques psycholeptiques d'origine hystérique 492

©BIUM

PAGES

III. — Bibliographie.

Contribution à l'étude de la folie quérulante ; par le Dr Max Löwy, de Marienbad (Anal. par le Dr Adam). 141
La toxémie neurasthénique. Les neurasthénies sont des intoxications ; par le Dr Maurice Page. Préface du Dr F. Helme (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 144
Rapport sur le service médical à l'hôpital central pour aliénés de l'Indiana (Anal. par le Dr Cornu). 146
Quarante-neuvième rapport annuel du médecin en chef de l'hôpital d'Etat Matteawan pour 1908 (Anal. par le Dr Cornu). . 148
Annuaire scientifique et industriel. Année 1909 ; par Victor Delfino (Anal. par le Dr Arsimoles). 150
Les oxydases urinaires dans la paralysie générale ; par le Dr de Angelis (Anal. par le Dr Lagriffe). 151
Sur le traitement de l'état de mal épileptique par le bromure de potassium par voie hypodermique ; par le Dr Ugo Viviani (Anal. par le Dr Lagriffe). 151
Contribution à l'étude des troubles mentaux dans les chorées aiguës ; par le Dr Ménereul (Anal. par le Dr Lagriffe). 152
La sensibilité oculaire chez les alcooliques ; par le Dr de Angelis (Anal. par Le Dr Lagriffe). 153
Médecine mentale : quarante années de pratique médicale et administrative ; par le Dr Doutrebente (Anal. par le Dr G. Vernet). 328
La paralysie générale ; par le professeur Joffroy et le Dr Roger Mignot (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 333
L'hôpital d'Etat Dannemora pour aliénés criminels. 9e rapport annuel du médecin en chef, 1908 (Anal. par le Dr Edmond Cornu) 335
51e rapport annuel de la Commission in Luncay pour l'Ecosse (Anal. par le Dr Edmond Cornu) 336
Le tabes, maladie de la sensibilité profonde ; par le professeur Grasset (Anal. par le Dr Paul Guiraud). 493
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de Paris pendant l'année scolaire 1909-1910 ; par le Dr Roger Dupouy. 498
Troubles expérimentaux des processus de différenciation dans le système nerveux central ; par le Dr O. Ranke (Anal. par le Dr Adam). 503

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 153, 337 et 506

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Assemblée générale du 25 avril 1910. 154

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. E. Régis, Chèze, Courbon, Danjean, Dromard. — Nécrologie : A. Giraud, — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — XXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles-Liége 1er au 8 août 1910. Programme des travaux et excursions. — Prix de la Société médico-psychologique (1911 et 1912). 162
Nominations et promotions : MM. Wahl, Vieux-Pernon, Anglade,

©BIUM

PAGES

Pasturel, Dupouy, Chèze, Calmettes, Ducosté, Gelma, Condamine, Clément, Loup, Naudascher, Pezet, Dalmas, Charpenel, Mignard, Lafage, Burle, Cossa, Raviart, Nouet. — Concours d'agrégation. Section des maladies mentales. — Les suicides en France pendant l'année 1907. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. 338

Nominations et promotions : MM. Terrade, Leroy, Truelle, Ducos, Halberstadt, Charpentier, Damaye. Dubourdieu, Homery, Baruk, Mercier, Lagriffe, Gonnet, Madin, Laurès. — Nécrologie : Professeur F. Raymond, Guichet. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*) : Assassinat du Dr Miguel Bombarda par un aliéné. — Chronique de Buenos-Ayres : La cité des fous. — Les aliénés en liberté (*suite*). — L'interdiction de l'absinthe en Suisse. — Faits divers. — XXIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, avril 1911. — Prix de la Société médico-psychologique, 1911 et 1912 507

Table des matières du tome XII de la 9e série 522

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.