

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Annales médico-psychologiques**

*n° 01. - Paris: Masson, 1912.*

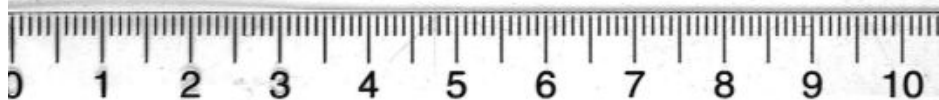
*Cote : 90152, 1912, n° 01*



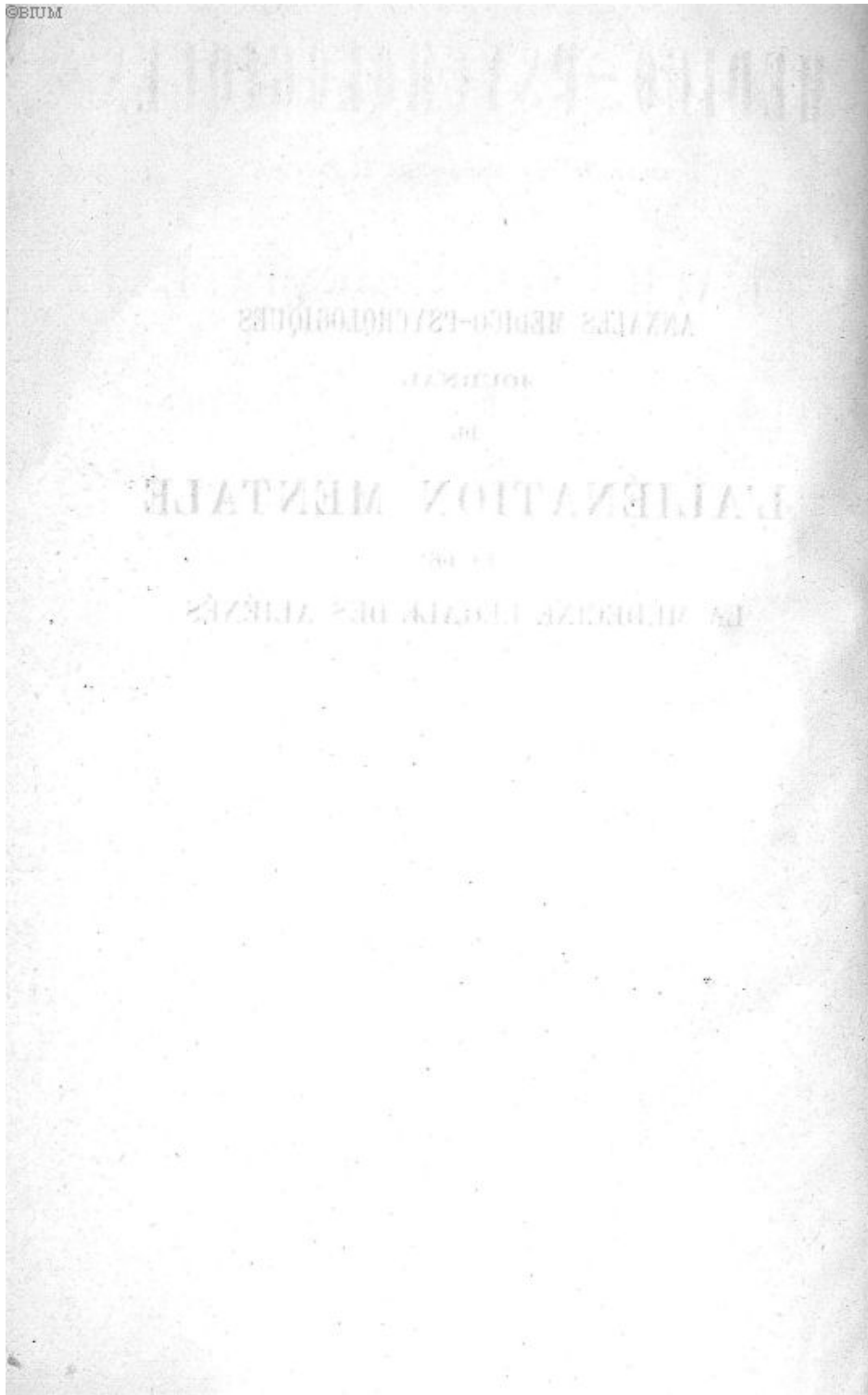
**(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)**

Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1912x01>

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS







# 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

D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

D<sup>r</sup> ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton



DIXIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

SOIXANTE-DIXIÈME ANNÉE

90132

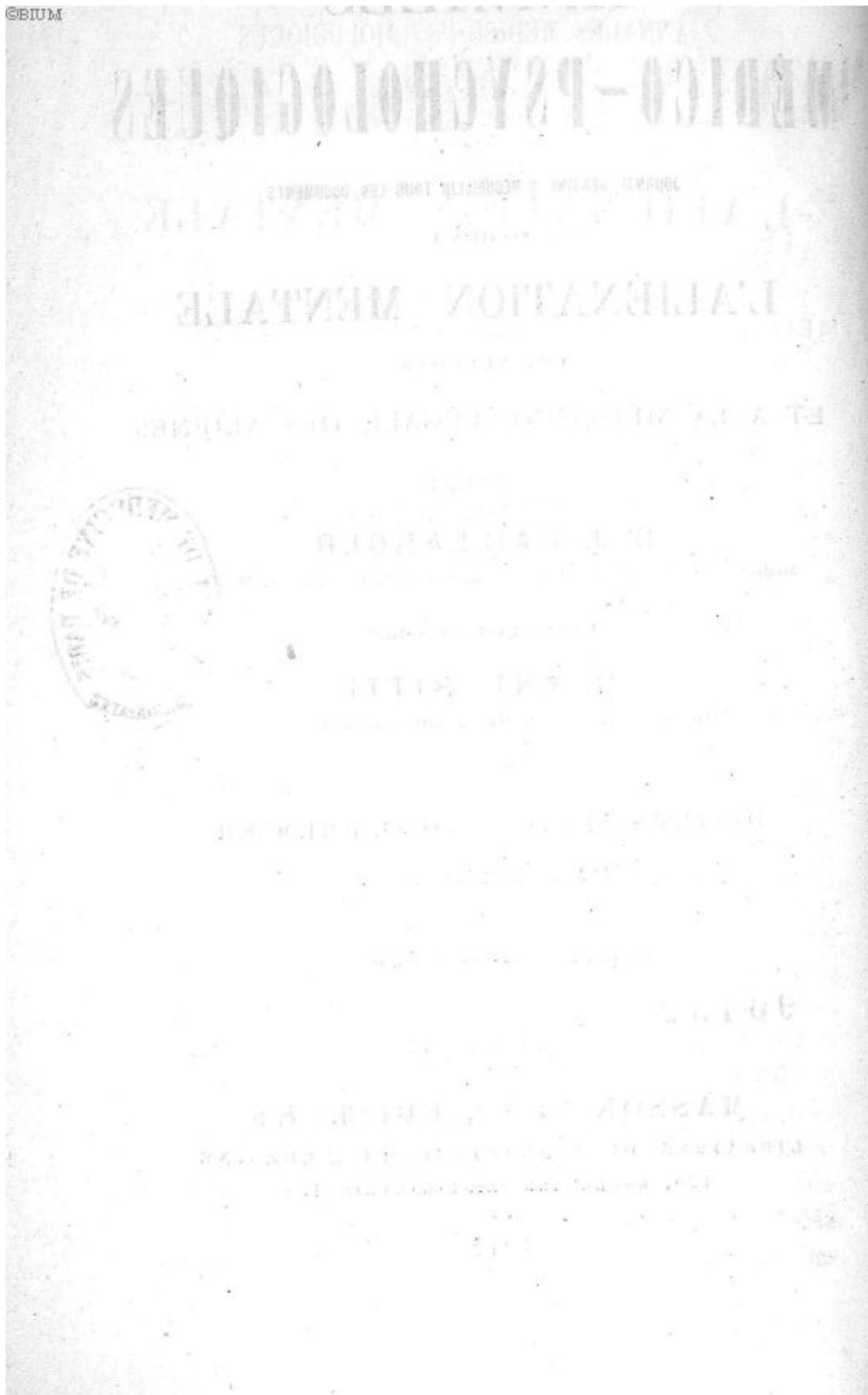
PARIS


MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1912




 ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

## L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

 Chronique
 

---

## A NOS LECTEURS

Avec ce numéro, les *Annales médico-psychologiques* entrent dans la soixante-dixième année de leur existence. Créées par notre vénéré maître Baillarger, en 1843, pen d'années après la promulgation de la loi réformatrice du 30 juin 1838 sur les aliénés, elles ne tardèrent pas à devenir un centre où vinrent converger les travaux des médecins aliénistes disséminés sur notre territoire, en attendant qu'un lien plus intime les réunît par la fondation, en 1852, de la Société médico-psychologique.

Depuis lors, le nombre des asiles d'aliénés et, par suite, des médecins aliénistes, s'est sensiblement accru ; les maladies mentales ont enfin trouvé place dans l'enseignement des Facultés de médecine qui semblent les avoir ignorées pendant la plus grande partie du XIX<sup>e</sup> siècle ; la magistrature, qui s'est montrée si longtemps réfractaire aux résultats de nos recherches, a fini par en comprendre le bien-fondé et l'importance sociale ;



aussi a-t-elle de plus en plus recours au savoir de l'expertise médicale. Toutes ces causes — d'autres encore, qu'il serait oiseux d'énumérer — ont provoqué une émulation salubre. On voit un nombre de plus en plus grand de travailleurs s'intéresser aux recherches médico-psychologiques, s'appliquer à pénétrer toujours plus avant dans ces matières difficiles et délicates, et produire de savants mémoires, tous dignes d'être publiés.

La confiance marquée aux *Annales* par beaucoup de ces travailleurs, et dont elles sont fières, leur impose le devoir de donner à leur publication un plus grand développement. A partir de ce numéro, elles deviennent mensuelles, répondant ainsi à un désir qui leur a été exprimé par la plupart de leurs lecteurs et surtout par les membres français et étrangers de la Société médico-psychologique. En paraissant du 20 au 25 du mois, notre recueil pourra, en effet, contenir le compte rendu de la séance précédente de cette Société.

Les *Annales* sont toujours restées fidèles au programme tracé par leur fondateur; en changeant notre mode de publication, nous ne saurions mieux faire que de le continuer. Ce programme embrasse toutes les branches de la médecine mentale; rien de ce qui concerne l'aliéné ne lui est étranger.

Comme de raison, la plus large place sera faite à la pathologie mentale. De nouveaux problèmes se sont posés dans ces dernières années, qui ont soulevé des discussions auxquelles nous avons pris part; d'autres se poseront encore, que nous discuterons, comme par

le passé, en nous appuyant sur la stricte observation clinique, cette méthode supérieure, unique, excellente pierre de touche des généralisations hâtives et prématurées.

La thérapeutique des maladies mentales a fait de sérieux progrès depuis un demi-siècle ; ainsi la pathogénie mieux connue de certains états morbides a permis de les soumettre à un traitement plus rationnel. Mais que d'inconnues encore à dégager pour ajouter de nouveaux progrès à ceux déjà acquis dans cette partie si difficile de notre spécialité et qui, pour cela même, doit être l'objet constant de nos efforts ! C'est pourquoi les *Annales* ont toujours accueilli, et accueilleront toujours, avec une faveur particulière, les travaux consacrés au traitement physique et moral des aliénés.

Les questions médico-légales devront plus que jamais attirer notre attention ; elles ne sont, en effet, que de la clinique appliquée à des cas spéciaux. Dans ce domaine aussi on voit naître des problèmes nouveaux ; ou plutôt les problèmes, tels qu'ils se posaient autrefois, se modifient, se transforment insensiblement. On en peut citer pour exemple celui de la responsabilité des aliénés. Tous les lecteurs des *Annales* connaissent les débats soulevés par la question de la responsabilité partielle. La lutte entre partisans et adversaires de ce genre de responsabilité continue d'être aussi vive ; elle cessera peut-être lorsqu'à cette conception métaphysique de la responsabilité, soit totale, soit morcelée ou atténuée, on substituera tout simplement, en médecine légale,



le critérium positif de la maladie mentale, étudiée dans sa genèse et dans les différentes phases de son développement.

Quoi qu'il en soit, les *Annales* où toutes ces questions si complexes ont été soulevées et maintes fois soumises à la discussion, ne sauraient s'en désintéresser ; des occasions nombreuses se présenteront sans doute, qui nous permettront de les soulever à nouveau et de les discuter.

La revision de la loi de 1838 sur les aliénés est toujours à l'ordre du jour. Comme l'a si bien dit notre excellent maître et ami Jules Falret, « cette loi, qui a été un grand progrès dans le régime des aliénés en France, présente sans doute quelques lacunes et quelques imperfections, mais il faut laisser à l'expérience et au temps le soin de les combler. » Nous croyons que l'expérience a parlé et que le temps est venu de combler les lacunes de cette loi, d'en corriger les imperfections. Mais est-il nécessaire, sous prétexte de progrès, de modifier de fond en comble une législation qui a fait ses preuves, pour lui en substituer une nouvelle qui irait à l'encontre du but poursuivi, l'assistance et le traitement des aliénés ? C'est dans cet esprit que seront discutés ici, comme par le passé, tous les projets de revision qui seront soumis aux législateurs.

Quant à l'organisation des asiles d'aliénés, nous la voulons surtout médicale. « Dans un asile d'aliénés, a dit très justement Falret père, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et celles d'un médecin, je ne

trouve que celles d'un médecin. » Et cela est tellement vrai qu'en France, seul pays peut-être où existe la séparation des deux pouvoirs, il est peu d'asiles où le directeur administratif ne cherche à empiéter constamment sur les fonctions médicales, au point même parfois d'exercer illégalement la médecine mentale. On en pourrait citer des exemples excessivement curieux.

C'est donc l'autonomie médicale la plus complète qui doit être la base de l'organisation des asiles d'aliénés. En partant de ce principe de l'autonomie médicale et en l'appliquant aussi libéralement que possible aux fonctions des médecins-adjoints, on arriverait, nous n'en doutons point, à diminuer les frottements qui existent dans le mécanisme si délicat du fonctionnement de nos asiles d'aliénés.

On le voit, notre programme est vaste : avec l'aide de nos anciens et distingués collaborateurs, au dévouement desquels nous rendons ici un hommage mérité, et aussi grâce à des collaborations nouvelles qui ne peuvent manquer de nous arriver, nous espérons le remplir intégralement. Tous, nous n'avons d'autre ambition que le progrès de la science et l'amélioration du sort des aliénés. Pour atteindre ce double but, il nous suffira de suivre l'exemple de nos aînés qui, depuis trois quarts de siècle, ont tant contribué à enrichir notre spécialité et à transformer nos asiles d'aliénés en hospices de traitement. Science et Humanité, telle était leur devise ; telle est aussi et continuera d'être la nôtre.

ANT. RITTI.



## Pathologie.

# LE VAGABONDAGE CONSTITUTIONNEL

ou

## DES DÉGÉNÉRÉS

Par le professeur MAIRET

*Suite et fin (1).*

### CHAPITRE IV

#### **Vagabondage constitutionnel par obsession et impulsion.**

Chez les vagabonds qui ont retenu notre attention jusqu'ici, le vagabondage était directement fonction d'anomalies de développement que nous avons mises en relief et dont nous avons indiqué le mécanisme dans sa réalisation. Sous l'influence de ces anomalies, nous avons vu le vagabondage, ou bien être continu, ainsi chez le vagabond d'habitude ou Juif errant et chez l'inverti moral, ou bien se traduire sous forme de fugues de plus ou moins longue durée, comme chez les instables et les déséquilibrés.

Les vagabonds par obsession et impulsion qu'il nous reste à étudier sont, eux aussi, des anormalement déve-

(1) Voir les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre 1911.

loppés, mais, chez eux, le vagabondage n'est plus fonction directe de leurs anomalies de développement ; c'est un épiphénomène, un syndrome épisodique, suivant l'expression de Magnan, qui marque, d'après le médecin de Sainte-Anne, le plus haut terme de la dégénérescence, de la déséquilibration. Or, ce syndrome, comme tous les syndromes épisodiques, n'est pas continu, il revient à des intervalles plus ou moins éloignés, séparés par des périodes parfois très longues pendant lesquelles l'individu n'a aucune tendance à vagabonder, de sorte que, dans ces cas, le vagabondage n'est jamais un vagabondage continu mais toujours un vagabondage d'occasion, se traduisant sous forme de fugues.

OBSESSION. — Les observations d'obsession à la fugue que je possède, se divisent en deux groupes, suivant que l'appétence, qui est au fond de toute obsession, est d'ordre purement psychique ou d'ordre psychomoteur.

*Obsessions psychiques.* — Pour se traduire sous forme de vagabondage, l'obsession à la fugue, la dromomanie de Régis, ne diffère pas dans son fond des autres obsessions. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire les observations publiées dans la science sous ce titre et, en particulier, la suivante que j'emprunte à Joffroy et Dupouy (1) et dans laquelle on trouve un récit fait par l'obsédé lui-même de son état d'âme durant sa crise obsédante.

OBS. IX. — Louis B..., professeur de mathématiques, âgé de quarante-trois ans, entre le 24 octobre 1907 à l'asile clinique.

... L'idée de fugue s'introduit insidieusement dans son esprit, le pousse à élaborer des projets, et le force

---

(1) Joffroy et Dupouy. *Fugues et vagabondage*. Paris, 1909, obs. VIII, p. 140.



à accomplir des préparatifs qui sont comme des moyens de défense contre l'idée obsédante.

Dans le même temps, en effet, que naît l'idée de départ, naît l'idée de son impossibilité et la lutte s'engage entre elles deux. Jamais Louis n'est parti sans une lutte plus ou moins longue.

Toute la journée, il pense à son départ. En corrigeant un devoir, il se dit : « Oh ! ce n'est pas moi qui corrigerai le prochain, car je serai loin dans quelques jours. » Il essaie de résister à cette idée qui s'impose de plus en plus à lui, même la nuit, le réveillant dans son sommeil.

Pour gagner du temps et tromper son désir, il va déposer des bagages à la consigne ; ce simulacre donne parfois satisfaction à son idée parasite, et sa fermentation obsédante se calme ; alors il retire ses bagages, sans que personne se doute de ce qui a pu se passer en lui. Malheureusement, d'autres fois, ce subterfuge ne réussit pas, l'obsession persiste toujours et, après une lutte sans merci de huit à dix jours, durant laquelle il sent comme un dédoublement de son moi, une volonté parasite lui disant : il faut que tu t'en ailles, il cède et part. Alors, il retrouve sa tranquillité et n'est plus tiraillé par les deux forces antagonistes d'attraction et de répulsion qui luttent l'une contre l'autre. D'ailleurs, comme la plupart de ses congénères, il sait s'analyser et décrit très bien son état d'âme, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par ce qui suit :

« Etant dans un état tranquille, il arrive qu'un jour, sans motif apparent, je sens tout à coup une volonté extérieure qui vient troubler mes pensées. Je me rends compte de ce qui se passe et je résiste ; mais bientôt cette volonté devient plus persistante, me harcèle, ne me lâche plus. J'éprouve comme un dédoublement de mon cerveau, j'ai la sensation qu'il sert à deux personnes : moi qui ai toujours conscience de ma personnalité et qui veux résister, et une autre qui veut m'imposer sa volonté. Je lutte plus ou moins longtemps ; quelquefois, j'arrive à chasser la mauvaise influence qui me harcèle, mais alors je sors de cette lutte brisé et je tombe dans une période d'abattement ; le plus souvent, épuisé par cette lutte de jour et de nuit, énervante au

possible, la tête en feu, je finis par céder pour avoir la paix et je pars. J'erre sans but précis pendant plus ou moins longtemps, me demandant dans chaque lieu ce que je suis venu y faire et poussé toujours à aller plus loin ; chaque jour la même lutte recommence, il faut aller plus loin, toujours plus loin, et c'est ainsi jusqu'à ce que la crise s'apaise ou qu'un obstacle quelconque m'oblige à m'arrêter. Ce qu'il y a de plus extraordinaire, c'est que pendant tout ce temps je garde parfaitement conscience de ce que je fais, des lieux où je passe ; les sentiments moraux ne sont pas atteints, je me rends parfaitement compte du chagrin que mon départ cause à ma famille, de l'absurdité de perdre ainsi une situation que j'ai eu souvent tant de mal à me créer ; j'en éprouve moi-même un grand chagrin, mais n'importe ! il faut que j'aille, je ne suis plus maître de ma volonté, c'est l'autre qui commande.

« La crise cesse brusquement ; un beau jour, je ne sens plus l'influence de cette volonté étrangère ; l'excitation nerveuse disparaît, la détente s'opère.

« Dans la ville où je me suis trouvé échoué, je tombe dans un grand état d'abattement avec crises de larmes, désespoir d'être parti, etc... Je me rends compte que je suis incapable de me diriger sainement dehors, je me vois perdu ! le découragement s'empare de moi, les idées de suicide me gagnent... J'écris alors chez moi pour donner de mes nouvelles et l'on vient me chercher, ou bien je rentre de moi-même tout confus. Le calme revient au bout de quelques jours et tout va bien pendant plus ou moins longtemps... jusqu'à ce que cela recommence. »

Voilà bien l'obsession telle que la définissent Pitres et Régis : « Un syndrome morbide, caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience de sentiments ou de pensées parasites qui tendent à s'imposer au moi, évoluant à côté de lui, malgré ses efforts pour le repousser, et créant ainsi une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement de la personnalité. »



Seulement, elle prend, dans les cas que nous envisageons, une forme particulière, la forme de fugue, comme dans d'autres cas elle prend celle de phobie, d'obsession à l'homicide, au suicide, etc... Mais, peu importe la forme revêtue par elle, le fond est le même, et la fugue ne fait ici que donner satisfaction à un besoin, comme d'autres actes donnent satisfaction aux obsessions d'autres formes.

Par suite, les éléments constitutifs de l'obsession en général étant aujourd'hui bien connus, il semble que je devrais borner mon étude actuelle à la seule particularité différenciant l'obsession à la fugue des autres obsessions, c'est-à-dire à la fugue. Cependant, il me paraît bon d'étudier la crise obsédante dans son évolution.

*Crise obsédante.* — C'est en pleine tranquillité d'esprit, nous dit Louis B..., que l'obsession apparaît chez lui, et cela sans motif apparent. Assez souvent cependant ce motif existe, mais il est de si minime importance qu'il ne peut être considéré que comme une simple cause provocatrice, comme une chiquenaude, faisant déclancher l'état pathologique. Chez Auguste L..., par exemple, un dromomane dont Dubourdieu (1) rapporte l'observation, l'obsession est volontiers actionnée par quelque contrariété, telle qu'un refus de congé. Chez un fugueur de Géhin (2), elle est provoquée par une injure que lui adresse un de ses locataires.

Cette obsession se traduit immédiatement, suivant l'expression de Louis B..., sous forme d'une volonté, c'est-à-dire sous forme d'une idée-sentiment constituant un véritable besoin, demandant, comme tout besoin, satisfaction, et actionnant pour cela directement

---

(1) Dubourdieu. Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire. Thèse de Bordeaux, obs. XII, p. 66.

(2) Géhin. Thèse de Bordeaux, 1892, n° 28, obs. XVIII, p. 68 et suiv.

la volonté, d'où un vouloir naissant en dehors du moi et paraissant étranger à celui-ci.

Ce besoin est plus ou moins tyrannique et, par conséquent, fait naître un besoin plus ou moins tyrannique, lui aussi. Exemples :

Jules L... a quelques ennuis : il a dû liquider son magasin et il se prépare à un examen de receveur buraliste. Cet ennui et cette préparation le fatiguent, et il se plaint que ses « obsessions reviennent ». Il raconte que souvent, quand il est occupé, le souvenir de ce qu'il a fait dans ses fugues s'impose à son esprit, et, pour le chasser, il est obligé de se lever, de sortir, de causer avec l'un et avec l'autre, grâce à quoi il peut se distraire de son idée. D'autres fois, l'obsession est plus pressante, plus difficile à écarter ; il a toujours « ses voyages devant les yeux » ; il chasse l'idée de départ, mais elle revient avec persistance, et il sait que, d'un moment à l'autre, il est capable de s'en aller ; cependant, il peut encore se retenir. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi ; parfois, l'obsession devient plus forte que la volonté qu'il lui oppose et il part.

Mais peu importe l'intensité de l'obsession, c'est en pleine conscience qu'elle se produit et évolue. Cependant, elle s'accompagne de quelques troubles, qu'il faut connaître et que mettent bien en relief certaines observations. Ils consistent plus particulièrement en maux de tête, inquiétude, anxiété, insomnie, rêves spéciaux.

Quand l'idée le prend, Auguste L... devient sombre, ne parle à personne ; deux ou trois jours avant de partir, il a de l'insomnie, de l'agitation nerveuse, un besoin incessant de mouvement qui le force à se lever. Il lui arrive souvent, à ce moment-là, de rêver de l'endroit où il veut aller, de s'y voir, etc. ; mais il a déjà l'idée, le désir et, par conséquent, le rêve est consécutif à l'idée de partir et ne la provoque pas. En même



temps, L... souffre d'une céphalée localisée au sommet de la tête, comme si on lui arrachait ou lui tirait les cheveux.

De son côté, Julien L..., lorsque son obsession devient pressante, est inquiet, anxieux, agité, il dort mal et, quand il s'endort, il rêve à ses voyages ; il a l'air étonné, l'œil hagard, et il accuse des « serrements de tête très violents ». A ces manifestations, s'ajoutent chez lui un tremblement très marqué des mains et de la langue, une dilatation de l'estomac et de la constipation.

Toutefois, malgré ces différents troubles, l'obsédé conserve la conscience de son état et, par suite, se sentant poussé vers un acte qu'il déplore, il lutte contre l'attraction qui l'entraîne. Nous avons vu, pour atteindre ce but, Julien L... se lever, sortir, causer avec l'un et avec l'autre. Dans d'autres cas, la lutte reste plus intérieure, mais elle n'en est pas moins vive. D'autres fois, l'obsédé cherche à calmer, à tromper cette angoisse par certaines pratiques ; c'est le cas de Louis B... qui, *pour gagner du temps* et satisfaire l'idée parasite qui le presse, fait des préparatifs de départ, dépose des bagages à la consigne. Parfois, ce simulacre de départ suffit pour la calmer, mais trop souvent il n'en est rien.

Et ainsi toujours une lutte s'établit dans l'esprit de l'obsédé entre cette volonté « parasite » qui l'entraîne et son « moi qui a toujours conscience de sa personnalité et qui veut résister ». Cette lutte, Louis B... nous en dit la vivacité possible et l'aléatoire succès : « Je lutte plus ou moins longtemps ; quelquefois, j'arrive à chasser la mauvaise influence qui me harcèle, mais alors je sors de cette lutte brisé et je tombe dans une période d'abattement ; le plus souvent, épuisé par cette lutte de jour et de nuit, énervante au possible, la tête en feu, je finis par céder pour avoir la paix, et je pars.¶ » C'est qu'en effet, l'obsession est de tous les instants, et si

elle présente quelques moments de rémission, c'est pour reprendre de plus belle, souvent même, comme le dit B..., de jour et de nuit. Victorieux, l'obsession disparaît et l'obsédé retrouve le calme ; vaincu, suivons-le dans sa fugue.

*Fugue.* — « J'erre sans but précis, dit B..., pendant plus ou moins longtemps, me demandant dans chaque lieu ce que je suis venu y faire et poussé toujours à aller plus loin ; chaque jour la même lutte recommence, il faut aller plus loin, toujours plus loin, et c'est ainsi jusqu'à ce que la crise s'apaise ou qu'un obstacle quelconque m'oblige à m'arrêter. » La déambulation amène généralement une détente. Une fois parti, Julien L... éprouve « une satisfaction indéfinissable à se trouver libre sur une route ; il ne souffre plus de la tête, il se sent heureux de vivre ».

Le plus souvent, c'est à pied que l'obsédé accomplit sa fugue ; cependant, parfois, il ne dédaigne pas de prendre le chemin de fer.

Pendant, comme avant sa fugue, l'individu reste conscient. « Ce qu'il y a de plus curieux, dit B..., c'est que pendant tout ce temps (sa fugue) je garde parfaitement conscience de ce que je fais, des lieux où je passe ; les sentiments moraux ne sont pas atteints, je me rends parfaitement compte du chagrin que mon départ cause à ma famille, de l'absurdité de perdre ainsi une situation que j'ai eu souvent tant de mal à me créer ; j'en éprouve moi-même un grand chagrin, mais n'importe ! il faut que j'aille, je ne suis plus le maître de ma volonté, c'est l'autre qui commande. »

L..., de son côté, affirme conserver toute sa lucidité intellectuelle ; il garde un souvenir très exact des pays qu'il a parcourus, des relations qu'il a eues avec les personnes qu'il a rencontrées, des conversations qu'il leur a tenues.



En présence de semblables affirmations, il est difficile, ce me semble, de mettre en doute la lucidité de la conscience pendant la fugue. Cette lucidité serait, somme toute, aussi complète chez l'obsédé que chez l'homme normal. Cependant, si la fugue de l'obsédé est, sans contredit, une fugue consciente, certaines particularités révèlent l'existence d'un état d'âme qui amène à se demander si, malgré ces apparences, l'éclat de la conscience n'est pas un peu terni.

L..., par exemple, durant ses escapades, ne pense à rien ; il ne songe nullement à la peine qu'il cause à ses parents, ni au préjudice que lui cause à lui-même l'abandon de ses affaires ; il est indifférent à tout ce qui touche aux nécessités matérielles de la vie ; il se nourrit de pain et de fruits ; il couche n'importe où ; il ne prend aucun souci de la propreté de ses vêtements ; il s'inquiète fort peu de la beauté des paysages qu'il traverse.

Il y a là une anesthésie psychique qui va mal avec une conscience brillante de tout son éclat, mais il n'en est pas moins vrai que celui-ci est encore vif et laisse au fugueur la conscience de ce qu'il fait. Aussi, il ne se livre à aucun acte délictueux.

Le fugueur va le plus souvent devant lui sans but fixe, rarement avec un but déterminé. Tant que dure sa crise obsédante, il ne sent pas la fatigue. Cette durée est plus ou moins longue ; elle s'étend de quelques heures à plusieurs jours.

La cessation de la crise est généralement brusque et l'individu reprend plus ou moins rapidement son équilibre. Je rappelle ce que dit à ce sujet B... : « La crise cesse brusquement ; un beau jour, je ne sens plus l'influence de cette volonté étrangère ; l'excitation nerveuse disparaît ; la détente s'opère.

« Dans la ville où je me suis trouvé échoué, je tombe

dans un grand état d'abattement avec crises de larmes, désespoir d'être parti, etc. »

Mais bientôt tout disparaît et l'obsédé revient complètement à son état normal. Cette intermission dure plus ou moins longtemps, elle peut s'étendre sur des semaines, des mois, des années même, puis une nouvelle crise apparaît et ainsi de suite.

Le fugueur nous étant connu dans son obsession, demandons-nous ce qu'il est dans sa constitution psychique.

Comme le vagabond d'habitude, il est un héréditaire et un prédisposé.

*Un héréditaire.* On peut même rencontrer chez lui une hérédité similaire. Ainsi l'oncle maternel d'Auguste L..., qui était un peu imbécile, se mit à faire des fugues à la suite de la mort de son père ; l'idée le prenait tout d'un coup et il partait pieds nus ; une fois, il est resté vingt ou vingt-cinq jours à courir.

*Un prédisposé.* Toutes les observations le prouvent. Certaines d'entre elles nous montrent les stigmates de la prédisposition être relativement peu marqués, tandis que d'autres nous les montrent constituant un déséquilibre porté à son summum ; ainsi celle de Louis B..., dont Joffroy et Dupont traduisent comme suit, la manière d'être psychique : « C'est un obsédé constitutionnel présentant toutes les déficiences mentales que l'on a coutume de ranger sous l'étiquette de la psychasthénie, c'est un déséquilibré instable, un aboulique douteux, un hyperémotif anxieux, un déprimé hypochondriaque, en proie à des obsessions multiples (onomatomanie, arithmomane, oniomane, kleptomanie, dipsomanie, obsession de contact et de mouvements, etc.), ainsi qu'à des phobies (crainte angoissante du papier glacé sur la peau, du linge sec sur la langue, pyropho-



bie ; peur superstitieuse de certains objets usuels, comme un porte-crayon ou un porte-plume), etc. » Dès son enfance, Louis B... rêvait de voyage. Son père lui ayant fait un jour une réprimande, il se retire dans sa chambre et lui écrit qu'il ne veut plus rester à la maison, qu'il veut s'en aller ; preuve, disent MM. Joffroy et Dupouy, que l'idée de voyage, de déplacement, était déjà en germe dans son cerveau d'enfant.

Sur ce fond de prédisposition, la première obsession à la fugue apparaît plus ou moins tôt, mais toujours pendant la phase évolutive de la vie ; à dix ans chez Julien L..., à quinze ans et demi chez Auguste L..., sans qu'on puisse déterminer le pourquoi de son apparition.

*Obsession psycho-motrice.* — Le besoin qui entraîne les fugeurs que nous venons d'étudier est un besoin purement psychique, auquel ne se mêle aucune appétence musculaire. C'est si vrai que, lorsqu'ils le peuvent, ils emploient volontiers d'autres moyens que la marche pour le calmer. Chez d'autres, au contraire, il existe un véritable besoin musculaire, ou tout au moins psycho-moteur, réclamant la marche pour se satisfaire et revenant, comme dans l'obsession psychique, d'une manière intermittente.

Ce besoin est plus ou moins pressant et peut aller de la simple appétence à l'irrésistibilité. Exemples :

Charles M..., âgé de quarante et un ans, a, depuis l'âge de huit ans, nous disent Joffroy et Dupouy, un amour passionné pour la marche ; « il marchait et marche encore, pendant des heures entières, dans Paris, pour le plaisir de marcher ».

Albert D... est pris à certains moments d'un besoin de marcher qu'il rêve de satisfaire. Comme il serait heureux, dit-il, de marcher sur une grande route ! avec

quel plaisir il ferait 70 kilomètres, car la marche ne le fatigue pas ! Cependant il ne part pas et se contente de calmer son besoin en se promenant dans les couloirs de l'hôpital où il se trouve (1).

Mais, chez d'autres, ce besoin devient irrésistible et l'individu part... ; ainsi dans l'observation suivante que j'emprunte à Raymond (2).

OBS. X. — X... éprouve un besoin impérieux de faire presque chaque jour à pied environ 50 kilomètres. Lorsque ce besoin la prend, elle est saisie d'une véritable angoisse qui ne commence à se calmer que lorsqu'elle arrive au quarantième ou quarante et unième kilomètre ; les jambes, dit-elle, la poussent à marcher, et si elle ne marche pas, suivant son expression, cela lui monte à la tête.

Ces fugues sont d'ailleurs parfaitement conscientes ; quand elle se lève le matin, elle se sent embrouillée avec la crainte de commettre une mauvaise action ou de devenir folle, et, pour échapper à cette phobie, elle part et fait ainsi parfois jusqu'à 60 kilomètres. Comme elle habitait la campagne, elle se faisait quelquefois accompagner par une voiture qui, du reste, la suivait difficilement car elle courait presque continuellement. Pendant cette course effrénée, elle ne mangeait pas mais prenait 5 ou 6 litres de liquide. Le soir, se trouvant très soulagée, elle était calme, mangeait, mais ne se couchait pas, et souvent recommençait le lendemain. Elle est restée une huitaine de jours dans le service ; un jour elle est partie brusquement, ne pouvant résister à ce besoin.

Nous trouvons chez X... tous les caractères de l'obsession : la conservation de la conscience, l'angoisse, la lutte, etc. ; cette femme est sans conteste une obsédée,

---

(1) Tissier. Les aliénés voyageurs. *Th.*, Bordeaux, 1887, n° 29, obs. IX.

(2) Raymond. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1905, t. LXXVI, p. 650.



non plus par besoin psychique comme les individus que nous avons étudiés jusqu'ici, mais une obsédée par besoin musculaire demandant impérieusement satisfaction.

Ce genre d'obsession mériterait d'être étudié au même titre que le précédent. Malheureusement, je manque d'éléments suffisants pour le faire, de sorte qu'il y a là un chapitre à compléter dans l'avenir. Cependant, si je m'en rapporte aux deux observations d'Albert D... et de X..., je vois :

1° L'obsession motrice s'accompagne de troubles, tels que maux de tête, embronillement intellectuel, peur ;

2° La conscience être intacte pendant la fugue ; l'individu est seulement concentré en lui-même et n'a qu'un désir, marcher, toujours marcher, et cela sans but déterminé, simplement pour satisfaire le besoin qui l'agite et le calmer, ce qui a lieu au bout d'un temps plus ou moins long ;

3° La marche ne pas fatiguer le fugeur qui, après 60 kilomètres et plus, rentre chez lui dispos, et trouve, au contraire, satisfaction dans ces longues étapes qui calment son besoin ;

4° L'hérédité domine l'étiologie de ce genre d'obsession, comme elle domine celle des obsessions psychiques. C'est un point sur lequel insiste Raymond à propos de sa malade, qu'il nous montre avoir une hérédité aussi chargée que possible et avoir contracté à dix-sept ans une fièvre typhoïde qui lui laissa des maux de tête et la rendit complètement aboulique. Le père d'Albert D... était, de son côté, un hypocondriaque qui mourut dans la démence et le gâtisme.

A côté des fugeurs par obsession psychique, il existe donc des fugeurs par obsession psycho-motrice. Ces deux groupes de fugeurs veulent, par suite, être

distingués l'un de l'autre, mais il ne faut pas croire qu'il y ait entre eux une cloison étanche. Un même fugueur peut avoir en même temps le besoin de marcher et l'idée d'aller dans tel endroit plutôt que dans tel autre. C'est le cas d'Albert D..., qui a pour objectif Amsterdam et dont le système musculaire est dans l'état d'érethisme propre aux fugueurs psycho-moteurs, ainsi que le prouve le récit qu'il fait de son voyage.

Ayant déserté avec un de ses amis, ils arrivent à Vervins ; là, ils se décident à aller à Amsterdam, en plein hiver : « Nous manquions de pain, de chaussures et de vêtements ; aussi mon ami était-il bien fatigué ; quant à moi, *éprouvant le besoin de marcher, je laissais mon ami se traîner sur le chemin et je passais devant, faisant 4 ou 5 kilomètres pour revenir sur mes pas le rejoindre*. Nous arrivâmes enfin à Maëstricht. Mon ami ne pouvant aller plus loin entra à l'hôpital ; hélas ! quand je vins pour le voir, le lendemain, j'appris que le pauvre garçon était mort de fatigue. »

IMPULSION. — Nous venons de voir le besoin psychique et psycho-moteur devenir irrésistible et aboutir en fin de compte à l'impulsion.

Dans les cas de cet ordre, l'impulsion est consécutive ; d'autres fois, elle est primitive et consiste en une véritable poussée entraînant l'individu à s'en aller.

Charles M... est pris d'une impulsion subite à marcher ; il faut qu'il s'en aille, qu'il marche, et, Joffroy et Dupouy, qui rapportent son histoire, ajoutent : « L'idée ne vient pas le harceler comme le ferait une idée obsédante, elle ne le poursuit pas, ne provoque pas la lutte angoissante classique, ni la satisfaction triomphale consécutive à l'accomplissement de l'acte. La fugue est le résultat d'une impulsion irrésistible, ayant un substratum idéatif et émotionnel réduit au minimum. »



V..., nous dit Falret, quitte brusquement l'atelier où il travaille et va se promener sans but dans Paris ou dans les environs... Un jour, il est parti tout à coup de son atelier pour faire à pied le voyage d'Amiens; il est resté deux jours sans rentrer chez lui et sans manger.

« C'est plus fort que moi, dit à Raymond un jeune enfant, cela me pousse à marcher..., comme si une personne me poussait ».

Bien que leur nombre soit limité, je pourrais cependant rapporter encore plusieurs observations, empruntées à la littérature médicale, mettant en relief, avec non moins de netteté que les précédentes, l'impulsivité, la poussée à la fugue dégagée de toute obsession qui constitue avec la conservation de la conscience les deux grands caractères des fugues que nous étudions en ce moment.

A en croire certaines observations, l'impulsion à la fugue pourrait se produire brusquement, sans troubles prémonitoires, au milieu d'un ciel serein.

Le plus souvent, cependant, la fugue est précédée ou accompagnée de sensations psychiques particulières. Le petit fugueur de Raymond, dont je parlais tout à l'heure, se plaint que « cela lui parle dans la tête » et alors lui vient l'envie de s'en aller.

Chez Charles M..., les fugues sont précédées de maux de tête durant deux ou trois jours, « de sensations pareilles à des craquements ou, d'autres fois, comme si la nuque était prise dans un étau ».

L..., Henri, semble avoir parfois des fils de fer dans la tête et y sentir comme un roulement. Quand survient cette sensation, il ne peut rester où il se trouve et est forcé de s'en aller. (*Thèse Frenkel.*)

Précédée ou non de troubles prémonitoires, l'impulsion prend d'emblée une intensité telle que souvent l'individu s'y abandonne sans lutte. Parfois cependant,

une lutte s'établit. Mais il est tôt vaincu, « il faut qu'elle s'en aille, qu'il marche », nous dit Charles M... Et voilà le fugueur parti. Rien dans sa déambulation ne révèle, semble-t-il, un état pathologique. A en croire Charles M..., elle est placide et, cependant, tant que dure l'impulsion, le fugueur se sent toujours poussé à aller en avant, une force très grande l'empêche de revenir. Et ainsi, il va sans but déterminé, déambulant dans la ville, dans la banlieue ou plus loin, se rendant par exemple de Paris à Moulthéry, de Paris à Amiens.

A l'inverse de ce qui se passe chez le fugueur par besoin de marcher, la marche ne procure pas de satisfaction au fugueur impulsif; elle est machinale. Charles M... « est parti un après-midi, vers trois heures, sans aucun motif, abandonnant l'étude où il travaillait; il est allé se promener sur les grands boulevards, l'avenue de l'Opéra. C'était une impulsion subite; *il n'en a éprouvé aucun plaisir et faisait la chose machinalement* ».

L'impulsion dure plus ou moins longtemps : quelques heures, Charles M..., parti à trois heures de l'après-midi, rentrait chez lui à sept heures et demie ou huit heures; deux ou trois jours, ainsi le fugueur de Raymond; on trouve même indiquées des fugues s'étendant à cinq et six jours.

Lorsque les fugues sont de courte durée, le fugueur ne prend aucune alimentation et rentre chez lui exténué de fatigue. V... est resté deux jours hors de sa maison sans manger. Quand elles se prolongent, le fugueur se nourrit, et cela comme il peut; D..., arrache des navets dans les champs, M... se fait donner du pain et des gâteaux par les fournisseurs de sa famille.

Comment se termine l'impulsion? Les observations manquent de renseignements à ce sujet. Charles M... rentre chez lui, ne dîne pas, se couche et le lendemain reprend son travail.



Pendant la durée de l'impulsion, la conscience est conservée, la preuve en est dans la manière dont se comporte le fugueur pour se nourrir. Aussi, suivant l'expression de V..., « il ne se perd jamais », et, suivant celle de M..., il ne se livre pas à des actes extravagants. La conscience est-elle cependant complètement intacte? Il est bien probable qu'il y a un certain degré d'obnubilation; mais ce degré, s'il existe réellement, n'est pas suffisant, nous venons de le voir, pour ne pas permettre au fugueur de se rendre compte de son état et, par suite, de ses actes.

Cependant, cette obnubilation peut parfois s'affirmer avec une grande netteté et revêtir une réelle intensité; l'individu, son impulsion terminée, ne se souvient que d'une manière confuse. Tel est le cas de Charles M... Je cite le récit fait par le malade lui-même, de son état de conscience pendant ses fugues.

« Sans aucun motif, sous une impulsion subite qui me prenait, je quittais mon bureau si c'était dans la journée, ou ma chambre le soir, et un besoin de marcher me faisait déambuler presque inconsciemment pendant plusieurs heures consécutives en n'ayant ensuite qu'un vague et tout à fait confus souvenir des endroits où j'avais passé. Une des fugues dont je me souviens remonte à trois ans (août 1905); j'avais quitté l'étude où je travaillais, le soir à six heures et demie. Toute la journée, j'avais été très surexcité. Avant de prendre congé de mes collègues, nous fûmes prendre un apéritif. Ensuite j'ai souvenance d'avoir remonté la rue de Rivoli jusqu'aux Tuileries. Il pouvait être huit heures. Je rentrai chez moi, rue des Boulets, dans le XI<sup>e</sup> arrondissement, au petit jour, c'est-à-dire vers quatre heures du matin, extrêmement las, et me couchai. Ce n'est qu'à ce moment-là que la notion réelle des choses me revint et que j'eus conscience d'être dans ma chambre. Mais, dans l'intervalle j'eus beau tâcher de me souvenir, jamais je n'ai pu me rappeler les rues par lesquelles

j'étais passé, ni comment j'avais regagné mon domicile, sauf un court instant qui dura quelques minutes et pendant lesquelles je vis nettement que je me trouvais place de l'Etoile. J'apercevais le monument de l'arc de Triomphe devant moi, il pouvait être à ce moment-là une heure du matin, et, pendant le court instant que dura ma lucidité, je me rendis compte que les omnibus ne marchaient plus et que la circulation des voitures s'était raréfiée.

« Un fait du même genre s'était produit environ deux mois auparavant. J'avais été certain soir faire une course pour mon patron à Boulogne-sur-Seine. J'eus parfaitement souvenance, ma course faite, d'avoir pris le tramway Louvre-Boulogne pour rentrer à Paris, puis je ne me souviens plus. Le lendemain matin je me réveillai tranquillement dans mon lit à l'heure habituelle, vers six heures, sans pouvoir me rappeler comment j'étais rentré.

« D'autres fois, je quittais mon bureau dans le courant de l'après-midi et marchais au hasard, sans me rendre compte où j'allais. Je rentrais inconsciemment chez moi et me couchais pour m'endormir aussitôt. Ce n'est qu'en me réveillant, soit dans la nuit ou le lendemain matin, que la conscience me revenait d'avoir quitté mon bureau un peu plus tôt qu'à l'heure habituelle, mais sans pouvoir préciser ni me rappeler ce que j'avais fait ni en quels endroits j'avais passé. La dernière fugue de ce genre remonte à environ cinq semaines. »

L'amnésie est dans ce cas profonde, et c'est avec raison que Joffroy et Dupony disent à propos de l'état de conscience de M... : « Le souvenir (de ses fugues) demeurerait toujours très confus, mais n'était jamais entièrement perdu. L'amnésie était incomplète, quelques souvenirs subsistaient et le plus souvent un seul, mais très net. »

Dans ce cas, il est un élément que nous ne rencontrons pas dans les observations où la conscience est conservée et qui peut expliquer cette amnésie si consi-



sidérable, c'est l'alcoolisme. M..., dont les fugues n'ont commencé qu'à l'âge de trente-six ans, est, en effet, un buveur ; depuis l'âge de vingt-sept ans, il boit (vin, alcool, vermouth, absinthe) et est devenu nettement alcoolique, ainsi que le prouvent des pituites matutinales, des étourdissements et des cauchemars qu'il n'avait jamais eus auparavant (incendie, zoopsie, visions fantomatiques). Or, c'est à la suite d'excès de boissons que se produisent les impulsions. M... a, en effet, remarqué une relation entre ses fugues et ces excès. C'est environ huit jours après l'un d'eux que la céphalée apparaît et que l'impulsion se déclare.

Non seulement, chez M..., l'alcoolisme et ses excès me paraissent susceptibles de rendre compte du degré atteint par l'obnubilation de la conscience, mais ils me semblent encore être la cause déterminante de l'impulsion ; c'est quelques jours après des excès alcooliques que celle-ci se produit ; toutefois, le terrain est particulièrement favorable à l'action de l'alcool. M..., en effet, avait été pris, dès l'âge de huit ans, d'un amour particulier pour la marche ; tout son plaisir était de le satisfaire.

Est-ce à la même cause, l'alcoolisme, qu'il faut attribuer l'amnésie qui aurait existé chez un militaire déserteur dont l'observation est rapportée par Grasset (1) ? C'est possible.

Si, dans les cas où l'alcoolisme joue un rôle dans la production de l'impulsion, l'amnésie peut être poussée très loin, il n'en est pas moins vrai que, dans ceux où cette impulsion est pure, la conscience est conservée ou ne subit qu'une légère obnubilation.

Que représente un tel état ? Tout le monde reconnaît

---

(1) Grasset. Histoire d'un déserteur voyageur. *Encéphale*, 1908, p. 370.

aujourd'hui que la dégénérescence peut le produire. C'est un épisode de cette dernière. Certains auteurs pensent qu'il peut ressortir d'une autre cause, de l'épilepsie, tel Falret.

Parmi les observations de fugues rapportées par Falret comme représentant des équivalents psychiques de l'épilepsie, il en est dans lesquelles la conscience est conservée, et l'individu cependant paraît être réellement atteint de cette névrose. Il y a là quelque chose qui jure avec ce que nous savons des manifestations de l'épilepsie ; l'inconscience est, en effet, le propre de ces manifestations. Je l'avoue, malgré cette objection, je serais porté vers l'idée que cette névrose peut se traduire par des équivalents psychiques avec conscience ; malheureusement, je ne puis donner une démonstration scientifique de cette manière de voir, et, jusqu'à plus ample formé, je suis forcé de regarder les fugues avec conscience survenant chez les épileptiques comme relevant, non de l'épilepsie, mais de la dégénérescence ; en d'autres termes, comme des fugues de dégénérescence chez des épileptiques.

### **Résumé. Considérations médico-légales et thérapeutiques.**

Nous avons vu le vagabondage des dégénérés se dégager peu à peu du vagabondage d'ordre psychique envisagé d'une manière générale, s'imposer à l'attention de tous ; son étude n'est pas encore complète, c'est à la compléter que nous avons consacré le présent travail.

Cette étude nous a trop longuement occupé dans les chapitres précédents pour que nous y revenions encore ; nous voulons seulement mettre en relief quelques-uns des enseignements qui s'en dégagent. Elle nous a montré



le vagabondage constitutionnel s'exprimer de façon variable dans sa nosographie et n'être pas toujours semblable dans son pourquoi ; d'où les divisions que nous avons été amené à faire et les trois chapitres dans lesquels nous avons examiné successivement le vagabondage constitutionnel primitif, le vagabondage dans l'inversion morale, l'instabilité et le déséquilibre, le vagabondage par obsessions et impulsions. Mais, derrière ces divisions, on retrouve toujours le même fond, la dégénérescence, créant d'une part un terrain favorable à l'action de causes actives s'exprimant sous forme de besoins pathologiques divers auxquels le vagabondage donne satisfaction, si bien qu'en dernière analyse celui-ci apparaît comme un acte ayant pour but de donner satisfaction à des attractions, à des besoins. Ceux-ci peuvent revenir par accès séparés par des intermissions plus ou moins longues, ainsi dans le vagabondage par obsessions et impulsions, ainsi chez le déséquilibré ; ou bien, les besoins se répètent si fréquemment qu'ils demandent à chaque instant satisfaction, ainsi chez le vagabond constitutionnel primitif. Dans le premier cas, on a affaire à un vagabondage d'occasion, à des fugues ; dans le second, à un vagabondage d'habitude. Les besoins actionnant le vagabondage sont tantôt d'ordre psychique, tantôt d'ordre psycho-moteur, d'où, à ce point de vue, deux groupes à établir. Dans le premier, ils sont le résultat d'une idée se répercutant aussitôt sur la sphère sentante (idée-sentiment) ; dans le second, ils ont directement pour origine la sphère sentante.

Ces besoins ne sont pas toujours les mêmes. Ils peuvent se diviser en deux groupes, suivant qu'ils trouvent leur satisfaction dans la vie errante ou dans d'autres actes. Les vagabonds du premier groupe sont ceux qu'on rencontre dans le vagabondage constitutionnel primitif, dans l'instabilité, le déséquilibre, l'obsession

et l'impulsion ; ceux du second groupe se retrouvent dans l'inversion et l'imbécillité morales. Les premiers font partie des chemineaux qui parcourent nos campagnes, les seconds se retrouvent plutôt parmi les gens sans aveu qui infestent nos villes.

Mais le vagabondage constitutionnel n'intéresse pas seulement le médecin au point de vue nosologique, il l'intéresse encore comme médecin légiste et comme hygiéniste et thérapeute.

Le vagabond constitutionnel, par son genre de vie, est tout naturellement exposé à commettre des actes délictueux ou criminels, et, envisagé sous ce jour, chacun des groupes que nous avons étudiés mériterait de retenir notre attention. Une semblable étude dépasserait le but que je me suis proposé. Je veux me contenter d'indiquer les points et réflexions suivants :

Ordinairement, les fugues étant, chez le dégénéré, de courte durée, les actes délictueux commis sont nuls ou peu graves. Si le fugueur est arrêté, c'est plutôt pour vagabondage que pour tout autre délit. Chez le vagabond constitutionnel primitif, il en est différemment. Sa vie se passant à errer sans travailler ou du moins en travaillant de manière par trop intermittente pour subvenir à ses besoins, il se fait mendiant et, trop souvent, escroc et voleur. Mais c'est surtout chez l'inverti moral qu'on rencontre les actes criminels les plus divers, actes en rapport avec les passions qui l'agitent, attentats aux mœurs, incendie, etc.

Pour ces différents actes, la responsabilité du vagabond est en rapport avec son état de conscience : complète dans certains cas, elle est incomplète ou nulle dans d'autres.

En prenant sa place dans la grande classe des vagabonds, le vagabond constitutionnel entre en part, comme



facteur, dans la lutte à diriger contre le vagabondage, et on comprend, étant données ses causes, que la banale répression soit sans effet sur lui. Que faire alors ?

Les tares psychiques qui sont à la base du vagabondage se développant dès l'enfance, c'est dès cet âge que doit commencer la lutte, et c'est l'éducation qui doit mener celle-ci, l'éducation jusqu'à présent par trop négligée dans nos écoles et qui devrait être non moins obligatoire que l'instruction. Cette éducation doit se faire par la triple collaboration de la famille, du maître et du médecin. Au médecin, il appartient d'établir le bilan psychique de chaque écolier dans chaque école et d'indiquer pour chaque anormal psychique les règles à suivre pour son éducation ; au maître et à la famille, il revient la tâche d'appliquer ces règles. Je suis convaincu que, par ce moyen, on pourrait assez souvent remédier à bien des tares psychiques et, en particulier, à celles qui sont à la base du vagabondage.

Quant au vagabond constitutionnel adulte, c'est un individu pathologique, il n'est pas justiciable de la prison. L'exemple de L... le prouve surabondamment ; aussitôt sorti de prison, cet homme reprend sa vie errante et avec elle la mendicité et le vol. Pour lui, comme pour tous les anormaux qui ne peuvent pas se plier aux conditions sociales, il devrait y avoir des établissements spéciaux, où ils seraient maintenus et soignés. Quand se décidera-t-on à créer semblables établissements ? C'est le secret de l'avenir.

ERRATUM. — Dans le deuxième article du travail de M. Mairet, *Annales médico-psychologiques*, numéro de septembre-octobre 1911, page 247, ligne 27, lire « *psychique* », au lieu de « *physique* ».

---

# DE L'IMPORTANCE DE L'AURA PSYCHIQUE

DANS LE DÉTERMINISME

DES ACTES IMPULSIFS COMMIS EN PÉRIODE CRÉPUSCULAIRE

PAR

**Le Dr LATAPIE**

**et M. CIER**

Médecin adjoint,

Interne de l'asile de Nantes.

Les impulsions épileptiques se présentent ordinairement avec des attributs caractéristiques, tels que la soudaineté d'apparition, la violence aveugle et brutale, la rapidité, l'inconscience automatique et l'amnésie. Néanmoins, il est parfois fort difficile de retrouver au complet ces particularités essentielles dans un acte accompli en état d'automatisme épileptique, d'autant que souvent cet acte a pu faire l'objet des préoccupations antérieures et conscientes du malade qui paraît ainsi l'avoir prémédité.

Dans l'observation que nous rapportons, les actes commis en période crépusculaire présentent ceci de particulier, c'est qu'ils sont en corrélation étroite, non avec les préoccupations de la vie ordinaire et saine du sujet, mais avec des bouffées délirantes, prémonitoires de la crise, véritable aura psychique dont notre malade conserve le souvenir.

ANN. MÉD.-PSYCH., 40<sup>e</sup> série, t. I. Janvier 1912.

3. 3



## OBSERVATION

*Sommaire.* — Épilepsie dont les premières manifestations apparurent à dix-huit ans. — Aura sensitive précédant des crises convulsives surtout nocturnes. — Aura psychique (caractérisée par un délire de culpabilité et d'auto-accusation avec idées de damnation, délire dont la malade conserve nettement le souvenir) suivie de périodes crépusculaires avec automatisme violent et amnésique, durant lesquelles la malade commet des actes dangereux en concordance directe avec les éléments délirants de la période prémonitoire.

M... (A.), vingt-six ans, est une jeune personne au teint pâle, chloro-anémique (souffle à la jugulaire), dont le cou porte des traces d'écrouelles.

Son père, grand buveur, est encore vivant et n'a jamais voulu se charger d'élever sa fille.

Sa mère mourut, à quarante et un ans, d'une tumeur cancéreuse. Sur cinq enfants qui naquirent de cette union, deux seulement ont survécu; un garçon, âgé aujourd'hui de vingt-neuf ans, bien portant, et qui occupe une position honorable, et notre malade. Les trois autres enfants, qui étaient les aînés, moururent tous en bas âge; cette multi-mortalité est d'ailleurs la règle pour la descendance des alcooliques.

M... (A.) avait dix ans lorsque mourut sa mère; son enfance avait été exempte de toute maladie. Elle fut recueillie par une de ses tantes et resta avec celle-ci jusqu'à l'âge de douze ans. A douze ans, elle est placée dans un ouvrier, à Nantes, et y travaille à des ouvrages de couture, un peu au détriment de son instruction primaire qui est assez négligée. Elle n'obtient pas son certificat d'étude et n'acquiert que des notions générales élémentaires; elle apprend néanmoins à lire et à écrire ainsi qu'à compter très couramment.

A dix-huit ans apparaissent les premières crises d'épilepsie qui surviennent pendant la nuit et l'obligent à quitter l'ouvier pour revenir chez un de ses oncles et une de ses tantes à la campagne.

La crise épileptique de M... (A.) était précédée d'une sensation douloureuse avec tremblement dans le membre inférieur, sensation dont la malade conservait nettement le souvenir et qui l'avertissait de l'imminence de la crise convulsive. Durant la crise elle se mordait la langue, se débattait, mais n'urinait pas sous elle. Elle restait abattue et prostrée le lendemain et

ne se souvenait que de ses sensations douloureuses constituant l'aura. Dès que les premières règles apparurent, et la malade ne les eut qu'à dix-neuf ans, les crises convulsives nocturnes coïncidèrent avec les périodes mensuelles ; en dehors de celles, ci, elle présentait parfois quelque vertige ou quelque éblouissement pendant la journée. A la mort de sa tante elle quitte la campagne et vient se placer à Nantes comme domestique ; mais après huit mois de bons services elle dut, en raison de ses crises, renoncer à ses occupations pour venir suivre un traitement à l'Hospice général, dans le service des épileptiques du D<sup>r</sup> Mirallié, en 1905 (régime déchloruré, bromuré, arsenic). Les crises nocturnes diminuent de fréquence, les absences et les vertiges diurnes sont exceptionnels. Elle reste trois ans dans le service, puis, à vingt-trois ans, quitte l'hospice, n'ayant encore présenté aucun trouble mental, pour se placer, de nouveau, comme domestique. Elle peut remplir ses fonctions, malgré quelques crises mensuelles nocturnes, durant quinze à dix-huit mois ; mais en juin 1909, un excès de travail, joint à une hygiène défavorable et à la suppression de tout traitement, vient augmenter la fréquence des crises, suivies, pendant quelques jours, d'une période d'obnubilation intellectuelle. On ramène alors la malade dans le service du D<sup>r</sup> Mirallié (crises fréquentes nocturnes, absences diurnes passagères, traitement bromuré). La malade était un peu améliorée quand, en mai 1910, survinrent des préoccupations tristes, des idées de culpabilité, d'indignité et d'expiation suivies d'un état confusionnel durant lequel la malade tente de se blesser, s'enferme pour se crucifier dans les water-closets et se frappe avec la pointe d'un ciseau dans la région précordiale. Ces symptômes disparurent rapidement et n'entraînèrent pas d'internement. La malade conserva le souvenir des troubles mentaux qui avaient précédé la crise, mais non des réactions violentes et dangereuses qui avaient suivi.

Au mois de juin, fugue en état second, au cours de laquelle la malade réalisa une visite à des parents, visite qui avait fait l'objet de ses préoccupations durant les jours précédents.

Au mois d'août dernier survient une nouvelle période de dépression avec anxiété. La malade se croit damnée, s' imagine aussi avoir damné et perdu le monde et croit que pour expier ses fautes elle devrait être, comme Dieu, crucifiée. Cette crise délirante qui laisse son souvenir entier dans la conscience de la malade est suivie d'une période absolument amnésique. Le 7 août, M. A. tentait de se frapper avec un ciseau dans la



région précordiale, puis courait chercher des clous pour son crucifiement et refusait toute nourriture.

Elle dut être aussitôt transférée du quartier de l'hospice au quartier des aliénées où elle fut admise avec le certificat suivant : « Est une épileptique qui présente en ce moment un accès vésanique à forme confusionnelle et démentielle; actes impulsifs, auto-mutilations. »

A son admission, son agitation était très violente : la malade refusait tout aliment et tenta, à plusieurs reprises, de se frapper la poitrine. Ses réponses étaient complètement incohérentes. Au bout d'une huitaine de jours, les troubles avaient disparu et la malade calme et lucide demandait à revenir dans le service des épileptiques non aliénées de l'Hospice général.

M. A. conserve cette fois-ci encore, comme déjà en mai, le souvenir très net et très exact de toutes les conceptions délirantes qui ont immédiatement précédé l'accès d'automatisme avec état crépusculaire, mais ne se souvient nullement des actes violents, impulsifs et dangereux qu'elle commit après cette période délirante prodromique, véritable aura psychique d'une crise automatique équivalente.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Elle soulève d'abord une question de traitement et d'assistance. Où cette malade doit-elle être soignée? Doit-elle être placée dans un hôpital ordinaire, dans une section d'épileptiques non aliénées, ou bien doit-elle être maintenue dans une section du quartier d'aliénées comme étant dangereuse pour la sécurité de ses compagnes et sa sécurité personnelle? Si ses crises convulsives habituelles sont justiciables d'un traitement dans un hôpital ordinaire, il ne paraît pas moins certain que ses accès d'automatisme nécessitent un isolement absolu et une assistance dans un asile. Le retour assez fréquent, ces temps-ci, de ses accès exige donc son maintien dans le quartier d'aliénées, malgré sa lucidité actuelle et son vif désir de retrouver son premier lieu de traitement.

Néanmoins, si l'on pouvait constater la disparition,

pendant plusieurs mois, de toute manifestation délirante et de tout acte dangereux, il serait possible, croyons-nous, d'accéder au désir de la malade et de demander sa réintégration à l'hospice ordinaire, qui a ici l'avantage de n'être distant que de quelques centaines de mètres du quartier d'asile.

Cette observation contribue à mettre en évidence les liens qui peuvent rattacher les actes brutaux, inconscients, amnésiques, commis par l'épileptique, à certaines conceptions délirantes transitoires dont le sujet conserve un souvenir précis et qui constituent une véritable aura psychique.

Les caractères des actes épileptiques commis par notre malade révèlent toute l'importance qu'il faudra attacher désormais aux conceptions délirantes de cette aura, puisque c'est sur ces conceptions délirantes qu'il est possible de se baser pour prévoir la nature des actes automatiques de la malade et pour lui accorder une assistance et des soins appropriés.



## Médecine légale

### L'ALCOOL, LA FEMME ET LE PANTIN

Par le Dr Paul VOIVENEL

Chef de clinique à la Faculté de Toulouse.

Voici une histoire intéressante, autant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal et qu'on devinerait devoir être impressionnante sous la plume d'un Maupassant. Un père de famille sans un accroc dans son passé, part à cinquante-trois ans avec le contenu de la caisse qu'il tient, dépense follement en moins d'une semaine plus de 10.000 francs et, de nouveau conscient, vient échouer en Cour d'assises, désormais scorie de la société, malgré son acquittement.

Un germe de déséquilibre réveillé à cette époque trouble de la ménopause, dans un organisme lentement érodé par un alcoolisme chronique, a suffi pour jeter cet homme à bas de la société.

Victime des tares ancestrales, l'alcool et la femme l'ont entraîné.

L'orage est passé. L'homme est corrigé mais pleure sur des ruines... et cela est saisissant et vaut la peine d'être recueilli.

#### RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DU NOMMÉ C...

Nous, soussigné, Dr Paul Voivenel, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Toulouse, commis par le Tribunal de Foix,

à l'effet d'examiner le nommé C..., âgé de cinquante-trois ans, comptable, demeurant à A..., inculpé d'abus de confiance, après avoir prêté serment, consulté le dossier et examiné l'inculpé à la prison de Foix le 8 et le 16 décembre 1910, avons rédigé le rapport suivant :

*Faits (tirés de l'examen du dossier).*

Le nommé C... était comptable à l'établissement des bains d'A.... Marié et père d'une fille de vingt-deux ans, il vivait honnêtement d'une situation lui donnant 1.200 francs par an, plus le logement, plus 75 francs d'indemnité de chauffage et d'éclairage. Ses appointements avaient été augmentés et portés à 110 francs par mois. En dehors d'une vieille habitude d'apéritifs quotidiens, rien de particulièrement anormal n'est signalé chez lui jusqu'à la saison d'été de 1910. A ce moment arrive à A..., un ménage d'artistes dont C... connaît le mari M. D... Il devient rapidement l'amant de la femme, croit être aimé pour lui-même, fait cependant à sa maîtresse nouvelle de nombreux cadeaux, sans compter les consommations journalières qu'il offre aux deux époux. Son alcoolisme s'exagère, se manifeste par de l'ivresse, et cette exagération est constatée dès le mois de juin par le maire d'A.... La fille de C... nous apprend qu'il rentre à peu près saoul *tous les soirs*, se couche à 7 h. 1/2, se lève à 8 h. 1/2, mange à peine, et « file » au Casino voir la femme que son épouse ne veut plus recevoir. En même temps, cet amoureux présénile se montre singulièrement généreux. Il charge la nommée T..., baigneuse, d'aller chercher au bazar une bague et un sautoir de valeur qu'il veut offrir à sa belle. La baigneuse, psychologue, estime qu'il n'a pas son bon sens à cause de l'alcool, et oppose la force d'inertie. A l'occasion de fêtes franco-espagnoles, C... fait venir pour M<sup>mes</sup> G... et B... deux bouquets de 20 francs, dont le refus de la seconde fait bénéficier la première. Officiellement, sa comptabilité n'étant vérifiée qu'à la fin de la saison, il reste un bon caissier et c'est lui-même qui nous apprend qu'il emprunta à la caisse 60 francs qu'il voulait rendre, chose effectivement possible puisqu'il possédait 96 francs à la Caisse d'épargne.



Le 12 août, l'administrateur le prie de transformer 3.000 francs en monnaie divisionnaire. Au lieu de tirer cette somme de ses comptes, C... la demande au régisseur. Le samedi 20 août, il rencontre au Casino les D<sup>rs</sup> M... et D..., prend rendez-vous avec ce dernier. Il demande une permission, manque, le lundi 22, le train du matin et prend celui de midi, partant sans embrasser sa femme. Il ne revint pas. On vérifia sa comptabilité. Il manquait 10.059 fr. 90.

L'enquête apprit qu'à son départ, le 22 août, C... prit un billet de première classe et paya non seulement sa place, mais celles de M<sup>me</sup> G... et de M. D..., qui partit par le train suivant; qu'il épingla soigneusement la poche intérieure de son veston où il avait mis l'argent dérobé.

Il vint à Toulouse, où il roula en voiture d'un café à un hôtel, d'un hôtel à un magasin, buvant là, achetant ici, passant chez un coiffeur, amenant M<sup>me</sup> G... et M. D... à l'Embouchure, au Kursaal et rentrant, ou plutôt se laissant rentrer, à minuit et demi, tout à fait ivre, à l'hôtel Terminus, dont les garçons l'appellent « le petit vieux ». Il dormit avec sa récente conquête et recommença cette vie de grand nocœur le lendemain matin, oubliant le rendez-vous qu'il avait donné à son cocher. Cette nouvelle journée vit notre trio voler en taxi, de la Comédie au café Saint-Michel, de là à Castille et dans divers magasins où C... sème — et non pour lui — l'argent emporté. M<sup>me</sup> G... retourne à A... par le train de 1 h. 40, enchantée de son ultra-généreux amoureux. M. D... disparaît dans l'après-midi, et C..., saturé de quelques consommations supplémentaires, prend le train de 8 h. 45 du soir pour Paris, où il débarque le mercredi, 24 août. Ici son odyssée est perdue dans le vague. Il ne se souvient de rien, sauf que le dimanche matin, 28 août, il « se reconnut » place de la Concorde, délesté de son pardessus et d'une sacoche qu'il avait achetée à Toulouse. Le lundi soir, il dîne chez une « payse », lui fait une brûlante déclaration, *la supplie de partir avec lui*, lui dit qu'il est venu d'A... pour elle, et veut lui confier 3.000 francs, après lui avoir appris que, pendant trois jours, il a passé presque tout son temps en taxi-auto. Il l'accompagne ensuite

au théâtre, puis chez elle, et enfin, ce lundi 29 août tombe sur la fille Mathilde G..., une belle de nuit de quatrième classe. Le temps de boire des consommations éclectiques (grassement payées) et le couple va se coucher à 4 heures du matin, hôtel Condorcet, C... étant complètement ivre.

Les détails, dès l'instant, précis, nous apprennent tout ce qu'il y a d'inattendu et d'absolument incohérent dans la vie parisienne du petit caissier ariégeois. Il paie à sa conquête des boulevards, 120 francs de parfumerie, un chapeau de 150 francs, l'habillement richement, étend sa générosité sur sa sœur, sur le mari de cette dernière, va même voir d'autres parents de sa passagère maîtresse, laisse une somme supérieure à 1.000 francs à un garçon qui vient lui apporter la monnaie à l'hôtel, et finalement, sous l'aimable prétexte de sauver la bourse de cet incorrigible pochard, c'est la dame G... qui la prend, en laissant desserrer les cordons suffisamment pour recevoir de C... environ 2.000 francs de cadeaux. Il se fait passer pour directeur de théâtre, offre des places aux sœurs G..., est posé le 31 août comme un paquet chez son beau-père d'occasion, en descend le 1<sup>er</sup> septembre pour s'installer chez un marchand de vins voisin où on le retrouve, et notre homme et les deux femmes prennent le soir le train de 10 h. 56 pour Toulouse, en première classe évidemment, Mathilde G... veillant toujours sur la bourse.

C... fut arrêté à l'hôtel Terminus de Toulouse, le 3 septembre 1910. On trouva sur lui 6 fr. 56. Il ne protesta pas et termina ses explications en disant : « Entre les mains de cette femme je n'étais qu'un mannequin, n'ayant pas cessé d'être en état d'ivresse. »

### *Examen.*

*Examen physique.* — L'inculpé se présente à nous les traits flappés, sale, clignant des yeux derrière des lorgnons inclinés. Petit (1<sup>m</sup>56), il a un thorax légèrement en amphore avec une concavité, exagérée en avant, du corps du sternum. La peau de ses bourses et de la face interne de la cuisse gauche est convertie d'eczéma. Arthritique, il a le nez et les extrémités cyanosés, le



foie un peu gros, cette hypertrophie hépatique pouvant être due à l'alcoolisme. L'intestin est engorgé, surtout au niveau de l'S iliaque. Légère sclérose artérielle et cardiaque. Léger tremblement des mains, tremblement fibrillaire de la langue. Les réflexes tendineux sont normaux, les réflexes cutanés sont un peu diminués. La sensibilité à tous les modes est conservée avec légère diminution.

*L'examen de la vision* fait, sur notre demande, par M. le D<sup>r</sup> de Micas, médecin spécialiste, dont le rapport est joint au nôtre, révèle une myopie double, un staphylôme postérieur à droite, à gauche, des altérations congénitales de la pupille. Le champ visuel est rétréci sans qu'on puisse en rien inférer à cause de la myopie de C...

*L'examen de la parole* ne donne de la dysarthrie que pour certains mots particulièrement défectueux : « inaliénabilité, inamovibilité ».

Pas de troubles psychographiques et calligraphiques de l'écriture. Les conclusions de l'analyse complète d'urines sont que : les caractères généraux sont normaux, sauf une densité élevée (1036), une proportion forte de chlorure (10.26 en chlore, 17.10 en NaCl), et la présence normale de traces de pigments biliaires, traduisant la congestion du foie.

A signaler, enfin, une inflexion à concavité dorsale de ses doigts.

*Examen psychique.* — A) *Instincts* : 1° *L'instinct de la conservation* par la nutrition et par la fuite du danger est normal. *L'instinct de la reproduction* est hypertrophié. C'est un sexuel. La femme l'attire, et toutes les femmes. Cela lui valut d'abord deux blennorragies à quinze ou seize ans, ensuite la syphilis à dix-neuf ans, enfin une partie de ses mésaventures actuelles.

2° *L'instinct du sommeil* est troublé. C... a des rêves pénibles et se réveille souvent en sursant.

3° *L'instinct des mouvements* est absolument normal.

4° *L'instinct d'imitation* plutôt augmenté.

Dans la parole rien d'anormal, en dehors de la difficulté, signalée plus haut, à prononcer les mots d'épreuves.

Dans l'écriture, pas de fioritures, pas de signes conventionnels. Pas de fautes dans une dictée de huit lignes.

Nous écrivons devant lui « inaliénabilité » avec une faute d'orthographe. Il corrige de lui-même et met : inaliénabilité.

B) *Son attention* est donc normale, ce que nous démontrent encore et des additions, multiplications, divisions, qu'il fait justes, et l'étude des tests mentaux.

C) *Sa mémoire* est affaiblie pour les noms propres et pour les faits relativement récents (légère amnésie de fixation), comme il arrive au cours des intoxications lentes. C... présente une amnésie lacunaire pour les faits accomplis depuis son départ d'A...

D) *Ses associations d'idées* s'accomplissent normalement.

E) C... est un *émotif* facilement dépressible et irritable et un *impulsif*. Il lui arrivait de prendre des décisions brusques absolument inattendues, souvent incompréhensibles pour ses amis. Nous avons vu, à ce sujet M. R..., directeur des *Nouveautés* de Toulouse, et son garçon de café N.... C... venait souvent à leur établissement, sale, crasseux, apparaissait brusquement, disparaissait de même. Il lui arrivait de prendre une voiture et d'aller boire avec le cocher. Un soir, il emprunta 20 fr. à M. R..., fila instantanément avec une femme et revint quelques instants après tout penaud, après avoir été rossé et dépouillé au dehors. M. R... prenait C... pour un « original un peu détraqué » surtout depuis un an. En 1909 sa mère fut malade. Quand il allait la voir, il passait par la fenêtre, disant qu'il ne savait pas ouvrir la porte que tout le monde ouvrait cependant.

L'inculpé a conservé pour sa femme et sa fille des sentiments affectifs. Il pleure dès qu'il pense à elles et cela n'est pas simulé.

Nous avons demandé à C... d'écrire lui-même sa défense. Son récit est cohérent, et son amnésie paraît proportionnelle au degré de son ivresse. C'est ainsi qu'à Paris, sauf la journée qu'il passa avec une « payse », tout est flou. De *Luna-Park*, il se souvient d'avoir vu des lumières et entendu du bruit et n'a, ainsi, enregistré que des sensations en quelque sorte inférieures, du subconscient. Il dit aussi s'être dégrisé, « grâce à deux sous d'ammoniaque », avant son départ pour Paris, et se sou-



venir d'avoir payé un billet de première classe 80 fr. 30, plus « un panier de 3 fr. 75 ». La mémoire des chiffres s'est automatiquement développée d'ailleurs chez lui grâce à son emploi, et les souvenirs numériques doivent plus facilement émerger de son état semi-conscient.

*Antécédents héréditaires et collatéraux.* — Mère âgée de quatre-vingt-quatre ans, vivante.

Père mort, à soixante-quatorze ans, de bronchite chronique; était commis principal des Ponts et Chaussées.

La mère a eu trois enfants :

a) L'ainé : l'inculpé, né en 1857.

b) Une fille née en 1859, morte à trente-six ans; paralysée depuis l'âge de quatre ans et à qui on devait mâcher les aliments.

c) Une fille née en 1863, Philomène C..., atteinte de psychose intermittente, manifestée dès 1869.

Cette sœur, que nous avons d'ailleurs examinée, pour mieux nous rendre compte de son état, a été mise trois fois en observation à la Clinique des maladies mentales de la Grave, internée neuf fois à Braqueville. C'est une débile dégénérée qui fait des crises d'excitation sur un fond de délire religieux.

Un frère du père de C... était alcoolique.

Une grand'tante aurait été atteinte de démence sénile.

*Antécédents personnels.* — Né à terme, nourri au sein mercenaire, — sa nourrice étant devenue plus tard sa belle-mère, — fièvre muqueuse à dix ans; élève ordinaire au lycée; s'engage à dix-neuf ans « pour avoir plus vite fini » et fait dans les bureaux cinq ans de service; s'amourache de la fille de sa nourrice restée bonne de ses parents et se marie après avoir fait les actes de respect, à vingt-sept ans, le 14 décembre 1884. En 1885, sa femme fait une fausse couche de sept mois et demi; en 1887, une seconde fausse couche. Les fausses couches sont dues à la syphilis que C... contracta à dix-neuf ans. Enfin, il a en 1888 sa fille actuelle née à terme.

Dès l'âge de quinze à seize ans, il manifeste des tendances sexuelles, les satisfait avec n'importe quelle femme et enregistre en peu de temps deux blennorragies, puis, plus tard, la vérole.

Dès dix-huit ans, et toujours avec une remarquable constance, il prend au moins deux apéritifs par jour,

surtout du bitter et du picon. Il occupe diverses places soit au service des Ponts et Chaussées, soit à la Mairie, soit auprès de divers entrepreneurs, change assez souvent de patrons sans que nul se plaigne de lui et paraît trouver une situation définitive à A..., quand il commet l'abus de confiance qui nous vaut de l'examiner. Alcoolique ponctuel et ayant de la tenue, il se montre ivre surtout depuis le mois de juin 1910.

#### DISCUSSION

Il nous faut d'abord poser les termes du problème qui sont des *faits* indiscutés.

1° C... *paraît logique* quand il ne dégarnit pas sa caisse au moment où son patron lui demande 3.000 fr. ; quand il répond à sa femme qui le questionne au sujet du coffre presque vide, qu'il a fait un versement de 5.000 francs et s'est dégagé du reste ; quand il épingle soigneusement la poche intérieure qui contient l'argent emporté ;

2° C... est *incohérent* dans tout le reste de ses actes depuis son départ ;

3° C... est un *alcoolique* et un *sexuel* ;

4° C... a *cinquante-trois ans* et sa désharmonie s'accroît depuis environ un an ;

5° C... est un *héréditaire*. Il y a des aliénés dans sa famille.

Devant l'exagération de sa sexualité, de ses excès alcooliques, de ses dépenses, devant son départ bizarre, sa conduite de grand seigneur incohérent, ses mensonges, ses idées de grandeur quand il se dit directeur de théâtre, sa syphilis ancienne, cause fréquente de paralysie générale, sa légère difficulté de prononciation des mots d'épreuve, on pourrait penser à un début de paralysie générale ; mais la maladie eût continué à évoluer et nous en devrions trouver aujourd'hui les signes. Or, C... ne présente ni démence, ni parésie, ni troubles oculaires spéciaux, ni troubles de l'écriture, et sa légère dysphasie passagère est suffisamment expliquée par l'alcoolisme.



Nous rejetons actuellement la paralysie générale.

C..., dès sa naissance, porte un germe de dysharmonie qui se manifeste autour de lui, chez ses deux sœurs, l'une paralytique dès l'âge de quatre ans, l'autre ayant une psychose circulaire, intermittente, qui est une psychose, non pas occasionnelle *mais constitutionnelle*.

De là ses changements de place, de là son attirance spéciale vers les femmes et l'alcool. L'alcoolisme est ici une conséquence de son vice originel. Il ne peut lui résister, le subit, et, à Toulouse, quand ses amis le morigènent, va boire avec des cochers de fiacre. A cette impulsivité s'ajoute l'intoxication alcoolique qui l'augmente en supprimant les notions intellectuelles et éthiques qui servent de frein. Peu à peu, en restant l'impulsif constitutionnel qu'il est de naissance, C... est usé par l'alcool, sa mémoire diminue, sa tension artérielle augmente, son émotivité s'exagère. Que la moindre cause occasionnelle survienne et ce désharmonisé se détraquera tout à fait. Cette cause est l'entrée dans sa vie d'une femme. Elle est mariée. Il se croit aimé. Quel triomphe ! et il sacrifie à Vénus et il se saoule, et il veut se montrer généreux. Impulsif, il aime, il boit, et son impulsion sexuelle et son impulsion alcoolique se surajoutent pour le rendre confus par intoxication. Remarquons, en outre, qu'il a cinquante-trois ans, qu'il est dans cette période crépusculaire que Victor Margueritte a si puissamment décrite dans *La Flamme* et qu'on a appelée (Régis, Valleteau de Mouilliac, Maurice de Fleury et nous-même) le « retour d'âge de l'homme ».

Sa maîtresse quitte A... le 15 août, le laissant absolument « vidé », qu'on nous pardonne l'expression.

Il continue à s'enivrer chaque jour, mène cette folle existence qui le fait se coucher semi-inconscient, une heure, le soir, et, après avoir mangé à peine, courir au Casino, s'excite en outre sur l'idée de M<sup>mes</sup> G... et B..., et finalement, ayant une grosse somme d'argent à sa disposition, la prend et s'en va, assez lucide pour se conduire, pas assez pour résister. Il ne réfléchit pas, il part, s'excuse auprès de sa femme comme le peut faire un impulsif, fuit sans l'embrasser, poussé par ses instincts auxquels il ne peut se soustraire, et, dès lors : *alcool, sexualité et confusion mentale secondaire*, telle

est la formule qui résume la vie incohérente, à Paris et même à Toulouse, de C... Son histoire peut prendre pour titre : *La Femme, l'Alcool et le Pantin*.

#### RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES

I. — *Le nommé C... est-il atteint d'une maladie mentale? Est-il responsable de ses actes?*

R. — Ce n'est pas un aliéné à proprement parler, c'est un déséquilibré.

II. — *Quelle est la nature de ce déséquilibre?*

R. — C'est un vice originel dû à une très mauvaise hérédité et se traduisant par des impulsions sexuelles et des impulsions à boire.

III. — *L'inculpé était-il en état de démence au moment de l'acte dans le sens de l'article 64 du Code pénal?*

R. — On ne saurait dire qu'il fût complètement en état de démence. C... « sentait » ses impulsions mais ne pouvait y résister.

IV. — *Doit-il être déclaré responsable des faits qui lui sont imputés?*

R. — « L'humanité, écrit le professeur Régis, ne se divise malheureusement pas, psychologiquement, en deux catégories tout à fait distinctes : d'un côté, les sains d'esprit, entièrement responsables; de l'autre, les aliénés, entièrement irresponsables. Entre les deux existe une vaste province, dite zone frontière ou mitoyenne, peuplée d'individualités tarées à divers degrés et comportant, par suite, des responsabilités très différentes. »

C... est dans cette zone mitoyenne et nous estimons que la *responsabilité de ses actes est très largement atténuée*.

Fait à Toulouse, le 19 décembre 1911.

Dr P. VOIVENEL.



## Revue critique.

LES

# MANIFESTATIONS FONCTIONNELLES DES PSYCHONÉVROSES

LEUR TRAITEMENT PAR LA PSYCHOTHÉRAPIE

Par le Dr Roger DUPOUY

Médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton.

La question des psychonévroses est de plus en plus à l'ordre du jour ; tour à tour les aliénistes et les neurologistes la font entrer dans leur domaine et revendiquent les mêmes malades et les mêmes traitements. Après celles des professeurs Dejerine et Gilbert Ballet, nous avons entendu tout récemment s'élever la voix autorisée et mordante de M. G. Deny (discours d'ouverture du Congrès d'Amiens). Or, MM. Dejerine et Gauckler (1) ont fait paraître un véritable traité de ces affections où sont magistralement exposés, d'après leurs vues personnelles, les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie, et leurs idées ne sauraient laisser indifférents les lecteurs des *Annales médico-psychologiques*.

L'avant-propos de cet important ouvrage est une véritable profession de foi, émise en toute indépendance et franchise. Frappé dès ses premières années de pra-

(1) J. Dejerine et E. Gauckler. *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses ; leur traitement par la psychothérapie*. 1 vol. in-8° Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1911.

tique du peu de succès que donnaient chez les névropathes les traitements médicamenteux alliés ou non aux moyens physiques, le professeur Dejerine s'est mis à chercher la cause de leur maladie et, partant, la méthode thérapeutique à lui appliquer, en dehors des signes objectifs qu'ils présentaient. Il arriva ainsi de plus en plus à se convaincre « que c'était non le physique mais bien le moral qui était en cause dans toutes les manifestations dont se plaignaient ces malades ». L'échec de la physiothérapie devait le conduire à préciser les indications de la psychothérapie. En traitant ces malades comme atteints de lésions organiques, le résultat se montre précisément inverse de celui qu'on en voulait obtenir. Il n'aboutit qu'à fixer davantage dans l'esprit de ces faux organiques, faux gastropathes, faux entéropathes, faux cardiopathes, faux génitaux, faux médullaires, faux cérébraux, l'idée d'une affection localisée de l'organe dont ils se plaignent ; car les signes qu'ils présentent ont une origine entièrement psychique.

L'influence du moral sur le physique n'est nulle part plus évidente que chez eux. « Je crois, déclare avec autorité Dejerine, que chez tous les névropathes, quelle que soit la symptomatologie qu'ils présentent, le vieil adage *mens sana in corpore sano* est inexact. Chez eux, en effet, si le corps n'est pas sain, c'est parce que leur moral est malade, c'est parce qu'ils ont souffert ou qu'ils souffrent encore moralement ». Il s'élève véhémentement contre ceux qui ne veulent admettre la conception d'une dissociation isolant un organisme physique d'une part, et un organisme psychique et moral d'autre part, et prétendent toujours établir la subordination des troubles de la vie psychique à ceux de la vie physique et recherchent systématiquement une altération somatique initiale, se refusant à concevoir l'existence de troubles dont l'origine serait une modification psychique ou antécédente. Or, les *psychonévroses* constituent précisément un groupe nosologique particulier « dont la symptomatologie est tout entière réalisée par une modification *primitive* de l'état moral ou mental et par toute une série de manifestations *secondaires* ».

L'ouvrage comprend trois parties : la première, analytique, consacrée à l'étude des manifestations



fonctionnelles ; la seconde, synthétique, exposant le mécanisme général des psychoses et leur nature ; la troisième enfin, thérapeutique, traitant surtout des procédés psychothérapiques.

I. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses sont représentées par *l'ensemble des troubles et des symptômes persistants accusés par les névropathes, et se créant chez ces malades en dehors de toute lésion somatique antécédente.*

Une remarque, d'une grosse importance à la fois théorique et pratique, s'impose d'emblée, c'est que les fonctions les plus atteintes sont précisément celles où interviennent au maximum les phénomènes du psychisme, les fonctions digestives et génito-urinaires.

Les troubles de l'appétit sont quantitatifs, — par défaut, anorexie mentale, — par excès, fausse faim mentale, ou qualitatifs, anorexies électives, phobies alimentaires, caprices de l'appétit. L'anorexie mentale vraie qu'il faut nettement séparer du refus d'aliments systématique des délirants, mélancoliques, persécutés, mystiques, etc., et du maniérisme de certains hystériques, consiste dans la perte progressive de la représentation mentale de l'appétit : il y a à la fois inhibition de l'appétit psychique et de la faim organique ; son origine est diverse, émotive, volontaire (par coquetterie ou mysticisme le plus souvent), sociale... Elle peut enfin être le résultat d'une gastro ou entéropathie psychique donnant lieu à des restrictions alimentaires, fréquemment phobiques, souvent aussi thérapeutiques et malencontreusement ordonnées par prescription médicale.

Les manifestations fonctionnelles digestives proprement dites sont extrêmement multiples ; un grand nombre d'entre elles prennent le masque de gastropathies organiques, conduisent le sujet, véritable phobique de l'estomac, à des sélections et des restrictions alimentaires aussi sévères qu'inutiles et même dangereuses, car elles aboutissent finalement à constituer des pseudo-gastropathies capables de faire illusion à des cliniciens non psychiatres. Une psychothérapie bien conduite fait disparaître comme par enchantement des cas jusqu'alors systématiquement rebelles aux prescriptions, ordonnances et régimes les plus rigoureux, de

dilatation stomacale (par atonie d'amaigrissement, aéro-phagie, constipation), de vomissements (par émotivité, hypersensibilité périphérique, représentations mentales diverses), de constipation et de diarrhées névropathiques (émotives ou phobiques le plus souvent), de fausse appendicite ou entéro-colite muco-membraneuse.

Les manifestations fonctionnelles dans l'appareil urinaire sont essentiellement constituées par des modifications de la sécrétion urinaire (polyurie polydipsique et émotive, ischurie adypsique, anurie par sitiophobie et par vomissements incoercibles) et des troubles de la miction (rétention et incontinence d'urine, pollakiurie, douleurs de la miction, fausses cystites, faux rétrécissements de l'urètre, fausses prostatites...). Celles d'ordre génital ont une importance très marquée parce qu'une fréquence plus grande et des conséquences individuelles et sociales plus lamentables. Leur point de départ réside dans la fixation psychique du sujet sur ses organes génitaux, d'après des mécanismes variables, dont les principaux chez l'homme sont : la vénéréophobie, le scrupule moral ou la crainte d'épuisement physique engendrés par des pratiques onanistiques ou, au contraire, par des excès sexuels, l'émotion de l'acte, le mysticisme et le remords d'illicites voluptés, la hantise de l'impuissance, etc. C'est de préférence au début et au déclin de la vie sexuelle que l'homme vient à présenter des troubles de neurasthénie génitale, spermatorrhée, éjaculation précoce, impuissance partielle ou absolue.

La femme est, tout autant que l'homme, sujette aux obsessions et aux phobies génitales et les troubles qu'elle peut alors présenter sont, en dehors de la frigidité et de la dépression neurasthénique, des localisations particulières répondant, soit à une représentation mentale de défense (vaginisme, contracture des adducteurs), soit à une représentation mentale douloureuse (algies génitales). Nombreuses enfin sont chez elle les pseudo-métrites, salpingites ou ovarites, les aménorrhées et grossesses nerveuses.

La fixation du psychisme des sujets sur leur nez, leur larynx, leur fonction respiratoire, donne lieu aux manifestations les plus diverses, telles que reniflement, aphonie phobique, dysphonie spasmodique, toux névro-



pathique, oppression émotive, pseudo-asthme nerveux, et font naître des légions de faux laryngés, faux tuberculeux pulmonaires... Les troubles cardio-vasculaires des neurasthéniques relèvent pareillement, soit de l'action de l'émotion sur le cœur (syncope, tachycardie, rongeur de la face), soit d'une préoccupation cardio, angino ou érythro-phobique.

A l'occasion des manifestations fonctionnelles cutanées autres que celles engendrées par une phobie quelconque (le prurit notamment), le professeur Dejerine pose la question des troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques durables, diffus ou localisés, survenant en dehors de la simulation, chez un psychopathe hystérique ou non, et il synthétise ainsi son opinion à cet égard : « Tous les phénomènes que l'émotion ou les représentations émotives sont capables de créer d'une façon transitoire sont susceptibles d'être observés à titre durable au cours des psycho-névroses, qu'il s'agisse d'ailleurs de phénomènes hystériques, de phénomènes neurasthéniques ou de phénomènes associés. »

Les troubles de la dynamique ou de la statique musculaire que l'on peut observer au cours de l'évolution des psychonévroses sont nombreux et complexes : citons seulement la fatigue, la fatigabilité, l'épuisement et leurs conséquences fonctionnelles (c'est-à-dire l'asthénie physique) ; les troubles de l'équilibre et de la coordination ; le tremblement, les chorées et les mouvements choréiformes ; les paralysies et les contractures. La fameuse fatigue du réveil, dont l'on fait si souvent l'un des caractères primordiaux de la neurasthénie, se retrouve en réalité chez presque tous les arthritiques, et elle ne devient une manifestation neurasthénique que quand le sujet s'obsède sur cette sensation. C'est l'obsession qui est malade et non plus la fatigue. La fatigabilité dans l'effort, au contraire, appartient en propre à cette psychonévrose.

La sensibilité, générale ou spéciale, est fréquemment atteinte dans les psychonévroses. Les anesthésies sont exceptionnelles chez les neurasthéniques, mais remarquablement fréquentes chez les hystériques. A cette occasion, le professeur Dejerine discute la conception du pithiatisme de Babinski. De l'examen et de la cri-

tique des faits il tire les conclusions suivantes : les anesthésies hystériques paraissent se comporter comme des anesthésies effectives ; elles ne sont ni toujours, ni même très souvent simulées ; elles ne sont non plus toujours dues à une suggestion, même lointaine ; enfin elles ne sont pas toujours des anesthésies purement psychiques. Les hyperesthésies, généralisées ou localisées, hyperirritabilité psychique émotive, topoalgies superficielles ou profondes, sont en revanche des stigmates de neurasthénie aussi bien que d'hystérie.

Les manifestations nerveuses et psychiques proprement dites des psychonévroses nous intéressent tout particulièrement. L'insomnie ou les dyssomnies sont courantes chez les neurasthéniques, et c'est à l'intervention de l'automatisme psychologique, renforcé chez les déprimés du psychique supérieur, qu'il faut les attribuer le plus souvent. *Le neurasthénique ne dort pas parce qu'il a perdu la faculté de ne plus penser volontairement ou involontairement.* Il ne dort pas parce qu'il pense, parce qu'il est préoccupé, tourmenté par une émotion ou une pensée obsédante... Quant à sa fatigue du réveil, elle se compose de deux éléments, d'une fatigue réelle causée par les troubles du sommeil et de l'immobilisation de son esprit sur une impression de fatigue qu'il a de tout temps ressentie. La céphalée si classique des neurasthéniques est diverse dans sa forme et son mécanisme : c'est, en effet, tantôt une simple réminiscence fixée à l'état continu, tantôt l'effet d'une dénutrition intense ou la traduction d'un épuisement cérébral effectif. Les altérations des réflexes tendineux ou cutanés au cours des états neurasthéniques ou hystériques, peu importants cliniquement, le sont davantage au point de vue doctrinal et le professeur Dejerine admet que : « les états de concentration de conscience (obsessions), comme les états de diffusion de conscience (émotions), peuvent agir et troubler les inhibitions et les tonus que les différents étages des fonctions nerveuses reçoivent les uns des autres ».

Passons sur le mutisme hystérique et arrivons aux troubles psychiques secondaires des neurasthéniques. Ceux-ci se plaignent d'une fatigabilité mentale excessive, d'une incapacité d'attention, d'évocation ou d'as-



sociation, de distractions involontaires, d'insuffisance mnésique, d'obnubilation et d'automatisme psychologique, de perte du jugement et du contrôle cérébral, enfin de phobies et d'obsessions. Leur volonté et leur caractère se ressentent de ces altérations psychologiques. Les hésitations, notamment, les impulsions, l'impuissance même d'agir, tiennent non à une aboulie véritable, mais à des défectuosités du raisonnement. Les manifestations phobiques, qui tiennent sous leur dépendance une grande partie du tableau syndromique des neurasthéniques, sont légion. Tout se voit : la peur de la folie, de la paralysie générale et « de la petite voiture », de la congestion, du ramollissement et de l'artério-sclérose cérébrale, la peur de l'accident, de la mort subite, etc., et la systématisation de la préoccupation phobique enclanche la symptomatologie particulière du sujet, devenu un faux cérébral ou un faux médullaire.

Les relations qui unissent les manifestations fonctionnelles aux états organiques sont, de deux ordres. Tout d'abord celles-ci sont susceptibles de créer immédiatement ou médiatement des états organiques. L'émotion choc et le déséquilibre organique qu'elle détermine sont de puissants facteurs de dénutrition et d'épuisement; la dépression morale amoindrit nettement la résistance physique; les dysharmonies fonctionnelles favorisent grandement le développement d'affections organiques, toxiques ou infectieuses. Il y a à considérer ensuite la greffe neurasthénique ou hystérique entée sur un état organique antécédent. Ces associations organo-névrosiques sont encore engendrées par une préoccupation obsédante; localisée sur un symptôme quelconque de l'affection en évolution, et les neurasthénies associées ou consécutives peuvent survivre à la guérison de l'élément organique qui leur a donné naissance.

Le diagnostic de ces différentes manifestations névropathiques comprend plusieurs points. L'un des plus importants et des plus délicats est celui de découvrir l'*épine organique*, lorsqu'il y a une association pathologique. La recherche de la cause morale doit être minutieuse; le caractère fonctionnel des troubles observés

découle de leur variabilité, de leur illogisme, de leur surcharge excessive, de leur association. La différenciation entre l'accident hystérique et la simulation se basera sur la nature et l'origine émotive de l'accident, sur la persistance des actes instinctifs dans le domaine lésé chez l'hystérique et sur l'absence de ces actes chez le simulateur qui se surveille, sur la quiétude de l'hystérique vis-à-vis de son accident. *L'accident hystérique vrai ne préoccupe pas le malade*; le simulateur, au contraire, l'accidenté du travail, en particulier, se montre toujours très obsédé de sa localisation fonctionnelle.

II. — Cette deuxième partie a pour but de faire ressortir une conception d'ensemble des analyses particulières précédemment présentées, de montrer ce qu'au sens des auteurs sont les psychonévroses, la façon dont elles se produisent, les mécanismes généraux qui enclanchent les accidents particuliers. MM. Dejerine et Gauckler s'attachent surtout à donner de la neurasthénie une conception nette et précise, à isoler la neurasthénie avec ses caractères généraux de toute une série d'autres états physiques et psychiques qu'on confond très volontiers avec elle. Il leur apparaît de la sorte que la neurasthénie est bien, et quoi qu'on en ait dit, une psychonévrose *autonome*, se reliant peut-être, par une série d'intermédiaires, à d'autres états psychologiques, mais ayant cependant des caractères suffisamment accusés pour pouvoir être considérée comme une véritable entité morbide.

Les théories organicistes de la neurasthénie sont multiples et étrangement diverses; elles se résument cependant en deux grandes doctrines: l'intoxication et l'épuisement. Aucune de ces théories ne peut prétendre expliquer de façon valable ni la présence de certains troubles, ni l'absence de certains autres, et une critique impartiale en montre facilement l'inanité. « La neurasthénie, expose le professeur Dejerine, n'a que des facteurs psychologiques, et ces facteurs psychologiques, c'est essentiellement, sinon exclusivement, l'émotion qui les détermine ».

Ici, se place, dans son cadre naturel, l'étude de l'émotion. L'émotion peut être d'origine extérieure ou intérieure, faible mais répétée, ou unique et violente



(émotion choc, brusque, intense, survenant sans préparation aucune chez un sujet en pleine quiétude d'esprit), sthénique ou déprimante, sidérante et affolante (par invasion brusque et totale d'un choc émotif intense dans la conscience et syncope psychologique). L'émotion produite, les réactions individuelles vont se manifester ; *or, tout individu en état d'émotion devient par cela même auto et hétéro-suggestible*. Certaines excitations émotives ont une action sthénogène et excitante : ce sont celles qui s'adaptent aisément à nos tendances intimes, les renforcent, et qui, au lieu de diminuer la personnalité, l'augmentent en quelque sorte. Les autres, au contraire, les heurtent plus ou moins brutalement, deviennent des facteurs de préoccupation et de suggestibilité et dominant ainsi la pathogénie des psychonévroses.

Parmi les phénomènes physiques produits par l'émotion nous ne retiendrons que l'angoisse, créée bien moins souvent par les chocs émotifs que par les excitations émotives intérieures progressives. Fixées à l'état de souvenirs et revivifiées par l'évocation, les sensations d'angoisse se muent en algies nerveuses ou provoquent un accès d'anxiété. La crise hystérique est par essence une *décharge émotive* et n'est à aucun degré un *phénomène de suggestion ou de simulation*.

Chacun fait son émotion avec son tempérament et sa personnalité physique et morale ; *toute réaction émotive est fonction de la personnalité particulière* et, comme les psychonévroses sont des productions émotives, il en résulte que la localisation des troubles fonctionnels par lesquels elle se manifeste est, elle aussi, essentiellement personnelle. L'émotion choc qui amène une désintégration mentale brutale, joue, dans la genèse de l'hystérie et de ses accidents, un rôle prépondérant ; au contraire, la dislocation mentale et surtout morale du neurasthénique n'est pas en général immédiate ; elle ne s'opère que progressivement et grâce à la répétition de l'émotion souvenir : l'hystérique est un *inhibé*, le neurasthénique un *préoccupé*. Il faut ajouter à ce propos que le neurasthénique est un fatigué par émotion. L'émotion, en effet, et davantage encore la préoccupation émotive fatiguent autant et bien plus même que l'exercice le

plus violent, que le travail intellectuel le plus intense.

En résumé, *la neurasthénie est constituée par l'ensemble des phénomènes qui résultent de la non-adaptation de l'être à une cause émotive continue et de la lutte de l'être pour cette adaptation*. Et elle est toujours *de cause émotive* ; la cause seule varie, d'ordre bien plus souvent affectif que matériel. L'écueil du diagnostic est double : savoir rejeter de son cadre les fatigues intellectuelles, les surmenages légitimes, ainsi que les fausses neurasthénies organiques liées à une affection nettement définie ou à des troubles d'évolution ou d'involution ; savoir éliminer les petits états mélancoliques ou hypocondriaques souvent confondus avec la neurasthénie, et aussi les obsessions du psychasthénique : « la psychasthénie a sa place marquée dans l'échelle des psychoses ; elle n'est pas une psychonévrose ». De même, l'hystérie, psychonévrose, doit être différenciée de la mythomanie, véritable psychose. Et le professeur Dejerine formule ainsi la loi de séparation des accidents hystériques : « Tout accident qui n'a pas son origine dans un traumatisme émotif, qui ne se rapporte pas aux diverses modalités de l'émotion physique ou qui n'est pas dû à l'inhibition émotive d'un certain nombre de représentations mentales, n'est pas un accident hystérique. »

Comment devient-on neurasthénique ? Le candidat, prédisposé à la neurasthénie par sa constitution émotive, affective et sentimentale, par sa tendance à exagérer et à grossir les choses, à les prendre trop « à cœur », est vaincu par les préoccupations émotives qui l'assaillent. Il ne va pas entrer de plein pied dans la neurasthénie confirmée ; il n'est pas tout de suite un « neurasthénique arrivé ». Il passe par trois phases : troubles émotifs simples, troubles fonctionnels, troubles organiques consécutifs aux précédents. Les manifestations diverses présentées par les neurasthéniques se seraient ainsi :

1° *D'abord les phénomènes de simple fatigue émotive et des troubles psychiques et physiques en relation directe et immédiate avec les excitations émotives ;*

2° *Secondairement et à la faveur de ces premierstrou-*



bles, des manifestations par auto et héréto-suggestion, par attitudes vicieuses et dysharmonie ;

3° Plus ou moins tardivement des phénomènes de tous ordres, résultats immédiats ou lointains des troubles fonctionnels antécédemment créés.

Quels que soient ses aspects ou ses formes particulières, la neurasthénie n'en est pas moins une. Il n'existe pas des états neurasthéniques, des neurasthénies digestives, génitales, urinaires... *La neurasthénie est une entité* ayant sa pleine et entière autonomie.

Quant à l'hystérie, elle se décompose en deux grandes classes d'accidents : ce sont tous ceux d'une part qui tiennent à la crise hystérique, décharge émotive, et ce sont d'autre part tous ceux qui, brusquement ou lentement, mais toujours consécutivement à une émotion, s'établissent d'une façon généralement durable en dehors de toute crise proprement dite. Ce qui caractérise l'hystérie et le différencie nettement du neurasthénique, c'est l'action dissociante de son émotion. Chez le neurasthénique l'excitation émotive, avec les réactions physiques qu'elle provoque, sert de point de départ à une fixation psychique ; chez l'hystérique, à une désagrégation, à un oubli psychique. Le neurasthénique, d'autre part, est un inquiet, un préoccupé, un obsédé ; l'hystérique, un indifférent, un passif et nullement un obsédable.

III. — La psychothérapie doit être considérée, avec la conception que nous venons d'exposer, comme un traitement pathogénique ; en présence d'affections d'origine psychique, elle prétend les guérir par action psychique. La thérapeutique rationnelle des psychonévroses ne comporte donc nulle médication ; elle est exclusivement psychique. Le professeur Dejerine fait le procès des médecins « drogueurs » et conclut : « *Pas de médicaments aux névropathes*. La méthode est dangereuse, inefficace, et son inconvénient capital est de donner au psychisme du malade une orientation directement opposée à celle qu'on serait désireux de lui voir prendre. »

Les méthodes psychothérapiques sont de deux classes : celles de suggestion directe et celles de persuasion. La *suggestion directe* ne s'adresse qu'à l'automatisme psychologique, et c'est là précisément le grief considérable qu'on doit lui faire. L'éducation de l'automa-

tisme par les pratiques de l'hypnotisme porte une atteinte directe et négative à la personnalité individuelle, elle poursuit sa diminution et sa déchéance. La suggestion à l'état de veille n'offre pas tout à fait d'aussi graves inconvénients que la suggestion hypnotique ; elle ne viole pas aussi intimement le psychisme du malade. Elle est moins dangereuse que la première, mais elle est néanmoins condamnable, car elle ne s'adresse qu'à l'accident, elle néglige complètement le terrain et elle atténue le pouvoir critique du sujet au lieu de l'exalter.

La psychothérapie *par persuasion* est tout autre. Elle consiste à expliquer au malade les raisons précises de son état et des différentes manifestations fonctionnelles qu'il présente, à lui rendre confiance, à exciter ses propres efforts de rétablissement mental. « Dans le rôle du médecin tout est rappel, réveil, direction, rien et à aucun degré n'est suggestion. Toute conception, toute idée émise par le médecin doit être acceptée par la raison du malade, ne se heurter ni à ses convictions ni à ses sentiments. Quand le médecin montre au malade en quoi il a erré, quelles sont les fautes de son caractère, de son état moral, de son raisonnement, qui sont en cause dans la genèse de son affection, il ne lui demande pas d'accepter ce qu'il lui dit comme un article de foi, il ne lui demande qu'une chose, *de s'efforcer de réfléchir et de comprendre*. Loin d'agir comme les méthodes de suggestion directe par restriction de la personnalité, la persuasion tend au contraire à permettre à cette personnalité de se développer en la libérant de toutes les actions frénatrices qu'ont pu constituer, soit une mauvaise hygiène morale, soit des attitudes physiques ou psychiques viciennes. » Et le malade, une fois guéri, connaît du même coup le danger qui le menace s'il commet de nouvelles fautes d'hygiène morale et le moyen d'y obvier ou d'y remédier. Confiant et reconnaissant, il ne retombera pas ; « il pourra avoir des défaillances, mais il se rappellera, se souviendra et se reprendra ». Toutefois, le meilleur et souvent indispensable adjuvant de la psychothérapie est encore l'*isolement*.

Il faut lire et méditer les quelques pages que le professeur Dejerine consacre à l'examen et à l'interrogatoire



d'un névropathe ; toute son œuvre psychothérapique y est contenue, elles constituent le cœur même de l'ouvrage. Donner à son malade l'impression de confiance et de sécurité, *savoir se faire aimer* de lui, est la base même de la psychothérapie. Mais aussi, pour atteindre ce but, quelles qualités professionnelles le médecin doit avoir, dont le professeur Dejerine nous donne lui-même le grand et encourageant exemple ; la science et la conscience doivent chez lui s'allier à la patience et à la bonté. D'avoir lu ces pages, je me suis demandé si vraiment il existait bien « une psychothérapie » comme il existe une mécanothérapie et une chimiothérapie. Et certes ma conviction sur ce point est formelle : la psychothérapie, c'est-à-dire *l'action thérapeutique effective de la bonté*, ne s'apprend pas comme telle ou telle branche de la médecine ; son mécanisme une fois compris, elle naît spontanément et se développe en raison des facultés intelligemment et sympathiquement affectives que nous pouvons posséder. Il n'existe pas une bonne psychothérapie, une psychothérapie univoque, strictement et systématiquement délimitée, mais seulement de bons psychothérapeutes : car avant de vouloir faire comprendre à son malade la nature des troubles qu'il ressent, il faut d'abord savoir le comprendre, et pour cela il faut sympathiser avec lui ; avant de prétendre à se faire aimer de lui, comme le demande et comme l'obtient si aisément, si naturellement, le professeur Dejerine, il faut d'abord soi-même l'aimer — il n'y a pas de psychothérapie à froid. Et cela, cela ne s'acquiert pas, pas plus que cela ne se vend ; cela est inné et cela se donne.

Devons-nous maintenant retracer les règles de la psychothérapie applicables dans chacune des manifestations fonctionnelles des psychonévroses, telles que les indiquent MM. Dejerine et Gauckler ? Les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* ont certainement compris dans quel sens délicat elles doivent s'exercer et combien elles doivent différer suivant le sujet auquel elles s'appliquent. Avant tout, il convient de ne pas brusquer son malade, de ne pas froisser ses susceptibilités affectives ou sentimentales, de ne pas l'aiguiller dans une voie qu'il ne saurait ni comprendre ni aimer ; il faut d'abord réorienter sa personnalité suivant sa primitive

direction, ce n'est qu'ensuite et progressivement qu'on s'occupera de la redresser et de la perfectionner.

Cette action tutélaire et libératrice du médecin exige de sa part une connaissance aiguë de notre humanité, de ses tristesses et de ses tares, une expérience approfondie et « la science de la douleur », pour employer l'expression si juste de Bernardin de Saint-Pierre. Son rôle est celui d'un confesseur et d'un moraliste. Nous ne croyons d'ailleurs mieux faire pour terminer notre analyse que de reproduire les lignes dans lesquelles le professeur Dejerine le définit lui-même. « On saisit combien le rôle du médecin doit être ici profondément humain. Il faut qu'il se soit adapté complètement à la mentalité de son malade ; que, plein de bonté, de pitié ou d'indulgence, il sache comprendre les sentimentalités les plus subtiles, comme aussi parfois les plus flagrantes immoralités. Sa fonction est toute de consolation, de soulagement, d'espoir rendu, de reconstitution de vie possible. Il faut, pour que son œuvre soit féconde, qu'il y mette beaucoup de lui-même et qu'il ressente quelque peu de l'émotion qu'il cherche à faire naître. Son rôle est celui d'un confesseur laïque, d'un directeur moral, jugeant les choses non plus au point de vue du dogme, mais au point de vue même de la vie. Il doit tout comprendre et tout absoudre. Il doit savoir que, d'ailleurs pour la plupart, ses malades sont de trop braves gens, péchant par excès de conscience, par scrupule excessif, par sentimentalité exaltée. Leurs défaillances ne doivent être ni ironisées, ni ridiculisées. Elles méritent la pitié, nous dirions presque le respect. »

Une seule chose, dans le magistral ouvrage dont nous venons d'exposer la texture et l'esprit, nous a chagriné, — M. le professeur Dejerine nous pardonnera d'en faire la remarque, — c'est d'y avoir lu (p. 409) que la psychothérapie n'est pas applicable aux aliénés. Sans doute, les méningo-encéphalites, les grandes confusions mentales et les démences avancées, les délires étroitement systématisés, échappent à la psychothérapie, mais combien d'autres affections bénéficient de ce mode de traitement ! La plupart des aliénistes : Pinel et Esquirol, Leuret et Morel, les Falret, et plus près de nous Krafft-Ebing et Magnan, ont préconisé *le traitement moral* des



psychoses. Est-ce donc qu'ils se sont illusionnés sur leur pouvoir et que les résultats heureux qu'ils ont enregistrés ont été uniquement le fait de l'évolution spontanément favorable de la maladie? Nous ne saurions admettre pareille hypothèse, car personnellement, soit dans les services de nos maîtres, soit dans ceux qui nous ont été confiés, nous avons eu maintes fois l'occasion de reconnaître l'influence bienfaisante de la psychothérapie et de recourir à elle, sinon pour guérir, du moins pour soulager nos malades. Beaucoup d'aliénés sont aussi de grands émotifs, et leur émotion se laisse abattre par une persuasion en laquelle ils se confient. L'anxieux, qui ne s'est pas cristallisé et stéréotypé dans son mode réactionnel; le délirant halluciné, dont le moi n'a pas sombré dans un définitif automatisme; certains agités lucides même voient leurs troubles, angoisse, souffrance morale, exaltation coléreuse..., se calmer à l'approche et à la voix du médecin qui a su devenir pour eux leur confident, leur consolateur et leur ami. Il n'est pas jusqu'aux interprétants qui n'arrivent parfois à abandonner leur thème délirant grâce à une persuasion intelligente, affectueuse et... infatigable. La psychothérapie n'est pas un bienfait destiné aux seules psychonévroses, elle doit s'adresser aux pures psychoses, aux aliénations mentales; elle est seulement, dans ce dernier cas, beaucoup plus ardue et beaucoup plus ingrate. Ce n'est néanmoins pas une raison pour que le psychiatre accepte de se soustraire au rôle de « médecin de l'âme » que les familles, et souvent les malades eux-mêmes lui demandent de jouer. Sans la psychothérapie, l'asile ne serait guère plus qu'un musée, un laboratoire ou une garderie.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1911

Présidence de M. SÉRIEUX, président.

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

MM. Delmas, Dupouy, Hamel, Levassort, Rayneau et Taty, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique relative au L<sup>e</sup> Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements, qui s'ouvrira à la Sorbonne le mardi 9 avril 1912 ;

2° Une lettre de M<sup>me</sup> Dontrebente, qui remercie la Société des sentiments de condoléance qui lui ont été adressés lors du décès de son mari ;

3° Une lettre de M. Lucangeli, qui remercie de l'avoir élu membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur un cas de tumeur du corps thyroïde et de folie traumatique ; — Paralysie progressive et syphilis ; — La loi sur les aliénés dans le Grand-duché de Bade ; remarques sur la législation comparée des asiles d'aliénés*, par M. Lévi Bianchini ;

2° *Contribution à l'étude de l'hémilésion de la moelle épinière : Un cas de paralysie générale d'origine traumatique*, par M. Greidenberg ;

3° *Sur la paranoïa et la psychose maniaque-dépressive*, par M. Esposito ;

4° *L'élément psycho-pathologique dans la conduite*



*humaine chez les anormaux; — Alcoolisme et délits chez les adolescents; — Le problème de la contribution de la psychiatrie dans les sciences morales*, par M. Del Greco.

*Mort de M. Daniel Brunet.*

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le vif regret de vous annoncer la mort de M. Daniel Brunet, membre honoraire et ancien président de la Société médico-psychologique.

Notre sympathique collègue avait eu pour maîtres, à la Salpêtrière et à Charenton, Calmeil, Baillarger et Delasiauve. Durant quarante années, il a exercé avec distinction les fonctions de directeur-médecin des asiles d'aliénés. A l'asile d'Evreux, qu'il dirigea pendant dix-sept ans, il s'est acquis la réputation d'un administrateur doué d'un véritable talent d'organisation. Daniel Brunet était aussi un médecin aliéniste de valeur, ainsi qu'en témoignent de nombreux travaux de clinique mentale, d'anatomie pathologique, de médecine légale et d'assistance.

L'heure de la retraite ne fut pas pour lui celle du repos. Il continua de prendre une part active à nos travaux. Il meurt à quatre-vingts ans, laissant aux siens et à ses collègues le souvenir et l'exemple d'une carrière consciencieusement accomplie, d'une vie consacrée tout entière aux exigences d'une profession pénible, et qu'ont ennoblie sa modestie, son désintéressement et la probité de son labeur scientifique.

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

*Rapport sur un travail du professeur Pilcz, de Vienne, sur le traitement de la paralysie générale par la tuberculine (1).*

M. TRÉNEL. — Dans un travail qu'il a adressé à la Société, le professeur Pilcz donne les résultats de ses recherches nouvelles sur l'action de la tuberculine dans

---

(1) Pilcz. Pronostic et thérapeutique de la paralysie générale. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie*, t. IV, f. 4, 1911.

la paralysie générale d'après une technique qu'il a fait connaître dans ses travaux antérieurs. Il injecte jusqu'à 0,5 de tuberculine de Koch, et combine ces injections avec une cure spécifique suivant la méthode de Wagner. Ses cas les plus anciens datent de 1907.

La méthode est d'une innocuité complète, et, sans nier que les résultats ne sont pas parfaits, M. Pilcz les déclare très encourageants.

34 cas, soit 39,44 p. 100, n'ont donné aucun résultat. 52 cas, soit 60,32 p. 100, montrent une indéniable action. Parmi ceux-ci, dans 20, soit 23,2 p. 100, sans amélioration appréciable du processus paralytique, ce processus s'est enrayé, c'est-à-dire que la progressivité, propre à cette affection, a été arrêtée ou tout au moins retardée ; dans 9, soit 10,44 p. 100, les malades sont redevenus plus ou moins longtemps sociables ; 22, c'est-à-dire 26,68 p. 100, ont été rendus capables de gagner leur vie.

En admettant même, dit l'auteur, qu'il ait pu y avoir quelques erreurs de diagnostic, ces erreurs ne sauraient avoir été aussi nombreuses ; et il engage, en raison des résultats obtenus, à éprouver cette méthode.

#### DIVORCE ET ALIÉNATION

Suite (1).

**Divorce pour cause de dissimulation d'accès de folie antérieure au mariage,**

par M. ANT. RITTI.

La question « Divorce et aliénation » a déjà occupé plusieurs séances de la Société. Elle a été soulevée en novembre 1910 par MM. Juquelier et Fillassier, dans un travail intitulé : *La jurisprudence des tribunaux en matière de divorce et d'aliénation. Commentaires cliniques et médico-légaux*. Dans leur intéressante

---

(1) V. les *Annales* de janvier-février, p. 91 ; de mars-avril, p. 274 ; de mai-juin, p. 449 et 481 ; et de septembre-octobre 1911, p. 262.



communication, nos deux collègues ont eu surtout pour but de « rapporter quelques décisions de justice qui ont accueilli ou repoussé des instances en séparation de corps ou de divorce, et dans lesquelles l'aliénation mentale de l'un des conjoints était invoquée ». D'autres faits de ce genre ont été rapportés dans les séances suivantes, d'abord par M. Régis, et ensuite par M. Trénel, qui, dans un mémoire très étudié et très documenté, nous a mis au courant de la législation allemande sur la matière.

Avant d'aborder le fond de la question si importante au point de vue social et moral, de savoir s'il faut, oui ou non, admettre que la folie soit considérée comme une cause légale de divorce, quelques-uns de nos collègues ont estimé qu'il fallait surtout réunir le plus grand nombre de faits, juridiques ou autres, pouvant éclairer la discussion. Je viens apporter ma quote-part à cette documentation désirée, en vous communiquant deux jugements qui ont accordé le divorce pour cause de folie ou de maladie nerveuse, cette maladie nerveuse ou mentale ayant existé avant le mariage et ayant été dissimulée à l'autre conjoint.

MM. Fillassier et Juquelier ont cité, dans leur savante communication, un arrêt de la Cour de Montpellier du 1<sup>er</sup> février 1866, confirmant la séparation de corps accordée à la femme d'un mari atteint d'épilepsie. « Cet arrêt, ajoutent nos collègues, n'a pas fait jurisprudence. C'est ainsi qu'un jugement du Tribunal de la Seine du 29 avril 1909 a décidé qu'un époux ne pouvait se fonder sur ce fait que son conjoint était épileptique pour demander le divorce. Et cela alors même qu'il aurait dissimulé ses crises avant le mariage. »

« Plaisante justice qu'une rivière borne ! Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au delà ». Involontairement on se rappelle cette pensée de Pascal, lorsqu'on compare ce jugement du Tribunal de la Seine à celui, sur une espèce analogue, qui a été rendu la même année 1909 par le Tribunal de Moulins, et dont je vais vous donner lecture.

Je dois copie de ce jugement à M. L. Baraduc, le très distingué procureur de la République du Tribunal de Moulins, qui s'intéresse vivement aux questions de

médecine mentale et qui, apprenant la discussion soulevée à la Société médico-psychologique sur le divorce et la folie, a bien voulu me fournir cet intéressant document judiciaire.

TRIBUNAL DE MOULINS. (*Audience du 14 janvier 1909*). — Entre M.-A.-J. L..., épouse B..., demeurant à L..., demanderesse comparant par M<sup>e</sup> ..., avoué.

Et A. B..., propriétaire demeurant à L..., défendeur comparant par M<sup>e</sup> ..., avoué.

Le Tribunal, après avoir entendu les avoués et avocats des parties en leurs conclusions et plaidoiries respectives à l'audience, M. le Procureur de la République en ses conclusions orales, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort ;

Attendu que J. L... et A. B... ont contracté mariage devant l'officier de l'état civil de la commune d'I... le 21 janvier 1908 ;

Attendu qu'il est allégué par la demanderesse que ce jour même après la célébration du mariage civil et de la cérémonie religieuse, à la sortie de l'église, A. B... fut atteint de crises nerveuses d'une extrême violence ayant toutes les apparences d'attaques d'épilepsie ; qu'il est tombé à la renverse en proie à une crise épileptiforme, après qu'il lui a été donné des soins il fut reconduit à son domicile, laissant sa femme, qui de son côté fut amenée par les siens au domicile de son père, que le mariage n'a pas été consommé et que, depuis, aucun rapport ni rapprochement n'ont eu lieu entre les époux B..., M<sup>me</sup> B... ayant fait connaître à son mari qu'elle refusait de cohabiter avec lui ;

Attendu que la demande en divorce formée par la dame B... est basée sur l'injure grave résultant à son égard de la dissimulation faite par B... de la maladie dont il était atteint antérieurement à son mariage ;

Qu'elle offre d'établir ces faits par voie d'enquête et à cette fin a fait signifier au défendeur une articulation qui porte sur sept points ;

Attendu que cette articulation est pertinente et admissible ;

Qu'elle ne tend pas seulement à établir que B... était atteint d'épilepsie, fait qui ne saurait par lui-même et en l'état de notre législation, motiver une demande en divorce, mais qu'il en résulterait, si la preuve en était rapportée, que le défendeur était avant son mariage sujet à des crises d'épilepsie, qu'il le savait et qu'il a volontairement caché son état à la demanderesse ;

Attendu qu'en ce faisant, le défendeur aurait dissimulé un



fait extrêmement grave en lui-même et en raison de ses conséquences et qui était bien de nature à empêcher le mariage ;

Attendu que cette dissimulation essentiellement malhonnête qui se serait produite alors que le mariage était convenu et se serait continuée jusqu'au jour du mariage et après sa célébration constituerait pour la dame B... qui aurait été indignement trompée une injure grave pouvant servir de fondement à sa demande ; que dans ce cas ainsi que l'expose Demolombe (t. IV, n° 392), l'injure consiste dans la réticence de l'époux, dans sa coupable et odieuse dissimulation au moment même du mariage ; que, commencée avec la célébration, elle s'est prolongée depuis ;

Attendu qu'il y a lieu en conséquence d'ordonner l'enquête sollicitée par la dame B... ;

Attendu qu'il échet toutefois d'écarter le septième articulat de l'offre de preuve ;

Que cet articulat a trait à une question d'intérêt qui s'agit entre L..., père de la dame B..., et B..., et que les poursuites de ce dernier dans les conditions où elle se sont produites, ne sauraient avoir un caractère injurieux à l'égard de la demanderesse ;

Par ces motifs, avant de statuer au fond, admet la dame B... à prouver tant par titre que par témoins en la forme ordinaire des enquêtes :

1° Que B... avait été à plusieurs reprises antérieurement au mariage sujet à des crises d'épilepsie dont il connaissait la nature et la gravité ;

2° Qu'avant le mariage L..., père de la dame B..., et celle-ci, ayant entendu dire que B... était épileptique, rompirent leurs relations avec la famille B... ;

3° Que ce ne fut que sur les instances de M. B... et de sa famille et sur leur assurance mensongère que B... fils n'avait jamais présenté la moindre trace de crises épileptiformes que les pourparlers furent repris ;

4° Que B..., en outre, dans le but formel d'égayer les soupçons qui pouvaient exister, fit donner à la famille L... des renseignements qu'il savait erronés sur sa santé ;

5° Que B..., le jour de la célébration du mariage, fut en sortant de l'église atteint d'une violente crise d'épilepsie ;

6° Qu'après cette scène pénible, chacun des époux fut emmené par sa famille et qu'il n'y eut depuis aucun rapprochement ;

Réserve la preuve contraire au défendeur. Dit que le septième articulat n'est pas pertinent et le rejette ; Dit qu'en cas d'empêchement des juges commis ils seront remplacés par simple ordonnance du Président. Réserve les dépens.

Ainsi fait et jugé, etc...

Après enquête, l'affaire revint devant le Tribunal de

Moulins, qui, dans son audience du 12 mai 1909, prononça le jugement suivant :

Entre M. A. J. L..., épouse B..., demeurant à I..., demanderesse, comparant par M<sup>e</sup> ..., avoué.

Et A. B..., propriétaire, demeurant à L..., défendeur, comparant par M<sup>e</sup> ..., avoué.

Le tribunal, après avoir entendu les avoués et avocats des parties en leurs conclusions et plaidoiries respectives à l'audience, M. le Procureur de la République en ses conclusions orales, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort :

Attendu que la dame B... rapporte la preuve à laquelle l'avait appointée le jugement du tribunal du 14 janvier dernier;

Que les dépositions des quatrième et neuvième témoins de l'enquête directe, qui ont été recueillies, notent et décrivent d'une façon précise les caractères de la crise éprouvée par A. B... le jour du mariage, ne permettant pas de douter que le défendeur ait été atteint à ce moment d'une crise d'épilepsie;

Attendu que l'ensemble des témoignages démontre que cette maladie existait et s'était manifestée avant l'époque du mariage, que certainement B... et ses parents n'avaient pu se tromper sur la nature de ces manifestations, que leur attention avait été du reste appelée sur ce point par la famille L... elle-même au cours des pourparlers du mariage et qu'ils connaissaient les bruits qui couraient sur A. B...;

Qu'au surplus, l'attitude des parents d'A. B..., au moment de la crise du 21 janvier, est significative, et que le défendeur lui-même, dans ses lettres du 27 janvier à ses beaux-parents et à sa femme, montre qu'il paraît atteint d'une maladie pour laquelle il avait consulté des médecins spécialistes, maladie qu'il ne croyait pas incurable, prétend-il, mais dont il n'est pas admissible cependant qu'il ait ignoré la nature et par suite la gravité;

Attendu que l'état d'A. B..., s'il eût été connu de la famille L..., aurait certainement empêché le mariage de la demoiselle L...; que la dissimulation qui en a été faite constitue une injure grave suffisante pour faire prononcer le divorce au profit de la demanderesse.

Par ces motifs : Prononce le divorce d'entre les époux B... au profit de la femme et aux torts et griefs du mari. Condamne celui-ci en tous les dépens et en prononce la distraction au profit des avoués de la cause qui l'ont requis aux offres de droit.

Ainsi fait et jugé, etc...



Ce jugement fut confirmé par un arrêt de la Cour de Riom du 14 décembre 1910.

Dans sa lettre d'envoi, M. Baraduc ajoutait : « Vous devez certainement connaître les jugements rendus, dans une espèce plus intéressante que celle de Moulins, par le Tribunal de la Seine et qui ont été résumés dans *Le Temps* des 20 et 28 décembre 1908. C'est sur eux que le Tribunal de Moulins s'est fondé pour adopter la solution qui a été consacrée. »

M. Baraduc a eu raison de me rappeler ces jugements du Tribunal de la Seine de décembre 1908 ; ils ne m'avaient pas échappé puisque je les ai publiés dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de janvier-février, p. 164). Je crois devoir les reproduire ici.

Voici ce que disait *Le Temps*, dans son numéro du dimanche 20 décembre 1908 :

A l'encontre du Code civil allemand de 1900, de la législation suédoise et de la loi fédérale suisse du 24 décembre 1874, qui reconnaissait l'aliénation mentale comme cause de divorce, le Code civil français n'a point considéré que cette maladie fût de nature à entraîner la rupture du lien conjugal. Cependant la quatrième Chambre du tribunal de la Seine était saisie hier d'une demande en divorce fondée à l'occasion de l'aliénation mentale de la femme.

Le mariage avait été célébré en décembre 1898. Trois mois après, la jeune femme était internée à Sainte-Anne, d'où elle ne sortait que pour faire ses couches à la Maternité. Le mari a basé sa demande en divorce sur l'injure grave qu'aurait commise à son égard sa jeune femme en lui dissimulant une crise d'aliénation mentale antérieure au mariage et dont la révélation l'eût empêché de convoler. M<sup>e</sup> Rapaport, son avocat, a produit en effet un certificat du D<sup>r</sup> Bernheim, certificat sur le vu duquel la jeune femme fut internée et qui établit qu'en 1898, c'est-à-dire quelques mois avant le mariage, M<sup>lle</sup> X... avait été atteinte d'une crise d'aliénation mentale qui l'avait laissée demi-consciente.

Le tribunal a remis à une date indéterminée le prononcé de son jugement.

*Le Temps* du samedi 26 décembre 1908 a donné la suite de cette affaire :

La quatrième Chambre du Tribunal civil de la Seine a rendu

hier son jugement dans un procès en divorce qui soulevait la question de savoir si l'aliénation mentale de la femme pouvait constituer une cause de divorce, alors que l'origine de cette maladie était antérieure au mariage et avait été dissimulée au mari.

Le tribunal s'est prononcé pour l'affirmative et a rendu le jugement suivant :

« Attendu qu'il résulte des certificats versés aux débats et signés par les professeurs de la Faculté de Médecine de Nancy, que la dame X... était malade et a été soignée par eux deux années avant son mariage;

« Que dans un intervalle lucide, le 14 avril 1899, elle a contracté mariage avec le sieur X... et que, quelques semaines après la consécration de cette union, un état morbide a été constaté; qu'en septembre de la même année, elle a été internée dans un asile d'aliénés, et que les divers certificats produits depuis cette époque jusqu'à ce jour déclarent que l'état de la dame X... est incurable;

« Attendu que la dissimulation de cet état mental qui, s'il avait été connu de X..., aurait été de nature à empêcher le mariage, constitue une injure;

« Par ces motifs,

« Prononce le divorce au profit de X...; confie l'enfant au père; dit que les frais de pension de la dame X... à Sainte-Anne seront supportés par X... ».

Ces deux jugements sont sans doute destinés à faire jurisprudence. Dorénavant le divorce pourra être obtenu dans les cas où l'un des conjoints, étant épileptique ou ayant été aliéné antérieurement au mariage, aura dissimulé à son conjoint cette maladie mentale ou nerveuse.

Mais les deux espèces que je viens de vous communiquer, soulèvent, à mon avis, des questions de déontologie médicale que je crois devoir vous soumettre. Elles se rapportent au rôle du médecin traitant avant le mariage de l'aliéné qu'il a soigné, puis à celui qu'il aura à tenir dans le cas où une demande en divorce serait faite dans les conditions indiquées ci-dessus.

Maintes fois il m'est arrivé d'être consulté par les parents d'une malade sortie de mon service, guérie de son accès d'aliénation mentale, sur la possibilité ou les dangers que pouvait présenter un mariage qui se présentait pour elle. Avant même de donner mon avis sur



cette possibilité ou sur ces dangers, je ne manquais jamais de demander si la famille du fiancé et le fiancé lui-même étaient prévenus que la jeune fille avait été soignée dans un établissement spécial. Si cette formalité, que je présentais comme une véritable obligation morale, n'avait pas été remplie, j'engageais vivement les parents de la remplir.

Anjourd'hui, après les jugements que je viens de vous lire, j'estime plus que jamais nécessaire, indispensable même, de jouer, comme on dit, carte sur table. Si l'un des futurs conjoints a été atteint d'une maladie mentale, il est de son devoir strict, même de son intérêt, d'en avertir la partie adverse. Si celle-ci passe outre, elle n'aura pas à se plaindre lorsque, malheureusement, un nouvel accès éclatera ; elle aura été avertie.

Dans le cas, au contraire, où elle n'aurait pas été avertie et où un procès en divorce s'engagerait, quel serait le devoir du médecin traitant ? Obligé au secret médical le plus absolu, il ne lui appartient pas de fournir les moyens nécessaires à la rupture légale du mariage d'un malade qu'il a soigné ; il ne doit donner aucun renseignement ni oral ni écrit sur la forme de la maladie dont son client a été atteint et sur ses diverses phases. Que le conjoint qui intente une action en divorce contre son conjoint, se documente comme il pourra, il n'appartient pas au médecin qui a traité ce dernier de fournir des renseignements quelconques. Notre collègue, M. Briand, rappelant les grosses difficultés soulevées par cette question du divorce pour cause de folie, ajoutait « qu'il nous répugnera toujours, à nous médecins, de sanctionner par un certificat une mesure prise en somme contre un malade » ; mais combien plus grande sera cette répugnance lorsqu'il s'agira pour un médecin d'un malade que, grâce à ses soins, il a pu rendre, ne serait-ce même que momentanément, à la vie sociale. En dehors de ces raisons, purement sentimentales, ce qui l'oblige à se taire, c'est la loi du secret médical, qui ne souffre aucune exception.

## DISCUSSION

M. JUQUELIER. — M. Ritti vient de verser au débat deux observations très intéressantes, mais à propos desquelles la question qui nous occupe a été éludée. Dans les deux cas les magistrats ont considéré que la dissimulation, par le défendeur, d'une maladie grave antérieure au mariage constituait une injure suffisante pour que le divorce fût prononcé selon le vœu du demandeur, et à son profit. Mais les circonstances ont été telles que cette dissimulation, seule, a fait argument, et qu'il n'a pas été nécessaire d'envisager s'il s'agissait ou non d'aliénation mentale.

M. RITTI. — Je vous ai rapporté ces observations pour que dans des cas analogues, lorsque cette dissimulation sera mise en évidence, les juges puissent de nouveau la faire valoir à l'appui de leur décision, s'ils concluent au divorce.

M. TRÉNEL. — Mais dans bien des cas le demandeur n'aura pas de renseignements sur les manifestations morbides du défendeur antérieurement au mariage; et comment le tribunal sera-t-il renseigné, puisque les médecins sont liés par le secret professionnel?

M. JUQUELIER. — Sans s'adresser directement aux médecins, le tribunal ne peut-il établir par une enquête qu'une personne ayant présenté des troubles mentaux après son mariage, et qui est, à cause de ces troubles mentaux, l'objet d'une action en divorce, a déjà été internée avant de se marier? Si le tribunal acquiert cette preuve de dissimulation de la part du défendeur, il peut, comme l'indique M. Ritti, écarter la question aliénation mentale et admettre l'injure grave.

M. ARNAUD. — Je me demande, à ce sujet, quelle devrait être l'attitude du directeur-médecin d'un asile ou d'une maison de santé vis-à-vis du procureur de la République ou de tout autre magistrat venant faire une enquête concernant un malade autrefois interné, mais actuellement sorti. Le secret professionnel ne nous commande-t-il pas de refuser tout renseignement se rapportant à des malades que nous avons traités autrefois? L'intervention des magistrats à l'asile, dans les



conditions où elle se produit d'ordinaire, n'est justifiée que par l'intérêt des malades en traitement.

M. RAYNEAU. — Je ne crois pas qu'il nous soit possible de refuser aux magistrats des renseignements qu'ils nous demandent au sujet d'aliénés antrefois internés dans l'établissement que nous dirigeons. Nous-mêmes, lorsque nous sommes désignés comme experts, et lorsque nous affirmons que le prévenu que nous examinons a été interné antrefois, ne demandons-nous pas au juge d'instruction de faire vérifier et préciser cette information ?

M. ARNAUD. — Il faudrait tout d'abord savoir s'il n'y a pas lieu de distinguer entre ce qui se passe pour les affaires criminelles et ce qui se passe pour les affaires civiles. Ensuite, que les magistrats soient en fait habituellement renseignés, cela n'est pas douteux ; mais dans une affaire de divorce provoquée par l'aliénation mentale d'un des conjoints antrefois interné, s'il dépendait de nous, médecin de l'établissement où le placement a été effectué, que le tribunal eût, ou non, confirmation de la réalité de ces placements, devrions-nous le renseigner ou nous abstenir en nous retranchant derrière le secret professionnel ?

M. RAYNEAU. — Je suis chargé d'examiner en ce moment une femme divorcée qui a tiré deux coups de revolver sur son ex-mari. Cette femme est une persécutée hypocondriaque, malade depuis 1907, et qui se plaint de troubles divers provoqués, dit-elle, par le médecin de chez elle qui s'est entendu avec son mari pour la faire disparaître, ainsi que ses enfants. Cet état mental a nécessité son internement à l'asile de Blois en 1908. Son mari l'a retirée non guérie au bout d'un mois parce qu'il trouvait la pension trop onéreuse. De retour chez elle, la malade a continué à délirer, prétendant entre autres choses qu'on l'empêchait d'uriner et que tous les médicaments qu'on lui prescrivait étaient des poisons qui la faisaient souffrir encore davantage. A diverses reprises elle a quitté son foyer avec ses enfants pour aller consulter d'autres médecins dans des villes voisines. Chaque fois elle revenait plus malade, disant qu'ils s'entendaient avec le premier. Une de ses absences ayant duré plusieurs semaines, le mari s'est basé sur ce

fait pour demander le divorce. De son côté, la femme a introduit une demande reconventionnelle, alléguant que son mari s'était éloigné aussi pendant plusieurs jours, à la suite d'une scène de ménage. Il convient enfin d'ajouter qu'auparavant elle avait adressé au Parquet plusieurs dénonciations, toutes plus extravagantes les unes que les autres, contre ses prétendus persécuteurs. Des enquêtes et contre-enquêtes démontrèrent l'absurdité de ses réclamations. Le tribunal n'en a pas moins prononcé le divorce aux torts réciproques des deux époux, confiant au mari la garde des deux filles aînées issues du mariage et à la femme celle de la plus jeune.

M. TRÉNEL. — La question doit être très simple, mais nous ne sommes pas compétents pour la résoudre. Je me rappelle qu'à propos d'une malade autrefois traitée dans mon service, et dont le testament avait donné lieu à un procès, le tribunal s'est fait délivrer récemment, et sans qu'aucune objection ait été soulevée, une copie certifiée du livre de la loi, certificats et notes du médecin concernant cette ancienne malade.

M. BONNET. — Il en est de même lorsqu'une procédure d'interdiction est entamée à l'égard d'un dément autrefois interné, mais libre au moment du débat. Les magistrats ne se contentent pas toujours du rapport médical sur l'état actuel ; ils font demander copie des certificats rédigés lors de l'internement.

M. SÉRIEUX. — Il arrive aussi que des magistrats refusent de faire état de renseignements qui ont été versés aux débats par suite de la violation du secret médical.

M. ARNAUD. — En ce qui concerne les malades actuellement traités dans mon service, je dois communiquer au Parquet ou au tribunal tous les renseignements qui me sont demandés. La loi est formelle, mais elle est ainsi faite parce que les magistrats protègent les personnes internées contre l'arbitraire possible. Lorsque le malade est sorti, une enquête faite à son sujet peut être dirigée contre lui, et n'ai-je pas le droit de refuser des renseignements ?

M. JUQUELIER. — Peut-être, mais comme notification du placement d'un malade est adressée administrative-



ment au moment de ce placement à un procureur de la République au moins, parfois à deux (si l'internement est effectué dans un arrondissement différent de celui de domicile), les tribunaux peuvent toujours s'assurer de la réalité d'un internement antérieur au mariage sans rien demander aux médecins.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

## SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1911

**Présidence de M. SÉRIEUX**, président.

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

MM. Paul Ladame, de Genève, membre associé étranger; Fillassier, Rayneau et Rist, membres correspondants, assistent à la séance.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M<sup>me</sup> Daniel Brunet, qui remercie la Société des sentiments de condoléance qui lui ont été adressés lors du décès de son mari.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur l'histologie pathologique des vaisseaux du cerveau et des méninges*; — *L'Echo de la pensée unilatérale. Contribution à l'étude des hallucinations*, par M. Erwin Stransky;

2° *Sur la thérapeutique naturelle*; — *De l'emploi du Bornyvol en thérapeutique*; — *L'avenir de Garde au point de vue de la cure physique et naturelle*; — *Les injections de digitale d'urgence*; — *La tuberculose dans les œuvres de Jérôme Fracastor sur la contagion et les maladies contagieuses*, par M. Roberto Massalongho;

3° *L'alcoolisme; — La psychologie du peuple grec contemporain*, par M. Simonide Vlavianos.

M. P. LADAME dépose sur le bureau un exemplaire du *Code civil russe* du 10 décembre 1907.

#### DIVORCE ET HALLUCINATION

Suite (1)

M. P.-L. LADAME (de Genève). — Messieurs et chers collègues, en répondant à l'aimable invitation de notre Secrétaire général, je suis heureux d'avoir l'occasion de vous dire combien j'ai de plaisir à me retrouver au milieu de vous.

Permettez-moi d'évoquer à ce propos de vieux souvenirs qui me sont chers.

C'était en 1864, il y a bientôt quarante-huit ans, j'arrivais à Paris, tout jeune médecin, brûlant du feu sacré, enflammé par les leçons de Griesinger, qui avait inauguré l'année précédente un cours de psychiatrie dans le vieux *Stadtasyl* de Zurich.

Je fus enthousiasmé par les brillantes conférences cliniques de Lasègue, et la maestria avec laquelle il accouchait l'esprit récalcitrant des persécutés. Dans les allées de la Salpêtrière j'entrevis Falret père, serré dans sa redingote Louis-Philippe, image de l'aliéniste sévère, correct et digne, formé par le grand Esquirol. Assis aux côtés de Duchenne (de Boulogne) sur les gradins rustiques réservés au public, nous écoutions, ravis, le célèbre tournoi oratoire sur l'aphasie, à l'Académie de médecine, où Bouilland, Trousseau et Paul Broca rivalisaient d'éloquence.

Vingt ans après, en janvier 1884, au moment de m'établir à Genève, je revins à Paris me retremper aux sources vives de la science française. Je visitai assidûment les services de Charcot, de Ball et de Magnan. Je ne manquai pas d'aller chaque jour à l'infirmierie du

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, p. 91; de mars-avril, p. 274; de mai-juin, p. 449 et 481, et de septembre-octobre 1911, p. 262; de janvier 1912, p. 65.



Dépôt de la Préfecture de police chez Paul Garnier, qui succédait à Lasègue et à Legrand du Saulle, dont le professeur E. Dupré continue aujourd'hui les glorieuses traditions.

Accueilli partout avec une amabilité charmante et une grande libéralité, qui sont d'usage dans le généreux pays de France, je me sentis pénétré de reconnaissance pour ces illustres maîtres.

Pendant un demi-siècle j'ai suivi attentivement le magnifique essor de la neurologie et de la psychiatrie françaises, dans ce grand « centre d'association antérieur » du cerveau européen, qui s'appelle Paris, où j'ai toujours conservé de précieuses et fidèles amitiés.

Je rends hommage avant tout à la mémoire de quelques-uns de nos anciens, parmi les meilleurs et les plus célèbres que nous avons perdus, hélas ! Ils sont gravés dans nos cœurs les noms de ces laborieux ouvriers de la pensée, Benjamin Ball, Charcot, Bouchereau, Motet, Jules Falret, Garnier, Joffroy, Féré, Christian, Bourneville, Brissaud, Raymond, Giraud, Doutrebente et Charpentier.

Mais je suis particulièrement charmé de saluer en ce jour les vétérans qui nous restent, toujours actifs, au milieu des vaillants pionniers de la jeune génération. Je ne puis citer tous leurs noms, mais je vous demande de faire une seule exception. Je tiens à exprimer spécialement ici mes sentiments de gratitude à Antoine Ritti, mon cher parrain, qui m'ouvrit, en 1884, les portes de la Société médico-psychologique.

### Le divorce pour cause d'aliénation mentale en Suisse,

par le Dr P.-L. LADAME (de Genève).

Messieurs, vous avez porté à votre ordre du jour, depuis quelques mois, l'étude d'une question très importante qui offre présentement un intérêt exceptionnel, celle de l'*aliénation mentale, cause de divorce*, dont la discussion s'ouvrira prochainement, dit-on, devant votre Chambre des députés.

Après avoir entendu l'intéressante étude de M. Trénel

sur la législation allemande relative à cette matière, vous avez désiré connaître aussi de plus près les conséquences de la loi suisse qui autorise, sous certaines conditions, le divorce pour cause d'aliénation mentale. Je me suis rendu volontiers à l'appel de notre Secrétaire général, et je vous apporte aujourd'hui les résultats de mes recherches, que je regrette de n'avoir pas pu faire plus complètes, comptant sur votre indulgence pour les lacunes inévitables d'un travail exécuté un peu trop à la hâte.

Les adversaires et les partisans du divorce ont souvent invoqué la Suisse dans leurs débats, soit pour glorifier ses institutions libérales, soit pour en critiquer parfois les dispositions législatives, insuffisamment connues, mal comprises ou mal interprétées. Il va sans dire que nous n'entrerons pas dans la discussion de ce côté de la question, étranger au seul point de vue qui nous intéresse, celui de la médecine mentale. J'ajoute que ce point de vue ne doit pas être limité trop étroitement, car les questions qui se rattachent au divorce soulèvent des problèmes d'hygiène sociale qui ne sauraient laisser les médecins indifférents. Le 26 mai 1883, je communiquais à la Société centrale des médecins suisses, réunie à Bâle, mes recherches sur le suicide en Suisse (1). Entre autres conclusions je démontrerais alors par la statistique de 1876-1880 que la fréquence du suicide, dans les différents cantons, était absolument parallèle à celle du divorce (2). M. Jacques Bertillon était arrivé quelques mois auparavant à la même conclusion, en parlant de ses recherches sur le divorce (3). Dans un chapitre spécial de son travail il traite « d'une relation imprévue entre la fréquence des divorces et la fréquence

(1) Voir le *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, t. XIII, p. 494, n° du 15 octobre 1883.

(2) Dans ce même travail, je montrais que la courbe des meurtres était inverse de celle des suicides, mais seulement dans les cantons où ne sévissait pas l'alcoolisme, celui-ci faisant immédiatement monter le chiffre des suicides et le rapprochant de celui des meurtres.

(3) J. Bertillon. Etude démographique du divorce et de la séparation de corps dans les différents pays de l'Europe. *Annales de démographie internationale*, 6<sup>e</sup> année 1882, p. 257.



des suicides. » (1) Il croyait trouver la raison de ce parallélisme dans la « fréquence des gens mal équilibrés », ce qui ne veut rien dire.

Les vrais facteurs communs du suicide et du divorce doivent être cherchés ailleurs que dans un truisme aussi vague. Durkheim (2) n'a pas de peine à montrer l'arbitraire et l'inanité de cette explication. Mais la théorie alambiquée qu'il imagine de « l'anomie matrimoniale », et ses raisonnements subtils sur la constitution *sui generis* du mariage dans les pays où le divorce existe, ne valent pas mieux que l'hypothèse de Bertillon pour expliquer le parallélisme dont nous parlons. Toute l'argumentation de Durkheim repose sur une interprétation purement théorique des chiffres bruts de quelques statistiques, plus ou moins favorables à sa thèse. Si j'en juge par mes recherches et mes observations personnelles, je crois pouvoir affirmer que le véritable facteur commun qui explique la fréquence parallèle des suicides et des divorces n'est autre que l'alcoolisme. Plus ce fléau est répandu, plus les divorces et les suicides augmentent de fréquence. Comme Ritti (3) le rappelle dans sa magistrale étude sur le suicide, on a signalé depuis longtemps que l'ivrognerie et l'alcoolisme sont une des principales causes du suicide.

Il est vrai que Durkheim affirme le contraire, en s'appuyant sur des statistiques où le vin et la bière ne comptent pas comme boissons alcooliques. Il en arrive ainsi à dire qu'en Allemagne le groupe où l'on se suicide le plus est un de ceux où l'on consomme le moins d'alcool. Le Danemark fait seule exception, dit-il, mais c'est là une coïncidence accidentelle !... Dans le Nord, on boit beaucoup d'alcool parce que le vin est rare (4).

Quant au divorce, la littérature médicale est presque stérile sur ce sujet, si l'on en juge d'après les indications que donne l'*Index-medicus*.

L'influence de l'alcoolisme sur le divorce n'est men-

(1) *Loc. cit.*, p. 331.

(2) Emile Durkheim. *Le suicide, étude de sociologie*, p. 292 et suivantes. Paris 1897.

(3) Antoine Ritti. Article « Suicide » du *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, 3<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 311, Paris, 1884.

(4) *Loc. cit.*, p. 51.

tionnée à ma connaissance que dans un court article des *Annales antialcooliques* de Légrain, septembre 1905, et dans une étude insuffisante de Marcuse en 1906 et 1907, publiée dans la Revue trimestrielle l'*Alkoholfrage* de Böemert, à Dresde.

Mais j'ai observé de nombreux cas où les graves dissensions entre les époux qui aboutissent au divorce, ont eu leur cause primitive dans les habitudes d'ivrognerie du mari, le plus souvent, parfois aussi de la femme, ce qui paraît plus inquiétant encore, puisque c'est habituellement une conséquence de son hérédité alcoolique.

La plus grande fréquence de l'alcoolisme chez l'homme fournit en outre l'explication naturelle d'une constatation intéressante faite par Durkheim. Cet auteur a découvert, en effet, que les époux contribuent seuls à l'élévation du taux des suicides dans les pays où les divorces sont nombreux, les épouses, au contraire, s'y tuant moins qu'ailleurs (1). Durkheim y voit une suite de l'*anomie conjugale*, directement produite par l'institution du divorce et qui expliquerait, d'après lui, le développement parallèle des divorces et des suicides. Pour nous, cette explication n'en est pas une, et les conséquences paradoxales qu'en tire l'auteur sur le rôle du mariage qui protégerait mieux l'époux que l'épouse, ne nous paraissent en définitive qu'un jeu de l'esprit. L'ivrognerie et l'alcoolisme restent, à notre avis, la cause commune réelle qui explique naturellement la marche parallèle des suicides et des divorces.

Dans le but de vérifier cette affirmation et pour faire la contre-épreuve de ce qui est connu des suicides, j'ai compulsé les dossiers des jugements rendus à Genève sur les demandes en divorce pendant les années 1907, 1908 et 1909, dossiers qui ont été mis obligeamment à ma disposition par M. Dumarest, greffier du Tribunal de première instance. Les chiffres suivants que j'ai relevés ne doivent être regardés que comme des minima, car j'ai laissé de côté tous les cas qui me paraissaient suspects (tenanciers de cafés, de brasseries, injures et sévices graves, sans cause mentionnée, etc.), pour ne prendre note que de ceux où l'on avait noté expressé-

---

(1) *Loc. cit.*, p. 302.



ment que le mari ou la femme étaient des buveurs d'habitude, des ivrognes invétérés ou des alcooliques.

*Les divorces prononcés à Genève.*

Année 1907.

Mois.	Nombre des divorces.	Ivrognerie et alcoolisme.		
		Hom- mes.	Fem- mes.	Total.
Janvier . . . . .	22	8	1	9
Février . . . . .	23	8	»	8
Mars . . . . .	15	3	»	3
Avril . . . . .	23	10	1	11
Mai . . . . .	22	5	2	7
Juin . . . . .	25	5	»	5
Juillet . . . . .	20	7	»	7
Août . . . . .	1	»	»	»
Septembre . . . . .	1	1	»	1
Octobre . . . . .	17	4	»	4
Novembre . . . . .	44	11	3	14
Décembre . . . . .	35	14	3	17
Totaux . . . . .	248	76	10	86

Année 1908.

Janvier . . . . .	18	11	1	12
Février . . . . .	26	4	»	4
Mars . . . . .	27	7	2	9
Avril . . . . .	16	6	1	7
Mai . . . . .	27	10	1	11
Juin . . . . .	33	7	1	8
Juillet . . . . .	31	7	1	8
Août . . . . .	1	»	»	»
Septembre . . . . .	1	»	»	»
Octobre . . . . .	17	10	»	10
Novembre . . . . .	27	7	»	7
Décembre . . . . .	26	8	1	9
Totaux . . . . .	250	77	8	85

Année 1909.

Janvier . . . . .	17	4	1	5
Février . . . . .	14	3	1	4
Mars . . . . .	36	14	»	14
Avril . . . . .	17	5	1	6
Mai . . . . .	25	6	2	8
Juin . . . . .	19	5	2	7

Mois.	Nombre des divorces.	Ivrognerie et alcoolisme.		
		Hom- mes.	Fem- mes.	Total.
Juillet . . . . .	19	7	»	7
Août . . . . .	4	»	2	2
Septembre . . . . .	1	»	»	»
Octobre . . . . .	21	6	1	7
Novembre . . . . .	38	14	5	19
Décembre . . . . .	21	5	1	6
Totaux . . . . .	232	69	16	85

Ce qui donne pour les trois années réunies : 730 divorces, dont 256 (chiffre minimum) ont été causés par l'alcoolisme, soit 35 p. 100 des cas. Il faudrait évidemment y ajouter nombre de cas où le divorce a été prononcé pour attentat à la vie, sévices ou injures graves (*article 46, b* de la loi fédérale de 1874 dont nous allons parler), dans lesquels la cause de ces sévices n'est pas spécialement indiquée, mais doit fort probablement être cherchée souvent dans l'action des boissons alcooliques sur des cerveaux plus ou moins pathologiques. Un juge expérimenté me disait récemment qu'il estimait approximativement aux neuf dixièmes les cas de divorce où les habitudes de boisson étaient la véritable cause de la désunion des ménages.

Quoi qu'il en soit, il reste démontré que l'alcoolisme joue un rôle considérable dans la rupture des mariages. Ne serait-ce donc qu'à ce point de vue, les médecins n'ont pas le droit de s'en désintéresser. La question de l'aliénation mentale et du divorce ne saurait être limitée pour nous, médecins-aliénistes, aux cas de maladie mentale incurable ayant duré au moins trois années. L'influence prépondérante de l'alcoolisme sur l'accroissement des divorces nous apprend que, pour y remédier, nous devons envisager aussi les conséquences fatales des psychopathies sur les unions conjugales.

Pendant trente-cinq ans la Suisse aura vécu sous le régime du Code civil institué par la *Loi fédérale concernant l'état civil, la tenue des registres qui s'y rapportent*



*et le mariage du 24 décembre 1874 (entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1876). Cette loi détermine comme suit, dans ses articles 45 et 46, les motifs du divorce.*

*Article 45. — Lorsque les deux époux sont demandeurs en divorce, le tribunal le prononce s'il résulte des circonstances de la cause que la continuation de la vie commune est incompatible avec la nature du mariage.*

*Article 46. — Sur la demande d'un des époux le divorce doit être prononcé :*

*a) Pour cause d'adultère, s'il ne s'est pas écoulé plus de six mois depuis que l'époux offensé en a eu connaissances ;*

*b) Pour cause d'attentat à la vie, de sévices ou injures graves (c'est le motif invoqué couramment et qui s'applique dans la très grande majorité des cas aux alcooliques et aux ivrognes) ;*

*c) Pour cause de condamnation à une peine infamante ;*

*d) Pour cause d'abandon malicieux, lorsqu'il dure depuis deux ans et qu'une sommation judiciaire fixant un délai de deux mois pour le retour est restée sans effet ;*

*Enfin,*

*e) Pour cause d'aliénation mentale, lorsqu'elle dure depuis trois ans et qu'elle est déclarée incurable.*

Cette dernière clause, qui seule nous intéresse en ce moment, n'a été invoquée en réalité que très rarement dans la pratique. D'après les renseignements que M. le Dr Guillaume, directeur du Bureau statistique fédéral, a bien voulu me donner, le nombre des divorces qui ont été prononcés en Suisse pour le motif d'aliénation mentale incurable (*article 46, litt. e*), pendant dix années, a été de 154 sur 11.260 jugements, ce qui correspond à 1,36 p. 100 de tous les cas de divorces jugés en Suisse de 1891 à 1900. De 1901 à 1909, il y a eu 11.683 jugements, et 217 ont été motivés par l'aliénation mentale incurable du conjoint, ayant dépassé une durée de trois ans. La proportion est un peu plus forte, 1,85 p. 100, mais n'arrive pas au 2 p. 100.

Le maximum a été atteint, en 1907, par 35 cas sur 1.494 divorces, soit le 2,34 p. 100, tandis qu'en 1909 on n'en comptait plus que 27 sur 1.532 divorces, soit le 1,76 p. 100.

A Genève, le cas s'est présenté très rarement. De 1891 à 1900, on en comptait 1 p. 100, et, dans les neuf années suivantes, de 1901 à 1909, on ne le trouve

mentionné que neuf fois, comme l'indique le tableau suivant, tiré des publications annuelles du Bureau fédéral de statistique :

*Nombre des divorces à Genève  
pour cause d'aliénation mentale incurable (article 46, litt. e.).*

Années.		Total des divorces.
1901. . . .	0	92
1902. . . .	1	107
1903. . . .	0	102
1904. . . .	2	122
1905. . . .	0	115
1906. . . .	1	191
1907. . . .	3	196 (1)
1908. . . .	1	236 (1)
1909. . . .	1	203 (1)
	9	1.364

Il sera intéressant d'avoir quelques détails sur les cinq cas des années 1907, 1908 et 1909, afin de pouvoir juger jusqu'à quel point ils répondent aux exigences de l'article 46, litt. e.

En 1907, il s'agit, dans les trois cas, de femmes sans enfants, étant toutes internées depuis plus de trois ans dans des asiles d'aliénés et déclarées atteintes d'aliénation mentale incurable par les certificats des spécialistes.

La première, mariée en 1889, était internée depuis 1903, lorsque son mari fit la demande en divorce.

La seconde, mariée en 1896, internée depuis 1902, serait devenue aliénée après un accident, chute sur la tête.

Dans ces deux cas, il n'est pas fait mention dans le jugement d'autres considérants que ceux résultant de l'incurabilité de l'affection mentale et de sa durée de plus de trois ans.

---

(1) Ces chiffres du Bureau fédéral ne concordent pas avec ceux que j'ai donnés plus haut (248 en 1907, 250 pour 1908 et 232 pour 1909), parce que Genève n'indique pas à Berne à la fin de l'année les cas de divorce jugés pendant les trois derniers mois qui ne sont pas encore *définitifs*.



Le troisième cas concerne une femme mariée en 1903, internée depuis 1904, une année à peine après son mariage. Le divorce est prononcé, « attendu, dit le jugement, qu'elle est atteinte d'angoisses constantes, de mélancolies (au pluriel), qu'elle crie continuellement, qu'elle est agressive, internée depuis plus de trois ans, déclarée incurable, etc... ».

Les cas ci-dessus ne seraient plus admis comme motivant le divorce avec le nouveau Code civil suisse, comme nous le dirons dans un instant.

En juillet 1907, un autre cas a provoqué une discussion relative à l'application de l'article 46 e. Il s'agissait d'une dame, fanatique du régime végétarien, qui prétendait l'imposer à son époux bienveillant, et qui l'obligea pendant trois ans à s'y soumettre, au point qu'il en tomba malade.

Le ministère public dit, dans ses conclusions :

Attendu... qu'il n'est pas possible d'attribuer un caractère injurieux à l'originalité excessive de dame N..., ni à l'indifférence dont elle a fait preuve au cours de la présente instance;

Que le seul motif déterminé auquel pourraient se rapporter d'une façon très lointaine et très imparfaite les étranges exigences de dame N..., serait celui prévu à l'article 46 e;

Que, cependant, l'état de la défenderesse n'a pas reçu d'un praticien la qualification exigée par le législateur;

Attendu, cependant, que les circonstances de la cause démontrent que le lien conjugal est profondément atteint;

Qu'il faut donc faire l'application de l'article 47, auquel se réfère subsidiairement le demandeur;

Attendu que ladite disposition légale admet l'option entre le divorce et la séparation de corps...;

Que le demandeur a fait preuve de patience, se soumettant même à la volonté de sa femme, si étranges que fussent les exigences de celle-ci, et désagréables qu'en aient été fréquemment pour lui les conséquences, etc.

Le divorce a été prononcé dans ce cas parce qu'il était démontré que *la vie commune n'était plus possible*.

Voici cet article 47 :

Article 47. — S'il n'existe aucune de ces causes de divorce (énumérées à l'article précédent) et que, cependant, il résulte des circonstances que le lien conjugal est profondément atteint, le tribunal pourra prononcer le divorce ou la séparation de corps. Cette séparation ne peut être prononcée pour plus de deux ans.

Si, pendant ce laps de temps, il n'y a pas réconciliation entre les époux, la demande en divorce peut être renouvelée, et le tribunal prononce alors librement d'après sa conviction.

En juin 1908, le tribunal prononça le divorce entre les époux X... sur la demande du mari, qui produisit un certificat médical déclarant que sa femme était internée dans un asile d'aliénés depuis plus de trois ans et qu'elle était incurable. Le principal motif, avancé par le mari pour demander son divorce, était la modicité de son salaire, qui ne lui permettait pas de payer plus longtemps la pension de sa femme à l'asile! Il va sans dire qu'une raison semblable n'aura plus cours lorsque le nouveau Code civil, dont nous parlerons tout à l'heure, sera entré en vigueur.

Le cinquième cas, celui de 1909, concerne un Allemand. Sa femme avait été d'abord internée à l'asile cantonal de Bel-Air, puis rapatriée dans un asile de l'Allemagne. Le directeur de cet asile envoya le certificat d'incurabilité, la durée de la maladie mentale ayant dépassé quatre ans. Le jugement, assez compliqué, se réfère à la loi genevoise de juillet 1880 et à l'arrêté fédéral sur la Convention internationale de La Haye relative au divorce et à la séparation de corps. En outre, il fallut obtenir le consentement du tuteur de la malade internée comme le prescrit la loi allemande. Enfin, le divorce fut prononcé conformément à l'article 46 *litt. e* de la loi fédérale.

Le tribunal tint compte des considérants suivants :

Attendu que l'article 1569 de la loi civile allemande prévoit le divorce si l'un des époux est atteint d'une maladie mentale et que cette maladie ait duré au moins trois ans;

Attendu que l'article 612 de la loi de procédure civile allemande prévoit la nomination d'un tuteur pour les malades internés;

Que le tribunal de B... a nommé un tuteur à dame X... en la personne de son frère;

Que ce tuteur est intervenu dans la présente instance et a déclaré consentir au divorce X...;

Que le demandeur a ainsi satisfait à toutes les exigences des lois allemandes et des lois suisse et genevoise sur le mariage et le divorce;

Par ces motifs, etc...



Ces cas prouvent que les juges évitent autant que possible de prononcer le divorce en se basant sur l'aliénation mentale incurable. Ils cherchent d'autres motifs et invoquent le plus souvent la lettre *b* du même article. Voici le résumé d'un jugement semblable qui concerne un morphinomane (de décembre 1909) :

Attendu, dit le jugement, que le sieur B... ne travaille pas, qu'il rentre tard, fréquente les brasseries et mène une vie des plus suspectes, qu'il se livre dès longtemps à la morphine et devient alors dangereux pour sa femme ;

Attendu qu'il a fait de nombreux séjours dans les asiles d'aliénés et les maisons de santé ;

Attendu que dame B... a toujours soigné son mari avec un grand dévouement, mais qu'actuellement la vie commune est devenue impossible ; qu'il délaisse complètement sa femme ; ne lui adresse plus la parole ; ne subvient plus à l'entretien de sa femme et de ses enfants, etc. (Tout cela constitue l'injure grave indiquée par l'article 46 litt. *b* de la loi fédérale).

Le cas suivant concerne sans aucun doute une malade atteinte de « psychose périodique » ; cependant le divorce n'a pas été accordé en se basant sur l'article 46 litt. *e*, comme on devait s'y attendre. On a invoqué l'article 45 qui ne précise aucun motif. Il me paraît intéressant de donner quelques détails sur ce cas, que j'ai trouvé dans les divorces de mars 1908.

Il s'agit d'une femme dont le mari demande le divorce « parce qu'elle a fait preuve d'un caractère tantôt irascible, tantôt déprimé ; qu'elle faisait, sans motifs, des scènes à son mari ; qu'elle lui a dit qu'elle ne l'aimait plus, et qu'à plusieurs reprises elle l'a menacé de se jeter par la fenêtre ;

« Que le demandeur a cherché à rendre meilleur le caractère et les dispositions de sa femme, qu'il lui a fait donner les soins les plus attentifs ;

« Que, depuis plus de six mois, la défenderesse est absente volontairement du domicile conjugal et est allée se fixer chez ses parents, à l'étranger. »

Ces époux, qui avaient près de cinq ans de mariage, n'ont pas eu d'enfants.

Le ministère public déposa les conclusions suivantes :

« Il est hors de doute que la continuation de la vie

commune des époux est incompatible avec la nature du mariage, pour employer les termes mêmes de la loi. Le tribunal constatera ce fait, qui résulte de toutes les pièces produites ; il pourra même constater que la vie commune a cessé et qu'il y aurait quelques difficultés à vouloir en rétablir le cours.

« Le tribunal se demandera, comme le ministère public, si, étant donnés les griefs spéciaux qui ont été articulés, et qui paraissent pouvoir être établis soit par les pièces, soit par les enquêtes, il convient de les passer sous silence, ou bien si leur existence ne devrait pas plutôt amener le juge à *refuser* de prononcer le divorce, en vertu de l'article 45 de la loi fédérale ? Il y a lieu de remarquer que ces griefs sont d'ordre très intime ; qu'en somme, ils ne sont que vaguement désignés, et que la difficulté de la preuve est considérable en des matières aussi délicates. Aussi, puisque M<sup>me</sup> T..., dont les griefs devraient être plus particulièrement examinés, si l'on renonçait à l'application de l'article 45, consent à n'en invoquer aucun, il convient de respecter son vœu d'entendre le moins de bruit possible s'élever autour de ce procès : il convient surtout de ménager sa *santé physique et morale*, que l'âpreté d'une discussion publique et d'enquêtes contradictoires ne pourrait qu'ébranler davantage.

« Le tribunal pourra donc, sans aucune hésitation, prononcer le divorce dans les conditions que les époux ont indiquées et mettre ainsi fin à une union dont l'écroulement a été aussi rapide qu'il a été complet. »

En terminant, le ministère public demanda que le divorce fût prononcé en vertu de l'article 45 de la loi fédérale, ce qui a été adopté par le tribunal. Voilà donc un cas d'aliénation mentale aboutissant au divorce, qui n'est pas admis par le tribunal dans la rubrique à laquelle il appartiendrait (*article 45 litt. e*), mais bien plutôt considéré comme relevant du consentement mutuel des deux époux lorsqu'il « résulte des circonstances de la cause que la continuation de la vie commune est incompatible avec la nature du mariage » (*article 45 de la loi fédérale de 1874*).

Le tribunal a préféré cette vague formule à la mention de l'*aliénation mentale* de l'un des époux, et nous pou-



vons ajouter que des cas analogues ont dû maintes fois se présenter.

Je ne connais pas un seul cas de démence sénile qui ait donné lieu à une demande en divorce, basée sur l'article 46 litt. e.

Voici un dernier cas, relatif à cet article, dont le jugement vient d'être rendu tout récemment le 9 novembre courant.

Il s'agit des époux D..., qui se sont mariés en 1890 et qui ont deux enfants, dont l'un est majeur. Le mari est tombé malade il y a six à sept ans et il est interné depuis 1905. Il a été interdit en 1907. Le ministère public conclut au divorce, demandé par la femme, en se basant sur l'article 46 litt. e de la loi fédérale de 1874, la maladie mentale étant considérée comme incurable. Mais les médecins se sont refusés jusqu'ici à délivrer un certificat d'incurabilité. Le jugement fut motivé comme suit :

Attendu que l'article 46 litt. e de la loi fédérale sur l'état civil, le mariage et le divorce dispose que le divorce doit être prononcé pour cause d'aliénation mentale lorsqu'elle dure depuis trois ans et qu'elle est déclarée incurable ;

Attendu que, si la première des conditions posées par l'article de la loi précité est réalisée en l'espèce, il n'en est pas de même de la seconde ;

Qu'en effet, contrairement à l'affirmation énoncée par le représentant du ministère public, aucune pièce n'établit que l'état de D... soit incurable ;

Attendu que dans de telles conditions, le Tribunal violerait une disposition légale formelle en provoquant le divorce entre les époux D... ;

Oùï les conclusions du substitut du procureur général ;

Par ces motifs,

Le Tribunal, jugeant en premier ressort,

Déboute la demanderesse de ses conclusions et compense les dépenses.

Ce jugement sera sans doute un des derniers, si ce n'est même le dernier, de tous ceux qui ont été rendus en Suisse depuis 1876, en vertu de cet article 46 litt. e, car la nouvelle loi fédérale qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier prochain n'admet plus l'aliénation mentale

incurable, ayant duré plus de trois ans, comme un motif suffisant de divorce.

En effet, le nouveau *Code civil suisse* du 10 décembre 1907 renferme les articles suivants, sensiblement différents des prescriptions de la loi de 1874 :

*Article 159.* — Les époux se doivent l'un à l'autre fidélité et assistance.

*Article 169.* — Lorsqu'un des époux néglige ses devoirs de famille ou expose son conjoint à péril, honte ou dommage, la partie lésée peut requérir l'intervention du juge.

*Article 170.* — Un époux peut avoir une demeure séparée, aussi longtemps que sa santé, sa réputation ou la prospérité de ses affaires sont gravement menacées par la vie en commun (1).

*Article 141.* — Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps pour cause de maladie mentale de son conjoint, si cet état rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur, et qu'après une durée de trois ans la maladie ait été reconnue incurable à dire d'experts.

Ainsi le nouveau Code civil suisse insiste sur les conditions indispensables qui doivent être réalisées pour que l'aliénation mentale puisse être invoquée comme motif de divorce. Ce n'est plus la maladie elle-même, même incurable, qui devient une cause de divorce. Il faut en outre qu'elle rende *la continuation de la vie en commun insupportable*. Ceci est un argument juridique qui ne concerne plus les médecins. Remarquons la différence de cette prescription avec celle de la loi allemande, qui dans son article 1569 parle de la « communauté mentale », et par conséquent de l'intervention de l'expert médical pour juger du degré de cette *communauté*. L'article 141 de la loi suisse prescrit aussi que l'examen mental doit être fait par un *expert*, c'est-à-dire par un médecin aliéniste ; mais le rôle de celui-ci sera terminé lorsqu'il aura reconnu la curabilité ou l'incurabilité de la maladie mentale ayant une durée de plus de trois ans. Il va sans dire cependant que l'expert fournira dans son rapport tous les éléments susceptibles

---

(1) Le régime de la « séparation de corps » n'était admis auparavant que pour deux ans, comme préface au divorce qui devait être prononcé nécessairement après ce laps de temps si la réconciliation n'avait pas eu lieu.



d'éclairer le tribunal sur les conséquences de la maladie mentale pour la vie conjugale. La description des symptômes et la discussion du pronostic, qui rentrent évidemment dans les attributs du médecin-expert, suffiront pour cela. Mais il appartient au juge de faire la preuve de la seconde condition imposée par cet article 141 pour qu'une maladie mentale incurable devienne un motif de divorce, c'est-à-dire de démontrer que l'état mental du conjoint rend la continuation de la vie commune insupportable.

Il en est de même pour les articles 138 et 139 qui remplacent l'article 46 *litt. b*, dont nous avons souvent parlé déjà à propos de l'alcoolisme.

*Article 138.* — Chacun des époux peut demander le divorce pour cause d'attentat à sa vie, de sévices ou d'injures graves de la part de son conjoint.

*Article 139.* — Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps, lorsque son conjoint a commis un délit infamant ou mène une conduite si déshonorante que la vie commune est devenue insupportable au demandeur.

Nous savons maintenant que la grande majorité des cas répondant à ces deux articles ressortissent à l'influence de l'alcoolisme sur les unions matrimoniales. Nous savons, d'autre part, les funestes effets des boissons alcooliques sur les cerveaux psychopathiques. Nous devons en conclure qu'au lieu d'abandonner la lutte contre le fléau envahissant de l'alcoolisme, comme le préconisent certains confrères découragés, nous devons, au contraire, redoubler d'ardeur pour combattre sans relâche cette redoutable maladie sociale, par tous les moyens qui sont à notre disposition, par notre action privée et publique sur l'opinion et sur les gouvernements.

#### DISCUSSION

M. FILLASSIER. — J'ai pris, comme vous tous, le plus vif intérêt à la communication de M. Ladame. Je demande à la Société la permission de retenir devant elle deux points qui m'ont particulièrement frappé :

1° Si j'ai bien compris l'orateur, le nombre des cas de divorce pour aliénation mentale est très peu élevé en

Suisse depuis la loi de 1874 (à Genève, 3 cas en 1907, 1 cas en 1908, 1 cas en 1909). Il en résulte que ceux qui croient que l'admission de cette nouvelle cause de rupture du lien conjugal dans notre législation est destinée à jeter un trouble profond dans la solidité des unions verront peut-être leurs craintes diminuer. Je reconnais cependant que nous ne sommes pas dans le même pays et qu'ici les mœurs, les habitudes ne sont pas absolument identiques ;

2° M. Ladame nous a dit ensuite que parfois le juge suisse n'avait pas voulu justifier sa décision par l'aliénation mentale ; il a cherché s'il n'y avait pas quelque autre motif de la justifier dans les faits de la cause. Une telle préoccupation a souvent été celle des juges français, avec cette distinction que nos magistrats n'avaient pas à choisir les motifs de leur décision, mais à décider s'ils accueilleraient ou repousseraient la demande dont ils étaient saisis. C'est ainsi, comme nous l'avons indiqué au Congrès de Bruxelles de 1910, M. Juquélier et moi, que les tribunaux prononcent le divorce lorsque l'époux défendeur s'est livré d'une manière habituelle et avec scandale à des faits d'ivresse ; c'est ainsi que l'arrêt de Bordeaux, intervenu à la suite du rapport de M. Régis, trahit la préoccupation du magistrat de prononcer le divorce contre un époux qui avait été interné, mais qui s'était rendu coupable d'injures graves vis-à-vis de son conjoint et avait montré l'impossibilité par lui de s'adapter à la vie conjugale.

M. Ritti a bien voulu me communiquer le texte des décisions de justice dont il vous a entretenus à la dernière séance ; il en résulte que le tribunal, pour prononcer le divorce d'un aliéné, a considéré comme une injure grave le fait de la dissimulation d'un état morbide antérieur au mariage ; le tribunal de la Seine a rendu le 24 juin 1911 un jugement à certains égards comparable, bien que le demandeur ait été débouté. Deux époux se marient en 1899 ; la femme est internée en 1902 ; en 1910, le mari demande le divorce pour injure grave, sa femme, dit-il, lui ayant dissimulé un premier internement antérieur au mariage. Ce mari avait à plusieurs reprises visité sa femme pendant le séjour de celle-ci à l'asile ; le tribunal le déboute de sa



demande, en estimant que ces démarches affectueuses constituaient une preuve du pardon de l'injure.

Peut-être n'est-on pas trop audacieux en pensant que les juges auraient apprécié différemment, au moins en ce qui concerne ce moyen, s'il n'y avait pas eu pardon supposé.

L'injure grave résulte donc du fait de la dissimulation de l'état antérieur, et, par ce fait, le juge paraît vouloir se réserver le moyen de prononcer le divorce lorsque l'un des époux est manifestement aliéné.

### Essai de suppression du quartier cellulaire dans un service de femmes,

par M. LWOFF.

Le quartier cellulaire, comme autrefois les chaînes, comme plus près de nous, trop près de nous, peut-être, les entraves, les camisoles de force, la fixation au lit et au fauteuil de gâteaux, constitue un moyen de contrainte que, théoriquement, tous les aliénistes réprouvent. Ils reconnaissent que ces moyens n'ont rien à faire avec la thérapeutique proprement dite et que leur emploi n'est justifié que dans les cas de force majeure, quand la sécurité du malade ou de l'entourage est menacée.

Les traditionnalistes outranciers, admettant en principe que « la camisole a du bon », sont tout à fait rares. Mais la notion « cas de force majeure » est trop extensible. L'invoquent ceux qui, au Maroc, garnissent le cou des malades d'un lourd collier de fer, muni d'une chaîne rivée au mur, et ceux aussi qui se bornent à pratiquer l'alitement.

Des moyens de coercition, autrefois jugés indispensables, disparaissent progressivement, rendus inutiles par les progrès de la thérapeutique mentale.

Il serait donc intéressant de chercher à préciser et de dire à quelle limite peut être étendue, de notre temps, la liberté accordée aux aliénés.

Les entraves, les camisoles, la fixation au lit ou au fauteuil des gâteaux n'existent plus dans la plupart des

asiles modernes, en France et en Europe. Dans les cas graves on place les malades dans des cellules isolées et annexées aux pavillons ordinaires, ou bien réunies en groupe dit quartier cellulaire. De petites courettes sont annexées souvent à ces cellules. On y retrouve les caractères essentiels d'une organisation pénitentiaire moderne, avec son strict isolement.

Mais l'homme est un produit des milieux cosmique et social qui l'entourent, et sa vie ne sera normale que si des échanges organiques et psychiques, des actions et des réactions se produisent incessamment entre lui et son milieu.

L'isolement prolongé, la vie dans un espace restreint, diminuent les échanges organiques, réduisent au minimum l'apport des organes des sens, des impressions, des idées nouvelles et soumettent l'intelligence, le système nerveux à une sorte d'autophagie.

L'isolement détruit les habitudes sociales et est considéré à juste titre comme la punition la plus cruelle qu'on puisse infliger à un criminel.

Comme l'homme normal, les aliénés résistent mal à l'isolement, qui aggrave presque toujours leur état. Ils deviennent hostiles, ombrageux, intractables, violents, refusent tous soins. On sait combien facilement deviennent malpropres les malades mis en cellule, même ceux d'entre eux qui, jusque-là, se montraient soigneux de leur personne.

Ces changements ont depuis longtemps retenu l'attention des aliénistes; mais ce n'est que depuis l'application en grand de la clinothérapie et de la balnéation prolongée qu'il est devenu possible, sinon de supprimer entièrement, au moins de restreindre, dans une très large mesure, la pratique de l'encellulement.

De mon côté, j'essaye depuis quatre ans de ne plus me servir du quartier cellulaire de mon service, et mon expérience ne fait que confirmer l'opinion de ceux de mes collègues qui demandent depuis longtemps la suppression de ces quartiers dans les asiles modernes.

Dans mon essai, je me suis heurté à une difficulté bien inattendue et dont je crois devoir vous dire quelques mots. Elle démontre que non seulement le grand public, mais même ceux de qui dépend le sort des alié-



nés ne sont pas toujours au courant des besoins de nos malades.

Vous savez qu'une Commission de surveillance contrôle le fonctionnement des asiles d'aliénés, visite au moins une fois par an ces établissements et publie les comptes rendus de ses séances et de ses visites et y consigne ses observations. Or, voici ce qu'on lit, dans un rapport sur mon service daté du 18 juillet 1909, adopté par la Commission et publié dans ses comptes rendus :

« Le quartier cellulaire reste complètement inoccupé pendant le jour, le traitement *consistant en alitement prolongé et bains.* »

« Nous avons été péniblement impressionnés lors de notre dernière visite par les résultats de ce traitement qui, s'il peut être efficace sur le malade en état de crise, ne peut pas contribuer à calmer le système nerveux des autres malades condamnés à cette atmosphère de hurlements, de cris, sans trêve nuit et jour. Il me paraît regrettable que les chambres d'isolement parfaitement installées ne soient ainsi utilisées qu'à la dernière extrémité. Leur emploi plus *libéral* amènerait au moins un certain apaisement dans un quartier d'agités, etc. »

J'ai cru devoir défendre la thérapeutique moderne dans mon rapport annuel en disant :

« Ce jugement sévère, suivi de condamnation, d'une méthode de traitement, n'est peut-être pas suffisamment motivé. Il serait difficile d'ailleurs, même à une spécialité consommée, de donner une appréciation aussi définitive sur les résultats d'un traitement après une simple visite dans un service d'aliénés. Il y a un ensemble de données dont il faut tenir compte, un fonctionnement complexe qu'il faut étudier longtemps avant de se prononcer. Les résultats d'un traitement ne sont pas immédiatement tangibles et mémorables et on risquerait fort de se tromper. Il serait inexact de dire, par exemple, comme le fait M. le rapporteur, que les malades sont condamnés à cette atmosphère de cris, de hurlements, sans trêve nuit et jour. »

En réalité, les malades agitées se lèvent dans la

journée, vont se promener dans la cour ; les plus agitées, celles qui dorment mal la nuit, couchent dans des chambres d'isolement du quartier cellulaire, occupées la nuit.

On sait qu'un des résultats de la clinothérapie a été de supprimer cette atmosphère d'excitation et les bruits des salles restreintes où l'on entassait quelquefois plus de 80 malades, etc. C'est grâce à l'alitement qui calme les malades, qu'on pourra donner à l'asile l'aspect d'un hôpital ; que le séjour en cellules entretient, aggrave même le plus souvent l'agitation. Grâce à l'alitement et à la surveillance qu'il rend plus efficace, le nombre de suicides a diminué dans nos asiles, etc.

Cet incident prouve que les notions de thérapeutique mentale moderne ne sont pas assez répandues dans le public.

La clinothérapie devrait être aussi connue que la sérothérapie, etc.

Le médecin des asiles ne sera pas exposé alors à voir rejeter un projet d'installation permettant de faire de la clinothérapie et de donner des bains prolongés.

On ne lui reprochera pas alors d'avoir recours à l'alitement, comme on ne lui reproche pas actuellement d'employer la quinine dans la fièvre intermittente.

Quelques mots maintenant sur les difficultés que présente la suppression d'un quartier cellulaire. La clinothérapie, la balnéation et le traitement moral nécessitent des installations spéciales et un nombre de médecins et d'infirmiers beaucoup plus grand que celui dont nous disposons actuellement.

De plus, le personnel secondaire doit avoir une éducation spéciale, et c'est par là qu'il faudrait commencer.

Cette éducation doit se faire, bien entendu, d'une façon pratique. Dans nos asiles, le personnel est habitué au nouveau traitement et on entend souvent les surveillantes dire au médecin : « Le malade s'est excité, je l'ai mis au lit. » Autrefois, on disait : « Je lui ai mis la camisole, je l'ai mis en cellule. »

Le quartier d'isolement est remplacé par une salle d'hôpital, le malade est libre, on s'occupe de lui et il n'est guère besoin d'insister pour faire comprendre combien y gagne le traitement moral. Sur dix malades



excités, qu'autrefois on jugeait nécessaire d'enfermer dans une chambre, neuf au moins resteront au lit sans nécessiter une surveillance spéciale. Dans nos deux dortoirs d'alitement ayant en tout 30 lits, il est rare que les infirmiers aient à s'occuper plus spécialement d'un ou de deux malades. Il arrive cependant qu'on se trouve en présence d'un accès d'agitation motrice extrême avec tendance à la destruction, etc. Dans ces cas, faute d'un personnel suffisant, on se trouve dans la nécessité d'avoir recours à la chambre d'isolement pour un temps très court.

Nous nous servons, à cet effet, de trois chambres qui se trouvent près des dortoirs d'alitement. Le malade est sous les yeux du personnel et, aussitôt qu'il se calme un peu, il est ramené au dortoir d'alitement. Le calme s'obtient également par la balnéation. Malheureusement, nos pavillons d'agités sont dépourvus de baignoires et on est obligé de faire un chemin assez long pour arriver à la salle de bains. Toutes ces imperfections rendent l'application du traitement assez difficile et nécessitent un grand effort de la part du personnel. Le pavillon cellulaire est occupé pendant la nuit ; on y couche les malades les plus bruyantes.

J'ajoute que malgré la suppression des cellules pendant le jour, l'emploi des calmants n'est pas plus fréquent qu'autrefois. L'hyoscine n'a été donnée que trois fois en quatre ans, à la dose de 1 milligramme.

Pour l'insomnie, on a recours à des moyens habituels (chloral, véronal, etc.).

On ne dira donc pas, comme on l'a dit quelquefois, que l'alitement n'est possible que grâce à l'emploi de la *camisole chimique*.

Le dogmatisme appliqué à la thérapeutique peut constituer un véritable danger et il serait au moins inutile de vouloir affirmer à l'heure actuelle qu'on peut supprimer l'isolement d'une façon absolue. Notre expérience permet cependant de dire : 1° que le quartier cellulaire peut être entièrement supprimé, comme organisme indépendant ; 2° que l'isolement dans une chambre n'est justifié que dans des cas rares et pourrait devenir, avec un personnel suffisant et une organisation adéquate, une mesure tout à fait exceptionnelle.

J'ajoute, en terminant, que dans le projet de construction du septième asile du département de la Seine, les quartiers cellulaires ne sont pas prévus.

## DISCUSSION

M. ARNAUD. — En écoutant la communication de M. Lwoff, je me demandais ce que devenaient dans son service les malades bruyants, destructeurs, impulsifs, violents ; la fin de cette communication me fournit la réponse que je désirais. M. Lwoff n'a plus de quartier cellulaire, mais il a des chambres d'isolement : il est donc encore nécessaire de pratiquer parfois l'isolement de certains malades. D'autre part, M. Lwoff peut-il, la nuit, laisser coucher en dortoir les malades qui pendant le jour sont séparées des autres par le bain prolongé ?

M. LWOFF. — Dès qu'on supprime le quartier cellulaire, on supprime un régime spécial et déplorable : celui de la séquestration parfois prolongée dans une pièce constamment fermée, où les malades deviennent de moins en moins sociables, lorsqu'ils ne se suicident pas. L'alitement suffit à calmer un grand nombre d'agités. Voilà le fait qui m'a surpris moi-même au début, mais qui est indiscutable. Dans les cas exceptionnels où il faut encore isoler un malade, pendant les heures d'agitation suraiguë, la chambre ouverte, contiguë au dortoir, permet de réaliser cet isolement, qui est surveillé et temporaire. Quant aux malades traités par la balnéation prolongée, tantôt ils couchent en dortoir, tantôt dans une chambre d'isolement ; il n'y a rien de systématique.

M. ARNAUD. — La suppression des cellules n'entraîne pas la suppression de l'isolement en toutes circonstances. C'est un point qu'il faut bien préciser.

M. LWOFF. — La suppression des cellules entraîne la disparition de l'isolement continu et prolongé ; elle réduit l'isolement à une mesure exceptionnelle, et interrompue toutes les fois que cela est possible.

M. BONNET. — Il est indiscutable que les malades sont moins abandonnés dans les chambres d'isolement,



telles que M. Lwoff vient de les décrire, que dans les anciennes cellules. On ne saurait trop préconiser l'emploi de ces chambres.

M. LWOFF. — La question de savoir s'il est possible en toutes circonstances de supprimer l'isolement est peut-être discutable ; ce qui n'est pas discutable, c'est qu'on peut aujourd'hui surveiller et calmer par l'alitement, et cela sans recourir aux moyens chimiques, un grand nombre de malades qu'on n'hésitait pas, il y a peu de temps encore, à mettre en cellule pendant des semaines et des mois. Il faut que le personnel infirmier et le public sachent cela ; et à cette condition les critiques analogues à celles que je citais en débutant, et qui paraissent regretter un réel progrès, ne seront plus formulées.

La séance est levée à 6 heures.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

*Conseils aux infirmiers* ; par les D<sup>rs</sup> M. Belletrud et P. Froissart (de Pierrefeu). Vol. in-16 de VIII-331 pages. Vigot frères, Paris, 1910.

Sous un volume relativement restreint, les auteurs ont eu l'habileté de faire rentrer dans ce livre des éléments d'hygiène, de symptomatologie élémentaire, de petite chirurgie et de déontologie manicomiale. Cet ensemble constitue, sous un titre trop modeste, un véritable manuel d'infirmier d'asile qui assurément est le meilleur, et de beaucoup, de tous ceux qui nous ont été donnés. C'est même un manuel trop complet, ce qui, à un certain point de vue, est le meilleur éloge que l'on puisse faire d'un manuel, parce que je crains qu'il n'incite ceux qui le liront, j'entends ceux à qui en dernière analyse il s'adresse, à l'exercice illégal de la médecine. Il ne s'agit pas ici de cette crainte de concurrence, de concurrence déloyale, qui n'est justifiée que par les nécessités cruelles du *struggle for life* ; non, il s'agit d'une crainte dont les mobiles sont plus élevés : celle de voir des demi-savants se croire une science qu'ils n'ont pas et se transformer inconsciemment en donneurs de conseils, et de mauvais conseils, au lieu de rester de simples auxiliaires. Qui de nous n'a vu de ces vieux surveillants d'asile, dévoués et consciencieux, réprimer un léger sourire devant les méthodes nouvelles importées dans un asile par un médecin plus jeune et mieux averti ? J'ai connu un vieux brave homme d'infirmier qui jamais n'a pu se résoudre à remplacer la seringue par l'irrigateur. Il est ainsi à craindre que ceux qui lisent et s'assimilent des manuels trop complets se croient instruits pour toujours et ne considèrent comme sacré un livre qui n'est que la reproduction des méthodes et des théories d'un temps. C'est le seul reproche que je me permettrai de faire à un livre qui se lit trop aisément pour que ceux qui l'auront entre leurs mains ne soient pas contraints de le lire jusqu'au bout et de le garder près d'eux pour le relire. Et peut-être cette remarque que je fais n'est-elle qu'une impression : j'ai pris un tel plaisir à lire la quatrième partie de ce manuel : *Attitude des infirmiers*, que j'ai regretté qu'elle ne soit pas plus



longue et j'ai pensé qu'elle l'eût été si la médecine pure n'avait par ailleurs pris trop de place.

Notre collègue Belletrud s'est préoccupé depuis le début de sa carrière du relèvement du sort des agents subalternes des asiles, il a eu l'heureuse fortune de pouvoir mettre en pratique bien des conceptions théoriques, il est de ceux qui luttent pour que nos asiles deviennent des hôpitaux et soient appelés hôpitaux; il est surtout un convaincu qui sait faire partager ses enthousiasmes, et le livre qu'il a écrit avec notre collègue Froissart est en quelque sorte une des manifestations de ce bon combat. A ce nouveau titre, il faut en conseiller la lecture; il rendra de grands services à ceux qui veulent instruire leurs infirmiers et les intéresser à leur tâche, ce qui est le meilleur moyen de les conserver.

LUCIEN LAGRIFFE.

*El suicidio, la locura y las degeneraciones* (Le suicide, la folie et les dégénérescences), par le Dr M. Martin Claveria. Broch. de 11 pages. Extrait du *Protocolo Medico-Forense*, Téruel, juin 1910, n° 6.

Les individus qui se suicident sont-ils aliénés? L'auteur pense que tout suicide s'accomplit en un de ces moments de déséquilibre mental qui peuvent se produire chez toute personne, et pendant lesquels se suspend le contrôle absolu de la raison; car tout être dont l'instinct de conservation n'est pas assez puissant pour le rattacher à la vie ne jouit pas d'un développement psychique normal. Cette opinion se confirme par l'étude des rapports du suicide et de la folie.

La folie est la principale cause du suicide : les statistiques qui révèlent ce fait seraient complètement démonstratives, si l'on y ajoutait les cas de folie passés inaperçus et les cas plus nombreux de dégénérescence mentale ignorée. Cette question de la dégénérescence mérite plus d'importance qu'on ne lui en accorde. Il est connu que, au fond de la vie intime de sujets porteurs de tares dégénératives héréditaires, se cachent beaucoup d'actes impulsifs contre eux-mêmes et contre autrui, à côté de perversions instinctives multiples. C'est de la dégénérescence mentale que relèvent les suicides familiaux et collectifs accomplis avec les apparences d'une parfaite lucidité. Beaucoup de déserteurs de la vie se recrutent parmi les dégénérés et les débiles intellectuels.

L'examen des statistiques montre d'autre part que l'âge, le sexe, les professions, etc., jouent, dans l'étiologie du suicide, le même rôle que dans celle de la folie. A ce point de vue, le problème du suicide se confond avec celui du déséquilibre mental. Les nombreux suicides d'hommes de génie en sont une preuve, par suite du rapport étroit existant entre le génie et la folie.

L'auteur étudie, dans une deuxième partie de son travail, la pathogénie et les modalités d'exécution du suicide dans les diverses formes de folie, de dégénérescence et de déséquilibre mental. Nous ne pouvons que signaler cette intéressante étude sémiologique et clinique.

Cette manifestation spéciale de la folie qu'est le suicide, malgré sa variété de formes, possède des caractères propres dont voici les plus constants et les plus généraux :

1° La façon brusque dont le dégénéré et le vésanique exécutent leur acte, sans que l'instinct de conservation puisse en empêcher ou même en retarder l'accomplissement (excitation maniaque); 2° La multiplicité des blessures, la diversité des moyens et leur violence (manie mélancolique); 3° Les mobiles sont de trois sortes : un syllogisme parfait en apparence, un raisonnement logique, une conviction profonde, une erreur difficile à dissiper (folie raisonnante); ou bien un prétexte futile qui souvent reste mystérieux, une grande disproportion entre le mobile et l'acte qui dénote le trouble du processus volitif (folie impulsive); ou encore l'indécision, l'anxiété, la répulsion, et l'horreur de l'acte que les malades s'efforcent d'accomplir (neurasthénie, mélancolie anxieuse); 4° La perversion morale, la dépravation, la rupture des liens familiaux et sociaux, l'exagération morbide des sentiments, l'ambition, l'imitation, etc., précèdent et accompagnent le suicide des fous moraux; 5° Au suicide s'associent, chez les aliénés, l'homicide et d'autres actes contre l'ordre social. Un détachement excessif de la vie, telle est la caractéristique de toutes les formes de la folie.

L. ARSIMOLES.

*Un caso di amiotrofia professionale in una microscopista* (Un cas d'amyotrophie professionnelle causée par l'usage du microscope); par le D<sup>r</sup> Gaetano Martini. Broch. in-8°. Extrait de *Ramazzini*, 1910.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans, employée dans un établissement de sériciculture depuis sept ans, et se servant du



microscope pendant plusieurs heures par jour, dans un local malsain, l'auteur a observé des troubles du trophisme musculaire au niveau de la main droite. Ces troubles se caractérisaient par un amaigrissement de toutes les masses musculaires et avaient débuté par une sensation de torpeur et des fourmillements, limités d'abord au bord interne de l'avant-bras et au doigt auriculaire, puis étendus ultérieurement à toute la main. L'examen ne révéla pourtant aucun trouble de sensibilité objective et la compression des troncs nerveux n'était pas douloureuse; les troubles fonctionnels étaient en correspondance parfaite avec l'atrophie musculaire, enfin il n'y avait pas de D. R. L'auteur montre que cette amyotrophie doit être considérée comme professionnelle, et il recherche avec précision la physiologie pathologique de cette affection dans le cas présent; il estime qu'il faut surtout incriminer la compression du nerf cubital dans la gouttière épitrochléo-olécranienne dans l'appui du bras sur la table et dans une position incommode; il met l'atrophie musculaire sur le compte de lésions médullaires; lésions non définitives, d'ailleurs, puisque le traitement électrique a déterminé une amélioration déjà considérable.

LUCIEN LAGRIFFE.

---

*Sulle pieghe del curio capelluto nei malati di mente* (Sur les plis du cuir chevelu dans les maladies mentales); par le Dr Eugenio Bravetta. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della Società medico-chirurgica di Pavia*, 1910.

De cette intéressante question, à laquelle l'auteur apporte une nouvelle contribution sous la forme de trois observations, illustrées de neuf excellentes photographies, on peut conclure avec Paravicini que les plis qui, d'ailleurs, ne se rencontrent que chez les dégénérés (idiots, microcéphales, imbéciles, fous et criminels), ne sont pas autre chose que la continuation et l'exagération des rides frontales; elles se retrouvent chez quelques animaux (chiens, chats, lions, singes), où elles sont déterminées par la contraction des muscles sus-auriculaires, et constituent chez l'homme un caractère dégénératif de déviation absolue et un caractère atavique réversif.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Un caso di pseudologia fantastica in una bambina mentalmente deficiente* (Un cas de pseudologie fantastique chez une fillette mentalement déficiente); par le professeur Andrea Cristiani. In-8° de 4 p., S. d. n. l.

Relation résumée d'une très intéressante observation médico-légale concernant une fillette de treize ans qui accusa un oncle, avec lequel elle habitait, d'avoir abusé d'elle. Après un examen de la plaignante et des faits, le professeur Cristiani démontra que cette fillette était atteinte de déficience mentale originaire avec phénomènes neuropsychopathiques hystériques, pseudologie fantastique, mythomanie, fabulation. La fillette montra d'ailleurs de fréquentes variations dans son récit, les débats mirent au jour des témoignages qui contredisaient formellement certaines particularités de l'accusation, et l'examen gynécologique de la petite plaignante prouva l'absence de toute tentative de défloration. Conformément aux conclusions du savant expert, l'accusé fut renvoyé absous, et la fillette avoua bientôt spontanément qu'elle n'avait inventé cette histoire que pour se venger de son oncle, auquel elle reprochait des choses sur lesquelles elle refusa de s'expliquer, peut-être parce qu'elle en était incapable.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Contributo alla diagnosi anatomo-patologica della paralisi progressiva* (Contribution au diagnostic anatomo-pathologique de la paralysie progressive); par le Dr Dino de Albertis. Broch. in-8°, extrait de la *Riforma medica*, 1910.

L'étude approfondie de vingt-quatre cas de paralysie générale a montré à l'auteur du présent travail que dans les cas cliniquement certains, ayant présenté une évolution en quelque sorte normale, les résultats de l'examen histologique du cortex ont été constamment semblables et caractéristiques de la maladie. Dans quelques cas où les résultats se sont montrés anormaux, l'allure clinique s'est corrélativement écartée de la normale. La particularité la plus intéressante à noter est que dans le cerveau de quelques paralytiques et dans le cervelet de la plupart on observe des rapports de continuité entre les prolongements protoplasmiques des cellules à bâtonnets et le protoplasma des cellules névrogliques. Cette particularité montre



que l'ancienne hypothèse de Nissl touchant l'origine des cellules à bâtonnets, renouvelée et rajeunie plus récemment par Cerletti et par Straussler, semble être celle qui se rapproche le plus de la vérité.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Contributo alla istologia patologica della paralisi progressiva* (Contribution à l'histologie pathologique de la paralysie progressive); par le Dr Eugenio Bravetta. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Pavia*, 1910.

L'auteur montre que toutes les altérations histologiques que les méthodes les plus récentes permettent de déceler au cours de la paralysie générale et qui d'ailleurs ne diffèrent en rien de celles décrites par les auteurs, ne sont pas particulièrement spéciales à la paralysie générale, mais que toutes peuvent se rencontrer dans les autres états psychopathiques et affections des centres nerveux. Mais il reconnaît cependant que c'est seulement dans la paralysie générale que ces altérations sont les plus nombreuses, les plus intenses, les plus évidentes et que ces derniers caractères permettent de faire avec une suffisante sûreté le diagnostic de paralysie générale progressive.

LUCIEN LAGRIFFE.

*La reazione de Wassermann nelle malattie mentali* (La réaction de Wassermann dans les maladies mentales); par les Drs E. Bravetta et G. Paravicini. Broch. in-8°. Extrait du *Bollettino della Società Medico-chirurgica di Pavia*, 1910.

L'auteur montre l'importance des résultats positifs fournis par la méthode de la déviation du complément pour le diagnostic de la syphilis aussi bien en psychiatrie qu'en neuropathologie. Il est évident que la réaction de Wassermann n'est pas spécifique; mais lorsqu'il est possible d'exclure les différents états morbides au cours desquels peut apparaître la déviation du complément, le résultat positif de la réaction permet toujours d'affirmer l'existence d'une syphilis héréditaire ou acquise.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Degeneración por sífilis adquirida* (Dégénérescence par syphilis acquise); par le Dr Daniel Sanchez de Rivera y Mosét. Broch. de 19 pages, Saragosse, 1911.

L'auteur pense, en se basant sur quatre observations, que la syphilis acquise peut créer de toutes pièces la dégénérescence mentale. Les cas se rangeraient dans trois groupes : Dégénérés par la syphilis, c'est-à-dire par les altérations des centres nerveux dues au spirochète ou à ses toxines; — Dégénérés par l'état moral ajouté à la syphilis, avec encéphale sain (dégénérescence précoce de la syphilis); — Dégénérescence par des causes associées (syphilis, alcoolisme, état moral, tares héréditaires et morbides). La pathogénie de ces cas est très difficile à expliquer.

L. ARSIMOLES.

*Travail et folie*; par le Dr A. Marie et R. Martial. 1 vol. in-16 de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1909.

Les auteurs essaient de déterminer la part que prend le travail, manuel ou intellectuel, dans l'ensemble étiologique dont relèvent les psychoses, et, d'un autre côté, la proportion des travailleurs atteints de psychose comparée à la totalité des travailleurs. Considérant donc le travail (ou le métier) en tant que l'une des causes sociales des psychoses, ils étudient les rapports de l'aliénation mentale avec les professions et montrent le rôle de la misère, de l'alcool, du surmenage, de la sédentarité et du manque d'hygiène, des traumatismes et des intoxications professionnelles dans l'éclosion de telle ou telle affection mentale. Des tableaux statistiques personnels servent de base à cette étude et amènent les auteurs à conclure que les professions qui sont le plus exposées à la folie sont celles englobant les industries de la pierre, des tissus, des métiers ayant trait au règne animal, au règne végétal, aux intoxications saturnines, aux produits chimiques, à l'alimentation, aux professions commerciales et sédentaires et aux carrières libérales.

Que prouvent ces conclusions? Il nous paraît difficile d'admettre qu'un maçon ou un terrassier soit professionnellement plus enclin à la folie que le charretier ou le mécanicien. Il faudrait tout d'abord tenir compte du pourcentage des malades



par rapport au chiffre global des travailleurs de tel ou tel métier. Le retentissement de l'état mental, d'autre part, sur le choix de la profession nous semble au moins aussi important que celui de la profession sur le choix de la maladie.

ROGER DUPOUY.

*L'évolution psychique de l'enfant*; par le D<sup>r</sup> H. Bouquet. 1 vol. in-16 de la *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1909.

Les premières réactions auxquelles obéit le nouveau-né sont automatiques et souvent mal définies. Peu à peu, par le développement des sens, ces réactions vont se préciser et devenir de plus en plus semblables à celles que ressent l'homme à son plein développement et qui sont symptomatiques des relations qu'il entretient avec le monde extérieur, de la façon dont celui-ci agit sur lui et de celle dont l'homme à son tour prend conscience de ce qui l'entoure et réagit sur son milieu. L'enfant commence à marcher et à parler. Grâce à l'installation progressive de la mémoire dont la malléabilité permet d'inculquer à l'enfant dès la deuxième ou troisième année d'excellentes habitudes d'hygiène, la sensibilité se développe, plaisirs et peines se définissent à sa conscience et la peur vient à naître, engendrée par l'expérience personnelle ou par l'éducation. L'imitation et l'imagination jouent un rôle très grand dans l'évolution psychique de l'enfant. Quant à son évolution morale proprement dite, elle ne se fera que plus ou moins tardivement et après qu'il aura dépouillé une partie de son égoïsme primitif.

ROGER DUPOUY.

*De l'illusion. Son mécanisme psycho-social*; par le prestidigitateur Alber. Préface de Raymond Meunier, 1 vol. in-16, de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1909.

Il s'agit, dans ce petit livre intéressant à parcourir, non des illusions sensorielles dont sont victimes les psychopathes, intoxiqués ou délirants, mais de ces erreurs de raisonnement provoquées chez le sujet normal par l'adresse du prestidigitateur,

de l'illusionniste. L'auteur étudie successivement l'opérateur, le spectateur et l'expérience en elle-même.

L'illusionniste appuie ses créations personnelles sur le raisonnement, sur la psychologie des foules, sur l'observation. Il lui faut connaître en détail les manières de dériver l'attention inquisitoriale des spectateurs afin d'en jouer artistement et de tromper leurs raisonnements basés non sur ce qui est, mais sur ce qu'ils voient. — L'homme, dit-il, a toujours été et sera toujours avide de merveilleux, d'où qu'il lui vienne et sous toutes les formes. Les illusions, ainsi, sont presque toujours cherchées par celui qui les subit ou, si elles ne sont pas recherchées par lui, elles sont acceptées le plus souvent en connaissance de cause.

D<sup>r</sup> ROGER DUPOUY.

*Les dégénérescences auditives*; par le D<sup>r</sup> A. Marie, 1 vol. in-16, de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1909.

Etude des principales anomalies anatomiques que peuvent présenter les appareils périphériques ou centraux de l'audition; ces anomalies permettent, dans certains cas, d'expliquer l'absence ou l'insuffisance des perceptions auditives, indépendamment ou conjointement à des lésions centrales encéphaliques possibles. Exposé des méthodes pédagogiques spéciales visant à développer par associations l'intelligence arriérée par imperfection des sens et insuffisance des acquisitions.

D<sup>r</sup> ROGER DUPOUY.

*Les folies à éclipse. Essai sur le rôle subconscient dans la folie*; par le D<sup>r</sup> Legrain, 1 vol. in-16, de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1910.

Les deux premiers chapitres de l'ouvrage initient le lecteur aux mystères du subconscient; car l'homme semble avoir deux vies qui se juxtaposent en tout temps et s'imbriquent aux frontières, mais restent ordinairement étrangères l'une à l'autre, au moins en apparence: une vie de rêve, vie nocturne, endormie, et une vie de réalité, vie diurne, éveillée. La transition est insensible entre l'état de veille et celui de subconscience, qui englobe lui-



même une foule d'états hypnoïdes et permet d'expliquer quantité d'actes ou de mouvements automatiques. Le subconscient, en effet, comprend, outre les faits d'instinct, d'atavisme et d'hérédité, les faits qui ont occupé la conscience d'une façon plus ou moins fugitive et demeurent latents, momentanément oubliés, plus ou moins catalogués, révocables ou non.

Cette étude du subconscient amène l'auteur à la conception suivante : Il est des *prédélires* latents. Puis, quand des délires éclatent, il arrive à certains de s'affaiblir simplement, de *s'éclipser*, de redevenir latents et de constituer des états *post-délires*. L'on comprend alors que de tels délires puissent réapparaître, et constituer des délires à *répétition* ou *réminiscents*, des *délires à éclipses*. Un délire à éclipse est un délire rétrospectif, vivant dans le passé, n'ayant aucune vie présente en dehors des évocations circonstanciées que des provocations engendrent. C'est une tranche de vie mentale qui n'a jamais eu qu'une réalité subjective. En dehors des évocations, il vit dans le subconscient dans son intégralité, au titre des souvenirs ayant eu une réalité objective.

Tous les délires, mais ceux surtout qui, comme les délires toxiques, ont un élément sensoriel prédominant, sont sujets à l'éclipse. Il faut y joindre les délires tranquilles auxquels sont sujets tant de débiles et qui ont pour base essentielle de fausses interprétations, c'est-à-dire des erreurs de jugement. Un délire éclipsé peut rester tel indéfiniment. Mais il peut reparaître et, de même qu'il existe des réminiscences, il peut exister des reviviscences de certains délires. En fait, l'éclipse n'est qu'un temps d'arrêt dans l'évolution d'un système et l'intermittence apparente n'est au demeurant qu'une rémittence.

D<sup>r</sup> ROGER DUPOUY.

*Manie confusionnelle aiguë par métrite du col*; par les D<sup>rs</sup> H. Damaye et M. Laydeker. Broch. in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, n° du 28 août 1910.

Tableau d'une confusion mentale avec agitation maniaque dont l'étiologie serait une toxi-infection due à une métrite du col à streptocoques. Guérison annoncée par une éosinophilie critique.

ROGER DUPOUY.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

State of New-York. State Commission in Lunacy. Twenty-first annual report, october 1, 1908, to september 30, 1909. 1 vol. in-8° de 440 pages avec planches. Albany. J.-B. Lyon Company, 1910.

GARDI et PRIGIONE. Sulla esistenza di anticorpi nervosi nel siero di sangue e nel liquido cefalo-rachidiano dei malati di mente. 11 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, 1911.

BERNHEIM. De la suggestion. 1 vol. in-18 de 267 pages. Paris, Albin Michel, s. d.

JEAN FERRAND. Les localisations cérébrales. Esquisse médicale et psychologique. 88 pages in-18, Paris, Jules Roussel, 1911.

Société genevoise de patronage des aliénés. Sixième Rapport. 37 pages in-8°. Genève, Imprimerie Albert Kundig, 1911.

Proceedings of the American medico-psychological Association at the sixty-sixth annual meeting held in Washington. D. C., may 3-6, 1910. 1 vol. in-8° de 514 pages, cartonné à l'anglaise. Baltimore, 1910.

CHATELAIN. Hygiène du système nerveux. La neurasthénie. 1 vol. in-16 de 178 pages (relié à l'anglaise), de la *Petite Bibliothèque d'hygiène*. Lausanne. Payot et C<sup>ie</sup>, s. d.

State of New-York. Nineteenth annual report of the Rochester state hospital to the state commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1909. 46 pages in-8°. Albany. J. B. Lyon Company, 1910.

EMILE BOIBAC. L'étude scientifique du spiritisme. 21 pages in-8° des *Publications du psychisme expérimental*. Paris, Henri Durville fils, s. d.

HAVELOCK ELLIS. Die Welt der Träume. Deutsche Original-Ausgabe besorgt von Dr Hans Kurella. 1 vol. in-8° de 296 pages. Würzburg, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag), 1911.

REICHARDT. Untersuchungen über das Gehirn. I Teil : Ueber Todesarten und Toderursachen bei Hirnkrankheiten. Sechstes Heft der *Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg*. 127 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1911.

CESARE PIANETTA. L'affollamento nei manicomi non è espressione di un aumento della follia. 12 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia. Psichiatria ed Elettrote-rapia*. Vol. IV. Fasc. 3.



BOURILHET. Le Veronidia dans les maladies nerveuses et mentales. 8 pages in-8°. Extrait des *Archives internationales de neurologie*, mars 1911.

AUGUST KOHL. Pubertät und Sexualität. Untersuchungen zur Psychologie des Entwicklungsalters. 82 pages in-8°. Würzburg, Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), 1911.

OSWALD BUMKE. Die Pupillenstörungen bei Geistes und Nervenkrankheiten (Physiologie und Pathologie der Irisbewegungen). 2<sup>e</sup> édit. 1 vol. in-8° de 357 pages. Iena, Gustav Fischer, 1911.

CHARLES N. NORTH. Insanity among adolescent criminals. 10 pages in-8°. Extrait des *Proceedings of the American medico-psychological Association*. Mai 1910.

— Dannemora state hospital for insane convicts. Eleventh annual report of the medical superintendent, for the year ending september 30, 1910.

L. VERNON BRIGGS. Recent researches in mental medicine, especially in the etiology and treatment of dementia praecox and general paralysis. 39 pages in-8°. Extrait de *The Hahnemannian Monthly*. Décembre 1910 et janvier 1911.

H. PREISIG. Notes sur le langage chez les aliénés. 25 pages in-8°. Extrait des *Archives de psychologie*. Avril 1911.

JULIO DE MATTOS. Elementos de Psychiatria. 1 vol. in-8° de 647 pages avec figures. Porto, Livraria Chardron, de Lello et Irmão, 1911.

LUCIEN LIBERT. Un cas littéraire de délire d'interprétation. La folie de Don Quichotte. 175 pages in-8° avec 5 planches hors texte. Paris. G. Steinheil, 1909.

— Syndrome choréique et tumeurs intra-dure-mériennes chez une alcoolique. 7 pages in-8° avec planche. Extrait de *l'Encéphale*, avril 1911.

TRÉNEL et LIBERT : 1<sup>o</sup> Paralyse générale sénile et presbyophrénie; 2<sup>o</sup> Eruptions syphilitiques secondaires (?) et tertiaires chez deux paralytiques générales. 12 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, juillet 1911.

L. LIBERT et HAMEL. Rémission chez une paralytique générale. 4 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, mars 1911.

R. LALANNE. De la valeur du témoignage des aliénés en justice. Rapport au XXI<sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes de France. Amiens, 1911. 73 pages in-8°. Paris, G. Masson et C<sup>ie</sup>, 1911.

ANDREA CRISTIANI. Contributo psichiatrico forense allo studio dell'epilessia ed alcoolismo. 3 pages in-8°. Extrait de

la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettrote-rapia*, 1911.

ALLFRED BINET. L'Année psychologique. Dix-septième année. 1 vol. in-8° de 498 pages. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1911.

EWALD STIER. Die Bedeutung der Psychiatrie für den Kulturfortschritt. Akademische Antrittsvorlesung. 40 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1911.

Fifty-third annual report of the general board of Commissioners in Lunacy for Scotland. LXXXI + 186 pages in-8°. Londres, 1911.

JOSEPH BONHOMME. Les déséquilibrés insociables à internements discontinus et la section des aliénés difficiles à l'asile de Villejuif. 147 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1911.

D. VLADOFF. L'homicide en pathologie mentale (Etude clinique et médico-légale). Préface du D<sup>r</sup> Legrain. 1 vol. in-8° de 379 pages. Paris, A. Maloine, 1911.

J.-H. SCHUURMANS STEKHOVEN. Voorloopig algemeen overzicht der beweging in de Nederlandsche krankzinnigengestichten over het jaar 1910. 7 pages in-8° avec tableaux statistiques. Extrait des *Psychiatrische en neurologische Bladen*, n° 3, 1911.

LUCIEN LAGRIFFE. Contribution à l'étude du rôle des méningites dans certaines affections mentales. *La Presse médicale*, numéro du mercredi 28 juin 1911.

Annuaire de l'Internat en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, publié par l'Association amicale des internes et anciens internes. 1911. 116 pages in-12. Paris, Vigot frères, 1911.

VICTOR DELFINO. Las rutas del infinito. Avec une préface de D. José Comas Solé. 1 vol. in-12 cartonné de 433 pages. Barcelona. Felin y Susonna, 1911.

Compte général de l'administration de la Justice criminelle pendant l'année 1908, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice. 174 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1910.

G. MAILLARD. Des différentes espèces de douleurs psychopathiques, leur signification, leur rôle. Rapport présenté au XXI<sup>e</sup> Congrès des aliéaistes et neurologistes de France. Amiens, 1911. 47 pages in-8°. Paris, G. Masson et C<sup>ie</sup>, 1911.

Compte général de l'administration de la Justice civile et commerciale pendant l'année 1907, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice. 176 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1911.

P. DUBUISSON et A. VIGOUROUX. Responsabilité pénale et folie. Etude médico-légale. Préface par le professeur Lacasagne. 1 vol. in-8° de 484 pages. Paris, Félix Alcan, 1911.

ANN. MÉD.-PSYCH., 40<sup>e</sup> série, t. I. Janvier 1912.

8. 8



Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 24 avril 1911. 10 pages in-8°. Paris, Imprimerie Maretheux, 1911.

CESARE AGOSTINI. Contributo allo studio della azione fisiopatologica del vino et degli alcool. 17 pages in-8°. Perugia, 1911.

— Discorso inaugurale et di chiusura. XIV<sup>o</sup> Congresso freniatrico italiano. Perugia, 3-7 maggio 1911. 15 pages in-8°. Extrait des *Annali del manicomio provinciale di Perugia*, janvier 1911.

G. ESPOSITO. Sulle cellule fenestrate e sui rapporti di elementi nervosi e non nervosi nei gangli spinali. 7 pages in-8°, avec figures. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*. Vol. IV, fasc. 7.

— L'elemento causale ginecologico nei rapporti delle neuro-psicopatie. 11 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*. Vol. IV, fasc. 6.

AGOSTINI CESARE et SEPPILLI GIUSEPPE. Alcoolismo ed epilessia. 40 pages in-8°. Extrait des *Annali del manicomio provinciale di Perugia*, janvier 1911.

VICTOR COURTELLEMONT. Des tumeurs du corps pituitaire. Rapport présenté au XXI<sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes. 118 pages in-8°. Paris, G. Masson et C<sup>ie</sup>, 1911.

HANS SCHMID. Ergebnisse persönlich erhobener Katamnesen bei geheilten Dementia praecox Kranken. Ein Versuch, Formen von akuter Verwirrtheit als Zustandbild des manisch-depressiven Irreseins von der Katatonie abzutrennen. 71 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Band VI, Heft 2. Berlin, 1911.

G. MARTINI. Un caso atipico di paralisi progressiva riscontrato istologicamente. 20 pages in-8°, avec planches. Extrait de la *Rivista di Patologia nervosa e mentale*. Firenze, 1911.

XX<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bruxelles-Liège, 1<sup>er</sup> au 8 août 1910. Rapports et comptes rendus. 2 vol. in-8°. Bruxelles, Imprimerie L. Severeyns, 1911.

JOSÉ INGENIEROS. Locura, simulacion y criminalidad. 37 pages in-12. Buenos-Aires, 1911.

— El envenenador Castraccio. Estudio psicopatológico. 23 pages in-12. Buenos-Aires, 1910.

— Las Basis del derecho penal. 45 pages in-12. Buenos-Aires, 1910.

— El delito y la pena ante la filosofia biologica. 27 pages in-12. Buenos-Aires, 1910.

— Sistema penitenciario. 20 pages in-12. Buenos-Aires, 1911.

JOSÉ INGENIEROS. Clasificación de los delincuentes según su psicopatología, 15 pages in-12. Buenos-Aires, 1911.

— La defensa social. 19 pages in-12. Buenos-Aires, 1911.

— La evolución de la antropología criminal. 16 pages in-12. Buenos-Aires, 1911.

— La criminología. 23 pages in-12. Buenos-Aires, 1911.

— Instituto de criminología fundado en 1907. 16 pages in-12. Buenos-Aires, 1911.

GINO VOLPI-GHIRARDINI. Sugli stati secondari isterici. Contributo di psicopatologia clinica. 24 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1911.

THEODORE H. KELLOGG. Automatism in insanity. 11 pages in-12. Extrait du *New-York medical journal*, 15 juillet 1911.

E. PILLEYRE et CHARPENTIER. Asile d'aliénés de Prémontré (Aisne). Rapport médical et compte moral et administratif pour l'exercice 1910. 65 pages in-4°. Laon, 1911.

SIMONIDE VLAVIANOS. La psychologie du peuple grec contemporain. 30 pages in-8°. Athènes, 1909.

— L'alcoolisme. 32 pages in-8°. Extrait de la *Revue psychiatrique et neurologique* d'Athènes, mai-juin 1910.

MAGALHAES LEMOS. Gigantisme, infantilisme et acromégalie. 30 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, janvier-février 1911.

Twentieth annual report of the Rochester State hospital at Rochester, N. Y., to the State Commission in Lunacy, for the year ending september 30, 1910. 36 pages in-8°. Albany, J. B. Lyon Company, State printers, 1911.

The eighty-fourth annual report of James Murray's royal asylum Perth. 46 pages in-8°. Perth, J. Young and Sons, 1911.

E. STANLEY ABBOT. Meyer's theory of the psychogenic origine of dementia praecox. A criticism. 8 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, juillet 1911.

EDITH KATHLEEN JONES. Libraries for the patients in hospitals for the insane. 7 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, juillet 1911.

FREDERIC LYMAN WELLS. A preliminary note on the categories of association reactions. 5 pages in-8°. Extrait de la *Psychological Review*, juillet 1911.

CAMILLE DE BAST et BERGMANN. Les asiles d'aliénés et les établissements de bienfaisance. Discours prononcés au Sénat de Belgique lors de la discussion du budget de la justice. 46 pages in-8° avec tableau statistique. Gand, imprimerie Jules Duvivier, 1911.



## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Ministère de l'Instruction publique* : M. le D<sup>r</sup> JEAN LÉPINE, agrégé à la Faculté, médecin en chef de l'asile de Bron, est nommé professeur de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> PIERRET, admis à la retraite.

— *Arrêté d'octobre 1911* : M. le D<sup>r</sup> PAUL BROUSSE, ancien député, est nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Piettre, décédé.

— *Arrêtés de novembre 1911* : MM. les D<sup>rs</sup> MALFILATRE, directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), et JOURNIAC, médecin en chef de l'asile de Marseille, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> PÉLISSIER, directeur-médecin de l'asile de La Roche sur-Yon (Vendée), est promu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> VIOLLET, médecin-adjoint de l'asile de Limoux (Aude), démissionnaire, est rayé définitivement des cadres.

### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le lundi 12 décembre 1911, sous la présidence de M. Guéniot, ancien président.

Parmi les nombreux prix et récompenses décernés, nous citerons les suivants, concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX ARGUT. — 650 francs. — Un mémoire a été présenté.

Le prix est décerné à M. le D<sup>r</sup> F. OSTWALT, de Paris : *Des injections profondes d'alcool cocaïné ou stovainé dans les névralgies faciales rebelles et dans d'autres névralgies.*

PRIX BARBIER. — 2.000 francs. — Six mémoires ont été présentés.

Une mention honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> ROBERT DEBRÉ, de Paris : *Recherches épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur la méningite cérébro-spinale.*

PRIX CAPURON. — 1.000 francs. — Question : *Pathogénie de l'éclampsie gravidique.*

Quatre mémoires ont été présentés. L'Académie décerne :

Un prix de 600 francs à M. le D<sup>r</sup> PAUL BOUQUET, de Brest,

directeur-professeur du cours départemental d'accouchement, médecin de la Maternité.

Un prix de 400 francs à M. le D<sup>r</sup> A. JAVAL, chef de laboratoire à l'hôpital de Rothschild, Paris.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *La démence organique.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> R. BENON, médecin-adjoint des quartiers d'hospice, Nantes.

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

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> TINEL, de Paris : *Etudes de pathologie méningée.*

Des mentions honorables sont accordées à M. le D<sup>r</sup> ANDRÉ THOMAS, de Paris : *La fonction cérébelleuse*; MM. les D<sup>rs</sup> L. LORTAT-JACOB, de Paris, et G. SABAREANU; *Les sciatiques; leurs traitements.*

PRIX DU COMTE HUGO. — 1.000 francs. — Seize mémoires ont été présentés.

Une mention très honorable est accordée à M. GEORGES GENIL-PERRIN, interne des asiles d'aliénés de la Seine : *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.*

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.* — Quatre mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le D<sup>r</sup> L. MARCHAND, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice.

Une mention très honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> A. RODIET, médecin en chef de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

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

L'Académie décerne le prix à M. le D<sup>r</sup> JACQUES ROUBINOVITCH, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre : *Aliénés et anormaux.*

Une mention très honorable est accordée à M. le D<sup>r</sup> MAURICE BRISSOT, interne à l'asile de Villejuif : *L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies.*

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1.500 francs. — Six mémoires ont été présentés. Le prix est divisé en quatre, dont :

400 francs à MM. les D<sup>rs</sup> GUSTAVE MARTIN et RINGENBACH, médecins des troupes coloniales : *Troubles psychiques dans la maladie du sommeil*;

400 francs à MM. les D<sup>rs</sup> A. THIROUX, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie de Saint-Louis, et L. D'ANFREVILLE DE LA SALLE,



médecin inspecteur de ladite ville : *La maladie du sommeil et les trypanosomiasés animales au Sénégal.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1912, 1913 et 1914. Les *Annales* ont publié les questions relatives à la médecine mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1910, p. 164, et janvier 1911, p. 166); voici celles proposées pour 1914 :

**PRIX DE L'ACADÉMIE.** — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Question : *Des paralysies récurrentielles.*

**PRIX BAILLARGER.** — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Le mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

**PRIX DU BARON BARBIER.** — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapproché.

**PRIX CHARLES BOULLARD.** — Anonymat facultatif. — Partage interdit. 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

**PRIX CIVRIEUX.** — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 800 francs. — Question : *Les formes cérébrales de l'alcoolisme chronique, leurs terminaisons.*

**PRIX THÉODORE HERPIN** (de Genève). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs. — Ce prix est décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

**PRIX LEFÈVRE.** — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.*

**PRIX HENRI LECRQUET.** — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

**PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES**

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle, le lundi 10 décembre 1911, sous la présidence de M. le professeur Armand Gautier, président.

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

**PRIX LALLEMAND (1.800 fr.)** — M. HENRI PIÉRON pour : « Etude expérimentale de la mémoire ». Mention très honorable. M. MAURICE BRISSOT pour : « L'Aphasie dans ses rapports avec la démence et la vésanie ». Mention honorable, M. J. LÉVY-VALENSI pour : « le Corps calleux ; étude anatomique, physiologique et clinique ».

**PRIX FANNY EMDEN (3.000 fr.)** — Biennal, fondé par M<sup>lle</sup> Juliette de Reinach, pour récompenser le meilleur travail traitant de l'hypnotisme. — Le prix n'est pas décerné, mais un encouragement, avec allocation de 2.000 fr. est accordé à M. EMILE BOIRAC, correspondant de l'Institut, pour : « la Physiologie inconnue ». Encouragement, avec allocation de 1.000 fr., à M. J. OCHOROWICZ pour : « Hypnotisme, mesmérisme et suggestion mentale ».

**CONCOURS DE 1912 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS ET POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ.**

Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 26 février 1912, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin adjoint des asiles publics mis au concours est fixé à sept.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (premier bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), du 25 janvier au samedi 10 février 1912 inclus.



Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

**RÉCEPTION DE M. LE PROFESSEUR WIDAL, DE PARIS, PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE ARGENTINE. — VISITE A L'HÔPITAL D'ALIÉNÉS DE LAS MERCEDES.**

Au cours de son récent voyage en République Argentine, M. le professeur Vidal a été reçu brillamment en séance solennelle par la Société médicale argentine. Pendant la séance, dont la présidence lui fut offerte, après un discours, empreint de la plus cordiale sympathie, du doyen de la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, et une allocution émue de notre éminent compatriote, diverses communications importantes furent faites : par M. Bullrich, sur les idées nouvelles dans le traitement du paludisme; par M. Julio Mendez, sur le rôle de l'antigène dans le phénomène de l'anaphylaxie; par M. Acuña, sur les ictères hémolytiques (avec trois cas chez des enfants); par M. Araoz Alfaro, sur l'importance de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic des différentes formes de méningite. Le professeur Vidal prit part aux discussions, résuma dans un brillant exposé la question du cytodagnostic céphalo-rachidien, et termina par un vif éloge de la science médicale argentine, parfaitement avertie des plus récents progrès dans les diverses branches de la médecine. M. Eliseo Cantón se fit applaudir après lui, en rappelant l'œuvre scientifique de l'éminent clinicien.

Désireux d'apprécier l'état de l'assistance en Argentine, le professeur Vidal a visité l'hôpital d'aliénés de Las Mercedes. Reçu par le directeur, D<sup>r</sup> Domingo Cabred, et les D<sup>rs</sup> Herrera Vegas, Cranwell, Araoz Alfaro, Castro, Allende, Escalier, Borda, Merzsbacher, Jones, Brandan, Fernandez, Chaves, Morixe, Robeda et Damianovich (les neuf derniers, médecins de l'asile), il admira la beauté des jardins, l'harmonie et l'élégance des constructions, la luxueuse installation des pavillons d'enseignement clinique, et prodigua les éloges aux diverses sections du laboratoire. Il s'intéressa vivement à l'histoire clinique de quelques malades qui lui furent présentés, aux régimes alimentaires et aux moyens de traitement, inspecta avec soin l'infirmerie et diverses dépendances de l'asile (cuisine, salles à manger, etc.). Très agréablement impressionné par le développement, l'excellente organisation et la richesse de cette clinique des maladies mentales, il se retira en félicitant avec effusion le D<sup>r</sup> Cabred et ses collaborateurs.

Les éloges décernés à l'œuvre de notre distingué confrère argentin (colonie d'aliénés de Lujan, hôpital de Las Mercedes)

par des médecins aussi éminents que les professeurs Pozzi et Vidal, nous donnent une idée des plus favorables des progrès réels de l'assistance des aliénés dans la République Argentine, et justifient l'ambition de ce pays d'égaliser les nations d'Europe les plus avancées dans cette voie.

L. ARSIMOLES.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Double tentative d'homicide et tentative de suicide.* — On télégraphie de Nice au *Journal*, numéro du lundi 11 septembre 1911) :

Durant la dernière nuit, un neurasthénique, M. Michel Bourgeois, âgé de vingt-cinq ans, s'introduisit à l'aide de fausses clefs, chez une de ses voisines, dont il était amoureux, M<sup>me</sup> Tosello, âgée de vingt-sept ans, qui repoussa ses avances. Il la blessa grièvement à coups de revolver, ainsi que sa fillette, âgée de sept ans.

Bourgeois tenta ensuite de se suicider et se blessa non moins grièvement qu'il avait blessé ses innocentes victimes.

2. *Suicide.* — Des promeneurs apercevaient, hier soir, vers neuf heures, sur le quai de la Loire, un gardien de la paix, qui, enlevant brusquement sa pèlerine, sa tunique et son sabre-baïonnette, se précipita dans le canal de La Villette. Ils se portèrent au secours du malheureux, mais trop tard, il avait disparu.

Des mariniers entreprirent alors des recherches et à 1 heure du matin, le cadavre du désespéré était repêché.

Le défunt fut alors reconnu pour être l'agent Albert Lefranc, demeurant 46, rue Bouret, qui, depuis plusieurs mois, était en proie à de violentes crises de neurasthénie. Le corps de l'infortuné gardien a été transporté à son domicile. (*Le Journal*, numéro du jeudi 5 octobre 1911.)

3. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du dimanche 8 octobre 1911) :

Donnant la main à ses deux enfants, un garçonnet de deux ans et demi, Roland, et une fillette de six ans, une couturière, M<sup>me</sup> Alfred Hermet, âgée de vingt-sept ans, domiciliée 5, rue Langlier-Renaud, se rendait hier après-midi, à la gare de Landy, et se jetait sur la voie du tramway. La petite fille réussit à se dégager et resta sur le quai; mais, hélas! son frère avait été entraîné et, quand on le retira de dessous le convoi, on constata avec horreur qu'il avait la jambe gauche coupée. La désespérée, elle, avait le pied droit broyé.

A l'hôpital Lariboisière, où les deux blessés furent transportés, on s'aperçut que M<sup>me</sup> Hermet ne jouissait pas de la plé-



nitude de ses facultés, et qu'elle avait agi dans un accès de folie.

Son état est très grave. Quant au petit Roland, on désespère de le sauver.

4. *Agressions violentes.* — On télégraphie de Lorient au *Journal* (numéro du dimanche 8 octobre 1911) :

Aujourd'hui a été conduit à Lorient, par la gendarmerie maritime, le capitaine Andersen, commandant le trois-mâts goélette *Vénus*. Ce navire venait de Copenhague avec un chargement de bois du Nord, lorsqu'il y a quatre jours le capitaine Andersen devint subitement fou. Il s'enferma dans sa cabine et en cribla les parois de balles. Le second ayant eu l'imprudence du s'approcher, le fou tira sur lui six coups de revolver dont deux l'atteignirent au bras et à la jambe droite, le blessant assez grièvement. L'équipage était terrorisé. Pour effectuer les manœuvres il devait éviter soigneusement de s'approcher de la cabine, le capitaine continuait à tirer dans toutes les directions des coups de fusil et de revolver. Plusieurs fois les hommes de l'équipage faillirent être atteints par les projectiles.

Hier, le trois-mâts *Vénus* arriva en vue de Quiberon, et deux pilotes montèrent à bord. Ils conduisirent le navire en rade de Port-Louis, et des gendarmes maritimes veillèrent toute la nuit autour de la cabine. Le second fut envoyé à l'hôpital de Lorient. Ce matin, les gendarmes ont enfoncé la porte de la cabine et ont réussi, malgré une résistance acharnée, à ligoter le malheureux capitaine, qui a été transporté à l'hôpital de Lorient, où on a dû lui passer la camisole de force.

5. *Homicide et suicide.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 11 octobre 1911) :

Notre correspondant de Saint-Etienne nous télégraphie qu'un employé de chemin de fer, nommé Desrochet, âgé de trente ans, a, dans une crise d'alcoolisme, tué sa femme de deux coups de revolver et s'est ensuite fait sauter la cervelle.

6. *Homicide et suicide.* — Au numéro 16 de la rue des Charmilles, à Troyes, demeurent les époux Gagé. Leur fille aînée, Germaine, âgée de 16 ans, malade, sentimentale, affaiblie par l'anémie cérébrale, entrevoyait avec terreur le moment où, si la mort venait la surprendre, il lui faudrait se séparer de son petit frère, Roger, un bébé de deux mois et demi, qu'elle entourait d'une tendresse toute maternelle. Très fréquemment elle disait à sa mère, qu'elle appelait Gaby dans l'intimité : « Gaby, j'aime trop ce petit. Si je viens à mourir, il viendra avec moi. » La pauvre femme la rassurait de son mieux, faisant tous ses efforts pour écarter de sa fille les idées de suicide et de meurtre qui hantaient son cerveau.

Germaine était donc l'objet d'une surveillance de tous les

instants. Or, hier à midi, pendant que sa mère était descendue au jardin pour préparer sa lessive, la jeune fille absorba un verre de sublimé corrosif ; puis un couteau à la main, elle se jeta sur son jeune frère qui dormait dans sa voiture, elle le porta sur le lit de ses parents et l'égorgea.

Aux cris poussés par l'enfant, la mère accourut. A ce moment la meurtrière échevelée se frappait à la gorge à grands coups de couteau devant le cadavre sanglant de sa petite victime. M<sup>me</sup> Gagé voulant la désarmer reçut une blessure à la main et dut lâcher prise. Bientôt Germaine s'affaissait morte aux pieds de sa mère. Le double décès a été constaté par le D<sup>r</sup> Meynier. (*Le Temps*, numéro du vendredi 27 octobre 1911).

7. *Suicide*. — Un comptable, M. Désiré Gagnot, âgé de quarante-sept ans, demeurant rue du Cherche-Midi, donnait depuis quelques temps, à la suite de la mort de sa femme, des signes de dérangement cérébral. Le malheureux s'est donné la mort, la nuit dernière, en s'ouvrant une veine du bras droit avec un rasoir et en se pendant à l'espagnolette d'une fenêtre.

M. D'Homme, commissaire de police du quartier, a procédé aux constatations d'usage. (*Le Journal*, numéro du vendredi 29 septembre 1911).

8. *Homicide*. — On télégraphie de Nancy au *Temps* (numéro du vendredi 3 novembre 1911) :

A Onville (Meurthe-et-Moselle), Louis Jeanbille, âgé de quarante-neuf ans, plusieurs fois condamné pour menaces de mort envers M. Chardebas, boucher, avait été interné à l'asile d'aliénés, puis, après deux mois de traitement, avait été relâché, les médecins ayant déclaré qu'il n'était pas dangereux. Revénu à Onville, Jeanbille s'embusqua hier dans un jardin, et, lorsque M. Chardebas, qui était allé à son abattoir, passa, il tira dans sa direction un coup du fusil dont il était armé.

Atteint dans le ventre par des chevrotines, le malheureux boucher s'affaissa. Son père, muni d'un bâton, s'élança à la poursuite de Jeanbille, qui déchargea sur lui, sans l'atteindre, un second coup de fusil. Le fou meurtrier rentra alors dans sa chambre et se coucha ; à 2 heures du matin, il se leva et s'informa chez des voisins du sort de sa victime. On lui apprit que M. Chardebas était mort. Il ne répondit pas un mot et retourna dormir. Les gendarmes l'ont arrêté.

9. *Suicide*. — On télégraphie de Poitiers à *La Liberté* (numéro du mercredi 8 novembre 1911) :

L'adjudant Chaigner, âgé de trente-huit ans, appartenant à la 3<sup>e</sup> compagnie du 125<sup>e</sup> d'infanterie, caserné aux Dominicains, s'est suicidé ce matin dans sa chambre, au cours d'un accès de neurasthénie.

Le sous-officier, qui s'était étendu sur son lit, se tira une



balle de son revolver d'ordonnance dans la tempe gauche. La mort fut instantanée.

10. *Suicide*. — Au cours d'une crise neurasthénique, une ménagère, M<sup>me</sup> Maria Crochez, demeurant 27, rue Étienne-Dolet, s'est jetée par la fenêtre de son logement, au cinquième étage. La mort a été instantanée. (*Le Journal*, numéro du jeudi 16 novembre 1911.)

11. *Homicide et suicide*. — On télégraphie de Bar-le-Duc au *Temps* (numéro du samedi 18 novembre 1911) :

Au cours d'un accès de folie, Henri Geindre, âgé de quarante et un ans, habitant le village de Watronville, qui venait d'avoir une discussion avec sa femme, née Marie Mouton, âgée de trente-quatre ans, s'empara d'un rasoir et, d'un coup violent, lui sectionna presque complètement la gorge. La malheureuse tomba, perdant son sang à flots, et ne tarda pas à succomber. La fillette des époux Geindre, aînée de trois enfants, avait voulu s'interposer, mais son père l'avait menacée de lui en faire autant qu'à sa mère.

Près du cadavre de sa femme, et en présence de sa fillette, absolument terrorisée par la peur, Geindre s'ouvrit ensuite la gorge ; il mourut presque sur le coup.

12. *Tentative d'homicide et suicide*. — M. Charpy, âgé de dix-huit ans, commis d'agent voyer à Pontarlier, se trouvait hier matin dans le train de Dôle à Mouchard et liait conversation avec un voyageur, vêtu comme un chauffeur d'automobile, qui avait déjà pris place dans le wagon. Entre les stations de Chatelay et d'Arc-Senans, l'inconnu sortit brusquement un revolver de sa poche et en tira plusieurs coups sur le jeune commis d'agent voyer, qui fut atteint à la nuque et au bras, mais put néanmoins tirer la sonnette d'alarme. L'agresseur, voyant qu'il allait être pris, se tua d'une balle dans la tête : cet individu était un pauvre fou, nommé Chassart, sorti récemment de l'asile de Saint-Ylie. (*Le Temps*, numéro du vendredi 8 décembre 1911.)

#### TRIBUNAUX

*La cruelle vengeance*. — « Si tous les employés congédiés vitriolaient leurs patrons, la vie commerciale ne serait plus possible ! »

C'est en ces termes que M. Duchauffour, président de la 11<sup>e</sup> chambre, terminait l'interrogatoire d'une jeune midinette, M<sup>lle</sup> Henriette Lion, qui, renvoyée d'un magasin de mercerie du quartier des Ternes, avait résolu de se venger de sa patronne, et avait mis, le 6 juillet dernier, son projet à exécution. Elle s'était, ce jour-là, présentée à son ancien magasin, tenant à la

main un bouquet, qu'elle avait jeté à la tête de la mercière. Ce bouquet dissimulait un verre d'acide chlorhydrique, dont le contenu brûla la malheureuse femme au visage et à la poitrine.

Henriette Lion, que le Dr Voisin dit être une nerveuse, très impressionnable, et sujette à des spasmes qui, quelquefois, l'empêchent de parler, mais qu'il tient cependant pour responsable, a été condamnée à six mois de prison. (*Le Temps*, numéro du vendredi 6 octobre 1911.)

*Un alcoolomane devant le jury.* — Dans la soirée du 9 mai dernier, Pierre Macaux, que nous avons vu hier sur le banc des assises, hélait un fiacre, disait au cocher qu'il était agent de la Sûreté, chargé de surveiller et d'arrêter un malfaiteur, et se faisait conduire dans la rue des Entrepreneurs où, suivant ses instructions, le cocher se mit, avec sa voiture, à faire la navette. Tout à coup, Pierre Macaux bondit hors du fiacre, et avisant un passant, M. Bastiat, tira sur celui-ci deux coups de revolver. M. Bastiat ne fut heureusement pas atteint et put, aidé du cocher, qui venait d'assister, stupéfait, à cette scène, s'emparer de Pierre Macaux, qu'il désarma et conduisit au commissariat de police.

Mari jaloux, Macaux avait voulu se venger de M. Bastiat, qu'il accusait, bien à tort, du reste, d'entretenir avec sa femme des relations coupables. Mari jaloux, avons-nous dit, mais aussi alcoolique dangereux. Qu'on en juge plutôt par le passage suivant du rapport du Dr Roubinovitch, qui fut chargé de l'examiner après que la chambre des mises en accusation eut prononcé son renvoi devant les assises :

« Aussi, voyons-nous en Macaux, écrit le docteur, avant et par-dessus tout, un malade, un dégénéré mental, un alcoolomane et un alcoolique chronique, dont la place est tout indiquée dans un asile d'aliénés et plus particulièrement dans la section de l'asile de Ville-Evrard consacrée au traitement prolongé des alcooliques chroniques par l'isolement, par le travail et par l'abstinence totale, absolue, des diverses boissons alcooliques.

« Dégénéré, alcoolomane et alcoolique chronique, Macaux est un malade susceptible de devenir extrêmement dangereux pour son entourage ou pour lui-même, sous l'influence du moindre accès alcoolique. »

Le représentant du ministère public, M. Paul Matter, fut le premier, dans ces conditions, à demander l'acquiescement de Pierre Macaux.

— Mais, ajouta-t-il, il sera remis, aussitôt après la levée d'érou, à la Préfecture de police, qui le fera conduire à l'asile de Ville-Evrard.

Et Pierre Macaux, qu'assistait M<sup>e</sup> Pierre Camus, a été acquitté. (*Le Temps*, numéro du samedi 11 novembre 1911.)



*A propos de la responsabilité atténuée.* — Gaston Chaneri, qu'avait à juger la 10<sup>e</sup> chambre correctionnelle, était poursuivi pour outrage public à la pudeur, et le médecin qui avait eu à l'examiner au cours de l'instruction, avait conclu à sa « responsabilité atténuée ». Rompant avec l'usage, les magistrats de la 10<sup>e</sup> chambre ont refusé de se prononcer sur cette « responsabilité atténuée », et ils ont chargé trois médecins aliénistes, les D<sup>rs</sup> Gilbert-Ballet, Claude et Vallon, de procéder à un nouvel examen du prévenu :

« Attendu, dit notamment leur décision, qu'en présence des faits graves qui lui sont reprochés et de nature à troubler la morale publique, il y a lieu de désigner trois médecins experts, qui auront pour mission de dire si le prévenu est responsable de ses actes ou si, dans l'intérêt de l'ordre public, il doit être interné dans un asile d'aliénés... » (*Le Temps*, numéro du vendredi 24 novembre 1911.)

#### FAITS DIVERS

*Suicides d'enfants à Berlin.* — On télégraphie de Berlin au *Temps* (numéro du jeudi 23 novembre 1911) :

Les suicides d'enfants se multiplient en Allemagne. Un écolier de Koenigstadt s'est tué hier d'un coup de revolver. Des dissensions existant dans sa famille en raison de l'échec à un examen ont déterminé sa tragique résolution.

D'autre part, une petite fille de treize ans, à la suite d'une réprimande de ses parents, s'est suicidée en se jetant par la fenêtre.

*Les notes d'un suicidé.* — Jean-Louis Dupenloup, âgé de cinquante-trois ans, coupeur-tailleur à Lyon, rentré chez lui hier soir, a calfeutré sa porte et sa fenêtre, a démonté le tuyau de son poêle et allumé un sac de charbon de bois. Il a écrit au commissaire de police qu'il se suicidait pour mettre un terme à ses souffrances physiques et morales. Et, pendant que la mort lentement faisait son œuvre, il a noté, minute par minute, ses sensations :

— A quatre heures moins vingt, je monte ma montre et vais noter mes impressions.

— Quatre heures moins dix : je ressens déjà des douleurs de tête.

— Quatre heures : j'éprouve des battements de tempes.

— Quatre heures et quart : je suis en proie à des suffocations, je respire difficilement.

— Quatre heures et demie : ma tête se trouble et le vertige me prend.

— Quatre heures quarante : ma vue baisse.

— Quatre heures cinquante : je n'y vois presque plus, et mon corps commence à s'engourdir.

— Cinq heures : bien dire adieu à mon ami X..., 16, rue de l'Epée.

Ces dernières lignes sont les seules dont l'écriture soit irrégulière, les autres sont tracées d'une main ferme. (*Le Temps*, numéro du dimanche 10 décembre 1911.)

*Cinq aliénées et le directeur de l'asile électrocutées.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 4 janvier 1912) :

Un terrible accident vient de se produire dans une maison de fous, à Macerata (Italie).

Le vent ayant abattu des poteaux télégraphiques, des fils électriques sont tombés dans le jardin de l'asile. Trois folles qui passaient peu après, ayant touché aux fils, sont tombées foudroyées. Deux autres qui se sont précipitées vers elles ont eu le même sort. Le directeur de l'asile les voyant toutes par terre a cru qu'elles se disputaient, et étant accouru pour les séparer, est tombé mort à son tour. En outre, deux infirmiers ont été grièvement brûlés.

## XXII<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Tunis. — 1<sup>er</sup> au 7 avril 1912.

Le XXII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Tunis en 1912, la semaine précédant Pâques, du 1<sup>er</sup> au 7 avril, sous la présidence de M. le D<sup>r</sup> MABILLE, de La Rochelle; *Vice-président* : D<sup>r</sup> ARNAUD, de Vanves; *Secrétaire général* : D<sup>r</sup> POROT, de Tunis.

A. — Les questions suivantes feront l'objet de rapports :

1<sup>o</sup> PATHOLOGIE MENTALE. — *Les Perversions instinctives.* Rapporteur : M. DUPRÉ, professeur agrégé, Paris;

2<sup>o</sup> NEUROLOGIE. — *Les Troubles nerveux et mentaux du paludisme.* Rapporteur : D<sup>r</sup> CHAVIGNY, professeur au Val-de-Grâce;

3<sup>o</sup> ASSISTANCE. — *L'Assistance des aliénés aux colonies.* Rapporteur général : M. le professeur RÉGIS, de Bordeaux; Rapporteur : M. REBOUL.

B. — Communications originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

*Renseignements généraux.* — Le Congrès comprend :

1<sup>o</sup> Des membres adhérents ;



2° *Des membres associés* (dames, membres de la famille, étudiants en médecine), présentés par un membre adhérent.

Les *asiles d'aliénés* inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

*Voyages et excursions.* — Le séjour en Tunisie permettra aux congressistes de visiter, outre les villes orientales de Tunis et Kairouan, les antiquités de l'Afrique romaine ainsi que le Sud tunisien et ses oasis.

1<sup>re</sup> Partie : *Tunis et ses environs* (5 jours) : Réunions scientifiques, visites aux établissements d'assistance, visite de la ville arabe, des souks, Carthage, le Bardo et son musée.

2° Partie : *Excursions dans le Centre et le Sud tunisien* (2 ou 5 jours).

*Petite excursion* (2 jours) : Kairouan, la ville sainte.

*Grande excursion* (5 jours) : Kairouan, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès et son oasis.

*Excursion automobile facultative* à Dougga (1 jour).

Les Congressistes qui voudraient prolonger leur séjour en Afrique pourront faire l'intéressant voyage de Constantine, Timgad, Biskra et retour par Alger.

Retour possible par Palerme (la Sicile), Naples et l'Italie.

Les réductions de tarifs habituelles seront demandées aux Compagnies de chemin de fer français pour le transport des congressistes jusqu'à Marseille.

Des réductions ont été consenties par les Compagnies françaises de navigation pour le trajet Marseille-Tunis et retour.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications et demandes de renseignements au D<sup>r</sup> POROT, 5, rue d'Italie, à Tunis (à partir du 15 novembre).

*N. B.* — Vu le nombre limité des places à bord des paquebots et pour assurer le passage de tous les congressistes, l'inscription sera exigée avant le 15 janvier 1912.

---

*Le rédacteur en chef-gérant* : ANT. RITTI.

---

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## Psychologie morbide

LES CONSÉQUENCES MENTALES

DES

## ÉMOTIONS DE LA GUERRE

Par Adam CYGIELSTREJCH

Nous nous proposons d'étudier, dans le présent travail, la part qui revient aux émotions dans la production des psychopathies de la guerre. Cependant, il ne faut pas oublier qu'à la guerre, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de séparer l'action des émotions de celle des autres facteurs, physiques ou pathologiques. L'agent moral est très important ; mais il n'agit jamais sur des individus reposés, en pleine possession de leurs forces physiques, en pleine activité de leurs facultés psychiques. Les privations de la guerre, les marches

ANN. MÉD.-PSYCH., 40<sup>e</sup> série, t. I. Février 1912.

1. 9



épuisantes, le surmenage, les maladies, la mauvaise alimentation, la faim, le froid, etc., toutes ces causes, en diminuant la résistance de l'organisme, travaillent en même temps à l'affaiblissement de la synthèse mentale. C'est sur un pareil terrain qu'agit d'habitude l'agent moral. Dans ces conditions, jamais on ne saura dire quelle a été l'influence *exclusive* de l'émotion sur l'origine d'un trouble mental donné; on pourra seulement parler de la part qui lui revient *plus particulièrement* dans l'éclosion de ce trouble (1).

L'étude scientifique de troubles mentaux déterminés par la guerre ne date pas de longtemps. Les guerres hispano-américaine et transvaalienne en ont marqué le début. Mais un travail à fond sur les conséquences psychiques de la guerre n'a été effectué que dans la dernière campagne de Mandchourie. Là, on a établi, *pour la première fois*, des sections spéciales pour le traitement des militaires aliénés; et, pour la première fois aussi, les psychoses de la guerre y ont été classées et envisagées dans leur ensemble.

A défaut de toute autre source, c'est de celle-ci que nous nous servirons dans notre mémoire. Et nous croyons que les accidents psychopathiques de la guerre russo-japonaise peuvent, jusqu'à un certain point, être généralisés et considérés comme caractérisant toute grande guerre moderne. En effet, quoique la dernière campagne ait eu lieu en Extrême Orient, par les procédés meurtriers qu'on y employa comme par les immenses agglomérations humaines qu'on réussit à y réaliser, elle constitue le dernier mot de la technique et de la stratégie européennes. C'est pour cette double raison

---

(1) Bien entendu, nous ne parlons ici que du terrain qui se forme sous l'influence des multiples facteurs de la guerre. Pour le moment, nous laissons de côté la prédisposition antérieure aux événements de la guerre.

(absence de toute autre source, la campagne de Mandchourie considérée comme type de guerre moderne) que nous profiterons des données des auteurs russes relatives aux effets psychiques de la guerre russo-japonaise.

Mais il y a une autre difficulté. Nous savons déjà qu'à la guerre il est absolument impossible de séparer l'action des émotions de celle des autres facteurs. Or, les troubles psychiques de la guerre étant donnés, comment déterminer ce qui y revient directement à l'influence de l'émotion? Quel critérium avons-nous pour pouvoir affirmer que tel trouble mental doit être attribué à l'action de l'émotion et non d'un autre facteur psycho-pathogène? Question très importante. D'autre part, la distinction tant de fois établie entre l'émotion brusque et l'émotion durable est-elle vraiment essentielle, ou a-t-elle des bases arbitraires? Quelles indications nous fournit à ce sujet la psychiatrie? Le problème est d'autant plus grave que, psychologiquement, il est de toute nécessité de séparer à la guerre ces deux genres d'émotion. L'est-il encore au point de vue des conséquences mentales qu'elles provoquent?

C'est en partant de ces considérations, d'après nous de première importance pour le problème que nous voulons étudier, que nous nous sommes décidé à subdiviser notre travail en deux parties. Dans la première, nous analyserons l'influence des émotions brusques et des émotions durables sur la production des affections psychiques. La seconde sera consacrée à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux émotions de la guerre.

Les *tremblements de terre* et les *accidents de chemin de fer* nous serviront comme exemples des catastrophes où les émotions agissent d'une façon *brusque* et *violente*; les *commotions politiques* (révolutions, etc.) nous apprendront comment agissent les *émotions durables*. Les conclusions auxquelles nous arriverons dans cette



première partie projetteront une vive lumière sur le rôle psycho-pathogène de l'émotion en général ; elles nous fourniront, en outre, une base solide et indispensable pour l'étude des psychopathies liées aux émotions de la guerre. Dès lors, celles-ci, envisagées et analysées à la lumière de résultats acquis, pourront être classées d'après leur origine ; ceci nous permettra de saisir définitivement le rôle joué par l'émotion dans la genèse des psychoses de la guerre.

I. — L'INFLUENCE DES ÉMOTIONS BRUSQUES ET DES ÉMOTIONS DURABLES SUR LA PRODUCTION DES AFFECTIONS PSYCHIQUES.

I. — Des faits isolés et de grandes catastrophes (tremblements de terre, accidents de chemin de fer) nous démontrent souvent les conséquences fâcheuses des émotions. Nombreux sont les exemples où la mort succède à une colère ou à une peur violente ; certains cas sont restés célèbres. Haller rapporte qu'un homme, passant sur une tombe, se sentit retenir le pied par une touffe d'herbe et mourut de frayeur le jour même ; un autre expira de peur le jour où on lui avait prédit qu'il mourrait. Le professeur Landor Brauton nous rapporte l'exemple d'un assistant de collège qui mourut à la suite d'une frayeur. Cet assistant était devenu odieux aux étudiants, qui décidèrent de lui jouer un bon tour. Ils préparèrent l'appareil d'une exécution capitale et lui persuadèrent que leur vengeance était sérieuse. Le simulacre de l'exécution terminé, l'assistant était mort de peur (1).

La colère peut avoir une issue non moins triste. De

---

(1) Cité par M. Mosso. *La peur*, 1886, p. 155.

temps en temps, les médecins constatent les cas d'une apoplexie, succédant aux mouvements violents de la colère. Les crises de la colère finissent parfois par une mort subite. M. Brémond (1) en cite plusieurs exemples.

Mais ce qui nous intéresse plus spécialement, ce sont les accidents où l'émotion subie a été l'occasion d'un trouble nerveux ou mental. L'influence des émotions dans l'apparition ou le développement des névroses est incontestable ; l'hystérie, à elle seule, peut donner l'idée de la puissance de ce pouvoir pathogène. La fréquence des émotions dans l'étiologie de l'hystérie a frappé les esprits depuis longtemps, et toutes les statistiques en relèvent l'étonnante efficacité. De même pour l'épilepsie et la chorée.

D'après la statistique de M. Hugon (2), sur 1.392 cas d'épilepsie observés par différents auteurs, 480 relèvent d'une cause d'ordre moral ; ceci fait une proportion de 34,6 p. 100. Il est possible que ce chiffre soit exagéré ; en tout cas, le rôle des émotions dans l'apparition des crises convulsives ne peut se prêter à aucun doute. Chez les enfants, la frayeur détermine facilement une attaque convulsive (la peur du chien, par exemple). Parfois la vue d'un accès d'épilepsie suffit à déterminer chez l'enfant un accès analogue. Parmi les émotions incriminées dans la genèse de l'épilepsie, le chagrin seul peut rivaliser avec la peur. Tous les deux ont des résultats également néfastes.

Les mêmes causes peuvent jouer un rôle important dans l'apparition de la chorée. Sur 110 cas de chorée, Peacock (3) en a vu 25 provoqués par la peur et 8 résultant d'émotions diverses (chagrin, etc). Dans la statis-

---

(1) Dr F. Brémond. *Les passions et la santé*, 1893, chap. VII.

(2) Cité par H. Michaud. Du rôle des émotions dans l'étiologie de l'épilepsie, *Thèse de Paris*, 1906-7, p. 72.

(3) Cité par Ch. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 277.



tique de M. Bonnaud (1), le même facteur agit 68 fois sur 235 dans le développement de la chorée.

On note fréquemment des troubles mentaux causés par une secousse purement morale. Sur 1.000 aliénés séquestrés, Parchappe (2) trouve une proportion de 40,9 pour les émotions violentes (frayeur) et 54,1 pour le dénuement et la misère. Mais il faut bien remarquer que toutes les affections mentales n'ont pas la même rapidité de développement. A ce point de vue, il faut distinguer l'action des émotions violentes et brusques de celle des émotions durables. Une émotion brusque, selon qu'elle agit sur un terrain plus ou moins favorable, peut donner immédiatement naissance à des manifestations de la folie. Ces cas sont généralement aigus, transitoires et se terminent d'une façon satisfaisante. Les émotions durables ont un effet beaucoup plus funeste : si elles ne provoquent pas d'accès brusque de folie, en revanche, et par cela même, elles causent une telle dépression de l'organisme qu'à la longue tout choc pourra devenir le signal d'apparition d'un trouble mental. Et, dans ces cas, le pronostic ne sera pas toujours favorable : l'affection durera longtemps, traversera des phases plus ou moins inquiétantes, et il se peut que le malade ne guérisse jamais.

Si tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'émotion est un puissant facteur de psychoses, il n'en est pas de même quant à la détermination des limites de cette puissance. D'après l'opinion dominante, l'émotion doit être considérée comme cause prédisposante ou occasionnelle. Elle est toujours secondaire par rapport à l'état constitutif du sujet. Son rôle se réduit soit à découvrir le mal qui existe dans un état en quelque

---

(1) Cité par Ch. Féré, *Pathologie des émotions*, 1892, p. 278.

(2) Parchappe. *Diction. des sciences médicales*, t. III, p. 44.

sorte latent, soit à créer une aptitude pour les maladies mentales. Dans le premier cas, le degré de la prédisposition, ainsi que l'intensité du choc émotionnel, pourront seuls donner la mesure de la gravité de psychopathie qui en résultera ; dans le dernier, l'aptitude créée pourra être révélée par toute infection ou intoxication.

Mais il y a d'autres savants qui, sans nier l'importance de la prédisposition, admettent cependant que l'émotion, à elle seule, est parfois suffisante pour provoquer des accidents psychopathiques. Cela veut dire que si, dans la grande majorité des cas, l'éclosion d'une affection psychique est en effet conditionnée par un terrain constitutif, il n'en est pas ainsi toujours : certaines émotions, par l'intensité de leur action, sont capables de produire le même effet.

Cette importante question a été vivement discutée à la réunion annuelle de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Paris, en 1909 (1). Pourtant, de toutes les discussions, aucune conclusion définitive ne s'est dégagée. Les divergences qui séparaient les membres de la Société étaient suffisamment notables pour que le problème ne pût être résolu. De nouvelles études éclairciront peut-être cette intéressante question.

II. — Nous venons de constater qu'au point de vue de leur action, il ne faut pas confondre les émotions brusques et les émotions durables. Une analyse rapide des événements cosmiques ou sociaux nous fera connaître, d'une façon plus approfondie peut-être, toute l'importance de cette distinction.

L'influence morbifique des *émotions brusques*, violentes, se montre d'une façon évidente dans les cata-

---

(1) La Revue neurologique : Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques (*Compte rendu officiel des séances*), 1909, p. 1549-1687.



clysmes et les grandes catastrophes. Les troubles mentaux déterminés par les *tremblements de terre* ou par les accidents de chemin de fer fournissent à la psychopathologie des documents d'une valeur très appréciable. Lombroso constate que pendant les catastrophes italiennes, les manifestations de la folie furent énormes. La forme prédominante fut celle de la folie furieuse (1). M. Néri (2) a vu de nombreux cas du délire avec hallucinations, notamment chez les jeunes filles et les vieillards. M. d'Abundo (de Catane) (3) a observé chez les sinistrés la *stéréotypie psychique* qui consiste en ceci : chacun des réfugiés racontait d'une voix blanche et sans aucune émotion la mort ou la disparition des êtres qui lui étaient le plus chers. M. Bouloumié rapporte le même phénomène (4). Il fut profondément frappé par l'attitude de stupeur et d'indifférence de certains sinistrés. « Ils ne semblent pas se rendre compte de la réalité, on dirait qu'ils rêvent étant éveillés et qu'ils parlent d'événements très lointains ou survenus chez des indifférents (5). » Des faits analogues ont été enregistrés par M. Stierlin pendant le tremblement de terre de Valparaiso. Il cite le cas d'un jeune homme de dix-sept ans qui, au moment de la secousse, était occupé à jouer du violon. Il a réussi à s'échapper par une fenêtre sans être blessé. Une fois dans la rue, il se promène, s'occupe du sauvetage, cause, etc., et tout cela sans s'inquiéter du sort des siens qui, tous, ont péri dans la catastrophe.

(1) Cesare et Paola Lombroso : L'état d'âme pendant les catastrophes italiennes, *Figaro*, 1909, numéro du 13 février.

(2) Communiqué par M. Babinski à la Société de Neurologie, séance du 5 février 1909.

(3) *Revue neurologique*, 1909, p. 915 (Résumé d'un article de M. G. d'Abundo, inséré dans la *Rivista italiana de Neuro-patologia, Psichiatria*, etc., 1909, février, p. 49-64.

(4) Dr Bouloumié. *Vingt jours parmi les sinistrés* (Calmann-Lévy éditeurs).

(5) *Ibid.*, p. 16.

Après quelque temps, le jeune homme commença à exécuter des pitreries, se déshabilla et circula sans vêtements dans les rues. Pendant une semaine, il resta confus, désorienté. Puis son état psychique revint peu à peu à la normale (1).

A Messine, on rencontrait souvent des sinistrés se promenant tranquillement dans la grande rue, avec un air indifférent, comme si rien ne s'était passé. De même, il était étrange de voir les hommes du peuple désœuvrés, apathiques, regardant impassiblement l'admirable travail de la troupe, sans l'aider, sans lui prêter un coup de main.

A côté de ces phénomènes de confusion et de dépersonnalisation, M. d'Abundo et d'autres auteurs ont constaté des troubles psychiques à caractère différent. Tantôt c'étaient des états délirants aigus avec excitation ou avec stupeur, et tantôt de véritables psychoses avec agitation maniaque et hallucinations, accompagnées de désorientation, d'amnésie, etc. Chez de nombreux sujets, la terreur avait engendré un véritable état d'obsession, à chaque instant ils s'attendaient à voir un nouveau tremblement de terre. Il est important de noter que, selon M. d'Abundo, parmi les gens atteints d'affections psychiques, il y en avait qui jusqu'à la catastrophe ne présentaient aucune tare; chez eux, les psychoses revêtaient la forme des véritables délires de rêve.

M. Hartenberg (2), lui aussi, confirme les faits signalés, mais d'une façon très générale et très vague. En tout cas, il est indubitable que le choc émotif de ce genre de désastre peut donner lieu à des cas plus ou

---

(1) V. *Revue neurologique*, 1909, p. 1676 (Rapporté par M. H. Claude).

(2) P. Hartenberg. L'état mental des sinistrés de Sicile. *La Presse Médicale*, 23 janvier 1909.



moins nombreux de *psychoses confusionnelles*. Leur début est ordinairement brusque; mais la maladie n'est pas durable et tend vers une prompte guérison.

III. — Les *accidents de chemin de fer* ont aussi leur part, bien large, dans le développement des troubles nerveux et mentaux. Les victimes de ces accidents présentent toujours des désordres psychiques plus ou moins accentués. D'après certains auteurs, toutes ces perturbations doivent être attribuées à l'influence exclusive du choc traumatique. L'émotion, en agissant par son intensité, serait capable d'engendrer ces troubles, même chez des sujets non prédisposés. Une prédisposition n'est point nécessaire pour que les troubles éclatent. Il s'agit même parfois d'individus particulièrement équilibrés, vigoureux, à caractère pondéré et énergique. Chez eux, tout comme chez des sujets à antécédents névropathiques, le choc émotif peut déterminer de graves affections, nerveuses ou mentales. C'est là un point bien important et que certains savants ont souligné à toute occasion.

Il y a une psycho-névrose qu'on observe très fréquemment dans les accidents de chemin de fer. C'est la *névrose traumatique*. L'origine de cette affection ainsi que la part qui revient à l'émotion dans son apparition, sont des problèmes qui retiennent depuis longtemps l'attention des neurologues. Parmi ceux-ci, certains prétendent que l'émotion peut créer la névrose traumatique de toutes pièces : il ne faut point pour cela que le sujet soit prédisposé. D'autres, — et ils sont la grande majorité, — tout en admettant que l'émotion est un facteur puissant dans la production de l'hystéro-neurasthénie (1), supposent néanmoins que, pour produire

---

(1). On assimile souvent la névrose traumatique à l'hystéro-neurasthénie.

cet effet, elle doit agir sur un terrain prédisposé. La prédisposition seule pourrait expliquer toutes les formes que la névrose traumatique peut revêtir chez des sujets différents. Enfin, M. Vibert occupe dans cette discussion une place tout à fait à part. Il accepte le fait qu'un accident de chemin de fer peut engendrer directement la névrose traumatique ; mais, selon lui, le rôle principal appartient dans ce cas non à l'émotion, mais à un traumatisme d'une nature spéciale (1). Ce traumatisme communiquerait aux centres nerveux un ébranlement physique, produisant de nombreuses lésions matérielles de l'encéphale ordinairement peu accessibles à l'examen clinique. M. Vibert suppose qu'il y a ce traumatisme à la base de tous les cas de la névrose traumatique (2).

A l'appui de sa théorie, l'auteur fait remarquer que les individus qui ont subi une attaque nocturne, une tentative d'assassinat, éprouvent vraisemblablement une émotion égale à celle que peuvent ressentir les victimes d'un accident de chemin de fer, d'une explosion, d'un éboulement, etc. ; et cependant chez eux, on ne constate que très rarement les symptômes de la névrose traumatique. Les spectateurs d'un accident de chemin de fer en fournissent encore un exemple. Ils subissent généralement une émotion extrêmement violente, mais ne présentent par la suite que des troubles nerveux insignifiants ; les symptômes de la psychonévrose ne se manifestent que chez les voyageurs (3).

D'après l'auteur, les faits invoqués prouvent suffisamment qu'une émotion, à elle seule, ne peut donner naissance à la névrose traumatique. Elle doit donc résulter de l'action combinée de l'émotion et du trau-

---

(1) Ch. Vibert. *La névrose traumatique*, 1893, p. 143 et suiv.

(2) Ch. Vibert. *Médecine légale*, 1911, p. 338.

(3) Ch. Vibert. *Les accidents du travail*, 1906, p. 594.



matisme. Mais il y a des observations — peu nombreuses, il est vrai — où le traumatisme moral semble déterminer l'éclosion de la névrose, sans qu'une émotion puisse intervenir. M. Vibert en conclut que dans les accidents de chemin de fer le traumatisme doit être considéré comme la cause primordiale et directe de la névrose, l'émotion n'étant susceptible que d'aggraver l'effet déjà produit.

La théorie que M. Vibert a exposée n'a pas beaucoup de partisans. Pour les aliénistes, le traumatisme moral n'est que très rarement le facteur réel des troubles nerveux ou mentaux. Ordinairement, il intervient comme cause prédisposante, c'est-à-dire en faisant du cerveau un *locus minoris resistentiæ* ; dans d'autres cas, il se contente de déclancher une affection déjà existante (1). Jamais il ne pourra créer de toutes pièces la névrose traumatique.

Quant à l'émotion, certes, son action est puissante, mais il est impossible de circonscrire les limites de cette action. Dans l'état actuel de la science, on peut seulement *affirmer* que, la prédisposition aidant, elle est capable de provoquer la névrose traumatique. Il est probable que dans ces cas les effets de l'émotion et du traumatisme moral s'associent. Mais il faut se garder d'admettre que l'émotion aura encore le même effet, c'est-à-dire fera apparaître la névrose traumatique chez des sujets indemnes de toute tare. Ici la question se complique. En effet, il est parfois si difficile de mettre à jour une prédisposition qu'il ne faut point conclure de l'impossibilité de l'établir à son inexistence.

Tout ce que nous avons dit à propos du rôle de l'émotion dans la névrose traumatique, pourrait être appli-

---

(1) V. H. Dagonet. *Traité des maladies mentales*, 1893, p. 144 ; — E. Régis. *Précis de psychiatrie*, 1909, p. 681.

qué, et à plus forte raison, à certaines psychoses consécutives aux graves accidents de chemin de fer. Dans ce genre de catastrophes, on peut souvent observer la confusion mentale. Dans la grande majorité des cas, cette psychose apparaît chez des sujets prédisposés. Il serait peut-être inexact de soutenir qu'il en est toujours ainsi.

En résumé, ici comme dans les catastrophes cosmiques, le rôle de l'émotion paraît être de première importance. Comme son action est *brusque et inattendue* (*et c'est là la caractéristique de ce genre de désastres*), les effets qu'elle engendre sont aigus, passagers et à terminaison favorable. L'accident se limite ordinairement à la production de la stupeur qui, plus tard, sera suivie par des troubles de l'attention, de la mémoire et par un changement, parfois très profond, du caractère. Les individus sont tristes, découragés, sombres. Assez souvent, on assiste à l'apparition de la confusion mentale. Quelquefois enfin, les émotions vécues provoquent l'apparition d'une sorte d'ivresse, dite *ivresse émotionnelle* (1), véritable folie transitoire, qui se termine par un accès de sommeil. C'est ce qu'on a pu observer pendant les catastrophes italiennes (2) et surtout chez les enfants.

IV. — Dans les grandes *commotions politiques*, l'influence des *émotions durables* s'exerce abondamment. L'étude des troubles psychiques liés aux derniers événements politiques en Russie nous permettrait de saisir le sens de cette influence, son caractère, son pouvoir et ses limites.

On discute toujours la question de savoir si les événements politiques ont quelque répercussion sur l'ac-

---

(1) Ch. Féré. *Pathologie des émotions*, 1892, p. 225.

(2) Dr Bouloumié. Ouvrage cité, p. 71.



croissement ou la diminution du nombre des aliénés. Certains auteurs admettent que les effets curatifs des commotions sociales sont encore plus puissants que leurs effets pathogènes (1). D'après cette opinion, tout soulèvement politique se traduit par une diminution considérable du nombre des aliénés. Les révolutions, en fin de compte, guérissent plus de nerveux et de déséquilibrés qu'elles n'en produisent. Dans une statistique très serrée et très consciencieuse, Lunier (2) a démontré que, pendant les événements de 1870-71, les asiles français ont reçu 1.300 malades de moins que dans la période correspondante de 1869-70 (3). Mais une diminution du nombre des *admissions* dans des asiles ne veut pas dire une diminution du nombre des *aliénés*. Ordinairement, pendant les périodes de troubles politiques, le nombre des internements diminue; il augmente au contraire après ces périodes. Les raisons en sont très diverses. Lunier en rapporte quelques-unes (la perturbation apportée par les événements dans le fonctionnement du service, la parcimonie de quelques administrations départementales, etc.); mais il insiste sur ce fait que les événements contribuent directement à cette diminution, en suspendant l'influence de certains facteurs étiologiques de l'aliénation mentale (4). Or, s'il est vrai que la révolution (ou d'autres perturbations sociales) suspende l'influence de certaines causes étiologiques, il n'est pas moins vrai qu'elle en puisse produire d'autres, entraînant des effets non moins désastreux.

(1) V. Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II, p. 727; — Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 86-88.

(2) L. Lunier. Influence des événements de 1870-71 sur le mouvement de l'aliénation mentale. *Annales médico-psychologiques*, 1872, 1873, 1874.

(3) *Ibid.*, 1874, vol. XI, p. 385.

(4) *Ibid.*, p. 386.

Donc, au point de vue des conséquences mentales, la révolution présente une double face : elle est capable d'opérer une diversion, parfois assez puissante, pour faire avorter l'explosion de certaines maladies ; elle est accompagnée d'une foule de facteurs qui sont de véritables agents de la folie. Il paraît que ces derniers l'emportent et que l'orage, que la révolution déchaîne, finit toujours par une augmentation du nombre des aliénés. Mais les maladies n'éclatent pas toujours brusquement. Parfois elles se développent lentement et progressivement de façon que les individus qui en portent le germe ne peuvent présenter les symptômes correspondants que dans un temps relativement assez long *après* l'événement. C'est pour cela qu'on ne doit pas se contenter d'une analyse, même approfondie, des résultats *immédiats* de la révolution. Il faut que cette étude s'applique à toute une série d'années qui lui succèdent. Alors seulement on pourra se prononcer en connaissance de cause, et c'est à ce prix que la conclusion en deviendra vraiment scientifique.

La littérature concernant la dernière révolution russe n'est pas très riche. Cependant, plusieurs points ont pu être établis. Lunier supposait que, dans les événements de 1870-71, la prédisposition héréditaire n'a joué qu'un rôle relativement peu important dans la genèse des aliénations mentales. Il en a noté la proportion de 24 cas p. 100, tandis que, dans les conditions ordinaires, on constate son influence, à des degrés divers, 63 fois sur 100 (1).

Les auteurs russes ne sont nullement du même avis. Ils constatent, au contraire, que dans la grande majorité des cas, les malades possédaient une hérédité neuro-psychique gravement chargée. M. Scholomo-

---

(1) V. Lunier, article cité, p. 387.



vitch (1) trouve que, parmi ses malades, 50 p. 100 présentaient une prédisposition neuro-psychique ; 25 p. 100 seulement n'en offraient aucune trace. 10 sur 12 des malades de M<sup>me</sup> Pavlovskaja (2) étaient des dégénérées. Parmi les 7 aliénés que M. Hermann (3) a soignés, un seul ne présentait pas de signes de dégénérescence. Les douze observations de M. Rybakoff lui font présumer qu'en général les individus les plus sujets aux troubles psychiques sous l'influence des événements politiques, sont des déséquilibrés et, peut-être même, des psychopathes (4). M. Bernstein (5) est encore plus sceptique. Selon lui, la révolution de Moscou n'a fait des victimes que parmi les gens qui, par leur constitution psychopathologique, y étaient fatalement prédestinés. Tout autre facteur, physique ou moral, pourrait avoir le même effet. Le traumatisme politique doit être considéré comme une cause adjuvante et non déterminante des maladies mentales.

Assurément, la façon dont M. Bernstein interprète les choses est exagérée, mais il n'est pas douteux que, dans les troubles psychiques développés sous l'influence des commotions sociales, la prédisposition et la dégénérescence ne jouent un rôle primordial et ne soient,

(1) A. Scholomovitch. Maladies mentales greffées sur les événements politiques. *Rousskij Vrach* (en russe), 1907, n° 21.

(2) L. Pavlovskaja. Plusieurs observations de maladies mentales développées sous l'influence des événements sociaux. *Obozrenje Psichiatriti*, 1906, n° 6 ; 1907, n° 9 (en russe).

(3) F. Hermann. Troubles psychiques dépressifs greffés sur les événements politiques actuels. *Journal Nevropatologii i Psichiatriti* (en russe), 1906, n° 3. Voir aussi l'*Encéphale*, 1907, vol. II, p. 670.

(4) F. Rybakoff. Troubles psychiques liés aux événements politiques en Russie. *Rousskij Vrach* (en russe), 1905, n° 51 ; 1906, nos 3 et 8 ; 1907, n° 20.

(5) A. Bernstein. Etude sur les troubles mentaux observés à Moscou l'hiver 1905-1906 (en russe), *Sovremennaja Psichiatritia*, 1907, avril.

pour ainsi dire, le fond sur lequel ces affections prennent généralement naissance. C'est là un point bien important et qu'il faut retenir.

Si la révolution n'a pas déterminé une forme spéciale de psychose (1), une « psychose révolutionnaire », toutefois elle n'est pas restée sans influence sur les troubles psychiques observés. Ces derniers, dans la grande majorité des cas, portaient le caractère de paranoïa aiguë avec délire de persécution et avec phénomènes très accusés d'inquiétude, de peur et de dépression psychique (Rybakoff). Cette tendance des affections mentales vers le type paranoïaque à forme dépressive et délirante, a été confirmée par tous les auteurs. Il est intéressant de constater que les événements ont communiqué aux idées délirantes une couleur spéciale. Les malades se croyaient ordinairement persécutés par des personnes du camp opposé : la terreur des juifs et celle des étudiants étaient des « centaines noires » (à chaque instant, ils s'attendaient à un « pogrome »); les socialistes voyaient partout les gendarmes et la police; les révolutionnaires craignaient les cosaques, les potences, etc. (2). Avec le temps, le contenu du délire que les sujets ont puisé dans les faits révolutionnaires s'évanouissait peu à peu et les idées délirantes revêtaient un caractère ordinaire. La maladie perdait son cachet révolutionnaire et, finalement, ressemblait à toutes les affections de ce genre.

La forme dépressive imprimée aux troubles, prédominait presque d'une façon absolue. On a observé quelques cas d'excitation maniaque avec la peur, l'anxiété et les idées de persécution, mais c'était un

---

(1) F. Gadziatsky. Troubles psychiques liés aux événements politiques en Russie. *Voenno-Meditsinskij Journal* (en russe), 1908, octobre.

(2) *Ibid.*, p. 96.



phénomène relativement rare. M. Hermann souligne que chez ses malades le délire n'était pas systématisé : les idées délirantes ne se rapportaient jamais à des personnages déterminés, ils voyaient le danger et la mort partout.

Les psychoses avaient généralement un début brusque : les sujets passaient d'un état de santé psychique apparente à un état psychopathique. La maladie revêtait bientôt un caractère aigu, mais les malades se rétablissaient.

Il reste encore un fait sur lequel presque tous les auteurs ont essayé d'attirer l'attention du lecteur. Parmi les malades, il faut distinguer ceux qui ont pris une part active à la révolution, de ceux qui n'en ont été que les témoins ou les spectateurs. Or, les premiers tombaient moins facilement malades que les derniers et la maladie, chez eux, suivait toujours un cours plutôt satisfaisant. Tandis que les gens qui participaient passivement aux événements, présentaient des symptômes très graves et qui ne laissaient pas beaucoup d'espoir.

A ce propos, nous voudrions hasarder une hypothèse. On sait que tout le monde n'est pas également capable de prendre part à une perturbation politique. Il y a des gens qui, par leur constitution physique et mentale, sont exposés plus que les autres à y être mêlés. C'est en eux que la crise en germe trouvera ses premiers adeptes ; ce sont eux qui deviendront ses meilleurs propagateurs. Bientôt ils s'y donnent corps et âme, et tous les moments de leur vie, comme toutes les forces de leur organisme, seront consacrés à la réalisation de leur rêve. Or, *au point de vue psychologique*, tous ces individus, à ce moment-là, pourraient être assimilés à des gens obsédés par une passion. Ce seraient de vrais passionnés.

Les événements politiques opèrent donc, parmi les

habitants d'un pays, une vraie sélection. Un groupe d'individus, à constitution nerveuse spéciale, est d'avance désigné à y jouer un rôle prépondérant et à y prendre part d'une façon active. Le reste, l'immense majorité des habitants, pourra participer plus ou moins activement et tantôt, sous l'influence d'une émotion ou de la contagion, accomplira tel ou tel acte, ou bien se bornera à un rôle purement passif. Les premiers, les révolutionnaires décidés, actifs, constituent l'élément constant, solide, de tout mouvement ; le reste, la foule, en sera la partie indécise, inconstante, changeant suivant le moment, la disposition, l'humeur.

Nous savons déjà qu'au point de vue des conséquences mentales, les événements politiques retentissent beaucoup plus profondément sur la foule passive que sur les révolutionnaires actifs. En admettant que notre supposition — à savoir que les révolutionnaires actifs sont des passionnés — soit vraie, il s'en dégagerait logiquement que *les passions ont des effets psychiques moins débilissants et moins graves que les émotions*. Nous nous garderons bien d'insister plus longtemps sur cette question ; elle n'a été apportée ici qu'à titre de simple hypothèse.

De l'étude comparée, mais forcément rapide, que nous venons d'entreprendre, on pourrait tirer les conclusions suivantes :

a) Les *émotions violentes*, par la vivacité et l'intensité de leur choc, peuvent donner naissance à certaines formes de psychoses, parmi lesquelles il faudra attribuer une place importante à la *psychose confusionnelle*.

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de répondre à la question de savoir si l'émotion, *sans le concours de la prédisposition*, sera capable de produire une psychose. Dans certains cas, cela paraît vraisem-



blable ; mais il serait difficile d'en fournir des preuves tout à fait convaincantes, la prédisposition étant parfois très délicate à déceler.

b) Les *émotions durables* agissant d'une manière lente et continue, sont plus propres à déterminer des psychoses dont le germe existait chez le sujet à l'état latent. Leur rôle est surtout celui d'un excitant. L'affection peut revêtir toutes les formes selon le terrain sur lequel elle se développe ; mais, d'une façon générale, les psychopathies *chroniques* prédominent. Les émotions durables influent seulement sur la couleur et le contenu du délire.

Dans les cas où la prédisposition n'est pas saisissable ou semble être exclue, l'émotion, soit par la répétition, soit par la durée, peut engendrer une psychose d'une manière directe. L'éclosion de la maladie coïncide avec le moment où les effets répétés du choc paraissent avoir déterminé un épuisement extrême du cerveau. D'après les symptômes, la psychopathie pourra être rangée dans le groupe des psychoses confusionnelles.

(A suivre.)

---

## Pathologie.

# ICTUS, ÉPILEPSIE JACKSONIENNE ET ASTHÉNO-MANIE

Par les D<sup>rs</sup> R. BENON et P. BONVALLET

(Saint-Jacques, Nantes).

Toutes les causes d'épuisement nerveux peuvent donner naissance à des accidents asthéo-maniaques. C'est ainsi qu'on voit ces phénomènes succéder à une crise épileptique, à un ictus, aux traumatismes moraux ou physiques, etc. Dans l'observation qui suit, l'asthéo-manie est liée à la fois à des accidents apoplectiques et épileptiques.

OBSERVATION. — Résumé. — Sujet atteint d'alcoolisme chronique et paludisme, avec épisodes hallucinatoires fréquents, mais de courte durée. A quarante-neuf ans, cessation de l'exercice de sa profession (1909). — En mai et juin 1911, ictus suivis d'hémi-parésie droite avec dysarthrie (gaucher); après le second ictus, abattement, inertie, puis épilepsie jacksonienne localisée au côté droit; les crises, d'abord très rapprochées, deviennent de plus en plus rares pour disparaître le 23 juin; en même temps, petit à petit, le malade récupère ses forces et à partir du 24, se développe progressivement un état d'excitation qui aboutit bientôt à la fureur maniaque; le 24 et le 25, état hallucinatoire nocturne, qui ne reparait plus. Après l'internement (le 26), diminution de l'excitation: état simplement hypersthénique. — Guérison en un mois environ. Sortie le 3 août. — Pas d'affaiblissement intellectuel à proprement parler.

Jean-Marie, cinquante et un ans, docker, entre à l'Hospice Général le 26 juin 1911. (Renseignements de la femme et de la fille aînée.)



*Antécédents héréditaires.* — Père, alcoolisme chronique. Huit enfants; deux morts en bas âge, un mort vers vingt ans de tuberculose.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladie dans son enfance ni dans sa jeunesse. Service militaire aux colonies, où il a séjourné cinq ans; il a été atteint de paludisme. Marié à vingt-six ans, en 1886 : dix enfants dont deux sont morts en bas âge (cholérine, anémie?); les autres seraient bien portants.

Alcoolisme chronique (doker) depuis environ vingt ans, avec épisodes aigus hallucinatoires; ceux-ci, qui ne duraient que de un à trois jours, se produisaient tantôt chaque semaine, tantôt tous les deux ou trois mois; assez souvent, ils coïncidaient avec des poussées de fièvre intermittente. Dans ces accès, le sujet était en proie à des troubles psycho-sensoriels intenses, avec agitation anxieuse et coléreuse : « Il voyait des animaux... il combattait avec les Chinois (il a passé deux ans au Tonkin)... il fallait se sauver dans le grenier avec les enfants, dit la femme. »

Psoriasis depuis environ 1895.

*Histoire de la maladie.* — Depuis l'hiver 1908-1909, le malade n'exerçait plus sa profession. Il restait à la maison, où il surveillait les enfants, faisait en partie le ménage, la cuisine, etc.; ses jambes étaient faibles, il marchait avec une canne. Il sortait cependant presque tous les jours. Les épisodes aigus alcooliques persistaient.

Vers le 25 mai 1911, *premier ictus* : l'après-midi il était sorti se promener, il eut une attaque; quand on le ramena, il était paralysé du côté droit et il avait de la difficulté à parler. Ces troubles s'amélioraient quand, le 6 juin, il présenta un *second ictus*; il était environ dix heures du matin; il fit sa chute dans la rue, près de chez lui; il resta sans connaissance environ dix minutes. Revenu à lui, il avait la langue tout à fait paralysée, et le côté droit était très faible. Néanmoins, l'après-midi, sa femme le conduisit à une consultation. Au retour, il était énervé et comme égaré; il ne savait où il allait. Sa femme réussit à le coucher. La nuit fut agitée : vers trois heures du matin, il se leva, s'habilla à la hâte et, dit : « J'ai un mandat à toucher, il faut que j'aille à la Trésorerie. » Il se sauva dans la rue; quand on le retrouva, il grattait dans le sable (?); à la vue des siens, il prit de nouveau la fuite... et vers quatre heures il rentra seul, se coucha et resta calme.

7 juin : il garda le lit toute la journée : il reconnaissait les personnes qui le visitaient; il était incapable de parler; il a

dormi un peu. La nuit fut assez bonne : par intervalle, il cherchait à se lever.

8 : Plus abattu que la veille, il ne faisait aucun mouvement.

9 : Il est administré par le prêtre. C'est à peine s'il a sa connaissance.

10, 11, 12 : Même état d'anéantissement. Gâtisme.

13 : Ce jour apparaissent *des crises d'épilepsie jacksonienne* localisées au côté droit. Elles persistent pendant dix jours.

Chaque crise durait une ou deux minutes : les premiers jours, elles se répétaient toutes les dix minutes ; peu à peu elles s'espaçaient pour ne plus se produire que quelquefois dans la journée ; la femme dit en avoir compté plus de trois cents ; la dernière eut lieu le 23 juin.

Au fur et à mesure que les crises s'espaçaient, à partir du 20 environ, l'entourage remarquait que le malade allait de mieux en mieux et récupérait progressivement ses forces ; dans l'intervalle des crises, il était moins anéanti, il avait ses idées, il prononçait quelques paroles, il demandait à boire, à fumer, etc. Pour le « remonter », on lui donnait du vin, du rhum, etc.

Le 24 juin, il commença à s'exciter : il parlait beaucoup, lui qui ne pouvait articuler les mots depuis sa première attaque ; il gesticulait, cherchait à se lever. Dans la nuit survinrent quelques phénomènes morbides d'ordre psycho-sensoriel : il voyait des pièces de cinq francs tomber du plafond ; il demandait le balai pour ramasser tout l'or et l'argent qu'il y avait dans la chambre... Ou bien c'étaient des soldats Chinois, des trous, il avait peur...

Le 25 juin, l'excitation s'accroît : L'excitation a monté peu à peu ; plus ça allait, plus c'était pire. Il parlait sans cesse et était toujours debout : il racontait ses campagnes dans leurs plus petits détails ; chaque fois qu'il entraînait quelqu'un, il recommençait. Il parlait du ministre de la Guerre qui devait lui faire remettre un secours pour ses campagnes. Il voulait aller travailler, disant qu'il était bien portant. Quand on le contrariait, il donnait des giffes, des coups de poing, cherchait à mordre si on le maintenait, etc. A d'autres moments, il était gai, blaguait et riait de ce qu'il disait ; il était content ; il chantait des chansons en breton ; c'était un casse-tête. Il disait tout ce qui lui venait à l'idée. Parfois, il jouait avec sa cigarette et mettait l'extrémité allumée dans sa bouche ; ou bien il se couvrait la tête avec les draps et riait, etc. Il parlait d'emmener tout le monde faire la bombe sur la côte Saint-Sébastien...



La nuit, par intervalles, retour de l'état hallucinatoire : visions agréables ou pénibles.

Le 26 juin, excitation coléreuse permanente (manie furieuse) et internement. A l'asile, la nuit fut calme ; il dormit assez bien et n'eut pas d'hallucination.

*Etat actuel, 27 juin 1911.* — Le malade se présente en état d'excitation maniaque. Il n'est pas coléreux, mais euphorique ; il parle volontiers, avec chaleur ; les gestes sont vifs et amples ; il est attentif à tout ce qui se dit ; sur ce qu'il voit, entend et comprend, il fait des réflexions qui témoignent d'une activité intellectuelle très marquée. Malgré son hémiplégie droite, il marche d'un pas assuré et sans canne, lui qui autrefois — on l'a vu — ne pouvait s'avancer qu'avec l'aide d'un bâton.

« Non, je ne me sens pas malade. Je vous prie de croire que je « suis d'attaque », que j'ai du sang... et pourtant j'ai du mauvais sang (il montre son psoriasis)... Je ne demande qu'à travailler.. quand je ne gagnerais que 3 francs par jour... Si en plus le gouvernement me donnait 3 ou 400 francs pour mes campagnes... »

Nous nions devant lui sa force ; nous lui expliquons qu'il est paralysé, etc. Il reconnaît qu'il est moins fort qu'autrefois du côté droit, mais il déclare qu'il est encore solide, s'excite peu à peu et veut qu'on lui apporte un sac de 100 kilogrammes pour qu'il le soulève. Il accompagne cette déclaration de gestes vigoureux.

Prié de marcher, il va et vient dans la salle, à grands pas ; il oscille parfois, à cause de son hémiparésie droite, mais « ce n'est rien... ça reviendra... il est d'attaque... il est vigoureux ».

Livré à lui-même, il ne tarde pas à nous parler de ses campagnes du Tonkin : « Quand on est sorti de la forêt, le lieutenant-colonel a fait mettre baïonnette au canon... on en a fait des razzias... un Chinois m'a piqué au genou avec son arme, je l'ai étranglé..., etc., etc. »

Il nous chante une chanson des bataillons d'Afrique. Il ne s'attendrit pas.

Il se souvient de ses accidents hallucinatoires : « Durant deux ou trois jours, oui, je ramassais des louis d'or ; je les mettais dans ma poche et puis je n'y trouvais plus rien... parfois aussi j'avais peur : je croyais tomber dans l'eau.. je voyais des rats, des souris... Cette nuit, j'ai bien dormi. »

Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace ; il fournit rapidement et avec exactitude les dates de sa naissance, de son

mariage, etc. Il n'y a pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles à proprement parler. Il se rend compte de ses troubles de la parole, de son hémiparésie, etc., mais il ignore à quelle date exacte il a eu ses attaques et ses crises nerveuses.

Au point de vue somatique, on constate une hémiparésie droite (malade gaucher) : la force musculaire est diminuée à droite ; le réflexe rotulien droit est plus faible (?) que du côté gauche ; le réflexe plantaire paraît normal des deux côtés ; la commissure droite est abaissée. Troubles dysarthriques marqués. Pas d'inégalité des pupilles, ni altération de leurs réflexes. Pas de gâtisme.

30 juin : Même excitation motrice et intellectuelle : état hypomaniaque. Exalte sa force, raconte ses campagnes, etc.

Dans le quartier où il se trouve, il cause avec les uns et les autres, marche, réclame sa sortie pour aller travailler, etc.

6 juillet : Toujours hypersthénique : « Ça va bien... j'ai bien mes idées... je ne demande qu'à rentrer dans ma famille... »

12 : « Je suis aussi bien que possible. Ma femme me trouve mieux qu'avant ma maladie... La parole est bien revenue, etc. »

Sa femme, en effet, nous dit que, « il y a six mois, un an, il était plus « affligé » que maintenant, il marchait avec une canne, il avait moins de force », et elle ajoute : « il a bien changé ; je n'aurais pas cru qu'il serait revenu aussi bien que cela en si peu de temps... »

25 : Revient peu à peu à son état antérieur : il a repris son bâton.

3 août : Guérison de l'excitation maniaque. Sortie. Persistance de l'hémiparésie droite.

1° On remarque dans cette observation que l'état maniaque ne s'est développé qu'après le second ictus et les nombreuses crises d'épilepsie jacksonienne qu'a présentées le malade : il y a là comme une accumulation d'agents épuisants. Cela est la confirmation de cette idée que ce sont vraisemblablement les états asthéniques intenses qui sont suivis de phénomènes hypersthéniques.

2° Le malade, à son arrivée à l'asile, était en état de fureur maniaque ; il cherchait à frapper, à mordre, etc.



Dès le lendemain, délivré des liens qui l'attachaient, il se montrait simplement euphorique, hypomaniaque. Durant les jours suivants, le sujet resta relativement calme et son état mental et réactionnel ne traduisait qu'un assez léger degré d'hypersthénie.

3° Avant son entrée, le malade eut durant deux ou trois jours, la nuit, des troubles psycho-sensoriels : ils paraissent être en rapport avec les boissons alcooliques que l'entourage, au début, faisait absorber au patient pour le « remonter » : ils ont, du reste, cessé aussitôt le placement à l'hôpital.

4° Revenu à son état antérieur, le sujet n'offrait pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles. S'il a oublié quelques dates, son jugement est sûr, ses raisonnements logiques. Il faut se garder de prendre pour du délire les idées que le sujet exprime par suite du sentiment de bien-être éprouvé par lui.

5° Le pronostic dans ce cas était bénin. La guérison eut lieu en quelques semaines. Sans doute l'avenir est à réserver, mais ici l'internement aurait certainement pu être évité (1).

---

(1) J. Tastevin. L'asthénie post-douloureuse et les dythémies périodiques (psychose périodique). *Ann. méd. psychol.*, 1911, I et II. — L'asthénomanie post-épileptique. *Thèse de Paris*, 1910-1911. — R. Benon. Les dysthémies périodiques (psychose périodique ou maniaque dépressive). *Rev. neurolog.* 1911, I, et *Gaz. méd. de Nantes*, 1911, p. 461. — L'asthénomanie post-épileptique. *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 45. — L'asthénomanie post-apoplectique. *Rev. de méd.*, 1911, juillet. — L'asthénomanie post-traumatique. *Gaz. des hôp.*, 1911, nos 97 et 98. — R. Benon et P. Bonvallet. Aphasie et asthénomanie post-apoplectique. *Cong. des al. et des neur. d'Amiens*, 1911 (note), et *Gaz. méd. de Nantes*, 1911, p. 681.

# DÉLIRE INTERPRÉTATO-HALLUCINATOIRE

SYSTÉMATIQUE, CHRONIQUE,

SANS AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL

Par M. Alfred GALLAIS

Licencié ès sciences,

Interne à la Clinique des maladies mentales.

Il y a une dizaine d'années, une observation appartenant à la catégorie de celles que nous allons rapporter, n'aurait certainement pas motivé une publication. Mais la récente communication de M. Blondel (1) à la Société de psychiatrie, tant par elle-même que par la discussion qu'elle a provoquée, a remis en question des faits bien connus de nombreux auteurs mais que plusieurs ont récemment contestés, nous voulons parler de certains délires *mixtes dans leur nature*, interprétatifs mais en même temps aussi hallucinatoires et dont l'évolution se fait sans l'apparition de démence. N'est-ce pas rajeunir l'ancien problème du délire systématisé entrevu dès 1809 par Pinel (2), mais confondu par cet auteur avec la mélancolie telle qu'on la décrivait alors?

---

(1) Ch. Blondel. *Paranoïa et Hallucinations*. Soc. de Psychiatrie de Paris, séance du 21 avril 1910. — *Encéphale*, 10 mai 1910 et 10 juin 1910.

(2) Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1809.



## I. — APERÇU HISTORIQUE.

L'histoire du délire systématisé ne date que de ces dernières années. Elle a été fort bien retracée par MM. Sérieux et J. Capgras (1) dans leur travail sur le délire d'interprétation ; nous y renvoyons le lecteur. Mais il ne nous a pas semblé superflu de *grouper rapidement les principales opinions émises sur ce problème des délires mixtes et des délires non compliqués d'affaiblissement dementiel*.

I. — Ce n'est qu'en 1832 que s'ouvre avec Esquirol une période d'analyse clinique et de dissociation des symptômes. Il différencie les illusions des hallucinations, crée la « monomanie, la subdivise en intellectuelle, affective et instinctive et place à la base du syndrome » monomanie intellectuelle la possibilité à la fois « d'illusions, d'hallucinations, d'associations vicieuses d'idées, de convictions fausses, erronées et bizarres (2) ».

C'est Leuret qui, en 1834, cherche le premier à isoler un groupe de délirants qui, sans hallucinations, suivent « une idée ». Il désigne ces malades sous la dénomination d'« arrangeurs (3) ».

Enfin Baillarger [1849] (4) et J.-P. Falret [1850-1851] différencient les hallucinations des « illusions

(1) P. Sérieux et J. Capgras. *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Paris, Félix Alcan, éd., 1909.

(2) Esquirol. *Des illusions des sens chez les aliénés* (Erreurs des sens), 1832. — *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris, 1838.

(3) Leuret. *Fragments psychologiques sur la folie*. Paris, 1884, p. 46. — *Du traitement moral de la folie*. Paris, 1840, p. 317 et 369.

(4) Baillarger. *Recherches sur les maladies mentales*. Paris, 1890.

mentales » ou faux jugements à « l'occasion des sensations (1) ».

A partir de cette époque, la généralité des aliénistes reconnaît l'existence de deux catégories de délires. L'un est primitif et s'accompagne de troubles de la sensibilité psychique ; l'autre est secondaire et succède à des états soit maniaques, soit mélancoliques.

Mais s'il s'agit de préciser les rapports existant entre les hallucinations et les interprétations dans le délire intellectuel, les doctrines diffèrent et l'on voit deux grands courants d'opinion se créer peu à peu parmi les médecins qui cherchent à résoudre le problème.

Tandis que Renaudin (2) admet pour les conceptions délirantes primitives la possibilité de se compliquer ultérieurement de troubles sensoriels, Marcé (3), au contraire, sépare nettement les « monomanies intellectuelles » des « monomanies sensoriales ».

Avec ce dernier, Trélat (4) tout d'abord décrit sous le nom de « folie lucide ou raisonnante » des délires à base d'interprétations. Puis, Jules Falret (5), en 1866, parle de persécutés pris pour des fous raisonnants chez qui il ne signale pas de troubles sensoriels, et, en 1878, il fait un groupe à part des « persécutés-persécuteurs » que Sérieux classe aujourd'hui dans la catégorie dite des « délires de revendications ».

Linaz (6) entrevoit les délires interprétatifs de persé-

(1) J.-P. Falret. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris, 1864.

(2) Renaudin. *Etudes médico-philosophiques*. Paris, 1854.

(3) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862.

(4) Trélat. *La folie lucide*. Paris, 1861.

(5) J. Falret. *Folie raisonnante ou folie mentale*. Deuxième discours à la Soc. méd.-psych., 29 octobre 1866, in *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1890.

(6) Linaz. Art. « Monomanie », in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1875.



cution et Delasiauve (1) enfin admet un délire systématisé basé sur des « illusions ».

Sous le nom de « Paranoïa » employé en Allemagne par Heinroth [1818] Sander (2), en 1868, distingue dans une paranoïa originelle deux catégories bien tranchées de malades : les uns hallucinés courant à la démence, les autres surtout bizarres, dont les facultés intellectuelles restent presque toujours indemnes. On scinde alors la paranoïa chronique en deux grandes variétés, l'une hallucinatoire, l'autre simple, dépourvue de troubles sensoriels.

En regard de ce premier groupe d'auteurs tablant sur l'existence ou l'absence d'hallucinations pour séparer plus ou moins nettement les deux espèces de délire, se place à la suite de Renaudin un groupe d'observateurs dont les affirmations sont, sur ce sujet, moins tranchées.

Pour Lasègue (3) tout d'abord les illusions et les interprétations peuvent suffire au délire, mais elles marquent le plus souvent le premier stade d'une affection dont une période plus avancée se caractérisera par l'existence de troubles sensoriels.

Morel (4), en 1860, pense que les interprétations délirantes sont « dans la majorité des cas, comme la période d'incubation des illusions et des hallucinations », et si, pour lui, les interprétations qui « existent toujours » peuvent rester le seul symptôme du délire, c'est que « le mal est enrayé dans son cours ».

J. Falret (5) lui-même, que nous avons vu tout à

(1) Delasiauve. *Classification des maladies mentales*. Comm. à la Soc. des médecins des bureaux de bienfaisance, 9 janv. 1877.

(2) W. Sander. Ueber eine specielle Form der primären Verücktheit. *Arch. f. Psych.*, 1868, t. I, p. 387.

(3) Lasègue. Du délire de persécutions. *Arch. génér. de méd.*, fév., 1852. — Legrand du Saulle. *Le délire de persécutions*, in-8°. Paris, 1873.

(4) Morel. *Traité des malad. ment.* Paris, 1860.

(5) J. Falret. Du délire de persécution chez les aliénés raison-

l'heure faire une place à part au délire non hallucinatoire, prend comme type de description une affection dont la première étape est l'interprétation délirante, tandis que la seconde ou période d'état est caractérisée par l'hallucination de l'ouïe.

Quant à Foville (1) enfin [1871], son opinion est très nette. Même lorsque les conceptions délirantes sont primitives, elles « finissent presque toujours, tôt ou tard, par s'accompagner d'hallucinations ».

III. — Avec M. Magnan s'ouvre une seconde période pendant laquelle on étudie avec soin l'évolution du délire, ses caractères essentiels et le terrain où il germe. Dans cette période encore, nous rencontrons des partisans des deux écoles.

M. Magnan (2), d'abord, bien que reconnaissant, en 1877, puis en 1890, la possibilité pour le délire de persécution de se former de deux façons différentes, tantôt aux dépens d'une conception délirante primitive, tantôt sous l'influence de sensations fausses ; bien qu'insistant à nouveau, en 1895, sur les délires psycho-sensoriels et les délires intellectuels, ne reconnaît à cette classification qu'une importance secondaire. M. Magnan décrit les psychoses interprétatives, mais il ne les sépare pas des autres formes de la dégénérescence. Même dans son « délire chronique hallucinatoire à évolution systématique », M. Magnan décrit les interprétations comme fréquentes et, à l'instar de J. Falret, il les place à la période d'incubation de cette affection.

---

nants. *Ann. méd.-psych.*, 1878, t. XX. — Ritti. Art. « Délire de persécution », in *Dict. Dechambre* et *Ann. méd.-psych.*, 1861, p. 170.

(1) A. Foville. *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871.

(2) Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales. Le délire chronique*, recueillies par Journiac et Sérieux. Paris, 1890. — *Leçons cliniques* recueillies par Pécharman. Paris, 1897.



Mais où M. Magnan se sépare nettement de J. Falret, c'est dans la conception de la quatrième période. Tandis que cette phase est, pour J. Falret, une période de délire simplement stéréotypé avec idées de grandeur, pendant laquelle le malade conserve indéfiniment et jusqu'à la fin une grande énergie intellectuelle et ne tombe pas dans la démence, pour M. Magnan, au contraire, le délire chronique à évolution systématique verse dans la démence du fait même de son affection.

M. Legrain (1), à propos des « délires à évolution chronique chez les dégénérés », ne proscriit pas absolument les hallucinations de sa description.

En 1888, Krafft-Ebing, dans une même variété de *paranoïa persecutoria*, place, au milieu de délires hallucinatoires, une observation de délire essentiellement primordial et idéatif (*paranoïa combinatoria*).

Werner [1891] (2), Ziehen [1902] (3), Mendel [1902] (4), admettent que, dans la *paranoïa simplex chronica*, la forme « *combinatoria* » elle-même, est compatible avec des troubles sensoriels transitoires.

En 1903, Arnaud (5) reconnaît l'existence d'hallucinations comme possible dans le délire systématisé originel, bien qu'elles n'aient pas sur ce délire l'influence prépondérante qu'elles offrent si souvent dans les psychoses acquises.

Enfin, tout en décrivant dans son enseignement des délires interprétatifs et des délires hallucinatoires, Joffroy estime aussi qu'il ne faut pas complètement isoler ces deux formes.

(1) Legrain. Du délire chez les dégénérés. *Thèse*. Paris, 1886.  
— Magnan et Legrain. *Les dégénérés*. Paris, 1895.

(2) C. Werner. *Die Paranoïa*. Stuttgart, 1891, p. 109-154.

(3) Th. Ziehen. *Psychiatrie*, 2<sup>e</sup> édition. Leipzig, 1902, p. 418.

(4) Mendel. *Leitfaden der Psychiatrie*. Stuttgart, 1902, p. 418.

(5) Arnaud. Les psychoses constitutionnelles, in *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet. Paris, 1903.

Mais les partisans d'une scission plus tranchée entre les deux délires sont nombreux aussi.

En Allemagne, Schüle (1) distingue, en 1886, un délire intellectuel et un délire sensoriel.

En France, c'est P. Sérieux (2) qui insiste surtout, en 1890, sur les délires à base d'interprétations. Pourtant, à cette date encore, il écrit : « Ajoutons, cependant que, dans certains cas, des hallucinations peuvent apparaître » ; elles ont d'ailleurs pour lui un rôle toujours accessoire.

M. Magnan (3) accepte la description de Sérieux, en 1892, et M. Séglas (4) décrit, à côté du délire hallucinatoire, deux formes de délire à base d'interprétations : le délire des persécutés persécuteurs et le délire de persécution à interprétations délirantes simples.

En 1893, M. Gilbert Ballet (5) ; en 1896, M. Régis, puis M. R. Leroy publient des observations de délire d'interprétation pure, et Kéraval enfin, en 1901, écrit que le délire des persécutés chronique des dégénérés à forme raisonnée, « caractérisé par des revendications tenaces », est « dépourvu d'hallucinations ».

Enfin, en 1902, précisant leurs idées, MM. P. Sérieux et J. Capgras (6) donnent à l'interprétation un carac-

(1) Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, 3<sup>e</sup> édit. 1886. Traduction de G. Dagonet et Duhamel. Paris, 1888.

(2) P. Sérieux. *Du délire chronique à évolution systématique*. Congrès internat. de médecine de Berlin, in *Progrès médical*, 16 août 1890, et Actes du Congrès, Abtheilung IX, p. 108.

(3) Magnan et P. Sérieux. Le délire chronique à évolution systématique. *Encyclop. d. Aide-mémoire*, Léauté, 1892, p. 144-149.

(4) Séglas. Diagnostic des délires de persécution systématisés. *Semaine médicale*, décembre 1890, n° 50.

(5) Gilbert Ballet. *Leçons cliniques. Psychoses et affections nerveuses*. Paris, Doin, 1897. 2<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> leçons faites en 1893 ; et Les Psychoses, in *Traité de médecine* Charcot et Bouchard, 1<sup>re</sup> édit.

(6) P. Sérieux et Capgras. Les psychoses à base d'interprétations délirantes. Soc. méd.-psych., séance du 24 février 1902, in *Ann. méd.-psych.*, mai 1902.



tère assez prépondérant dans certaines formes de délire systématique pour en faire la base d'une entité clinique autonome.

Parmi les caractères qu'ils décrivent à cette psychose systématisée chronique, ils notent l'absence *presque* constante d'hallucinations (ou le rôle très effacé de ces troubles), et la persistance de l'intégrité des facultés intellectuelles (pas de période de démence).

III. — La troisième période de l'histoire du délire de persécution n'est autre que la période kraepelinienne.

De 1885 à 1898, Morselli place les délires d'inférence ou par raisonnement, à côté de la *paranoïa* originelle, dans les paraphrénies. En même temps, Korsakoff (1) admet, pour les délires d'appréciation, de signification, de symboles, la possibilité d'un développement primitif sans l'intervention d'hallucinations auditives ; et, un peu plus tard, Serbsky décrit, en 1906, la *paranoïa combinatoria* non hallucinatoire.

Ces auteurs ont plus ou moins subi l'influence de Kraepelin. En effet, de 1887 à 1896, Kraepelin distingue dans la *paranoïa* (*Verrücktheit*) deux formes : expansive, dépressive, dont chacune possède deux variétés : l'une *paranoïa combinatoria*, non hallucinatoire ; l'autre *paranoïa fantastique*, hallucinatoire.

Mais en 1899 (2) et en 1904 (3), Kraepelin critique sur toute la ligne la conception de la *paranoïa* et il rattache à la forme paranoïde de la démence précoce les variétés hallucinatoires à terminaison dementielle, même lorsque celle-ci apparaît tardivement. Ce qu'il

(1) Korsakoff. *Cours de Psychiatrie*. Moscou, 1893.

(2) Emil Kraepelin. *Psychiatrie*, 6<sup>e</sup> édit. Leipzig, 1899. Cf. P. Sérienx. La nouvelle classification des maladies du Professeur Kraepelin. *Revue de Psychiatrie*, avril 1900.

(3) E. Kraepelin. *Psychiatrie*, 7<sup>e</sup> édit. Leipzig, 1903-1904. Cf. Kraepelin. *Introduction à la psychiatrie clinique*, 2<sup>e</sup> édit., trad. par Devaux et P. Merklen. Paris, 1907.

décrit alors sous le nom de paranoïa, c'est le délire d'interprétation et le délire de revendication. Le système délirant se déroule sans qu'aucun affaiblissement de la pensée ou de la volonté apparaisse.

Cette psychose débute par une assez longue période d'incubation dont les signes principaux sont des modifications de l'humeur et des préoccupations hypochondriaques. Puis arrivent les interprétations délirantes qui dominent la scène, les idées de persécution et de grandeur.

Les hallucinations en général restent rares et épisodiques, fugitives ; parfois, il existe des visions nocturnes. Les pseudo-souvenirs contribuent à la création d'un délire rétrospectif. La conviction du malade demeure absolument inébranlable ; l'humeur et les actes en rapport avec les conceptions délirantes restent longtemps corrects.

Il n'y a jamais ni transformation de la personnalité ni troubles somatiques. L'évolution est lente et l'intelligence reste intacte jusqu'à un âge avancé. Enfin l'absence de troubles primitifs de la volonté a une valeur toute spéciale.

Les auteurs allemands n'admettent pas tous cette conception de la paranoïa ; Mendel, Ziehen, dans l'édition de 1902 de leurs *Traité*s, maintiennent leurs anciens cadres.

De même, en Angleterre, en Suisse, en Italie peu d'aliénistes partagent l'opinion de Kraepelin au sujet des hallucinations. C'est ainsi que Tanzi (1), Bleuler (2) les reconnaissent comme possibles et même importantes, tandis que Clouston (3) les considère comme

---

(1) Tanzi. *Trattato delle malattie mentali*. Milan, 1905.

(2) Bleuler. *Affectivität, Suggestibilität, Paranoia*. Halle, 1906.

(3) Clouston. *Clinical Lectures on Mental Diseases*. Londres, 1904.



très fréquentes. En Amérique enfin, Afranio Peixoto et J. Moreira [1906] (1) défendent la conception de la paranoïa kraepelinienne, tandis que Mac Donald (2) et Dercum (3) lui font un certain nombre d'objections.

En résumé, à l'heure actuelle, on tend à dissocier le délire chronique de M. Magnan, en fusionnant les cas de délire hallucinatoire à évolution systématique avec la démence paranoïde d'une part; et, d'autre part, en scindant le type délire des dégénérés en plusieurs groupes dont l'un comprend des cas d'hébéphrénie, dont l'autre a été rapproché par Sérieux et Capgras de certains cas auparavant rangés dans les délires des persécutés-persécuteurs. Ces deux dernières catégories de malades sont réunies par eux dans leur description du délire d'interprétation extrêmement voisin de la paranoïa de Kraepelin.

Il semble bien que la véritable importance de cette nouvelle classification est surtout d'opposer à la démence précoce paranoïde certains délires systématisés n'évoluant pas vers un syndrome de chronicité (stéréotypies diverses, bizareries) que l'on considère à tort ou à raison comme des signes d'affaiblissement intellectuel.

Mais Sérieux et Capgras eux-mêmes dans leur classification récente réservent une place à un groupe assez rare de délires qu'ils désignent sous le nom de *formes atypiques diverses* et, parmi celles-ci : « plus rares, disent-ils, sont les formes intermédiaires entre le délire d'interprétation et les psychoses systématisées hallucinatoires. Néanmoins, l'action d'une cause spéciale (toxi-

(1) Afr. Peixoto et J. Moreira. *A Paranoia e os syndromas paranoïdes*. Rio-de-Janeiro, 1904. — *La paranoïa légitime, son origine et sa nature*. Congr. internat. de médéc. Lisbonne, 1906.

(2) W. Mac Donald. L'état actuel de la paranoïa. *Americ. Journ. of Insan.*, janv. 1904.

(3) Dercum. The heboïd-paranoïd group. *Americ. Journ. of Insan.*, avril 1906.

que ou autre, peut donner naissance à une forme bâtarde d'un classement difficile. D'une part, des troubles sensoriels très actifs et de longue durée peuvent transformer complètement la physionomie d'un délire d'interprétation. D'autre part, une folie systématisée avec prédominance des interprétations peut arriver progressivement à la démence (1) ».

Il y a, dit Ziehen en 1902, toute une série de cas de transition entre la paranoïa non hallucinatoire et la paranoïa hallucinatoire. Notre maître, M. le professeur Gilbert Ballet, enseigne l'existence de ces formes mixtes et c'est un cas de ce genre dont nous venons rapporter l'observation.

(A suivre.)

---

(1) P. Sérieux et J. Capgras. *Loc. cit.*, p. 338.



---

# Médecine légale

---

## UNE

### EXPERTISE POUR CONSEIL DE GUERRE

Par le Dr BIAUTE

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

---

Dans les *Annales* de juillet-août 1910, j'ai publié un article pour rappeler comment les dégénérés, les débiles et les aliénés même entraient dans l'armée, comment leurs infractions étaient punies par les conseils de guerre, comment enfin ils étaient maintenus sous les drapeaux au lieu d'être mis à la réforme.

Mon travail n'avait qu'un but, celui de fournir une part contributive à l'intéressante question qui avait été remarquablement traitée, peu auparavant, au Congrès de Nantes. Il s'appuyait sur quelques exemples parmi les nombreux que j'ai recueillis dans ma carrière déjà longue, et l'un d'eux, le principal, concernait le soldat X... J'avais donné en entier mon rapport médico-légal. La suite de cette affaire vient encore confirmer ce que je disais en 1910 et je vais rapidement l'exposer avant de passer à l'expertise qui motive ce deuxième article.

X..., soldat au 6<sup>e</sup> régiment d'infanterie coloniale, avait été poursuivi pour coups et blessures et tentative de vol sur un civil. J'avais déclaré qu'il n'était pas en

démence au temps de l'action, mais que sa responsabilité était notablement diminuée.

Il fallait donc s'attendre à une condamnation, mais pas à une aussi forte que celle qui lui fut infligée : quatre ans et onze mois de prison.

J'avais fait précéder mes conclusions des considérations suivantes : « Dès sa rentrée au régiment, X... devrait être présenté devant une Commission de réforme. Nous estimons qu'un sujet anormal, alcoolique et épileptique par hérédité, qui a été plusieurs fois reconnu 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. »

La justice militaire, par les quatre ans et onze mois de prison, enleva donc la possibilité d'une proposition prochaine de réforme et d'une prompt exclusion de l'armée.

Je terminais ainsi mon travail : « 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. »

X... a été écroué à la prison militaire du Mans. Trois mois après, il comparaissait devant le Conseil de guerre du 4<sup>e</sup> corps pour refus d'obéissance et outrages à des surveillants et était condamné à cinq ans de travaux publics. Durant l'audience, il s'était adressé en ces termes au président : « Je demande que la peine à laquelle je serai condamné me fasse quitter la prison du Mans, sinon je commettrai un acte plus grave pour en partir enfin. »

Ce n'était pas encore un attentat contre les personnes, mais il faut s'attendre à ce qu'il s'en rende coupable



dans les pénitenciers d'Afrique où il sera envoyé, qu'il a en horreur, et dont le souvenir seul du temps qu'il y a passé le met en révolte et lui suggère les plus violents sentiments de haine et de vengeance à l'égard de tous ceux qui surveillent et commandent.

X... avait trente et un ans quand j'ai eu à l'examiner. Engagé volontaire à dix-huit ans, comme le soldat B... auquel s'applique le rapport médico-légal ci-après, il lui restait encore un peu plus d'un an de service à faire en raison de plusieurs condamnations antérieures. Si les peines de Nantes et du Mans ne se confondent pas, il ne sera libéré qu'à quarante-deux ans, à condition qu'il ne s'attire pas d'autres condamnations, et j'ai la conviction absolue qu'il n'en sera pas ainsi.

Voilà à quoi on arrive en maintenant dans l'armée un homme ayant de telles tares mentales et nerveuses, héréditaires et acquises, alors que mon rapport donnait les moyens de le faire réformer à bref délai du service militaire.

J'ai obtenu un meilleur résultat dans l'expertise suivante :

Je soussigné, Dr A. Biaute, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes, expert commis par Ordonnance, en date du 23 août 1911, de M. le lieutenant Dupasquier, substitut de M. le rapporteur près le Conseil de guerre du 11<sup>e</sup> corps d'armée, à l'effet d'examiner le nommé B..., détenu à la prison militaire de Nantes, sous l'inculpation de vol et de refus d'obéissance, et de dire, dans un rapport écrit, dans quelle mesure sa responsabilité existe au sujet des faits qui lui sont reprochés, déclare avoir, serment préalablement prêté, rempli la mission qui m'avait été confiée et en donner le résultat dans le présent rapport.

B..., né le 22 décembre 1888, est entré dans les équipages de la flotte par engagement volontaire le 2 janvier 1907 ; le 22 mars 1911, il passait à la 2<sup>e</sup> compagnie des fusiliers de discipline ; le 29 septembre de la même

année, il était condamné pour vols simples à un an de prison avec sursis, par le Conseil de guerre de Bordeaux ; le 19 novembre suivant, il était envoyé à la section spéciale de discipline de Cézembre et enfin, le 5 mai 1911, à celle d'Ouessant.

Dans la nuit du 28 au 29 juin, en compagnie de deux autres disciplinaires, Rouquayrol et Pinelli, B... quittait le campement sans autorisation. Sur la côte, ils détachèrent une barque de pêche, la conduisirent en mer et l'abandonnèrent dans une anse où elle fut retrouvée, non amarrée, flottant au gré des flots et risquant de se perdre. Cet acte constitue l'inculpation de vol et les trois soldats nient l'avoir accompli.

Aperçus par des pêcheurs, ils furent signalés à la section. Une patrouille, envoyée à leur recherche, parvint à les découvrir et à les approcher. Le caporal qui la commandait ne put réussir à se faire obéir, ils refusèrent de le suivre. Rouquayrol et Pinelli aggravèrent leur cas en injuriant et menaçant violemment le caporal. Ils en firent autant à l'égard d'un sergent et ils furent enfin tous trois ramenés au campement.

Les faits de vol et de refus d'obéissance sont seuls imputés à B..., tandis que Rouquayrol et Pinelli sont inculpés d'injures et de menaces envers des supérieurs. Ils n'avaient trouvé aucun débit ouvert. Rien d'ailleurs ne donne à penser qu'ils pouvaient être sous l'influence de la boisson.

Ils ont déclaré n'avoir pas pris la fuite dans l'intention de désertier, avoir seulement voulu tirer une bordée, étant mécontents des procédés des gradés à leur égard.

Dans le rapport du chef de corps, on lit : « B... est arrivé à la section le 4 mai 1911, venant de Cézembre, il ne s'est pas fait punir depuis son arrivée. Toutefois, c'est un soldat médiocre, sournois et paresseux. L'examen du dossier le montre sujet indiscipliné et peu scrupuleux. C'est la deuxième fois qu'il se rend coupable de vol de barque. Le 29 septembre 1910, il a été condamné pour un vol semblable à un an de prison avec sursis. Il n'a guère tenu compte de la bienveillance dont il a bénéficié. »

Au corps, dans l'espace de quatre ans et demi, il a subi trois cent quarante jours de punitions graves,



126 de salle de police, 210 de prison et 4 jours de cellule.

Quand le père apprit que son fils avait commis des faits qui le rendaient passible du Conseil de guerre, il écrivit au général commandant à Brest pour implorer sa pitié et pour lui démontrer que B... était un malade inconscient qui méritait des soins plutôt qu'une punition. Il écrivit aussi au médecin-major du 19<sup>e</sup> de ligne, auquel est rattachée la section disciplinaire d'Ouessant. Nous transcrivons en entier cette dernière lettre ;

« Ayant appris que mon fils, du 19<sup>e</sup> de ligne à Ouessant, était en prévention de Conseil de guerre, je ne sais trop pour quel motif, mais quel qu'il soit, je prends la liberté de vous écrire pour vous prévenir que mon fils est un inconscient, un déséquilibré, qu'il frise malheureusement la folie et que je vois qu'elle arrive à grands pas, je ne puis plus en douter.

« Ayant déjà passé en conseil de guerre à Bordeaux pour avoir pris une barque pour s'évader avec deux autres disciplinaires qui ont avoué être les instigateurs et lui avoir monté le coup, j'ai fourni tous les documents nécessaires pour prouver qu'il ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales. Il y a eu une enquête par la gendarmerie dans notre localité. J'ai fourni des certificats de beaucoup de personnes qui l'ont connu depuis son bas âge et du docteur qui l'a soigné pour les crises qu'il a eues dans la tête et une opération pour la surdité. Car cela l'a toujours pris par périodes et la chaleur influe beaucoup sur lui. Mais cela n'a guère varié comme monomanie, toujours fuir, se cacher depuis son bas âge ; entre autres, une fois il est resté caché dans un wagon de chemin de fer deux jours sans manger. Il nous a entendu le chercher, il n'a pas bougé, et cela sans avoir été grondé, ni fait aucun fait qui aurait pu le faire gronder. Il avait alors huit ans, et depuis toujours, cela était ainsi. Puis quand il est revenu, il pleure, ne se rappelle plus, se repent et recommence. Jusqu'ici il n'a pas été mauvais, mais je crains toujours que les mauvais traitements et les mauvais conseils surtout ne le rendent mauvais.

« Quand il est dans son état normal même, il n'a pas de raisonnement suivi, mais ses crises sont précédées de

propos incohérents, puis subitement il est pris de mélancolie, se cache, échappe pendant plusieurs jours, n'écoute personne, puis quand il revient il pleure.

« Au retour de la campagne du Maroc, il a eu des crises terribles. Etant en convalescence chez moi, il est tombé plusieurs fois dans la rue et les voisins l'ont porté chez moi. Le docteur n'en répondait plus et tous nous croyions à la folie pour toujours, car malheureusement dans la famille ce n'est pas le premier. Ma grand'mère était idiote, ma sœur est morte folle à vingt-six ans avec des crises dans la tête et ma nièce est à l'asile Picon à Bordeaux. La folie l'a prise à vingt-deux ans ; elle aussi, c'est par périodes, elle reste calme des fois six mois, puis des crises reviennent et le docteur en chef nous a dit : « Rien à faire, c'est pour toujours. »

« Vous m'excuserez, Monsieur le Major, si je vous entretiens si longuement, mais il faut bien que je vous prouve que mes dires sont vrais pour que vous vous occupiez de ce pauvre malheureux.

« Je vous en supplie, Monsieur le Major, examinez mon fils, faites-le surveiller et vous vous rendrez compte que ce n'est pas une punition qu'il faut lui infliger, mais le renfermer, car toutes les fois qu'il aura ces crises il recommencera, et ce que je crains, c'est qu'étant parmi de fortes têtes et le connaissant pour un déséquilibré, on ne lui fasse faire des crimes au lieu de bêtises, ce qui lui arrivera sûrement, car il est absolument inconscient.

« Monsieur le Major, c'est un père de famille désespéré de voir son enfant perdu qui vous en prie à genoux, occupez-vous de lui. S'il était responsable je l'abandonnerais moi-même, mais ce serait un crime de ma part, car, je vous le jure, il est irresponsable de ses actes.

« D'ailleurs, toutes les pièces dont je vous parle ont été fournies au Conseil de Bordeaux qui confirment tous mes dires. Je ne demande qu'une chose, c'est qu'on le fasse examiner sérieusement.

« Dans l'espoir, Monsieur le Major, que vous accueillerez ma demande, je vous en remercie d'avance de bien vouloir vous occuper de lui, car c'est plutôt une maison où on le soignerait qu'il lui faut plutôt qu'une prison



en compagnie de fortes têtes qui profiteraient de lui pour lui faire faire du mal. »

Dans le dossier de l'affaire de Bordeaux, on trouve des enquêtes officielles et des témoignages confirmant tous les faits énoncés par le père de B...

Le 17 juin 1910, avec deux soldats des fusiliers de discipline de l'île d'Oléron, Jeanneau et Pouplard, B... s'était enfui du casernement. Sur la côte, ils avaient dérobé différents objets dans des barques de pêcheurs, étaient montés dans une et avaient abordé sur le continent. Là ils avaient commis des vols dans des maisons habitées afin de changer de vêtements et de linge et de pourvoir à leur nourriture. Le 22, ils s'étaient rendus volontairement à la place de Royan. Ils ont dit avoir eu l'idée de désertre et de passer en Espagne. B... a prétexté avoir quitté la compagnie parce qu'il avait été passé à tabac quinze jours auparavant.

Ses chefs avaient fourni le rapport suivant : instruction rudimentaire, cerveau peu ouvert, caractère sournois, B... est un soldat négligent et habituellement indiscipliné.

Avant d'être déféré au Conseil de guerre de Bordeaux, B... fut soumis à une expertise médicale pratiquée par M. le D<sup>r</sup> Adriet, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe à l'Hôpital militaire.

Dans le rapport sont consignés les tares héréditaires, les troubles nerveux et les anomalies mentales invoqués par le père. Il y est dit encore qu'un frère est aussi déséquilibré et excentrique que l'inculpé, d'après des témoignages. Il fait remarquer que la névrose épilepsie n'a jamais été constatée au corps et que B... n'a été soigné que pour deux affections, du reste légères, névralgies et un eczéma de la face.

Le rapport de M. le D<sup>r</sup> Adriet donne enfin les résultats de l'examen direct et les conclusions dans les termes suivants :

« B... est un homme très vigoureux et d'une constitution physique remarquable. Il ne présente aucune lésion apparente des différents organes ou appareils, il mange bien et dort normalement. Il n'accuse aucun trouble de santé autre que des maux de tête qui surviennent à intervalles variables, ont une durée de

quelques heures et laissent à leur suite un état de dépression. La température prise au moment d'un de ces accès a donné une élévation de un demi-degré au-dessus de la température normale; l'accélération du pouls était également manifeste. A la suite de cet accès, très léger, du reste, nous avons constaté un peu de difficulté de la parole, et un état d'obnubilation qui n'était certainement pas simulé.

« Pendant toute la période d'observation, le soldat B... n'a pas présenté de crise d'épilepsie vraie; il ne paraît pas non plus en avoir présenté depuis un temps très long, à supposer qu'il en ait eu. On ne constate, en effet, aucune trace de cicatrices sur la face ou le cuir chevelu et aucune trace de morsures de la langue. Il est d'ailleurs très calme et ne présente pas cet état d'irritabilité spéciale qui caractérise l'épileptique même en dehors des crises.

« Comme stigmates de dégénérescence, nous n'avons trouvé chez B... que l'adhérence du lobule de l'oreille, la voûte palatine en ogive accentuée et du dermatoglyphisme. La sensibilité est normale, les réflexes ne sont ni exagérés ni diminués. L'intelligence paraît médiocre.

« B... ne paraît pas avoir commis les actes qui lui sont reprochés dans une période d'inconscience, telle que celle qui suit une attaque d'épilepsie et qui aurait, pour effet, de le rendre irresponsable. Toutefois, les antécédents héréditaires et personnels de B... et les constatations faites à l'hôpital paraissent de nature à diminuer sa responsabilité, mais dans une faible mesure. »

Le défenseur de B..., après avoir eu connaissance de la lettre du père et après avoir appris qu'il avait déjà été l'objet d'un examen mental à Bordeaux, a demandé à M. le Rapporteur près le Conseil de guerre de Nantes de bien vouloir ordonner une nouvelle expertise médicale. Sa demande énumère tous les renseignements fournis par le père de l'inculpé et contient en outre les considérants suivants :

« L'affaire de Bordeaux, qui amena sa première comparution devant un Conseil de guerre et qui lui valut une condamnation à un an de prison avec sursis, se rapproche fort de l'affaire actuelle : dans celle-ci, on



l'accuse de s'être sauvé du casernement avec des camarades et d'un vol ; dans celle-là, il s'était également échappé avec des camarades avec lesquels un vol aurait été commis. Si nous rapprochons ces faits de ce que nous savons de son enfance, nous le voyons toujours chercher les occasions de se sauver de l'endroit où il se trouve ; l'entraînement des camarades faisant leur œuvre facile sur une volonté débile le pousse à des actes dont il ne voit pas la gravité et qu'il oublie bientôt après.

« Non seulement chez B... le physique est gravement atteint, la volonté malade, la mémoire infirme, mais l'intelligence même ne paraît pas bien équilibrée.

« C'est ainsi que, le 1<sup>er</sup> août dernier, il écrit à ses parents une lettre de reproches pour ne l'avoir pas mis au courant du mariage de sa sœur ; il leur dit de choisir entre eux et lui et les menace de ne jamais plus les revoir. Or, ses parents l'avaient depuis longtemps tenu au courant de ce mariage et venaient seulement de lui dire dans leur dernière lettre que la date en était fixée. Le 3 août 1911, il écrit à ses parents, leur envoyant le plan d'une maison bourgeoise et les charge de la lui faire construire ; il ajoute que, pour ce faire, ses parents n'auront qu'à retirer la somme de 150.000 fr. déposés à son nom chez son notaire. Or, outre que cette lettre contredit en plusieurs points la lettre du 1<sup>er</sup> août où il parlait de s'en aller pour toujours, il n'a jamais eu ni argent personnel ni notaire ni possibilité de se faire construire une maison.

« Les crises d'épilepsie se sont constamment renouvelées depuis cette époque, c'est-à-dire depuis l'examen de Bordeaux, et elles ont pu être constatées notamment à la prison militaire de Nantes durant la prévention.

« La constatation des fugues irraisonnées de B... depuis son enfance et qui est à la base aussi bien de l'affaire de Bordeaux que de l'affaire d'Ouessant, ne semble pas avoir fait l'objet de l'attention de l'honorable expert.

« Enfin, nous croyons constater que l'état mental de B..., loin de s'être amélioré, s'est au contraire considérablement aggravé : il lui vient les idées les plus bizarres, comme de vouloir se mettre à voler comme s'il avait des ailes, ce fait m'a été rapporté à la prison, ou

d'imaginer posséder une fortune et de vouloir se faire construire une maison bourgeoise. »

Dans une lettre écrite à l'inculpé par sa mère, en juillet dernier, nous trouvons les conseils suivants :

« Aussitôt que tu seras rendu à Nantes, fais-le moi savoir, ainsi que le nom de l'avocat que tu prendras, parce que je veux lui écrire. Si on te met en observation à l'hôpital militaire, fais-le moi savoir aussi.

« Puis, si tu souffres de la tête, ne le cache pas, dis bien ce que tu éprouves, de la façon que cela te prend. Tu vois, tu as eu une crise à la même époque que l'année dernière et toujours la même monomanie. Le lieutenant Muller m'a répondu et me dit que tu as commis les mêmes faits que l'année dernière ; et dire que tu ne prévois pas ces crises de monomanie de t'échapper et de te cacher, et pourtant il t'en a eu ensuite.

« Ecoute bien ce que je te dis : demande un avocat et qu'il se procure les pièces que j'ai fournies à Bordeaux. Si tu te sens incapable de lui expliquer, montre lui ma lettre, qu'il m'écrive et je le renseignerai, car je sais que la mémoire te fait complètement défaut par moment.

« Tous ici nous sommes consternés de ce qui arrive, car c'est bien malheureux.....

« Marie-Thérèse se trouve mieux ces jours-ci. Je ne sais comment tu feras pour lui apprendre que tu es à Nantes. Elle soupçonnera ton malheur et je crains que cela ne lui porte le coup final, car la moindre émotion peut la tuer. Pense donc bien à ce que je te dis. Je crains que tu ne lui écrives sans réfléchir, au moins qu'elle puisse mourir sans connaître ta situation qui est bien à plaindre vu ta tête faible et tes absences de mémoire. Ecoute-toi bien avant d'écrire et, si tu sens ta tête tant soit peu détraquée, n'écris pas, attends de revenir dans ton état normal.

« Toute la famille fait des vœux pour que ceux qui te jugeront reconnaissent que tu es malade et que tu auras besoin de soins, au mental surtout, et ce n'est pas où tu es que tu les auras. »

Nous avons relevé dans le dossier et consigné dans ce rapport les éléments d'information qui précèdent, le fait d'Ouessant et celui d'Oléron, les appréciations des



chefs, le rapport médico-légal du Dr Adriet, les renseignements fournis par la famille et certifiés par des enquêtes officielles, l'exposé du défenseur et enfin la lettre de la mère, pour démontrer que nous avons porté la plus grande attention à tout ce qui concerne B... et parce qu'ils contiennent de nombreuses notions devant nous être très utiles dans la discussion qui suivra le compte rendu de notre examen direct et devant aussi concourir à donner une base solide aux conclusions que nous aurons à formuler.

A notre première visite, il nous a été facile de constater combien B... était, au point de vue physique, différent de ce qu'il devait être lorsque, il y a un an, il fut mis en observation à l'hôpital militaire de Bordeaux. « Il avait alors, dit M. le Dr Adriet, une constitution physique remarquable et ne présentait aucune lésion apparente des différents organes ou appareils. » Nous le voyons déprimé, voûté, le facies blême et amaigri, les muqueuses décolorées. Les membres et le tronc ont cependant gardé un bon développement musculaire. L'auscultation et la percussion ne font découvrir aucune altération dans les organes thoraciques et abdominaux.

Nous avons pu voir, dans le portefeuille de B..., une photographie faite depuis qu'il a quitté les équipages de la flotte. Elle représente un sujet bien portant, à la physionomie claire, tel qu'a dû le voir le Dr Adriet. Mais combien serait différente celle que l'on prendrait actuellement et celle-ci refléterait l'atonie physique dont nous avons parlé et l'atonie intellectuelle dont nous aurons à nous occuper bientôt.

Durant l'expertise, B... avait été conduit à la visite du médecin faisant le service de la prison militaire. Il se plaignait de toux et d'un point douloureux vers les dernières côtes à gauche. Des badigeonnages à la teinture d'iode lui furent prescrits. B... fournit l'impression d'être en évolution de tuberculose pulmonaire ; mais cette affection ne se traduit encore, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par aucun signe organique certain.

Il a peu d'appétit, prend seulement une partie du bouillon de sa gamelle, laisse le pain et donne la viande

à ses camarades. Par deux fois, nous avons pu nous assurer qu'il en était ainsi, en le voyant peu de temps après l'heure du repas. Mais, avec l'argent qu'il a eu dépôt, il demande chaque jour du lait, jamais de vin. A ce propos, nous dirons immédiatement qu'il ne semble pas avoir été un intempérant, il n'absorbait que des sirops et, dans le dossier, rien ne fait allusion, ni les notes, ni les causes de punitions, à des habitudes alcooliques.

A notre dernière visite, il est atteint d'embarras gastrique depuis deux jours. Il a eu des vomissements, pas de diarrhée, sa langue est saburrale et sèche. Il a froid et est vêtu de sa capote et de son pantalon de drap, tandis que tous les autres détenus ont le costume de treillis. Il n'a pas réclamé les soins médicaux.

Au Maroc, il a reçu deux blessures légères par coups de sabre, une à la partie antérieure de la jambe gauche, l'autre à la région fessière droite.

Il ne porte nulle part la trace d'aucun traumatisme. Il n'a jamais eu la syphilis.

B... a le tronc et les membres supérieurs recouverts de tatouages. Il les a laissés faire, sans protester, dans les diverses sections disciplinaires par lesquelles il est passé. Un serpent lui forme un collier, des hommes, des femmes, des têtes grotesques, des fleurs, des insectes, sont dessinés sur le thorax, le dos, le bras et l'avant-bras gauches, l'avant-bras droit.

B... a reçu l'instruction primaire à l'école communale de sa ville natale jusqu'à l'âge de quinze ans. A treize ans, il avait obtenu le certificat d'étude. Il a travaillé ensuite avec son père pour apprendre le métier de peintre. A dix-huit ans, ne s'entendant pas avec son beau-frère, il s'engagea pour cinq ans dans les équipages de la flotte. Il va avoir vingt-trois ans le 22 décembre prochain et il ne lui reste plus que quelques mois à faire pour finir son service militaire. Nous savons comment il a cessé d'appartenir à la marine pour passer dans les sections disciplinaires.

Sa mentalité est sujette à des variations appréciables. Il y a très peu d'activité dans son fonctionnement cérébral, il ne peut donner des détails circonstanciés sur son histoire biologique ou pathologique, sa mémoire est



obtuse. Il faut renouveler les questions pour avoir peu à peu des réponses à peu près satisfaisantes, et, si on ne connaissait pas d'avance son passé, il serait difficile d'avoir des renseignements auxquels on pourrait ajouter foi.

Il a conservé peu de notions sur les diverses branches de l'enseignement qui lui a été donné. Il est à peu près nul en histoire et en géographie et ne sait plus rien des particularités qui caractérisent les grands cours d'eau traversant son département d'origine.

Le plus souvent il répond : « Je ne sais pas, je ne me souviens pas. »

En certains jours, B... paraît beaucoup plus déprimé, il est encore plus lent dans ses réponses, a une physionomie hébétée, se meut lourdement et dit alors souffrir violemment de la tête.

Les gardiens de la prison n'ont rien à lui reprocher, il est docilement soumis à toutes les exigences de la discipline intérieure, demande fréquemment de rester en dortoir, se tient accroupi contre un mur de la cour, la visière du képi rabattue sur les yeux, ne se mêle pas aux conversations des autres détenus, leur répondant par oui ou par non quand ils lui adressent la parole.

Nous avons vu dans le dossier que, pendant l'enquête, la question suivante avait été posée à Pinelli, un de ses coaccusés : « Que pensez-vous de B... » — « Il est un peu timbré », avait répondu Pinelli.

Nous avons estimé qu'il était bon de voir ce dernier pour lui demander sur quoi il fondait son appréciation. Voici ce que nous avons retenu de sa déclaration : « Nous n'avons pas engagé B... à partir avec nous, il a voulu nous suivre quand il a su que nous quittions le campement. Comme nous, il avait à se plaindre des gradés. Depuis qu'il était à Ouessant, il avait eu une crise nerveuse. Il ne buvait pas. Il se disait riche, il faisait des plans de maisons et de machines pour avions. Il les conserve dans son portefeuille. Il disait qu'il voudrait avoir des ailes pour s'envoler. »

Ce que nous a raconté Pinelli était la confirmation de ce qu'avancait le défenseur pour démontrer que son client avait les idées les plus bizarres. Jusqu'à ce moment, nous avions négligé à dessein de rechercher ces

idées chez B..., et lui-même ne les émettait pas spontanément devant nous. Mais, apprenant que nous en trouverions la preuve dans des écrits composés bien avant la date des faits pour lesquels il est poursuivi, nous lui avons aussitôt demandé de nous apporter son portefeuille. Il contenait, en effet, plusieurs petits papiers sur lesquels étaient tracés des plans de maisons de différents genres et de différents prix et des dessins d'aéroplanes et de moteurs. Il contenait aussi la photographie dont nous avons parlé et la lettre de la mère, que nous avons retranscrite.

A l'aide de ces documents, l'interrogatoire nous a fait savoir que B... avait ainsi travaillé pour lui et dans un but d'intérêt général. Après son service militaire, il deviendrait entrepreneur et exécuterait les plans qu'il avait conçus ; mais, en attendant, il en avait envoyé un à ses parents, pour qu'ils lui fassent construire une maison bourgeoise à son usage, dont la dépense était évaluée à 150.000 francs environ, somme qu'ils trouveraient chez M. X..., notaire, encore détenteur de l'héritage qui lui revenait de sa grand'mère. Nous savons qu'il n'a aucune ressource personnelle.

Quant aux aéroplanes, il avait trouvé le moyen d'éviter les accidents, et, par suite, les chutes mortelles. Tout en travaillant à son invention, il pensait et disait que, s'il avait des ailes, il ne resterait pas dans l'île d'Ouessant.

On a beaucoup de mal à lui faire expliquer ses projets et à lui faire préciser la fortune qu'il croit avoir.

Le fait qu'il a commis ne semble pas beaucoup occuper son esprit. Il a quitté le campement d'Ouessant parce qu'il en a eu l'occasion, en compagnie de deux camarades, comme à l'île d'Oléron il y a un an.

Il n'a plus le souvenir des fugues qu'il faisait lorsqu'il était chez ses parents. Dans les équipages de la flotte, il a eu de nombreuses punitions pour absences illégales, abandon de poste, disparition des exercices et des corvées.

Il restait à terre plusieurs jours sans savoir pourquoi ; à bord, il allait se cacher dans les soutes quand il souffrait de la tête et qu'il ne pouvait plus supporter le bruit qu'il y avait sur le pont. On l'y trouvait blotti



dans un coin, et il y avait passé quelquefois deux jours sans prendre aucune nourriture.

Pinelli nous a dit que B... avait eu une crise nerveuse à la section disciplinaire d'Ouessant, durant le court séjour qu'il y avait fait.

Il est sujet à de violents maux de tête, sous la forme de battements douloureux intracrâniens ou de constriction généralisée. Suivant leur intensité et leur durée, ils déterminent une obtusion intellectuelle plus ou moins marquée.

Peu après son arrivée à la prison de Nantes, il vint à la visite médicale et, en raison des phénomènes observés par le major, il fut retiré de la cellule qu'il occupait et placé dans un dortoir, de façon à être mieux surveillé. Durant la nuit suivante, ses codétenus entendirent du bruit et trouvèrent B... étendu sur le sol. Ils le remirent au lit. Le sergent de garde, vers 8 heures du matin, voyant qu'il n'était pas encore levé, s'approcha de lui et remarqua qu'il était hagard et hébété. Il fut obligé de le secouer fortement pour le sortir de sa torpeur.

B... n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé durant la nuit jusqu'au moment où le surveillant était intervenu. Il ne l'a appris et ne peut en parler que d'après ce que ses camarades lui ont raconté.

Une autre nuit, il s'était trouvé devant la porte du dortoir, contre laquelle il avait donné de la tête. Le choc l'avait réveillé, et il ne sait comment il était allé de son lit jusqu'à la porte. Personne n'avait été informé de cet incident, et les autres prisonniers ne l'avaient pas remarqué. Ceux-ci lui ont dit, cependant, qu'il se lève quelquefois, sans paraître avoir conscience de ce qu'il fait, et lui-même l'ignore.

Tel est le résultat de notre examen, auquel nous avons été obligé de consacrer un temps assez long, afin de constater l'état psychopathique habituel et de déterminer les différences d'intensité morbide que pouvaient présenter l'état physique et l'état mental.

Nous sommes conduit à considérer B... comme un sujet allant à la déchéance physique, comme un débile mental, que des conceptions délirantes hantent déjà, enfin comme un épileptique.

B... n'est plus l'être remarquablement vigoureux qu'avait vu le D<sup>r</sup> Adriet, il y a un an. Le défenseur s'en est vite aperçu, et a dit que « son physique était gravement atteint ». Il est aujourd'hui pâle, anémié, il tousse et a des troubles gastriques. On ne peut encore trouver la cause de cette transformation ; il n'est pas possible d'affirmer qu'elle ait une genèse nettement organique ou si elle dépend seulement de la neuro ou de la psychopathie, mais elle est évidente, et les phénomènes observés ne peuvent pas être simulés.

B... est un débile mental. Il est obtus dans toutes les opérations intellectuelles. Les notes des sections disciplinaires le montrent comme ayant un cerveau peu ouvert, comme un soldat sournois, négligent et paresseux. Le D<sup>r</sup> Adriet lui reconnaît une intelligence médiocre et l'a vu en état d'obnubilation qui n'était pas simulé ; un surveillant de la prison de Nantes l'a trouvé un matin stupide dans son lit. L'obnubilation et la stupidité peuvent provenir essentiellement du mal épileptique, dont nous allons bientôt discuter l'existence. Les qualificatifs qui sont appliqués à B... pour l'accomplissement de ses devoirs militaires sont manifestement symptomatiques de son défaut d'activité psychique. Celle-ci est inégale, d'ailleurs, et elle se traduit parfois par une insuffisance complète, comme nous l'avons remarqué nous-même, comme l'a écrit le médecin-expert de Bordeaux (sans simulation), et enfin, comme en donne la certitude le témoignage du surveillant de la prison. Le père aussi a signalé ces inégalités et a décrit des périodes de crises et des périodes qu'il appelle d'état normal, et, dans celles-ci même, le raisonnement n'était pas suivi. En se reportant à la lettre de la mère, on voit qu'elle aussi reconnaît deux états bien différents chez son fils. Elle lui conseille, s'il se sent incapable de s'expliquer près de son avocat, de lui montrer sa lettre, pour qu'il lui demande directement des renseignements. Elle lui dit enfin : « Ta situation est bien à plaindre, vu ta tête faible et tes absences de mémoire. Ecoute-toi bien avant d'écrire (à ta sœur Marie-Thérèse, qu'une émotion peut tuer), et, si tu sens ta tête tant soit peu détraquée, n'écris pas. Attends de revenir dans ton état normal. »



Ces descriptions sont concluantes et confirment les constatations de l'examen direct.

Nous avons dit que B... présentait, en outre, des conceptions délirantes. Nous les avons énumérées plus haut, et elles appartiennent au groupe qui caractérise la débilité mentale : la paranoïa des dégénérés.

B... est épileptique. Il dit avoir éprouvé les premières manifestations de la névrose pendant qu'il était au Maroc, une fois à terre et une seconde fois à bord. Après quinze mois de campagne, il fut rapatrié à Brest et envoyé en convalescence pour accidents cérébraux et épileptiformes. Il ne peut pas avoir inventé ce dernier mot, il faut qu'il l'ait entendu prononcer sur son compte ou qu'il l'ait lu sur sa feuille d'hôpital. Il est regrettable que la cause de son congé n'ait pas figuré sur sa notice médicale; mais celle-ci ne donne des renseignements sur sa santé que depuis qu'il a quitté la marine. Sinon, le Dr Adriet eût mieux dépisté le mal comitial et n'aurait pas craint d'être induit en erreur par le sujet et par les parents, qui désiraient lui éviter une condamnation. Il aurait certainement interprété d'une manière différente les troubles qu'il avait lui-même observés et qu'il a dit ne pas être simulés. En tout cas, le père décrit, de la façon la plus formelle, les crises terribles que son fils a eues pendant qu'il était en convalescence, sans toutefois leur donner de nom. Il est tombé plusieurs fois dans la rue, et les voisins le rapportaient chez lui. Une enquête officielle a certifié ces faits. Il n'y a pas de doute possible, ces chutes étaient épileptiques. Nous avons enfin connaissance de trois autres accidents relevant de la névrose, un à Ouessant et deux à la prison de Nantes. Ces deux derniers ont eu lieu la nuit, d'autres ont pu se produire dans les mêmes conditions, sans que personne en ait été témoin et sans que B... lui-même ait pu les révéler. Il ne sait pas qu'il a eu une crise, et il le soupçonne seulement par la céphalée qui précède et la courbature qui suit. C'est parfaitement clinique.

Quant aux fugues, doit-on les considérer comme éléments épileptiques ou simplement comme éléments vésaniques? Il en a fait dans son pays, et le père en raconte une typique, qui semblerait appartenir à l'épi-

lepsy, tout au moins comme équivalent mental. Dans la marine, il en a fait plusieurs, qui lui ont attiré des punitions et l'ont fait qualifier de soldat négligent et paresseux. Nous en avons déjà parlé, et elles tiendraient plutôt à des troubles de la sensibilité, à de l'émotivité morbide, à des phobies. Celles d'Oléron et d'Ouessant sont dénuées de l'instantanéité et de l'impulsivité épileptiques, elles n'ont pas été suggérées par un mobile délirant, elles se sont effectuées par occasion, entraînement et imitation, auxquels son esprit faible n'a pas su résister.

B... a donc bien changé depuis qu'il a comparu devant le Conseil de guerre de Bordeaux. Il s'est affaibli physiquement et mentalement, et l'épilepsie ne peut plus être mise en doute. Il subit les effets de la tare héréditaire qui pèse sur lui, il progresse dans les manifestations vésaniques et nerveuses que le père a si bien décrites. Il est, dit celui-ci, dans l'âge où les facultés intellectuelles ont totalement sombré chez plusieurs membres de la famille.

On ne peut pas soupçonner la simulation. B... dit tout ce qu'il peut, il n'exagère rien, il ne fait pas de démonstrations bruyantes ou absurdes pour faire croire à son insuffisance intellectuelle, à ses pensées délirantes et à ses troubles nerveux. Il ne cherche lui-même aucune excuse totale ni aucune atténuation de responsabilité dans sa mentalité défectueuse et dans sa névrose.

Si on envisage le jugement du Conseil de guerre de Bordeaux, on remarque l'énorme différence des peines infligées à B... et à ses deux coaccusés, Jeanneau et Pouplard. Ces derniers ne pouvaient pas avoir un folio de punitions plus chargé que celui de B... et tous trois avaient commis ensemble les mêmes faits graves, absence illégale de cinq jours et plusieurs vols. Cependant Jeanneau et Pouplard furent condamnés à deux ans de prison et B... à un an seulement avec sursis. Quelle est la signification de cette indulgence extrême, plus grande que celle dont il devait bénéficier d'après les conclusions du médecin-expert ? Il est aisé de la découvrir. Le Tribunal militaire ne pouvait aller jusqu'à l'acquittement, mais il a élevé grandement le degré



d'atténuation indiqué par le D<sup>r</sup> Adriet. En agissant ainsi, il a tenu compte de tous les renseignements qui lui avaient été présentés et du passé pathologique de B... Il a vu en lui un sujet fatalement voué à la folie, un épileptique, un être déjà frappé d'un déficit intellectuel notable, incapable de résister à des sollicitations mauvaises et à de fâcheux exemples.

Or, depuis ce jugement, les motifs de la réduction de la responsabilité ne se sont pas amendés, au contraire. La débilité mentale ne pouvait diminuer ; elle a progressé et s'est compliquée de conceptions délirantes, et l'épilepsie s'est traduite par des manifestations incontestables.

Le défenseur avait bien apprécié la situation de B... quand il disait en demandant l'expertise actuelle : « Non seulement le physique est gravement atteint, la volonté malade, la mémoire infirme, mais l'intelligence ne paraît pas bien équilibrée et il lui vient les idées les plus bizarres. » Nous traduisons ainsi : B..., par lourde prédisposition héréditaire, est un dégénéré, un débile mental, un délirant, un épileptique, un dément dans le sens du Code pénal. De plus, il semble être en évolution de tuberculose.

En cet état, il était incapable de résister à l'occasion qui s'offrait à lui de commettre une fugue en compagnie de Rouquayrol et de Pinelli, et c'est passivement qu'il a participé au vol de la barque et au refus d'obéissance.

Conclusions :

B... était en démence au temps de l'action ;

Il est irresponsable des faits qui lui sont imputés.

Nantes, le 22 septembre 1911.

D<sup>r</sup> A. BIAUTE.

B... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été aussitôt placé en subsistance au 65<sup>e</sup> de ligne, à Nantes, où il devait attendre, pour comparaître comme témoin, la séance du Conseil dans laquelle Rouquayrol et Pinelli passeraient en jugement.

D'après l'intéressante étude du professeur Dupré sur « le Témoignage », B... ne possédait plus aucune des

qualités requises. A quoi bon, par conséquent, lui imposer cette obligation? Peut-être uniquement pour savoir comment ses camarades avaient usé de leur ascendant pour l'entraîner avec eux et pour faire ressortir une plus grande faute de leur part. C'était bien inutile cependant, d'après les conclusions de mon rapport et dans une affaire ne présentant pas une gravité exceptionnelle.

Je ne sais comment B... s'est comporté en cette occasion. Je n'ai pas assisté à la séance du Conseil et le compte rendu de la Presse n'a pas reproduit sa déposition. Ronquayrol a été condamné à cinq ans de travaux publics et Pinelli à deux ans de prison.

Le capitaine rapporteur près le Conseil de guerre m'a appris que B... serait ensuite renvoyé à son régiment et présenté à une commission de réforme à laquelle serait communiqué mon rapport. Il y a donc lieu de croire que B..., déclaré irresponsable, sera aussi rayé des cadres de l'armée.

Avant les actes du mois de juin, B... était considéré par ses chefs comme ayant un cerveau peu ouvert, une intelligence médiocre, un caractère sournois, comme étant un soldat indiscipliné, négligent, paresseux. A la prison, ce qui paraissait anormal en lui était mis sur le compte de la simulation. J'ai dit comment il fallait apprécier tout cet ensemble, en faire des symptômes de démence dans le sens légal, d'affaiblissement progressif du fonctionnement psychique sous l'influence de l'épilepsie. Les phénomènes surajoutés, c'est-à-dire les conceptions délirantes, ne constituaient ici que des éléments rudimentaires et peu importants que l'on aurait pu avec quelque apparence de raison attribuer à la simulation. Inventer de nouveaux mécanismes pour la sécurité en aéroplane! Voler dans les airs! Mais j'ai une maniaque parfaite qui ne parle pas d'autre chose et



trouverait ainsi le seul moyen de s'échapper du monde, de ne plus vivre au contact d'êtres humains. Nous savons aussi combien les importants événements politiques et sociaux, les grandes inventions, les crimes retentissants donnent une tournure spéciale au psychisme et influencent la nature du délire chez les dégénérés, les débiles et les aliénés.

Tous les faits d'observation directe ont donc été admis comme pathologiques et ont amené le résultat que l'on sait.

Cependant, je suis loin de penser que ce résultat soit dû uniquement à mes conclusions. Je l'attribue en grande partie au jugement antérieur du Conseil de guerre de Bordeaux qui n'avait prononcé qu'une condamnation à un an de prison avec sursis. J'ai eu soin de le rappeler et de dire ce qu'il signifiait. Dans l'affaire de Nantes, analogue à la première mais moins grave de beaucoup, comment pouvait agir le Tribunal militaire? Il ne pouvait pas être aussi clément puisqu'un deuxième sursis n'est pas permis par la loi. Il aurait dû l'être davantage, absoudre complètement et le sujet serait retourné à son corps sans présomption d'aliénation mentale. Ou bien, le Conseil l'aurait frappé sans pitié, c'était une nouvelle peine ajoutée à la première et l'avenir de X... réservé à B...

L'autorité militaire, à la suite de mes conclusions, a donc répondu à toutes les exigences médicales en n'envoyant pas B... en Conseil de guerre et en faisant rendre une ordonnance de non-lieu, ce qui entraînait naturellement des propositions pour la réforme.

J'ai encore d'autres faits concernant des expertises militaires et que je publierai prochainement dans les *Annales*. Je pourrai donner la relation d'actes commis en état de somnambulisme et punis disciplinairement parce que la maladie avait été méconnue. Une série de

punitions ainsi infligées, incompréhensibles pour le sujet, avait fait de lui l'être le plus insubordonné, ce qui l'avait conduit deux fois en Conseil de guerre.

Je consacrerai un article au soldat Grand, le bandit satire du Pouliguen, condamné à mort par le Conseil de guerre de Marseille en juillet 1910, aux travaux forcés à perpétuité par la Cour d'assises des Alpes-Maritimes en août, condamné encore à mort par la Cour d'assises de la Loire-Inférieure en décembre, et guillotiné à Nantes le 25 mars 1911. Il simulait la folie, d'après le rapport des médecins militaires. Un de ses défenseurs, pour en démontrer la réalité, compara l'état qu'il présentait à celui d'un sujet atteint de psychose à double forme dont j'avais donné l'observation il y a plusieurs années dans la *Gazette Médicale de Nantes*. Il ne sut pas faire complètement ressortir la ressemblance qui semblait exister. J'admettrai les conclusions des experts et étudierai, dans un intérêt médico-légal seulement, la valeur des arguments invoqués par les témoignages et l'accusation comme preuves de la simulation et par la défense comme preuves de la démence.

---



# Établissements d'aliénés

## DU DROIT DE VISITE

### DES PARENTS OU AMIS AUX ALIÉNÉS INTERNÉS

(UN ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION)

**Par le Dr Victor PARANT père**

Médecin directeur de la maison de santé de Toulouse.

Sous le titre qui précède, j'ai eu l'honneur de communiquer aux lecteurs des *Annales Médico-Psychologiques* (numéro de juillet-août 1910) des jugements rendus par le Tribunal de première instance et par la Cour d'appel de Toulouse dans une affaire où, d'accord avec le mari d'une de mes malades, j'avais refusé à la sœur de celle-ci de la lui laisser voir, sinon en présence de leur mère, alors qu'elle exigeait de la voir seule à seule.

Les tribunaux de Toulouse avaient jugé que ni le mari ni moi n'avions excédé nos droits, et les motifs de leurs jugements permettaient de déterminer, de manière nette, quels sont en pareils cas les droits et devoirs du médecin d'un établissement d'aliénés.

Les demandeurs en cette affaire ne furent pas satisfaits des décisions rendues contre eux et crurent devoir les déférer à la Cour suprême.

Celle-ci, par sa Chambre des requêtes, a rendu

l'arrêt suivant qu'il me paraît fort important de consigner ici, car il fixe d'une manière précise la jurisprudence sur ce sujet.

COUR DE CASSATION : — CHAMBRE DES REQUÊTES.

(17 octobre 1911. — M. TENON, président.)

*Epoux X..... contre Z..... et Parant*

La Cour :

Où M. le conseiller Michel-Jaffard en son rapport, M<sup>e</sup> Mor-nard, avocat, en ses observations, et M. l'avocat général Blondel en ses conclusions :

Sur le moyen pris de la violation et de la fausse application des art. 213, 1351, 1382 du Code civil, 29 et 30 de la loi du 30 juin 1838 et 7 de la loi du 20 août 1810 pour défaut de base légale ;

Attendu que les jugements des 13 août et 29 juillet 1908, qui autorisaient la dame X... à voir sa sœur, la dame Z..., dans la Maison de santé où elle était internée, sous la seule condition que le médecin traitant n'y mettrait pas obstacle en raison du traitement, avaient été rendus par le Tribunal en Chambre du conseil sur la requête des époux X... en dehors tant du sieur Z... mari de la malade, que du D<sup>r</sup> Parant, directeur de l'établissement, qui sont les défendeurs éventuels, et constituaient des actes de la juridiction gracieuse, non revêtus de l'autorité de la chose jugée ; que l'arrêt attaqué n'aurait point violé par conséquent l'art. 1351 du Code civil, alors même qu'il aurait modifié tout ou partie du dispositif de ces décisions, mais qu'il se borne à déclarer qu'en spécifiant que les rencontres des deux sœurs auraient lieu en présence de leur mère, la dame M..., le D<sup>r</sup> Parant a pris une sage précaution, dictée par l'intérêt de sa pensionnaire et amplement justifiée par les rapports des parties entre elles, ainsi que par certaines circonstances de fait que l'arrêt précise et qu'ignoraient les auteurs des jugements précités en 1908 ;

Attendu qu'en exécution même de ces jugements il appartenait au médecin traitant de soumettre le droit de visite à toutes les modalités que lui paraissait comporter la situation ;

Qu'en décidant, dès lors, que la dame X... n'était pas fondée



à se plaindre de la mesure que d'accord avec le sieur Z... il avait prise sous sa responsabilité, la Cour d'appel de Toulouse, tant par les motifs qui lui sont propres, que par ceux du jugement du Tribunal de cette ville qu'elle adopte, en le confirmant, a ainsi donné une base légale à sa décision, et n'a ni violé ni faussement appliqué les divers textes de loi visés au moyen :

Par ces motifs :

Rejette le pourvoi.

Il ne m'appartient pas d'apprécier ce qui concerne l'application des articles 213, 1351, 1382 du Code civil et de l'article 7 de la loi du 29 avril 1810 ; ces articles ont été sans doute invoqués par les demandeurs, pour soutenir, soit que le mari avait outrepassé son droit en défendant que la dame X... vît sa sœur seule à seule, soit que les tribunaux de Toulouse n'avaient pas jugé avec compétence. Ce sont là moyens de droit qui sont étrangers au rôle des médecins des asiles d'aliénés.

Prétendre qu'il y avait eu violation des articles 29 et 30 de la loi du 30 juin 1838 était d'autant plus hors de propos que précisément les époux X... avaient commencé par demander au Tribunal de faire mettre leur sœur et belle-sœur en liberté, son internement, suivant eux, n'étant pas justifié, et que le Tribunal, après expertise médicale confiée à MM. les D<sup>rs</sup> Dupré, Rémond et Malfilâtre, avait repoussé leur demande.

La Cour de cassation, examinant donc les divers jugements qui avaient été rendus après débats contradictoires, a constaté qu'ils l'avaient été en observation de toutes les règles de la loi et de la procédure ; que par conséquent il n'y avait pas matière à cassation.

Et en premier lieu elle a indiqué comment un jugement rendu en chambre du Conseil, sur la requête d'une des parties, en dehors de la présence de la partie adverse, n'oblige point celle-ci et ne constitue qu'un acte de juridiction gracieuse.

De l'arrêt de la Cour de cassation, il faut retenir tout spécialement ce passage : « Attendu qu'en exécution même des jugements des tribunaux de Toulouse il appartenait au médecin traitant de soumettre le droit de visite à toutes les modalités que lui paraissait comporter la situation. »

Là est le nœud de la question et la situation est désormais établie de manière nette, précise : le médecin traitant a qualité pour régler les visites à faire à ses malades d'après ce qu'il juge préférable pour ceux-ci ; il a cette qualité d'une manière aussi large et aussi étendue que possible, et il peut tenir compte de toutes les modalités que comporte la situation.

Il le fait évidemment sous sa responsabilité, ce qui veut dire qu'il doit le faire non par caprice, mais d'après des motifs sérieux ; c'est lui qui détermine la valeur de ces motifs.

En relatant précédemment les jugements des tribunaux de Toulouse, j'ai dit quels sont mes sentiments à cet égard et j'ai indiqué que nos motifs peuvent être d'ordre très divers, motifs d'ordre purement médical et relatifs au traitement du malade, motifs relatifs simplement à la tranquillité de celui-ci, motifs même en rapport avec le bon ordre et la tranquillité du milieu où le malade se trouve.

Qu'on veuille bien, si on le désire, se reporter à ce que j'en ai dit alors.

Pour le moment, ce qui importait, c'était de reproduire ici l'arrêt de la Cour de cassation qui n'a pas besoin de plus amples commentaires.

Puisque l'occasion s'en présente, je crois devoir ajouter quelques mots sur l'opportunité et l'utilité des visites que les aliénés internés peuvent recevoir.

J'ai été, si je puis ainsi dire, élevé dans cette doctrine que je tenais des Foville et des Delaye, mes initiateurs,



et dont j'ai toujours apprécié la sagesse, que les visites peuvent ne pas faire de mal aux aliénés dans le plein de leur délire, mais qu'elles ne leur font jamais de bien. Je mets hors de question les convalescents, ceux qui sont en voie de guérison ; pour eux, au contraire, il faut des visites, dont la fréquence et la durée doivent être variables suivant les cas, et qui sont bonnes, utiles, nécessaires mêmes. Elles contribuent à les rattacher peu à peu à la vie réelle, à les remettre en contact avec le monde normal, à ranimer leurs sentiments affectifs, à entretenir en eux la perspective d'une liberté qui sera la conséquence naturelle de leur guérison même. Mais pour tous les autres je crois que la maxime de nos anciens était bonne.

Aujourd'hui paraît s'établir un courant d'idées tout autres ; on autorise très largement toutes visites aux malades, parfois même presque sans aucune considération de l'état de ceux-ci. A quels sentiments obéit-on dans cette pratique nouvelle ? Est-ce faiblesse devant les demandes de personnes, membres de la famille ou autres, qui sont importunes, pressantes, exigeantes, avec qui on préfère n'avoir ni à discuter, ni à résister ? Est-ce croyance qu'on évitera ainsi des soupçons d'internements arbitraires et injustifiés ? Est-ce enfin qu'on espère améliorer quelque peu l'état des malades ? Je crois qu'on se trompe et que, tant dans l'état aigu que dans l'état chronique, mieux vaut les laisser livrés à eux-mêmes, tranquilles, sans leur donner le désir ou le regret d'un milieu autre que celui qu'ils ont actuellement et hors duquel leur état ne leur permet pas de vivre. Sans doute cela n'est pas absolu, et il faut tenir compte des individus. Mais il faut se rappeler que les aliénés sont faciles à troubler et que, de la sorte, ce qui ne leur est pas à coup sûr utile ou nécessaire, leur est à tout le moins indifférent et peut leur être nuisible. Peut-être, l'expé-

rience aidant, en reviendra-t-on aux règles qui étaient autrefois en honneur.

Pour le moment ceux qui, pour des visites, se trouveraient en face de difficultés comme je m'y suis trouvé moi-même, auront pour se guider les décisions des tribunaux de Toulouse, confirmées de manière définitive par la haute autorité de la Cour de cassation.



# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1911

Présidence de M. KLIPPEL, vice-président.

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

MM. Conso et Jacquin, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Ferdinando Maggiotto, vice-directeur du manicomio provincial de Côme (Italie), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Colin, Marchand et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le *Traité de Psychiatrie* de M. le professeur Régis, traduit en langue espagnole par le D<sup>r</sup> Cæsar Juarros ;

2° *Course rapide à travers la clinique de la folie maniaque-dépressive* ; par M. Erwin Stransky.

M. SEMELAIGNE fait hommage à la Société de son nouveau volume intitulé : *Aliénistes et philanthropes. Les Pinel et les Tuke.*

*Rapport de la Commission des finances.*

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de la Société au 31 décembre 1910, était de . . . . Fr. 5.218 94  
 Les recettes en 1911 ont été de . . . . . 3.258 40

Total. . . . . 8.477 34

Les dépenses ont été de . . . . . 1.794 50

Reste un excédent global de . . . . . 6.682 84  
 se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique. . . . . 1.042 74

Prix Aubanel . . . . . 3.311 60

Prix Belhomme . . . . . 1.900 »

Prix Moreau (de Tours) . . . . . 200 »

Prix Christian . . . . . 228 50

Total . . . . . 6.682 84

formant l'actif en caisse.

Les rentes dont dispose annuellement la Société, se décomposent ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique. . . . . 566 »

Rentes du prix Aubanel. . . . . 800 »

Rentes du prix Belhomme. . . . . 300 »

Rentes du prix Moreau (de Tours). . . . . 100 »

Rentes du prix Christian . . . . . 302 »

Votre Commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1911 et de voter des remerciements à notre dévoué trésorier.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des remerciements sont votés à M. le Trésorier.

*Élection du Bureau de 1912.*

Il est procédé au scrutin pour l'élection du Bureau de 1912.

M. SEMELAIGNE est, à l'unanimité des votants, élu



vice-président, en remplacement de M. Klippel, qui passe à la présidence.

*Élection du secrétaire général :*

MM. RITTI . . . . .	17 voix.
ROQUES DE FURSAC . . . . .	1 —
Bulletins blancs . . . . .	2

M. RITTI est élu secrétaire général.

*Élection des secrétaires des séances :*

MM. DUPAIN . . . . .	19 voix.
JUQUELIER . . . . .	19 —
TRUELLE . . . . .	1 —

MM. DUPAIN et JUQUELIER sont élus secrétaires des séances.

*Élection du trésorier :*

M. PACTET . . . . .	19 voix.
Bulletin blanc . . . . .	1

M. PACTET est élu trésorier.

M. BOISSIER est nommé par acclamation bibliothécaire archiviste.

Le *Conseil de famille* se compose des membres du bureau et des deux derniers présidents : MM. ARNAUD et SÉRIEUX.

Le *Comité de publication* est composé de MM. BLIN, BRIAND et POTTIER.

Le *Comité des finances* se compose de MM. BRIAND et COLIN.

Réhabilitation, après sa mort, d'un paralytique général condamné pour vol,

par M. ANT. RITTI.

La Cour de cassation vient de réparer une erreur judiciaire dont un aliéné a été victime. Il s'agit d'un paralytique général qui a été condamné à quatre mois de prison pour un vol commis par lui en pleine période

de maladie. L'arrêt rendu à cette occasion par la Cour suprême est des plus intéressants et mérite d'être signalé. Il a été publié en tête du numéro du mardi 21 novembre 1911 du *Journal officiel* (1); je le reproduis ici intégralement.

COUR DE CASSATION (26 octobre 1911). — *Arrêt Davoust. Revision. — Extrait des minutes de la Cour de cassation.*

La Cour de cassation a rendu l'arrêt suivant :

Sur le réquisitoire du procureur général près la Cour de cassation, d'ordre de M. le Garde des Sceaux, tendant à la revision d'un jugement rendu le 27 mai 1910, par le tribunal correctionnel de la Seine, qui a condamné Davoust (Eugène-Louis) à quatre mois d'emprisonnement pour vol.

La Cour,

Oùï M. le conseiller Thibierge en son rapport, M<sup>e</sup> Eon, avocat général en ses conclusions, et M<sup>e</sup> Jouarre, avocat en la Cour, en ses observations ;

Vu la lettre de M. le Garde des Sceaux du 30 mai 1911, invitant le procureur général près la Cour de cassation à requérir la revision d'un jugement du tribunal correctionnel de la Seine en date du 27 mai 1910, qui a condamné Davoust (Eugène-Louis) à quatre mois d'emprisonnement pour vol ; vu les réquisitions écrites adressées à la Cour par son procureur général le 20 juin 1911 ; vu les articles 443, paragraphe 4, 444 et 445 du Code d'instruction criminelle, modifiés par la loi du 8 juin 1895 ;

Sur la recevabilité de la demande en revision : attendu que la Cour a été saisie par son procureur général en vertu d'un ordre du ministre de la Justice, agissant après avoir pris l'avis de la Commission instituée par l'article 444 du Code d'instruction criminelle ; que la demande rentre dans le cas prévu par le dernier paragraphe de l'article 443 ; qu'elle a été introduite dans le délai déterminé par l'article 444 ; qu'enfin le jugement dont la revision est demandée est passé en force de chose jugée ; que, dès lors, le pourvoi en revision est recevable ;

Sur l'état de la procédure : attendu que les pièces produites

---

(1) Comme la majorité des Français, je ne lis que rarement le *Journal officiel* ; je dois donc des remerciements à mon savant confrère, M. le D<sup>r</sup> Lagriffe, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre, qui a bien voulu me signaler cet important arrêt de la Cour de cassation.



permettent à la Cour de statuer sur le fond en pleine connaissance de cause; qu'il n'y a pas lieu, par suite, d'ordonner, ni un plus ample informé, ni l'apport de pièces supplémentaires;

Au fond : attendu que Davoust (Eugène-Louis) a été arrêté le 11 mai 1910, à Charenton, en flagrant délit de vol d'une bicyclette sur la voie publique, et que, par le jugement susénoncé du 27 du même mois, il a été condamné à quatre mois d'emprisonnement à raison de ce vol; qu'il s'était constamment borné à alléguer, pour sa défense, qu'il avait agi « sous l'influence de la boisson », mais que, dès cette époque, il avait commis en prison des actes qui l'avaient fait considérer par ses gardiens comme simulant la folie, sans que ces actes aient d'ailleurs été portés à la connaissance de l'autorité judiciaire; attendu qu'ultérieurement, et alors qu'il subissait sa peine dans la prison de Fresnes, il a présenté, au point de vue mental, des troubles à raison desquels il a dû être transféré à l'infirmerie spéciale du dépôt pour y être examiné; que dès le 24 juillet 1910, le médecin adjoint de cette infirmerie le déclarait atteint de paralysie générale, et, en conséquence, dans un état mental nécessitant son placement dans un asile d'aliénés;

Attendu que Davoust a été aussitôt interné à l'asile de Ville-Evrard et que le médecin en chef de cet établissement constatait, à la date du 3 décembre 1910, qu'il présentait les symptômes d'une paralysie générale arrivée à la dernière période et dont les débuts paraissaient remonter à une époque antérieure au mois de mai précédent, et même à plus d'un an;

Attendu qu'au cours de l'enquête administrative, à laquelle il a été procédé pour l'instruction de la demande en revision, le médecin adjoint de l'infirmerie spéciale a été appelé à se prononcer sur la responsabilité de Davoust, et que, se fondant, tant sur les observations qu'il avait faites personnellement au mois de juillet précédent que sur le certificat de situation du médecin en chef de Ville-Evrard, du 3 décembre 1910, il a déclaré dans un rapport du 12 février 1911, qu'à la date du 11 mai 1910, Davoust était déjà en puissance de paralysie générale, et, par conséquent, irresponsable; qu'il a ajouté que « de toute certitude, au moment du vol, Davoust avait agi en paralytique général »; attendu que toutes les circonstances de l'affaire autorisent à tenir cette appréciation pour fondée; attendu qu'ainsi révélée postérieurement au jugement de condamnation, l'irresponsabilité de Davoust au moment de l'action constitue un fait nouveau, inconnu des premiers juges, et d'où il résulte, en outre, que le fait pour lequel il a été condamné ne constituait dès lors, aux termes de l'article 64 du Code pénal, ni crime, ni délit;

Qu'il y a donc lieu de casser le jugement attaqué;

Et attendu que Davoust est décédé le 31 janvier 1911 ;

Par ces motifs, casse et annule le jugement du Tribunal correctionnel de la Seine du 27 mai 1910, qui a déclaré Davoust (Eugène-Louis) coupable de vol et l'a condamné, à raison dudit vol, à quatre mois d'emprisonnement ;

Décharge, en conséquence, la mémoire de Davoust de cette condamnation ;

Ordonne que le présent arrêt sera affiché conformément à la loi, et qu'il sera inséré au *Journal officiel* ;

Ordonne qu'il sera imprimé, qu'il sera transcrit sur les registres du Tribunal correctionnel de la Seine et que mention en sera faite en marge du jugement annulé.

Ainsi jugé et prononcé par la Cour de cassation, Chambre criminelle, en son audience publique du 23 octobre 1911.

Présents : MM. Bard, président, Thibierge, rapporteur ; Roulier, Boulloche, Duval, Le Grix, La Borde, Petitier, Mercier, Geoffroy, Paillot, Bourdon, Lecherbonnier, conseillers.

En conséquence, le Président de la République française mande et ordonne à tous huissiers sur ce requis de mettre ledit arrêt à exécution ; aux procureurs généraux et aux procureurs de la République près les tribunaux de première instance d'y tenir la main ; à tous commandants et officiers de la force publique de prêter main-forte lorsqu'ils en seront légalement requis.

En foi de quoi le présent arrêt a été signé par le président, le rapporteur et le greffier.

Pour expédition conforme :

*Pour le greffier en chef de la  
Cour de cassation :*

COURTET.

- Voilà donc un paralytique général qui, en pleine période d'état de sa maladie, commet un vol. Comme tous ses pareils, il commet sans doute ce vol d'une façon maladroite, grossièrement, naïvement, pourrait-on dire, sans aucune de ces précautions usitées par les voleurs de profession. Il est aussitôt arrêté et conduit en prison. Assisté d'un avocat, il est à plusieurs reprises interrogé par un juge d'instruction ; mais ni le juge d'instruction, ni l'avocat ne constatent chez lui rien d'anormal, ni l'un ni l'autre ne voient donc la nécessité de le soumettre à l'examen d'un médecin aliéniste.

- Seize jours après son arrestation, le malheureux paralytique général passe en jugement devant le Tribunal ; on n'observe aucune bizarrerie dans son attitude



ni dans son langage. Aux questions qui lui sont posées, il ne sait répondre qu'une chose, c'est qu'il avait agi « sous l'influence de la boisson ». Les magistrats, convaincus qu'ils n'avaient affaire qu'à un vulgaire ivrogne, le condamnèrent à quatre mois d'emprisonnement.

Et cependant, durant les quinze jours de prévention, Davoust avait commis des actes extravagants; mais les gardiens de la prison jugèrent, du haut de leur ignorance, que ces actes étaient ceux d'un simulateur et qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. Il y a là un fait vraiment regrettable. Que les actes de l'inculpé fussent dus à la simulation ou à la folie, il n'appartenait pas aux gardiens de les apprécier; leur devoir strict, au contraire, était d'en informer le directeur de la prison, qui certainement les aurait portés à la connaissance de l'autorité judiciaire. Et alors, simulateur ou aliéné avéré, notre paralytique général aurait été soumis à l'expertise d'un médecin aliéniste, et, sa maladie cérébrale constatée, il eût été envoyé dans un établissement spécial.

Au lieu de cela, il est transféré à la prison de Fresnes pour y subir sa peine; mais, au bout de quelques semaines, les troubles qu'il manifesta ne laissèrent plus aucun doute sur la gravité de son état mental. Soumis à un examen médical à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, il fut reconnu comme atteint de paralysie générale et placé à l'asile de Ville-Evrard, où il mourut six mois après, le 31 janvier 1911.

Comme on l'a vu, la Cour de cassation, dans sa séance du 26 octobre 1911, a cassé et annulé le jugement du Tribunal correctionnel de la Seine, qui a déclaré Davoust coupable de vol et l'a condamné, en raison dudit vol, à quatre mois d'emprisonnement. La mémoire de cet aliéné se trouve, en conséquence, déchargée de cette condamnation.

En faut-il conclure que tout est bien qui finit bien? Je ne le pense pas; car toute l'odyssée de ce malheureux paralytique général prouve que tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des milieux judiciaires. Qu'un fait pareil à celui que nous venons de raconter se produise dans une ville de province, où les ressources scientifiques sont pour ainsi dire nulles, on ne s'en étonnerait pas trop; mais, à Paris, où certes les moyens d'expertise

ne manquent pas, où l'on peut compter sur le zèle et l'expérience des médecins experts en aliénation mentale, on a le droit d'être étonné qu'on n'ait pas fait appel à leurs connaissances cliniques dans le cas de Davoust, qui devait, semble-t-il, être assez frappant, même pour un œil non exercé. Je me suis laissé dire que magistrats et avocats s'appliquaient, depuis quelque temps, à acquérir des notions médico-psychologiques indispensables pour exercer dignement leurs fonctions. Rien ne démontre mieux que le fait, objet de cette communication, combien ces notions leur sont indispensables pour éviter les erreurs judiciaires.

Mais — on ne saurait assez le répéter — que penser de ces gardiens de prison qui haussent les épaules, en voyant extravaguer un de leurs pensionnaires, et disent : « Baste ! encore un simulateur ! » Leur négligence coupable a fait condamner un irresponsable. Et cependant il me semble que le règlement auquel ils sont soumis les oblige à rendre compte de tous les faits et gestes de ceux qu'ils ont à surveiller.

Tous les incidents de cette pénible affaire militent en faveur de la thèse soutenue par nos collègues MM. Pactet et Colin, de l'indispensable nécessité de soumettre tout prévenu à l'examen préalable d'un médecin aliéniste. « Le seul moyen, véritablement efficace, d'éviter tous les inconvénients graves de l'état de choses actuel, écrivent-ils dans leur excellent travail sur les *Aliénés méconnus et condamnés* (1), serait de soumettre le prévenu, après son arrestation, à la visite d'un médecin ; en d'autres termes, l'examen médical devrait être la première étape de l'instruction de toute affaire délictueuse et criminelle. Cette opinion qui, aujourd'hui, peut paraître une utopie, sera sans doute la banalité de demain. »

Nos deux collègues demandent sans doute beaucoup ; mais il est bien évident que si leur prétendue utopie, qui ne serait peut-être que la réalisation du bon sens, devenait « la banalité de demain », bien des prévenus

---

(1) F. Pactet et H. Colin. Les aliénés dans les prisons (*Aliénés méconnus et condamnés*). 1 vol. in-18 de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*. Paris, s. d., page 102.



ne franchiraient pas la première étape, ne pénétreraient pas dans le cabinet du juge d'instruction. Souhaitons, en attendant, que le médecin aliéniste soit de plus en plus associé à l'œuvre du magistrat : cette œuvre gagnerait en simplicité et en clarté par cette heureuse association.

Depuis l'excellente thèse de M. Pactet, soutenue en 1891 et qui a mis à l'ordre du jour cette troublante question des aliénés méconnus et condamnés, elle a été étudiée sous toutes ses faces. Dès l'année suivante, en 1893, le D<sup>r</sup> Paul Garnier présentait au Congrès international d'anthropologie criminelle qui se tenait à Bruxelles un rapport intitulé : *De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction*. Notre regretté collègue a recueilli à l'Infirmierie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, dans la période quinquennale 1886-1890, « un total de 250 erreurs judiciaires ». « Il y a donc, ajoute-t-il, en chiffres ronds, une moyenne de 50 individus par an, injustement flétris par une pénalité qui s'est égarée sur leur tête. »

En 1894, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Clermont-Ferrand, Henri Monod, alors directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, présentait un mémoire très nourri de faits, intitulé : *Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics de 1886 à 1890 et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation*. Cette note, des plus suggestives et très richement documentée, contient 271 cas d'aliénés méconnus et condamnés, dont 48 femmes et 223 hommes.

L'année suivante, au Congrès de Bordeaux, notre collègue Albert Girard abordait un point capital de la question, dans une communication qui a pour titre : *De l'appel des jugements correctionnels frappant les individus reconnus aliénés seulement après leur condamnation*.

Enfin, la question, qui était vraiment d'actualité, fut mise à l'ordre du jour du Congrès de Marseille, en 1899, et le rapport fut confié à notre distingué collègue, M. Taty. Ce travail, richement documenté, écrit avec une nette sobriété, résume admirablement

les travaux antérieurs, avec un apport considérable d'idées personnelles.

On en peut dire autant du petit volume si consciencieux, si suggestif et d'une lecture, je dirais volontiers, si attachante, s'il ne s'agissait d'un sujet si douloureux, que MM. Pactet et Colin ont consacré à la question des aliénés méconnus et condamnés.

Comme on le voit, les documents abondent, et encore ne les ai-je pas tous cités. Ce qui frappe à la lecture de ces travaux, c'est la vive préoccupation qu'ont leurs auteurs d'épargner aux aliénés, ayant commis quelque délit ou crime, la flétrissure d'une condamnation ou, dans le cas où ils auraient été condamnés, d'obtenir leur réhabilitation.

Le D<sup>r</sup> Giraud, comme l'ont dit MM. Pactet et Colin, « a eu le grand mérite et, en même temps, la bonne fortune d'indiquer le remède pour certains cas de ce genre ». Dans sa communication au Congrès de Bordeaux, il a montré par un fait qu'avec le concours du Préfet et du Procureur général on pouvait obtenir la revision d'une condamnation d'un aliéné, et cela sans frais. En effet, le délai d'appel, qui est de dix jours pour les parties, est, aux termes de l'article 205 du Code d'instruction criminelle, porté à deux mois pour le Procureur général. Il serait à désirer que ce procédé se généralisât. C'est bien ce qu'espérait le D<sup>r</sup> Giraud. « Il suffirait, disait-il, d'une entente entre le ministre de la Justice et le ministre de l'Intérieur pour que des instructions soient données dans ce sens. Les procureurs généraux pourraient être avisés du placement de tout individu transféré de la prison à l'asile moins de deux mois après une condamnation, et pourraient être invités à faire appel du jugement quand il paraît démontré que le tribunal a méconnu l'état mental du prévenu. » Et dans un désir très vif de voir cette pratique appliquée partout, notre collègue soumit au Congrès le vœu suivant :

« Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, réuni à Bordeaux en 1895, émet le vœu que, par suite d'une entente entre le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Justice, les aliénés subissant une condamnation et transférés de la prison



dans un asile soient mis sous la protection des procureurs généraux, qui peuvent, pendant deux mois, déférer les jugements des tribunaux correctionnels à la Cour d'appel.

« Le Congrès émet le vœu que la flétrissure imméritée subie par les aliénés dont l'état mental a été méconnu au moment de la condamnation soit effacée par l'appel, ce qui paraît possible dans la majorité des cas. »

Ce vœu a été voté à l'unanimité des congressistes et envoyé à qui de droit. Qu'est-il advenu de lui? Sans doute, il dort d'un sommeil léthargique dans quelque carton vert d'un ministère. Ce qui est certain, c'est que les desiderata qu'il formule n'ont pu être appliqués dans le cas de notre paralytique général. Condamné le 27 mai 1910, ce n'est que le 24 juillet que le médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale le déclarait atteint de paralysie générale. Il n'y avait donc plus que trois jours pour le délai d'appel, qui, comme on l'a vu, est de deux mois pour les procureurs généraux. Ces trois jours sans doute étaient insuffisants pour les formalités judiciaires, toujours nombreuses et compliquées. Ce qui paraît étonnant dans le cas de notre malade, c'est que sa famille ou des ayants droit n'aient pas, aussitôt après sa condamnation, interjeté appel et demandé une expertise.

Comme on le voit par ce cas, les dispositions proposées par le D<sup>r</sup> Giraud pour la réhabilitation des aliénés méconnus et condamnés ne sont pas toujours suffisantes ; pour obtenir la revision d'une erreur judiciaire dont un aliéné est victime, il faut parfois aller jusqu'à la Cour de cassation.

Je ne sais s'il existe d'autres faits de revision, par la Cour suprême de justice, de condamnations prononcées contre des aliénés méconnus que celui de Davoust ; j'ai cherché et n'en ai pas trouvé.

Quoi qu'il en soit, il semble ressortir des travaux publiés sur les aliénés méconnus et condamnés que le médecin aliéniste, qui reçoit dans son service un malade de ce genre, a un devoir à remplir, c'est de travailler à sa réhabilitation. Si l'aliéné entre à l'asile dans les deux mois de sa condamnation, le chef de service devra pousser la famille à faire les démarches nécessaires auprès du procureur général pour que appel soit fait

contre sa condamnation. Dans le cas où il n'y aurait pas de famille, le médecin devrait, me semble-t-il, prendre l'initiative, et, soit seul, soit avec l'aide de l'autorité administrative, remplir les formalités auprès du procureur général.

Dans le cas, au contraire, où le délai de deux mois est passé, il reste un moyen d'épargner aux parents, à la femme, aux enfants d'un aliéné la flétrissure d'une condamnation, c'est de demander à la Cour de cassation la revision de l'erreur judiciaire. En présence de la désolation où plonge certaines familles la condamnation imméritée d'un des leurs, le médecin n'excède pas ses droits — il remplit plutôt son devoir — en engageant fortement ceux qui ont le soin de l'honneur de leur nom à s'adresser à la juridiction suprême qui, en présence de certificats nettement affirmatifs et probants, n'hésitera pas, comme dans le cas Davoust, à casser et à annuler le jugement de condamnation.

#### DISCUSSION

M. PACTET. — J'ai eu l'honneur de faire reviser la condamnation d'un paralytique général; le malade fut transféré de la prison de Fresnes dans mon service; il fut acquitté par la Cour d'appel.

Il arrive que les familles préviennent le juge d'instruction que l'inculpé est un aliéné; mais souvent le juge n'en tient pas compte et l'affaire suit son cours.

M. RITTI. — M. de Clérambault, qui a été chargé du rapport sur l'état mental de Davoust, pourrait sans doute nous donner des renseignements complémentaires qui ne manqueraient pas d'intérêt.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Un très court laps de temps (moins de deux mois) s'est écoulé entre l'acte délictueux et la constatation de la paralysie générale (délit 27 mai 1910; certificat 24 juillet 1910). A l'époque de notre examen, des signes tant physiques que psychiques étaient grossiers.

En février 1911, je fus prié par mon Administration de déclarer si, à la date du 27 mai 1910, le sieur Davoust se trouvait déjà dans un état comportant l'irresponsabilité pénale. J'ai répondu que la paralysie générale



avait débuté plusieurs mois ou même trimestres avant le délit. La physionomie de l'acte délictueux, et celle même des symptômes décrits par des témoins incapables de les inventer (ou même d'en comprendre la valeur), prouvaient que le nommé Davoust se trouvait, au moment de l'acte, à la période d'état de la maladie.

J'ai fourni cette appréciation non à la famille du malade, mais à mon Administration; elle complétait mon examen de 1910, elle répondait au même mandat.

La situation aurait été très différente si la famille intéressée m'avait demandé directement mon opinion. L'avis général des médecins est qu'en pareil cas notre devoir est de refuser tous renseignements, à quelque titre que nous ayons examiné le malade, c'est-à-dire à titre privé ou à titre administratif. Certains juristes inclinent vers une autre opinion. La question a été soumise tout récemment à la Société de Médecine légale de France, par un de nos confrères, médecin d'un asile d'aliénés de province. Le fils d'un aliéné décédé à l'asile l'avait prié de lui faire savoir vers quelle date, à son avis, la maladie mentale de son père avait débuté; son intention était d'attaquer en justice certains actes testamentaires. Pour l'exposé de la discussion, nous renvoyons au *Bulletin de la Société de Médecine légale*. (Séance du 11 décembre 1911.)

La séance est levée à 6 heures.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

## SÉANCE DU 29 JANVIER 1912

**Présidence de M. KLIPPEL.**

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

MM. Cullerre, Fillassier, Jean Philippe, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

*Installation du Bureau.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, j'ai reçu ce matin un petit mot de notre président, M. Paul Sérieux, que je vous demande la permission de vous communiquer.

Lundi, 29 janvier 1912.

Mon cher Secrétaire général,

Je suis souffrant et me vois, à mon très vif regret, dans l'impossibilité absolue d'assister à la séance de la Société médico-psychologique.

Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien présenter mes excuses bien sincères à nos collègues, et en particulier à notre Président. Je suis privé du plaisir de lui souhaiter la bienvenue et de vous dire, oralement, combien je vous suis reconnaissant du concours que vous m'avez prêté.

Veillez, mon cher Secrétaire général, croire à mes sentiments les plus dévoués.

P. SÉRIEUX.

M. KLIPPEL. — Messieurs et chers Collègues, au moment de vous exprimer ma reconnaissance pour l'honneur que vous me faites, je voudrais vous donner une preuve de ma bonne volonté, en lisant devant vous quelques pages sur l'importance du langage en psychiatrie.

En soumettant à votre jugement ces quelques réflexions, je voudrais aussi vous proposer de consacrer, de temps à autre, une partie de nos séances à définir les termes dont nous faisons usage de la manière la plus habituelle.

Je sais que d'autres médecins ont naguère fait ressortir toute l'importance de ces définitions et que l'un d'eux songea même à faire entreprendre un travail aussi long par le Congrès de Paris, en 1900.

Il y avait à cette intention beaucoup d'à-propos.

Mais un Congrès a des séances remplies par tant de travaux, sa durée est si courte, et une telle étude, l'objet de tant de persévérance, que l'effort eût surpassé les moyens de parvenir au but.

N'est-ce point à une Société constituée comme la nôtre, travaillant régulièrement et capable de sans cesse



reprendre et perfectionner l'œuvre déjà faite, qu'il appartient de poursuivre un tel projet et dont les fruits seraient certains; notre Société n'aurait-elle pas fait une œuvre vraiment scientifique et capable d'entraîner les progrès de la psychiatrie les plus sûrs, si elle était arrivée à définir les mots les plus usuels et les choses les plus importantes qui sont le fond de nos travaux et de nos discussions ?

La création de deux nouvelles Sociétés de psychiatrie, ayant pour but l'étude de cas particuliers, sans rien retrancher à l'importance de la nôtre, a eu pour résultat de préciser son rôle principal et d'en mieux montrer la nécessité.

Des faits particuliers réunis, fût-ce en grand nombre, ne sont pas encore la science, ce qu'exprime en perfection Francis Bacon : « *Non est fluxorum scientia.* »

C'est ainsi à notre Société qu'incombe tout naturellement le devoir de définir et de classer. Ses anciennes discussions, d'ailleurs retentissantes, sont faites pour nous rappeler la nature traditionnelle de ses préoccupations.

Depuis l'antiquité jusqu'au temps rapproché du nôtre, où Condillac, trouvant une formule définitive, a considéré la science « comme une langue bien faite », les définitions précises se sont imposées, aussi bien pour enfermer une vérité que pour en chercher d'autres par la discussion des faits et par l'échange des idées.

Si l'on a raison de dire que la lumière sort du choc des opinions contraires, ne serait-ce point, à y bien regarder, par la raison que les discussions se terminent parfois par une définition qui en précise les objets ?

Quelle n'est pas la valeur des définitions exactes ! Un encyclopédiste, peut-être le plus grand des compilateurs, en exposant toute la science connue, a pu composer son œuvre de vingt livres d'étymologie. Et quelques siècles plus tard, l'un de ses successeurs proclamait à son tour que la définition, qui est la représentation des choses et le raisonnement qui en fait la démonstration, sont les deux instruments par lesquels s'acquièrent les connus !

Mais il ne faut pas s'y tromper, définir est chose longue et laborieuse.

Aucun objet de la connaissance n'est complet sans l'histoire qui s'y rattache.

De la sorte, il serait nécessaire de considérer quel fut, dans l'esprit des auteurs successifs, le sens précis des mots.

Dans le domaine de la psychiatrie, autant que dans celui de la médecine générale, les exemples surabondent pour montrer cette nécessité de ne lire un auteur qu'en s'attachant à l'étude de son vocabulaire.

Le mot « colère » dans Galien, le mot « tonicité » dans Bichat, ont des sens si différents de notre langage actuel, que ce que dit Galien de la colère et Bichat de la tonicité serait pour nous absurde, si nous ne savions pas, en lisant ces auteurs, que la colère est l'énergie naturelle qui nous rend forts et capables d'action, la vitalité même, distribuée normalement par des artères dans toutes les parties du corps, et que la tonicité est la condition de la réaction de nos tissus sur leurs sucs nourriciers. En un mot, si au préalable nous n'avions connaissance qu'il s'agit de la colère selon Galien et de la tonicité suivant Bichat.

Pour prendre un autre exemple encore, j'ai connu une personne qui se préparait à abandonner Descartes, lorsqu'elle s'aperçut que ce philosophe appelait « sentiments » ce que nous appelons « sensations ».

Or, en psychiatrie cette nécessité de définir est de tout instant.

Car, ce qu'on peut dire des époques plus ou moins éloignées de nous, s'applique aux différents auteurs qui écrivent aujourd'hui, tant le même terme peut parfois différer de sens dans l'un ou l'autre de ces auteurs.

Voici, pour fixer les idées, le mot « démence » : suivant sa signification commune, la démence répond à la perte définitive des facultés intellectuelles, impliquant cette déchéance incurable qu'éveille si bien l'idée de ruine.

Plus tard, quand Esquirol décrit une nouvelle forme de démence, qui en réalité n'en était pas une, il a soin de spécifier cette distinction par le terme de « curable », qui est en quelque sorte un correctif.

La distinction établie dans la suite entre la démence et l'aphasie est encore fondée sur la définition précé-



dente, l'aphasique n'ayant perdu qu'en apparence l'intelligence.

De même le terme de presbyophrénie établit une différence motivée de la même façon.

Mais dans le langage actuel le mot démence, au lieu de se voir restreindre, a pris une extension parfois considérable.

Pour les uns, il signifie l'affaiblissement simple des facultés, qu'il soit définitif ou même *temporaire*. Pour d'autres, qui vont plus loin, il implique seulement une « diminution » de ces facultés.

Je ne critique personne, mais pour la thèse que je défends, il m'est permis de faire remarquer jusqu'à quel point cette conception est en opposition avec l'idée d'une destruction irréparable.

Ceci posé, je voudrais montrer encore comment, dans notre langage habituel, un même terme peut renfermer de choses diverses et combien il est utile de se faire une idée qui comporte cette diversité.

Le délire pneumonique : voilà une expression bien classique, et je me souviens qu'elle fut employée plusieurs fois dans nos discussions récentes.

Depuis de longues années que j'étudie cette complication de la pneumonie, voici ce que j'ai pu constater :

1° Des pneumoniques qui du troisième au cinquième jour — et non à une autre époque de la maladie — présentent brusquement une élévation thermique qui atteint 40 degrés ou au-dessus ; parfois survient une attaque épileptiforme et le délire qui accompagne ces symptômes éclate sous la forme d'excitation et de confusion.

L'autopsie démontre en ces cas une couche purulente épaisse, ayant les caractères du pus à pneumocoque, étalée sur le cerveau. Si la mort survient plus rapidement, la même méningo-encéphalite n'est encore marquée que par l'hyperémie et l'exsudation inflammatoire non suppurative et dont les cultures peuvent donner du pneumocoque ;

2° Des malades alcooliques, dont le délire, exempt de toute lésion du genre des précédents, est aussi de toute autre pathogénie et répond à l'auto-intoxication dont l'insuffisance hépatique est l'élément principal ;

3° Des malades délirant sous des formes très diverses, mais seulement au voisinage ou au moment de la convalescence.

Certes, il est encore d'autres modalités du délire dans la pneumonie, mais en se restreignant aux trois premières, quelles différences nosologiques n'y trouvons-nous pas !

Ainsi je voudrais que tout médecin qui prononce les mots de « délire pneumonique » eût présent à l'esprit que cette désignation comprend des encéphalopathies, qui, pour compliquer la pneumonie, n'en sont pas moins de nature différente, allant du délire de la méningite à pneumocoques aux psychoses asthéniques des convalescents.

Le travail de définir, qui en réalité résume les acquisitions d'une époque, nécessite donc des recherches et des réflexions individuelles, puis et surtout la discussion en commun et ne peut être accompli qu'en plusieurs années.

Mais quelles que soient les occupations de notre Société, elles ne laissent jamais que d'être intéressantes.

Pour ma part, je suis particulièrement flatté d'être appelé à en diriger le cours en succédant à M. Sérieux, dont les importants travaux sont présents au souvenir de chacun de nous et qui nous a rapporté de ses nombreux voyages des documents précieux ; et de précéder mon cher ami René Semelaigne, dont j'admire l'œuvre historique.

Aussi dois-je répondre à l'honneur que vous me faites par l'expression d'une reconnaissance sincère et par un concours plein de zèle dans l'office à remplir.

#### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Porot, secrétaire général du Congrès annuel des médecins aliénistes qui se tiendra à Tunis au mois d'avril prochain. M. Porot demande à la Société de se faire représenter à cette réunion par des délégués. — MM. Arnand, Semelaigne et Vallon sont délégués par la Société ;



2° Une lettre de M. Charles Ladame, médecin de l'asile de Bel-Air, à Genève, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Ritti, Capgras, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

*Contribution à l'étude de la question de l'infection syphilitique au point de vue étiologique*, par MM. Matauscher et Pilcz. — Ce travail sera analysé par M. de Clérambault.

M. R. SEMELAIGNE. — Le D<sup>r</sup> Georges Hervé, professeur à l'Ecole d'anthropologie, nous a prié d'offrir à la Société un extrait de la *Revue anthropologique*, contenant le rapport de Pinel sur le Sauvage de l'Aveyron. Ce rapport, qui n'avait jamais été publié et que l'on considérait comme définitivement perdu, a été retrouvé par le D<sup>r</sup> Hervé dans les papiers de la Société des Observateurs de l'homme. Pinel considérait le Sauvage de l'Aveyron comme un idiot, absolument imperfectible. Itard, au contraire, affirmait que cet état tenait aux circonstances dans lesquelles s'était écoulée la première enfance, et que le jeune homme était susceptible d'être amélioré. Il s'attela à cette tâche, avec le plus grand dévouement, pendant quatre années, mais sans résultat appréciable. L'expérience démontre que Pinel avait raison.

Le travail du D<sup>r</sup> Hervé comprend un fac-similé de la première page du rapport de Pinel, les portraits de Pinel et d'Itard, et une notice sur le Sauvage de l'Aveyron.

*Mémoires envoyés pour les prix à décerner  
en 1912.*

PRIX AUBANEL. — Question : *Troubles psychiques au cours des polynévrites.*

Un seul mémoire a été envoyé ; il a pour auteur M. le D<sup>r</sup> R. Benon, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Nantes (Loire-Inférieure).

Commission : MM. Briand, Capgras, Kéraval, Picqué, Vurpas.

PRIX BELHOMME. — Question : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie.*

Aucun mémoire n'a été envoyé.

La Société décide qu'une autre question sera posée pour ce prix, et nomme, pour choisir cette question, une Commission composée de MM. Arnaud, Dupré, Leroy, Mignot, Trénel.

PRIX CHRISTIAN. — Un interne d'asile d'aliénés a envoyé sa thèse manuscrite intitulée : *Contribution à l'étude de l'alcoolisme cérébral en Normandie.*

PRIX ESQUIROL. — Aucun mémoire n'a été envoyé.

#### *Rapport de candidature.*

M. R. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Colin, Marchand et Semelaigne, de vous présenter un rapport sur la candidature du D<sup>r</sup> Ferdinando Maggiotto, vice-directeur du manicomie provincial de Côme, et auteur de nombreux et intéressants travaux.

Dans une brochure parue en 1904, le D<sup>r</sup> Maggiotto signalait, comme manifestation assez fréquente du début de la démence précoce, certains phénomènes hystériques, tels que paresthésies, troubles de la sensibilité, mobilité excessive du caractère, accès convulsifs, troubles moteurs. Ces phénomènes qui, après une certaine durée, s'atténuent et finissent par disparaître, se rencontrent surtout dans la forme hébéphrénique, moins souvent dans la forme catatonique, rarement dans la forme paranoïde.

L'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie avait déjà été signalée, notamment par Séglas. Revenant sur ce sujet, le D<sup>r</sup> Maggiotto montre qu'au cours d'une maladie intercurrente, les crises épileptiques disparaissent ou tout au moins s'atténuent; leur réapparition serait un signe de convalescence prochaine.

Chez certains malades atteints de psychose à forme périodique, il a observé des phénomènes prémonitoires, se présentant chaque fois d'une manière identique, et



précédant la crise maniaque ou mélancolique de un jour ou deux.

Parmi les autres travaux du Dr Maggiotto, je me bornerai à citer :

*Un cas de psychose urémique avec symptômes choréiformes ;*

*Une contribution à l'étude de l'histologie normale et des altérations cadavériques des plexus choroïdes ;*

*Trois cas simultanés de grande hystérie ;*

*Une contribution à l'étude des tumeurs cérébrales.*

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

Conformément à ces conclusions, M. Maggiotto est élu membre associé étranger à l'unanimité des suffrages.

**Paralysie générale avec symptômes moteurs rappelant la sclérose en plaques. — Evolution rapide. — Autopsie : méningo-encéphalite diffuse et sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle; prédominance de cette sclérose aux faisceaux pyramidaux croisés,**

par MM. P. JUQUELIER et A. FILLASSIER.

Les lésions médullaires sont constantes dans la paralysie générale. Déjà signalées par Calmeil et par Bailarger, elles ont été minutieusement étudiées, au point de vue histologique, depuis les premières descriptions de Westphal en 1863 et de Magnan en 1866. Parfois discrètes, ces lésions peuvent acquérir, dans d'autres circonstances, une importance considérable; et dans ces cas, il arrive souvent qu'au cours de l'évolution la question se pose de savoir s'il existe une association morbide : les symptômes constatés dépendent-ils tous de la paralysie générale, ou certains d'entre eux ne doivent-ils pas être rattachés à une affection, surtout médullaire, évoluant parallèlement?

La clinique nous apprend que les associations le plus fréquemment mises en cause sont les suivantes : para-

lysie générale et tabes ; paralysie générale et sclérose en plaques.

La question des associations tabo-paralytiques à laquelle il convient de rattacher, après ceux de Westphal et de Magnan, les noms de Klippel, de Nageotte, de Joffroy et de ses élèves, depuis Raband jusqu'à Perpère, a peut-être aujourd'hui perdu, pour le plus grand nombre, une partie de l'intérêt nosologique qu'elle mérite, et cela depuis qu'il est classique d'admettre l'origine syphilitique commune (et d'ailleurs nécessaire) de la paralysie générale et du tabes.

L'observation que nous rapportons ici est une de celles qui posent le problème de l'association de la sclérose en plaques et de la paralysie générale.

On sait que Charcot, en 1892, a particulièrement insisté sur cette association morbide. Au point de vue anatomique, la question est toujours controversée, les cas étant exceptionnels, dans lesquels l'examen histologique a semblé démontrer la coexistence des lésions appartenant à l'une et à l'autre affection. M. E. Dupré (1), dans le *Traité de pathologie mentale* publié sous la direction de Gilbert Ballet, rapporte seulement, comme positifs, les faits de Henschel et Westphal, et de Schüle.

Au dire du même auteur, les observations négatives, c'est-à-dire celles où l'examen histologique n'a pas confirmé l'hypothèse clinique de l'association, sont beaucoup plus nombreuses ; et c'est parmi ces dernières qu'il faut ranger le cas actuellement rapporté.

Voici l'observation de notre malade :

OBSERVATION. — M<sup>me</sup> P..., trente-sept ans, est admise à l'asile clinique (service de M. Magnan) le 15 juin 1910, venant de l'hôpital, où elle n'a pu être conservée à cause de son agitation intermittente.

Au moment de son entrée, elle présente de l'affaiblissement intellectuel avec euphorie et idées de satisfaction. Elle a, de sa situation, une conscience très imparfaite, elle est désorientée dans le temps ; elle ne peut dire son âge, elle ne se souvient que très vaguement des événements récents ; mais sa physionomie

---

(1) In article *Paralysie générale progressive*, p. 963.



exprime une satisfaction constante : elle est heureuse qu'on s'occupe d'elle ; elle va bien, ou, si elle admet qu'elle est malade, elle va guérir bientôt, etc.

Au point de vue physique, le premier symptôme qui attire l'attention est un embarras considérable de la parole : la prononciation des mots les plus simples exige un grand effort : entre deux syllabes, la malade marque un temps d'arrêt, et chaque syllabe est prononcée de manière explosive. Indépendamment de ce caractère, il y a dans les mots des syllabes omises ou mal prononcées. En résumé, on trouve dans la prononciation de M<sup>me</sup> P..., au moment de son entrée, à côté de troubles semblant appartenir à la paralysie générale, des caractères (scansion, explosion), plutôt en rapport avec l'évolution de la sclérose en plaques.

Les pupilles sont légèrement inégales et réagissent imparfaitement à la lumière ; bien que les globes oculaires soient très mobiles, il ne semble pas exister de nystagmus permanent à proprement parler ; la difficulté de maintenir l'attention de la malade ne permet pas d'obtenir la fixation latérale extrême du regard et de dire s'il existe du nystagmus d'effort.

Les réflexes rotuliens sont notablement exagérés ; les deux réflexes de Babinski se font en extension. La malade marche avec peine, les jambes écartées ; elle se tient moins aisément sur la jambe droite que sur la jambe gauche.

Au niveau des membres supérieurs, un tremblement massif apparaît dès que la malade fait un mouvement ; ce tremblement s'exagère quand on parvient à obtenir l'exécution d'un acte nécessitant un peu de précision (piquer une épingle dans un petit cercle, — exercice auquel il faut vite renoncer à cause de l'état mental — ; ou mieux porter aux lèvres un verre de lait bien plein). Ce tremblement est plus accusé à droite, et il s'y joint, en dehors des oscillations à amplitude croissante qui lui sont propres, de l'incoordination.

M. Magnan rappelle les points essentiels de cet ensemble symptomatique dans le certificat suivant :

*Affaiblissement des facultés mentales avec idées de satisfaction ; conscience très incomplète de sa situation ; embarras considérable de la parole, pupilles paresseuses et légèrement inégales, faiblesse musculaire plus marquée à droite, légère incoordination des mouvements du même côté...*

Le certificat de M. Magnan conclut à un début de paralysie générale, et fait allusion à la possibilité d'une sclérose en plaques associée.

Les jours suivants, la situation reste sensiblement la même ; au point de vue mental, on note habituellement de l'euphorie : mais, par intervalles, il existe au contraire de la dépression avec

idées confuses de persécution et préoccupations hypocondriaques. La malade s'alimente bien et n'a pas de fièvre.

Elle ne reçoit pas de visites, et nous n'avons aucun renseignement sur ce qui s'est passé avant l'entrée à l'asile.

Dans la suite, l'affection paraît évoluer comme une paralysie générale à marche rapide, les symptômes moteurs étant toujours très accentués par rapport aux symptômes psychiques, qui cependant progressent parallèlement. Dès le mois d'août 1910, la malade ne peut plus se tenir sur les jambes ; la parole est réduite à un bredouillement scandé et inintelligible ; le tremblement et l'incoordination des membres supérieurs sont tels que M<sup>me</sup> P... ne peut plus se servir de ses mains pour s'alimenter. La démence est également progressive. Cependant, la malade reconnaît les personnes qui la soignent et les accueille par un sourire. Elle fait des efforts pour exécuter les ordres simples, qu'elle comprend. On se rend compte, pour global que soit l'affaiblissement mental, que les moyens d'exécution sont encore inférieurs à l'intelligence. On note d'autre part un amaigrissement rapide, malgré que la malade s'alimente abondamment.

Le 25 octobre 1910, le rapport de nuit signale que la malade a vomi à plusieurs reprises : la température, à 7 heures du matin, est de 38°8. A la visite, M<sup>me</sup> P... est dans un état grave (pâleur, pouls petit). Le soir à 6 heures la température dépasse 39 degrés.

Cet état de faiblesse extrême, avec température élevée, gâtisme, amaigrissement rapide, grincement des dents, se maintint encore pendant une quinzaine de jours, puisque la mort ne survint que le 8 novembre.

Pas d'ictus ; la malade fut alimentée jusqu'au dernier jour ; la température atteignait 39 degrés, quelques instants avant la mort.

L'autopsie a été pratiquée vingt-huit heures après la mort.

Les viscères thoraciques et abdominaux paraissent en bon état : ils sont petits ; le foie pèse 1.010 grammes ; les poumons, surtout le droit, sont congestionnés aux bases, mais perméables.

L'ouverture de la dure-mère est suivie d'un écoulement très abondant de liquide rosé, l'encéphale pèse 985 grammes.

Hémisphère gauche. . . . .	410 grammes.
— droit. . . . .	425 —
Isthme et cervelet. . . . .	150 —

La pie-mère, opalescente en de nombreux points, adhère intimement au cortex, et les essais de décortication portant sur l'hémisphère droit produisent partout des exulcérations.

L'examen macroscopique de la moelle ne révèle pas l'existence de plaques de sclérose diffuse.



L'hémisphère gauche, le bulbe et la moelle ont été examinés histologiquement par M. Vigouroux, qui nous a communiqué les résultats suivants.

*Méninges molles.* — La pie-mère est légèrement épaissie, l'infiltration est très accusée dans les espaces sous-arachnoïdiens.

On note quelques petites hémorragies sous-pié-mériennes : les gros vaisseaux paraissent sains, mais les moyens présentent de la périvascularite.

*Corticalité.* — On constate de la congestion et de la prolifération apparente des vaisseaux ; dans la zone moléculaire, l'hyperplasie névroglique est nette. Dans la zone des cellules, il existe une infiltration marquée par de nombreuses cellules rondes, et de la périvascularite ; les espaces périvasculaires contiennent des cellules rondes et du pigment sanguin.

L'examen des cellules corticales, à l'aide du procédé de Nissl, permet de constater des lésions très accusées et diverses : déformation, chromatolyse, neuronophagie.

Les fibres de la couronne rayonnante sont beaucoup moins nombreuses qu'à l'état normal ; les fibres transversales de Bailarger sont rares, et les fibres tangentielles de Tuczeck ont disparu.

*Bulbe.* — Les lésions se réduisent à l'infiltration du plancher du quatrième ventricule, et à de la périvascularite, qui est surtout accusée autour de l'artère du noyau du pneumogastrique gauche. Les cellules des noyaux des pneumogastriques sont cependant en bon état, et les fibres qui en émanent sont normales.

*Moelle.* — Au niveau du renflement cervical, la périartérite est très marquée ; dans la corne antérieure droite, il existe une véritable lacune de désintégration : les cellules sont altérées ; au Nissl, elles se colorent d'une façon uniforme. Par la méthode de Weigert, dans le cordon antéro-latéral, on constate une sclérose bilatérale de la zone pyramidale dépassant en avant le faisceau pyramidal. Dans la moelle dorsale, on retrouve les mêmes lésions cellulaires et les mêmes lésions des fibres, mais la sclérose des cordons latéraux paraît plus exactement limitée aux faisceaux pyramidaux croisés.

Dans la moelle lombaire, où les cellules des cornes antérieures sont très altérées, la sclérose redevient diffuse.

La sclérose n'a pas fait disparaître les fibres, qui sont en général atrophiées ; quelques-unes au contraire présentent de l'hypertrophie.

Il s'agit, en résumé, d'un exemple de paralysie générale avec sclérose médullaire latérale importante. Conformément à ce qui a été généralement observé et

décrit dans les cas analogues, cette sclérose siège au maximum sur le faisceau pyramidal croisé, mais déborde ce faisceau; elle est mieux systématisée et plus intense à la région dorsale, et s'éteint progressivement en bas et en haut; elle ne paraît pas atteindre le bulbe. Au moins ne retrouve-t-on pas, à l'examen du bulbe, une sclérose systématique, analogue à la dégénération, qui suit les lésions cérébrales. De récents travaux ont cependant démontré que, malgré cette apparence, la sclérose peut habituellement, dans des observations semblables à celle-ci, être poursuivie jusqu'à l'écorce.

Une fois de plus, l'examen histologique permet donc de rejeter l'hypothèse de l'évolution simultanée, chez le même sujet, de la sclérose en plaques et de la paralysie générale. L'aspect clinique, à un moment donné du moins, était en faveur de cette hypothèse; mais l'association morbide paraît de plus en plus rare au fur et à mesure que les observations sont plus fréquemment poursuivies jusqu'au laboratoire, inclusivement.

#### DISCUSSION

M. KLIPPEL. — N'existait-il pas de lésions des cordons postérieurs?

M. JUQUELIER. — L'examen des coupes ne nous en a pas révélé d'importantes; d'ailleurs les notes de M. Vigouroux n'attiraient pas notre attention sur cette région.

M. ARNAUD. — Dans la plupart des observations analogues à celles que nous rapportent les auteurs, l'hypothèse d'une association de sclérose en plaques et de paralysie générale, cliniquement admise, n'est pas confirmée par l'examen microscopique. Ici l'évolution rapide était en faveur de la paralysie générale.

M. JUQUELIER. — Sans doute; aussi est-ce surtout à l'époque de l'entrée que le double diagnostic a été plausible.

M. ARNAUD. — Charcot a insisté sur le fait que dans la sclérose en plaques, on n'observe pas le signe d'Argyll; mais dans les cas d'association morbide, cet élément de diagnostic différentiel perd sa valeur.

M. JUQUELIER. — Ici, cependant, le signe d'Argyll



n'était pas complet ; nous avons noté à l'entrée : légère inégalité et paresse des pupilles.

M. RENÉ CHARPENTIER. — La ponction lombaire n'eût-elle pas permis d'affirmer le diagnostic de paralysie générale ?

M. JUQUELIER. — Nous ne doutions guère de la paralysie générale ; nous nous demandions seulement s'il existait de la sclérose en plaques par surcroît.

La séance est levée à 5 heures.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ITALIENS

**Archivio di psichiatria, neuropatologia, antropologia criminale e medicina legale.**

ANNÉE 1907.

I. — *Asymétrie faciale chez les normaux et chez les délinquants*; par le Dr Lattes (numéro de janvier). — Les asymétries et les anomalies de tous genres sont plus fréquentes dans les cerveaux criminels que dans ceux des gens normaux, chez la femme plus encore que chez l'homme. L'auteur se pose un certain nombre de questions qui, tout en paraissant bizarres au premier abord, n'en présentent pas moins un intérêt très réel. Le cerveau symétrique étant un signe d'infériorité, n'y a-t-il pas lieu de se demander si le cerveau des criminels n'indiquerait pas une supériorité de ceux-ci sur la moyenne des hommes? Lattes répond que, parmi les anomalies, il en est qui ont le caractère d'un retour atavique, tandis que d'autres au contraire continuent l'évolution de l'espèce. Ainsi, par exemple, la fréquence de l'arcus intercunéotus est selon lui une anomalie réversible, tandis que l'interruption du sillon pariétal serait un signe de perfectionnement. La quatrième circonvolution frontale appartiendrait aux anomalies réversives, comme l'avait déjà dit Giacomini. Lattes, comme Lombroso, admet que si l'on trouve chez les délinquants des traits qui rappellent l'humanité primitive, tels que l'impulsivité, l'insensibilité, la colère facile, les désirs de vengeance, on trouve aussi chez eux des signes de perfectionnement de la race : la génialité, la néophilie, le sens artistique. Ce ne sont certes pas des travaux de ce genre qui nous convaincront de la justesse des théories lombrosiennes.

II. — *L'homme droit, l'homme gauche et l'homme ambidextre*; par le Dr Andenino (numéro de janvier). — Un vieux dicton populaire italien dit que le gauche est menteur, voleur et



larron; les criminels sont en effet plus fréquemment atteints de mancinisme que les normaux (Lombroso et Marro). Le Bon considère l'ambidextrisme comme fréquent chez les enfants et les idiots: ce serait un type d'anomalie réversible. Lombroso croit au contraire que c'est le mancinisme qui aurait été le plus fréquent dans l'humanité primitive. Quoi qu'il en soit, l'auteur a institué des expériences pour déterminer exactement si les gens sont droitiers ou gauchers, ce qui n'est pas aussi facile à savoir qu'on pourrait se l'imaginer. Pour cela, il a employé la méthode de Von Biervlet, consistant à faire soulever des récipients de forme appropriée, les méthodes jusqu'ici employées: l'ergographe de Mosso, le dynamomètre, le tachygraphe, donnant des résultats contradictoires.

III. — *Pourquoi tous les épileptiques et les criminels-nés n'ont-ils pas le type?* par le Dr Andenino (numéro de janvier). — Lombroso a tracé le caractère du type criminel, qui n'est, en somme, que l'accumulation, que la coïncidence chez un même sujet d'un grand nombre de stigmates dégénératifs et des plus importants. On a objecté au système de l'illustre professeur de Turin, qu'un très grand nombre de criminels-nés, 40 p. 100 d'après certaines statistiques, n'ont pas le type, surtout les voleurs, les assassins et les faussaires. Cela résulte de différentes circonstances: il y a tout d'abord les dégénérescences acquises à la suite de méningites, de syphilis, d'alcoolisme, de suppurations frontales pendant la jeunesse; il y a ensuite le type du faussaire, dont le visage ne porte guère de stigmates, mais dont les tares existent sur le corps (Andenino en rapporte deux exemples). Il décrit aussi une variété de facies épileptique dit napoléonien, qui se distingue par le développement exagéré des zygomatides et des mâchoires, le nez aquilin. Enfin, il signale des observations typiques de criminels-nés, dont l'un appartient à Lougard, médecin légiste à Heidelberg.

IV. — *Un cas d'hiéro-kleptomanie*; par le Dr de Blasio (numéro de janvier). — Un homme de soixante ans eut une blennorrhagie dont il s'affected beaucoup, à l'âge de vingt-cinq ans. Il chercha alors à se briser le crâne contre un mur. A la suite de cette tentative de suicide, il eut un érysipèle avec complications méningées; depuis, attaques convulsives. A la spécialité de dévaliser les troncs des églises sous l'influence d'impulsions irrésistibles. Condamné pour cela nombre de fois. Cette hiéro-kleptomanie, comme l'appelle de Blasio, est-elle due à la blennorrhagie?

V. — *Filouterie et simulation par une femme* ; par le P<sup>r</sup> Lombroso (numéro de janvier). — Femme de vingt ans, simule la catalepsie et les idées de suicide ; elle accuse aussi des crises d'épilepsie et même des convulsions qui n'existent pas. C'est une dégénérée déjà arrêtée une fois pour filouterie, dépourvue de tout sens moral, qui a peut-être des tendances à l'épilepsie, mais ce n'est sûrement pas une folle.

VI. — *Embryologie des formes de folie* ; par le D<sup>r</sup> Gina Lombroso (numéro de janvier). — Sous ce titre, la très distinguée doctoresse étudie la psychologie d'un enfant normal, le sien, et constate chez lui des particularités psychiques qu'on retrouve chez tous les enfants et qui sont les suivantes : la logorrhée, les néologismes, les illusions continuelles, l'amour des jeux de mots par assonance, le plaisir de faire du bruit, le misonéisme, les peurs excessives, les idées fixes, les erreurs syllogistiques, la satisfaction lorsqu'il détruit quelque chose, le négativisme, la mégalomanie, la dysphasie, l'absence d'affectivité, les colères morbides, et, comme son illustre père, elle compare cet état à celui des criminels, ces non adaptés de la société moderne, ces sauvages primitifs perdus au milieu de nous.

VII. — *Hypertrichose auriculaire familiale* ; par le D<sup>r</sup> C. Tommassi (numéro de janvier). — Un malade de quatre-vingt-un ans, vieil ivrogne avec tares dégénératives nombreuses, n'a pas d'affaiblissement intellectuel, mais simplement un délire religieux avec idées d'expiation et mysticisme. Comme son aïeul, comme ses fils aujourd'hui décédés, comme son frère et son neveu, comme ses petits-fils, qui eux aussi sont morts ; il présente une hypertrichose de l'oreille, surtout dans la région du tragus de l'anthelix, sur le bord et dans la fossette de l'anthelix, sur le tiers inférieur de la face postérieure des oreilles. Alors que les cheveux et la barbe sont blancs, ce qui n'a rien d'extraordinaire étant donné son grand âge, les poils de ces régions sont d'un noir de jais. Remarquons qu'alors que presque tous les membres mâles de la famille présentent cette très laide particularité, les femmes en sont exemptes. Constatons aussi que d'après les règles de la dégénérescence tracées par Morel, ce vieillard survit seul à tous les siens plus tarés que lui par l'alcoolisme héréditaire et qui n'ont pu atteindre un âge bien avancé. Sa famille s'éteindra lorsqu'il mourra.

VIII. — *Les couches moléculaires du cerveau et du cervelet* ; par le D<sup>r</sup> Roncorini (numéro de janvier). — Roncorini a étudié



en 1905 le cortex cérébral et la cortex cérébelleux; la corne d'Ammon, le corps denté, le bulbe olfactif chez les hommes et chez les animaux dans l'état sain et dans l'état pathologique. Merzbacher soutient contre Roncorini que les couches moléculaires du cerveau et du cervelet, tout en ayant de grandes analogies extérieures, sont cependant différentes, ce qui tiendrait à des différences physiologiques. Les cellules de Purkinje et les cellules pyramidales ne jouant pas le même rôle, Roncorini ne croit pas que les différences soient aussi accusées que le veut son contradicteur; cependant il reconnaît que les prolongements cylindraxiles de ces éléments sont comparables mais non identiques; ils vont se perdre dans les couches sous-jacentes, celles de petites cellules de l'étage granuleux dans le cervelet, celles des cellules pyramidales à cylindres ascendants dans le cerveau, mais pas de la même manière. Dans la corne d'Ammon, les couches moléculaires sont très analogues à celles dont il est ici question; il en est de même du corps denté.

IX. — *Noté en réponse à une étude de Sala sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie*; par le D<sup>r</sup> Roncorini (numéro de janvier). — En raison de son caractère de polémique personnelle, il nous est impossible d'analyser cet article.

X. — *La loi sur les aliénés en Italie et les aliénés criminels*; par le D<sup>r</sup> Antonini (numéro de janvier). — La nouvelle loi du 14 janvier 1904 retire des asiles spéciaux d'aliénés criminels, pour les replacer dans des quartiers annexes des asiles provinciaux, certaines catégories de malades: ce sont les individus condamnés qui ont subi leur peine et les individus acquittés en vertu de l'article 46 du Code pénal italien. Il ne semble pas que ce soit là un perfectionnement, tant s'en faut. De ce qu'un aliéné ait commis un acte tombant sous l'action de la justice qui le condamne ou qui l'absout, il ne s'ensuit pas qu'il soit plus dangereux qu'un autre; il peut avoir été moins bien surveillé ou simplement s'être trouvé en présence de circonstances particulières. Ceux qui doivent être placés dans des quartiers spéciaux, quelle que soit leur situation judiciaire, ce sont les fous moraux, les criminels aliénés, les insociables, et ce n'est pas le magistrat qui doit les désigner, mais l'aliéniste. A ce propos, Antonini rapporte cinq observations d'individus qui ont été isolés dans des quartiers spéciaux et qui, quoiqu'ils eussent commis des actes qualifiés crimes par le Code pénal, n'en sont pas moins à l'asile des aliénés inoffensifs, tout à fait comparables aux autres.

XI. — *Hyperesthésie psychique et homicide*; par le D<sup>r</sup> Marro (numéro de janvier). — La statistique démontre que l'homicide est, en Italie, six fois plus commun qu'en France, neuf fois plus qu'en Angleterre, et que c'est surtout dans l'Italie du Sud, pays aux passions plus vives, comme dit Montesquieu, que l'on rencontre les crimes de sang : l'influence du climat paraît être importante. Les meurtriers sont par eux-mêmes ou par leurs ascendants des tarés, des épileptiques, des alcooliques, des aliénés; ils présentent aussi bien au moral qu'au physique de nombreuses tares dégénératives, auxquelles viennent bien souvent s'ajouter l'influence déplorable du milieu et de l'éducation, les séquelles des maladies. On constate très souvent chez les criminels des retours ataviques, de la brachycéphalie exagérée, des mâchoires volumineuses, la peau blafarde, la rareté de la barbe et une diminution générale de la sensibilité. Marro a pu constater que le travail manuel, une nourriture saine et abondante et la suppression du vin et de toutes les boissons alcooliques calment les aliénés criminels, et il souhaite de voir introduire dans les écoles publiques de tous les degrés l'hydrothérapie et le travail manuel qui amènent une sédation du système nerveux.

XII. — *Fascination de la criminalité*; par le D<sup>r</sup> Masini (numéro de janvier). — Chez les primitifs, où l'on n'admire guère que la force physique, le crime et la violence sont des fonctions sociales : de nos jours, en vertu d'un retour atavique, lorsqu'on apprend un « beau » crime, on plaint volontiers la victime, mais cela n'empêche pas de s'intéresser au criminel, à avoir pour lui de la sympathie. Le peuple surtout s'intéresse aux faits et gestes des grands criminels, de « Musolino » comme de « Napoléon ». Les femmes surtout, « moins évoluées que les hommes », ont une sympathie exagérée pour les cabotins de la Cour d'assises et pour les toréadors. Aux îles Fidji, les femmes se précipitaient au devant des guerriers ruisselant du sang de leurs ennemis et voulaient être ainsi possédées par eux.

XIII. — *Contribution à la connaissance des mouvements pendant le sommeil*; par le D<sup>r</sup> Segré (numéro de janvier). — Dans les premiers mois de l'existence, avant l'âge d'un an, il n'est pas rare que, pendant leur sommeil, les enfants remuent en tous sens la tête et grincent des mâchoires; c'est un phénomène de réflectivité exagérée qui indique chez eux un nervosisme excessif. Chez les sujets atteints de faiblesse organique, cet



état persiste toute la vie. Plus souvent les enfants, pendant leur sommeil, remuent leurs membres. Selon Segré, ce serait comme l'ébauche d'une véritable chorée ou d'une véritable athétose préhypnique, des tremblements que l'on constate pendant la période hypnagogique et des tremblements parkinsoniens qui s'exagèrent lorsque le malade s'endort. A un autre point de vue, l'auteur remarque que jamais, dans le sommeil artificiel causé par les hypnotiques, les sujets ne remuent et qu'au contraire les phénomènes hypniques s'exagèrent pendant les maladies, typhus, urémie, diabète, cirrhose du foie, méningites, paludisme, etc. Tout phénomène pathologique, a dit Claude Bernard, n'est que l'exagération d'un phénomène normal.

XIV. — *Résultats d'expériences sur l'excitabilité du cervelet au courant électrique induit unipolaire. Note préventive*; par les D<sup>rs</sup> Negro et Roasenda (numéro de janvier). — Adamkiewicz, de Vienne, est arrivé en 1904 à la conclusion suivante : Le cervelet est l'agent principal des mouvements, comme le cerveau est celui des fonctions psychiques; donc les lésions du cervelet annulent la possibilité des mouvements du corps, et il existe sur le pallium cérébelleux des territoires distincts pour les mouvements volontaires individualisés, et ces territoires de localisation cérébelleuse sont du même côté du corps que les muscles qu'ils gouvernent. Pagano, à Bruxelles, en 1904, a dit de son côté : le cervelet n'est pas un organe à fonctions homogènes; les différents modes de son activité sont liés à des régions déterminées et distinctes. On peut établir sur le cervelet des localisations motrices. Ces résultats avaient déjà été entrevus, il y a près de trente ans, par Ferrier. Negro et Roasenda ont employé pour exciter le cortex cérébelleux, le courant induit unipolaire, qui a la propriété de circonscrire son stimulus seulement à la région excitée. Cette excitation amène en général des mouvements au niveau du « *crus primum* » des hémisphères cérébelleux, le courant faradique bipolaire amène à chaque excitation des contractions de la face et du membre antérieur de son côté, soit ensemble, soit séparément, suivant l'étendue de la zone excitée. Ces courants, appliqués en un même point, amènent toujours des contractions des mêmes muscles; si l'intensité du courant augmente, les muscles du côté opposé se contractent aussi. Jusqu'à présent, cependant, les localisations ne sont pas encore bien définies. Il paraît probable que les courants galvaniques donnent des résultats très

analogues à ceux des courants faradiques uni ou bipolaires. Dans une seconde série d'expériences, les auteurs ont voulu déterminer les rapports qui existent entre les centres moteurs du cerveau et ceux du cervelet chez le lapin, et ils sont arrivés à démontrer que les excitations produites par un courant induit unipolaire sur un des côtés du cortex cérébral (zone motrice), donnent constamment des contractions synchrones à celles obtenues directement sur les muscles de la patte antérieure et de la face du même côté. Les excitations électro-faradiques des centres moteurs cérébelleux, pour gagner la moelle épinière et les muscles périphériques, ne sont point obligées de traverser la zone motrice du cerveau de l'un des hémisphères ou de passer par les voies motrices cérébrales sous-corticales. Elles ont des voies de conduction propres qui sont probablement comprises dans les pédoncules cérébelleux moyens. C'est ce que les auteurs étudieront dans un prochain travail.

XV. — *Considérations sur la criminalité des enfants*; par le Dr Faggiani (numéro de janvier). — Cette criminalité est une plaie sociale qui augmente de plus en plus : à Turin, elle a augmenté de 6 p. 100 en quelques années. Les causes en sont la négligence des parents, les vices de famille, l'alcoolisme, l'intensité de la lutte sociale. Elle débute par la mendicité, le vol et le jeu. Il faut reconnaître la rareté du fou moral vrai. Ce qu'il faut avant tout aux enfants qui ne sont pas des fous moraux ou des épileptiques, c'est une éducation spéciale dans un établissement approprié (école de réforme), loin des mauvais exemples et de la négligence des familles.

XVI. — *Criminalité ancillaire*; par le Dr de Ryckère (numéro de janvier). — C'est la plus importante des criminalités féminines; l'influence professionnelle s'y manifeste à la fois directement et indirectement; elle est avant tout du type occasionnel et les occasions y sont tout particulièrement fréquentes; bien souvent les maîtres n'ont que les domestiques qu'ils méritent. Remarquons le caractère simpliste, les procédés naïfs et monotones, l'hypocrisie et la lâcheté, le miso-néisme des délits et des crimes commis par cette catégorie de sujets; ce sont avant tout des vols, des empoisonnements et d'autres actes de vengeance souvent sur des enfants, les infanticides et surtout les indécitesses; la domesticité « est une profession de dégénérées »; souvent la bonne a pour complice un homme, amant, père ou frère qui la pousse. Les voleuses et les prostituées sont le plus souvent d'anciennes domestiques;



la maison de tolérance ne les effraie pas. Ajoutez à ce que nous venons d'énumérer l'alcoolisme et la propension au suicide. La folie est rare chez les domestiques. Il faut purifier autour de ces filles l'atmosphère physique et morale, réglementer leur travail aussi bien que celui des ouvrières. D'aucuns ont songé à remplacer les bonnes par des services commerciaux ou collectifs : ce qui existerait, dit-on, en Amérique. Enfin, l'auteur préconise l'égalité civile et politique des deux sexes et la suppression des bureaux de placement comme des remèdes aux maux dont souffrent ces malheureuses.

XVII. — *Contribution à l'étude des plis longitudinaux de la main. Communication préventive*; par le D<sup>r</sup> Audenino (numéro de janvier). — L'auteur, à propos des anomalies présentées par un soldat qui était un criminel des plus dangereux avec tendances à l'homicide et au suicide, a étudié les plis longitudinaux de la main. Il a montré que chez les singes inférieurs le *nycticebus*, le *cercopithecus mona*, les plis longitudinaux étaient beaucoup plus nets que les plis transversaux; au contraire, chez les primates, ce sont les lignes transversales qui sont les plus importantes et les plis longitudinaux à peine indiqués ou manquants. Ces derniers existent très fréquemment chez les hommes, anormaux, imbéciles, aliénés, épileptiques criminels, tandis qu'ils sont rares chez les sujets normaux. Chez les crétins, les plis de la main ont une disposition réticulaire tout à fait spéciale.

XVIII. — *A propos des sauvages Sakaï, décrits par le capitaine Corruiti*; par le D<sup>r</sup> Guiffreda Ruggieri (numéro de janvier). — D'après Rotzel, le trait le plus saillant de la mentalité de l'homme primitif serait la faiblesse de la volonté et aussi la sincérité. La civilisation est l'aptitude à dissimuler; formule à laquelle l'auteur substitue celle-ci : la faculté d'inhiber, qui manque également au criminel. Chez les sauvages on n'a pas besoin d'énergie pour se soustraire à des tentations qui n'existent pas; le parasitisme social sous toutes ses formes leur est inconnu. Les Sakaï, qui habitent les forêts vierges de la péninsule de Malacca, dans les régions les plus montueuses de la presqu'île, ne peuvent guère compter plus loin que trois, mais ils ont des maximes morales : on ne trouve chez eux ni assassins ni voleurs, ni adultères, ni jaloux; ils agissent par sympathie sociale, sans espérance d'une autre vie, sans crainte des châtiments; leur sympathie s'étend même aux animaux, qu'ils ne mangent point; leurs femmes adoptent des animaux sans

famille; nos ancêtres quaternaires devaient avoir des mœurs analogues.

XIX. — *Argot des criminels*; par le D<sup>r</sup> Cevidalli (numéro de janvier). — L'auteur nous apprend qu'en argot piémontais mercredi se dit *pigher*, jour de la pègre, Mercure étant le dieu de cette peu intéressante confrérie. Les argots fourmillent de vieilles allusions oubliées de la majeure partie de la population.

XX. — *De l'usage du vin dans les asiles*; par le D<sup>r</sup> Ugolotti (numéro de janvier). — Un questionnaire a été adressé par Ugolotti aux directeurs des asiles d'aliénés; trente-neuf sur quarante-quatre ont répondu. Dans la majorité des asiles on donne du vin aux repas; souvent le vin figure à l'état d'abondance; la quantité moyenne de vin ainsi allouée est de 200 grammes de vin pur à 10 degrés par jour (exceptionnellement 9 à 11 degrés), ce qui fait 15 grammes environ d'alcool éthylique. Les malades qui travaillent à la culture ou à d'autres travaux pénibles ont un supplément qui porte leur ration à 400 grammes. On supprime généralement l'usage du vin à certaines catégories de malades: alcooliques, épileptiques, agités, parfois même aux déments chroniques et aux paralytiques généraux. On le remplace par de l'eau, plus rarement par de la limonade au citron ou au tamarin, ou encore par du lait. Dans ces conditions, et avec ces restrictions, le vin ne présente aucun inconvénient; quelques-uns le croient inutile, très peu l'estiment dangereux et la majorité s'est prononcée contre l'abolition.

XXI. — *Sur une nouvelle signification du mancinisme chez les épileptiques et les délinquants. Communication préventive*; par le D<sup>r</sup> Lattes (numéro de janvier). — Classiquement, c'est un signe de dégénérescence atavique. Pour l'auteur, beaucoup d'épileptiques présentent des phénomènes de tremblement, surtout accusés à droite, soit au début, soit pendant les crises comitiales. Du côté le plus frappé par ces manifestations morbides, il persiste un certain degré de parésie dans l'intervalle des accès. Ces troubles s'accompagnent de lésions qu'on peut constater dans l'hémisphère cérébral opposé; les criminels étant, pour les Italiens, des épileptiques très légers, le mancinisme peut être considéré chez ces sujets comme une manifestation atténuée de la névrose.

XXII. — *Anomalies de crânes préhistoriques*; par le D<sup>r</sup> C. Lombroso (numéro de janvier). — Il s'agit de crânes de Ligures de l'époque quaternaire trouvés par le D<sup>r</sup> Amerano dans la caverne de Finale, au milieu de restes d'animaux des



genres canis et ursus (arctos et spelæus), lepus, sus, etc. Ces crânes et d'autres os retrouvés au même endroit présentent un très grand nombre d'anomalies que l'auteur décrit avec détails.

XXIII. — *Tourterelle homosexuelle*; par le Dr Pennazza (numéro de janvier). — Une tourterelle mâle chantait et marchait autrement que les autres; elle avait toujours l'air pressé, n'avait pas de famille, refusa de couvrir les œufs de sa famille comme cela est normal chez ces oiseaux. Elle chassait les femelles loin des mâles et violait ces derniers. D'ailleurs elle donnait volontiers la becquée aux petits des autres et faisait des nids pour ses amis. Parfois aussi elle se montrait méchante pour la progéniture d'autrui.

XXIV. — *Dextrisme et mancinisme en relation avec l'asymétrie fonctionnelle du cerveau*; par le Dr Lattes (numéro de mai). — Le dextrisme est connexe à l'asymétrie morphologique et fonctionnelle du cerveau. Il semble que l'activité sensitivo-sensorielle soit surtout en relation avec l'hémisphère gauche, l'activité psychique avec l'hémisphère droit; donc : 1° Les asymétries sont liées à un certain degré de développement psychique et physique; 2° Il semble que par rapport à l'activité intellectuelle, l'hémisphère gauche soit en relation avec les fonctions les plus élémentaires, le droit avec les plus complexes. Le mancinisme relève de deux origines distinctes : il est tantôt atavico-constitutionnel et tient à une inversion complète de l'asymétrie cérébrale, tantôt il est pathologique et est la manifestation extérieure d'une lésion de l'hémisphère gauche. C'est cette dernière variété qui existe chez les épileptiques et les délinquants.

XXV. — *Les accusés politiques; nouveaux martyrs en Russie*; parle Dr B... K... O... (numéro de mai). — Les défaites subies par l'autocratie russe au pays du Soleil levant, ont amené une situation qui ressemble à celle qui succéda à la guerre de Crimée au lendemain de l'abolition du servage. Cette prétendue réforme ne fut avantageuse qu'aux propriétaires de latifundia. On y répondit par l'assassinat d'Alexandre II. Actuellement, deux ministres de l'Intérieur, le grand-duc Serge et tant d'autres, ont été les victimes des haines populaires. Le gouvernement crut devoir créer une douma d'État, qui n'était pas un Parlement, mais une simple chambre consultative. La paix honteuse qu'il fut obligé de signer l'obligea ensuite à faire semblant de donner une constitution au peuple; mais il opprima les villes, les Juifs, les intellectuels, et la police impériale prêta

la main à des attentats contre la propriété et à des assassinats féroces. D'ailleurs, le peuple russe n'est pas mûr encore pour la liberté; la prétendue constitution sombra sous la pression de la bureaucratie, elle fut remplacée par l'état de siège. Alors partout ce ne furent qu'insurrections, jacqueries, désordres, auxquels succédèrent de nouveaux assassinats politiques. Les auteurs de ces méfaits ne présentent aucun des caractères des criminels-nés de Lombroso; ce ne sont point des dégénérés; ils ont, et surtout les femmes, les caractères les plus nobles et les traits les plus purs.

XXVI. — *Sur la direction anormale des cheveux*; par le Dr L. D'Ajulolo (numéro de mai). — La direction des cheveux est anormale lorsque le tourbillon est inversé ou lorsqu'il existe des tourbillons ectopiques ou surnuméraires. La direction inversée est totale ou partielle. Cette dernière s'observe sur le front et est commune, l'autre est très rare. Ordinairement les inversions de direction se rencontrent chez les dégénérés, souvent chez les adénoïdiens, plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Les tourbillons ectopiques ou déviés sont en dehors de l'obélion, plus fréquents chez les idiots et chez les imbéciles que chez les normaux, et se trouvent quelquefois au voisinage de l'oreille. Les tourbillons surnuméraires peuvent être au nombre de un, deux, trois et même quatre chez un même sujet; ils peuvent se trouver, ou tous sur le vertex, ou au front et sur l'obélion. Dans le cas unique de quatre tourbillons, il y en avait un au bregma, un au stephanion gauche, un à l'astérion droit, un à l'astérion gauche. On rencontre surtout les tourbillons supplémentaires chez les dégénérés. Rien de pareil n'existe chez le singe.

XXVII. — *Biographie de deux vieux brigands*; par le Dr Tomellini (numéro de mai). — Au fond d'un bague, l'auteur a retrouvé deux survivants des anciennes bandes du royaume de Naples. Le premier est un homme qui, en 1863, entra dans la bande d'un certain Gaetano Tranchella, qui donna jadis bien du fil à retordre aux troupes royales; il raconte volontiers les scènes d'autrefois, il regrette le temps heureux où il était libre dans les bois : « Être comme le roi, pouvoir tuer qui l'on veut sans rendre de comptes à personne. » Il y avait bien la peur d'être pris, mais on n'y songeait pas. Il devint, en 1866, chef de la bande, s'unit à une femme qu'il a épousée depuis qu'il est en prison. En 1867, il fut pris après une bataille en règle. Condamné à mort en 1870, sa peine fut commuée en celle de



la détention perpétuelle : il avait à répondre sur quatorze chefs d'accusation d'assassinat et de vol à main armée; son système de défense était très simple : c'était la bande qui avait agi, mais pas lui personnellement. Il n'a d'ailleurs que les notions les plus vagues sur la morale; en prison, il a appris à lire et aujourd'hui il lit volontiers le Tasse, l'Arioste et même l'histoire de France; jamais il ne lit de romans; il affectionne tout particulièrement les récits de bataille. L'autre brigand, qui appartenait à la même bande, est un déserteur qui se fit brigand pour n'être pas repris; il est d'un niveau intellectuel et moral plus élevé que le précédent. Tous deux regrettent le gouvernement des Bourbons, le bon temps de la Camorra; ce sont des primitifs, des frustes. Signalons leur admiration pour les récits de batailles et pour l'Odyssée, ce vieux chant d'une époque encore barbare.

XXVIII. — *Les germes ethniques et psychologiques de la camorra et du brigandage*; par le D<sup>r</sup> Angioletta (numéro de mai). — L'auteur, médecin d'un asile qui reçoit les aliénés de la province de Bari, vieux centre de camorristes, et ceux de la province de Cozenza, la terre classique du brigandage, a voulu étudier chez ses malades les phases embryonnaires de la criminalité. Un malade originaire de Bari a passé toute sa vie à lutter contre l'autorité sous toutes ses formes, mais n'a jamais commis d'autres méfaits. C'est un criminel héréditaire qui a reçu dans sa jeunesse des coups sur la tête et qui n'a eu qu'une très mauvaise éducation; il était de plus épileptique.

XXIX. — *La criminalité et les classes populaires des travailleurs*; par le D<sup>r</sup> Hugo Herz (numéro de mai). — Chaque époque, chaque groupe ethnique, chaque forme sociale ont une criminalité spéciale. Des tableaux dressés par l'auteur, il résulte que la poussée des gens de la campagne vers les villes, l'augmentation du nombre des commerçants, des industriels et des ouvriers explique l'augmentation de la criminalité dans ces groupes de population : ceci est surtout vrai chez les salariés de plus en plus nombreux. Cependant d'un autre côté, la protection que les nouvelles lois accordent aux travailleurs agit en sens inverse. La femme obligée de plus en plus à travailler au dehors ne commet pas en Autriche plus de méfaits qu'autrefois, mais il résulte de cette circonstance malheureuse la dissolution de la famille et l'abandon de la jeunesse.

XXX. — *Expériences collectives sur le témoignage et la*

confrontation; par le D<sup>r</sup> Claparède, de Genève (numéro de mai). — Le distingué professeur fit distribuer à ses auditeurs un questionnaire sur divers sujets. Une vingtaine de questions étaient relatives aux locaux universitaires que les étudiants fréquentent journellement : sur cinquante-quatre réponses, pas une ne fut complètement exacte; 45 personnes nièrent l'existence d'une grande fenêtre qui cependant existe; une autre fois, quatre seulement sur 22 personnes interrogées reconnurent un masque exposé pendant vingt secondes à leur regard dans la salle de cours.

XXXI. — *Contribution à la casuistique de l'héboïdophrénie (folie morale pubérale)*; par le D<sup>r</sup> G. Bertold (numéro de mai). — Il s'agit d'une forme atténuée de l'hébéphrénie, caractérisée par un affaiblissement léger de l'intelligence et surtout de la volonté, par de la vanité, de l'égoïsme et une diminution très notable du sens moral. Cet état est en rapport avec l'évolution sexuelle : c'est une folie morale de la puberté qui évolue vers la guérison, dans la généralité des cas. Deux observations personnelles.

XXXII. — *Paranoïaque persécuteur homicide avec microgyrie et aplasie aortique*; par le D<sup>r</sup> Bellini (numéro de mai). — Il s'agit d'un homme qui, après avoir été scribe, puis ouvrier de fabrique, parvint à l'emploi de secrétaire de l'exploitation où il était employé; il devint orgueilleux de sa nouvelle situation, dédaigna ses anciens camarades et s'imagina bientôt qu'ils le persécutaient. Un jour, l'un d'eux, pris de boisson, fut interpellé par lui : il ne lui répondit pas, alors il le frappa de trois coups de revolver; la mort s'ensuivit. Le malade se plaignait également qu'un médecin qu'il nommait lui travaillait le cerveau à l'aide du télégraphe sans fil. Acquitté pour le meurtre qu'il avait commis, il fit dans sa famille une fête pour célébrer sa délivrance. Sous l'empire de la boisson, il eut des hallucinations, fit un esclandre qui l'amena à l'asile. Là, il refusa la nourriture, on fut obligé de le nourrir à la sonde; malgré cela il dépérit et mourut de cachexie avec catarrhe gastro-intestinal. A l'autopsie, on constata, outre de l'inflammation du tube digestif, de la leptoméningite chronique avec épaissement de la pie-mère, des circonvolutions très petites, de l'aplasie de l'aorte avec athérome et un peu de graisse sous-péricardique.

XXXIII. — *Délinquance à la suite d'un traumatisme. Expertise médico-légale*; par le D<sup>r</sup> Alessi (numéro de mai). —



Il s'agit d'un prédisposé qui, il y a cinq ans, subit un traumatisme crânien assez sérieux en conduisant une charrette : on dut alors lui faire une dizaine de points de suture au cuir chevelu. A la suite, pleurésie gauche, thoracentèse, guérison. Depuis lors, il a des impulsions ambulatoires, voyage tantôt à pied, tantôt en se dissimulant d'une façon ou d'une autre dans les trains. C'est un épileptoïde chez lequel l'influence du shock ne saurait être mise en doute.

XXXIV. — *Facies de Hutchinson chez un phrénasthénique. Contribution à l'étude de l'ophthalmoplégie externe bilatérale congénitale*; par le D<sup>r</sup> Volpi Gherardini (numéro de mai). — Le moteur oculaire externe est assez souvent paralysé congénitalement, mais des troubles de cette espèce observés sur le moteur oculaire commun sont infiniment plus rares, il n'en existe qu'une douzaine de cas dans la science. L'observation rapportée ici est celle d'un homme de cinquante et un ans dont le développement physique est suffisant, mais qui est un bizarre; il n'a eu qu'un seul rapport sexuel dans sa vie et encore il s'excuse de son péché! Il a séjourné des années en Allemagne et ne peut s'exprimer dans la langue de ce pays. Cet homme présente le facies typique de Hutchinson avec ptose qui ne peut être vaincu que par un artifice, l'entrée en contraction énergique des muscles frontaux. Pas de diplopie, pas de mouvements associés de l'élévation de la paupière supérieure. Réaction normale des pupilles. Ce facies particulier est-il dû à un arrêt de développement ou à une lésion survenue au cours du développement?

XXXV. — *Le portrait parlé et son application dans les recherches d'anthropologie criminelle*; par le D<sup>r</sup> Reiss (numéro de mai). — L'auteur étudie le recueil dit DKV publié par la Préfecture de police et comprenant les condamnés relégables, les interdits de séjour, les évadés de la Guyane et de la Nouvelle-Calédonie, les individus sous le coup de mandat d'amener ou jugés par défaut, les étrangers des diverses nationalités expulsés de France; il montre comment, avec les photographies annexées et les portraits parlés, les agents peuvent arriver à déterminer l'identité des individus qu'ils arrêtent avec les individus signalés par les DKV, et les avantages de ce système.

XXXVI. — *Le portrait parlé dans la pratique policière et son enseignement*; par le D<sup>r</sup> Reiss (numéro de mai). — L'auteur publie la manière dont il enseigne aux agents de la police suisse le bertillonage et le portrait parlé : il expose les prin-

cipes sur lesquels reposent les résultats qu'ils permettent d'atteindre, les causes pour lesquelles les erreurs sont si rares et les divers moyens que peut employer un agent pour vérifier un signalement donné par cette méthode avant d'arrêter l'individu. Nous ne pouvons que nous associer aux éloges qu'il fait de cette méthode française si simple et si utile, due à l'éminent chef du service de l'identification judiciaire de la Préfecture de police.

XXXVII. — *Sur la fossette coccygienne. Notes avec observations originales chez les dégénérés et les normaux*; par le D<sup>r</sup> Marro (numéro de juillet). — Les anomalies de conformation de la zone coccygienne sont fréquentes. On trouve un tourbillon de poils dans cette région, les uns le croient très fréquent, d'autres le considèrent très rare, souvent on y constate une glabellé avec un appareil glandulaire extrêmement délicat et parfois un hiatus du canal vertébral. Plus rarement une fossette qui tantôt est simple (fossette rétro-anale) et tantôt un foramen cæcum. L'auteur a rencontré quatre fois des fossettes typiques : l'une sur un vieux dessin de Bovero, trois chez des enfants anormaux : une idiote de douze ans, un imbécile de dix-huit ans, un épileptique de quatorze ans, la profondeur variait de 5 à 10 millimètres ; l'ouverture avait de 8 à 10 millimètres dans le sens longitudinal et de 3 à 5 millimètres dans le sens transversal ; la peau de la région était rayée de stries anormalement pigmentées ou d'aspect cicatriciel. C'est une disposition atavique qu'on rencontre plus fréquemment chez les anormaux que chez les normaux et qui représente les ligaments caudaux irrigués chez les animaux par l'artère sacrée moyenne.

XXXVIII. — *Un nouveau stigmaté régressif chez les dégénérés*; par le D<sup>r</sup> Gasparini (numéro de juillet). — Il s'agit d'un sujet qui possède une mobilité extraordinaire des divers segments du corps les uns sur les autres, ce qui lui permet des mouvements bizarres de la main. La même anomalie existe au membre inférieur, mais beaucoup moins prononcée. D'après Masini, ce serait une variété de la dysostose cléido-cranienne héréditaire de Pierre Marie; mais Gasparini fait remarquer que cette anomalie ne paraît avoir aucun rapport avec l'état décrit par le savant maître de Bicêtre. Il s'agit de troubles des articulations du carpe et de l'articulation métacarpo-phalangienne. C'est une anomalie : il n'y a pas d'hérédité similaire, c'est un rappel des dispositions digitigrades.



XXXIX. — *Suture palatine transverse chez les criminels*; par le D<sup>r</sup> Tovo (numéro de juillet). — Pour Studa et Kellermann, les formes recourbées en avant seraient les plus fréquentes et s'accompagneraient de saillie antérieure des os palatins. Tovo a étudié à ce point de vue 130 sujets normaux et 148 criminels originaires du Nord de l'Italie. Il a constaté que le premier type (courbure en avant) existait dans 58 p. 100 des normaux et 70 p. 100 des criminels; le deuxième type (rectiligne) 72 fois p. 100 chez les normaux et 16,8 p. 100 chez les criminels; le troisième type (courbure en arrière) 24,8 p. 100 chez les normaux et 12,2 p. 100 chez les criminels. Cette dernière forme serait plus fréquente chez les meurtriers que chez les voleurs; chez les femmes, les nombres sont: premier type, normales 49 p. 100, criminelles 62 p. 100; deuxième type, 28 p. 100 normales, 24,8 chez les criminelles; troisième type, 23 normales et 15,2 p. 100 chez les criminelles. Chez les infanticides, ce dernier type serait beaucoup plus fréquent, 28,3 p. 100.

XL. — *Un microcéphale*; par le D<sup>r</sup> de Blasio (numéro de juillet). — Il s'agit d'un individu très laid, horrible à voir, que des parents voulaient transporter en Amérique pour le faire voir dans une baraque. Il présente une microcéphalie extrême, des appendices lémuriens, un front très surbaissé, le ventre en besace, le rachis en dos d'âne, une main énorme, il a de nombreuses anomalies dentaires et il crie continuellement; la seule cause que l'on puisse assigner à cet état est l'alcoolisme des parents.

XLI. — *Eusapia Paladino et le spiritisme*; par le D<sup>r</sup> C. Lombroso (numéro de juillet). — L'illustre professeur de Turin n'a pas cru au-dessous de lui d'étudier au point de vue anthropologique le célèbre médium napolitain. Il signale les nombreux stigmates de dégénérescence qu'elle présente et nous apprend que ses urines contiennent du sucre et des traces d'albumine qui augmentent après les séances. Il nous apprend aussi qu'elle est hypnotisable assez facilement. Deux fois dans son existence, elle a eu des phénomènes prémonitoires; deux fois aussi elle a eu des phénomènes de télépathie, elle est sujette à des hallucinations. C'est ainsi du moins qu'avec beaucoup de vraisemblance Lombroso qualifie les apparitions de John. Totalement dépourvue d'instruction, Eusapia Paladino ne manque pas de bon sens, la mémoire visuelle est assez vive: elle juge bien les gens à leur valeur: cependant nombre de fois elle a

été victime d'intrigants. Elle présente des troubles hystériques des plus nets comme en avait, dans la Grèce antique, la Pythie de Delphes, les séances de spiritisme étant pour elle l'équivalent de crises hystériques. Lombroso a étudié son sujet avec le cardiographe de Marey et constata, pendant les séances, des anomalies particulières de la marche de ces instruments placés à 1 mètre du médium et dont le stylet était à 0 m. 50 des murs de la pièce. Avec le sphygmomanomètre de François Franck, il constate une pression de 56 millimètres de mercure, c'est-à-dire de 10 kilogrammes environ. Au dynamomètre la force est énorme. On a observé des phénomènes de lévitation, les objets se plaçaient eux-mêmes dans une certaine position. Il semble à Lombroso que des fantômes apparaissent bien au cours des séances, mais on ne put réussir à les photographier malgré l'insistance d'Eusapia et de John. On n'a obtenu que des images floues, mais qui ne ressemblent ni à Eusapia ni à l'expérimentateur : ce serait d'après le Dr Foa des émanations des radiations du corps incarné. Quoi qu'il en soit, l'étude du spiritisme au point de vue psychologique, bien qu'éclairée dans quelques-uns de ses détails par le professeur de Turin, reste encore bien obscure.

XLII. — *Sur un cas très rare de mamelle surnuméraire chez l'homme*; par le Dr Mannini (numéro de juillet). — Généralement, les mamelles surnuméraires sont situées sur la ligne du lait de Schulze, qui va de l'aisselle au pli inguinal : chez un homme de cinquante-cinq ans, hypermaniaque, l'auteur a constaté l'existence d'une mamelle de 8 cent. 1/2 de diamètre, bien volumineuse, à la racine du membre inférieur gauche, dans la partie externe de la fesse, à 5 centimètres environ du grand trochanter. Il interprète cette anomalie bizarre soit comme une partie aberrante de la mamelle primitive, soit comme une anomalie réversible rappelant la disposition de *Capromys Fournieri* (chéiroptères) ou de *Myopotamus Caypus* (rongeur). Cette dernière opinion paraît peu vraisemblable, car, d'après Hœckel, la parenté de l'homme, des chéiroptères et des rongeurs est tout au plus une relation virtuelle. Plus probable serait une opinion de Gegenbaur, qui accorderait à cette mamelle une origine diptylitique, c'est-à-dire qui la considérerait comme une glande sébacée extraordinairement hypertrophiée.

XLIII. — *Sur les anomalies des extrémités chez les fous*; par le Dr Pianetta (numéro de juillet). — L'auteur a constaté : 1° une syndactylie partielle familiale chez un confusionnel; 2° une



hexadactylie du pied gauche avec atrophie de la jambe droite. A l'autopsie, de nombreuses anomalies musculaires : il s'agissait d'un alcoolique, fils d'un pellagreuX aliéné; 3° une syndactylie totale aux mains, partielle au pied gauche, le pied droit étant en varus équin, chez un débile hypocondriaque aujourd'hui dément. Le plus curieux de ces cas est celui de l'hexadactylie avec gros orteil supplémentaire plus développé que le normal, ce qui est très exceptionnel; généralement aussi, les doigts supplémentaires sont du côté du péroné et non de celui du gros orteil. La métastase ou ectopie de la jambe droite placée au côté externe de la hanche, au lieu de se continuer verticalement, est une autre anomalie très rare du même sujet. L'absence du péroné, qui est de règle chez les ruminants, est chez l'homme une anomalie qui est loin d'être fréquente.

XLIV. — *Sur l'oospora verticilloïdes en rapport avec la pellagre*; par le Dr Von Dickenbach (numéro de juillet). — Toraboschi a incriminé en 1905 cet agent. V. Dickenbach a obtenu en le cultivant sur du maïs stérilisé de grandes quantités d'huile d'un rouge rubis et un extrait alcoolique. Le pigment peut être facilement séparé de l'huile en agitant le mélange avec une base alcaline. Dissous dans l'éther acétique, le pigment possède un caractère spécial à l'analyse spectrale; facile à constater dans la farine de maïs avarié, ce pigment permet de reconnaître la mauvaise qualité du maïs : c'est l'analogue de celui que l'analyse spectrale permet de déceler dans les seigles altérés par l'ergot. Si l'on fait évaporer l'extrait alcoolique, on obtient des substances toxiques analogues à la pellagrozeïne de Lombroso et à l'huile rubis du maïs gâté. La culture de l'oospora verticilloïdes, obtenue par l'auteur sur le maïs stérilisé, a les mêmes caractères que ceux qu'il a indiqués pour le maïs pellagrogène; il est permis de voir là plus qu'une coïncidence.

XLV. — *Histoire clinique d'un voleur*; par le Dr C. L... (numéro de juillet). — Homme de trente-sept ans, fils de buveur, peu intelligent, ayant la passion du jeu et celle des femmes, vole les voitures abandonnées. Il présente de nombreuses anomalies physiques et est un ancien paludéen, il a de la logorrhée; mais, suivant l'auteur, ce n'est pas un véritable criminel-né, mais un criminaloïde sur un fond épileptique.

XLVI. — *Un vagabond mattoïde*; par le Dr Mariani (numéro de juillet). — Hérité très lourde, plusieurs chutes très graves, dont l'une de 12 mètres avec une plaie frontale, une

crise de rhumatisme articulaire aigu et une synovite fongueuse du genou droit, ayant nécessité la résection suivie d'ankylose; instruction assez étendue, apprenait facilement, fait des vers bien tournés, a même écrit des articles politiques dans un journal de Rome, mais présente des impulsions ambulatoires très nettes.

XLVII. — *Contribution clinique à l'étude de la chorée grave*: 1<sup>o</sup> *Cas de chorée chronique héréditaire*; 2<sup>o</sup> *Cas de chorée durant depuis dix ans chez une femme épileptique*; par le D<sup>r</sup> Forni (numéro de juillet). — L'auteur rappelle les idées de Charcot, Huet et Jolly, qui font de la chorée chronique une simple variété rebelle de la chorée de Sydenham, tandis que Foklam y voit une entité morbide spéciale. Pour Lannois, trois groupes de chorée: a) La chorée mineure, qui comprend les formes vulgaires de Sydenham, molle des femmes enceintes et des vieillards; b) La forme symptomatique à laquelle se rattachent les hémichorées pré et post-hémiplégiques, la chorée généralisée de la paralysie générale, de la sclérose en plaques, des tumeurs de la dure-mère; la chorée congénitale avec athétose bilatérale; c) Un dernier groupe est formé par les chorées chroniques et progressives: forme sans hérédité ou forme héréditaire de Huntington. Pour Wallenberg, alors que la chorée de Sydenham est de nature infectieuse, celle de Huntington est dégénérative. L'auteur rapporte deux observations: la première est la reproduction exacte des caractères aujourd'hui classiques de la chorée de Huntington, la seconde est plus intéressante: une femme qui a aujourd'hui soixante-treize ans et qui a eu douze garçons, dont neuf existent encore et sont bien portants, a eu à trente-cinq ans de l'épilepsie type, qui a résisté à tous les traitements et depuis l'âge de soixante-trois ans des mouvements choréiques; l'intelligence est absolument intacte, mais la longue durée de la maladie ne permet pas d'y reconnaître la chorée vulgaire des vieillards ou les caractères cliniques de la chorée hystérique. Le diagnostic est donc difficile.

XLVIII. — *Amnésie épileptique rétro-antérograde*; par le D<sup>r</sup> Roasenda (numéro de juillet). — L'amnésie épileptique a surtout été étudiée ces dernières années par le procureur général Maxwell. Les cas d'amnésie rétrograde sont assez rares: on ne cite guère que ceux de Séglas, Alzheimer, Baronino et Kraepelin. L'auteur rapporte l'observation d'une femme de trente-sept ans, mariée, qui a eu de l'âge de dix ans à celui de vingt ans des absences, des céphalées paroxystiques, des hémicranies



et des impulsions, notamment de l'automatisme ambulateur.

Le 13 février dernier, elle eut deux ou trois crises très violentes d'impulsion ambulateur; le lendemain, elle fait son ouvrage machinalement, reste deux jours en état crépusculaire et paraissait épouvantée. Depuis lors, soit quarante jours depuis ces événements, elle ne sait plus ni la date ni le jour où elle se trouve, ni ce qu'elle vient de manger, l'amnésie s'étend aux quatre ou cinq dernières années de son existence. Soumise depuis quelques jours à un traitement par les bromures et la belladone, il y a une tendance assez marquée à l'amélioration.

XLIX. — *Contribution à l'étude du mensonge dans les témoignages*; par le Dr Sacerdote (numéro de juillet). — Un enfant et son père accusent un homme honorable d'exhibitions inconvenantes. L'examen direct n'ayant rien révélé de suspect et le prétendu criminel niant avec une assurance qui en impose au juge, le Dr Sacerdote fut commis comme expert et n'eut pas de peine à convaincre les accusateurs de fausseté. A rapprocher des expériences de Claparède citées plus haut.

L. — *Psychologie des témoins*; par le Dr Mariani (numéro de juillet). — La loi laisse aux magistrats et aux avocats le soin d'apprécier la valeur d'un témoignage. Négligeant les hystériques suggestionnés et les aliénés auto-accusateurs, l'auteur étudie les témoignages des normaux. Pour obtenir un témoignage exact, il faut que le témoin ait la perception exacte de ce qui s'est passé, qu'il soit exempt d'illusions, de maladies et de préoccupations, qu'il ait une bonne mémoire, et à ce propos il faut distinguer les mémoires du type visuel de celles du type auditif; enfin il faut qu'il reproduise les faits d'une façon suffisante: il est démontré que les faits les plus vulgaires de l'existence ne persistent pas à l'état de souvenir plus de trois à six jours. L'auteur a, dans un cours de dessin, fait exécuter par 230 élèves, de quinze ans environ, un dessin très simple en deux heures. Huit jours après, il a voulu faire reproduire le même dessin de mémoire: 45 ont été corrects, 91 avaient de deux à trois fautes, les 94 autres étaient plus ou moins erronés, et chez quelques-uns même le modèle était méconnaissable. Il est donc prudent de ne pas trop se fier aux témoignages.

(A suivre.)

L. WAHL.

## BIBLIOGRAPHIE

*Untersuchungen über die Temperatur des Gehirns* (Recherches sur la température du cerveau); par le D<sup>r</sup> H. Berger, professeur à l'Université d'Iéna. 1 vol. in-8°. Iéna, Fischer, 1910.

Dans sa préface, l'auteur rappelle que d'après les recherches de Mosso, de Soury, de Mitto, la température du cerveau n'est pas entièrement dépendante de celle du sang. Une première preuve de ce fait est fournie par la suppression expérimentale de la circulation cérébrale, en ce cas la température de l'encéphale anémié, au lieu de s'abaisser, s'élève sensiblement. Il faut donc admettre qu'il se passe dans le cerveau lui-même des réactions thermogénétiques. Une autre preuve de ce fait peut être fournie par l'électrisation des couches corticales de l'organe; en ce cas, tandis que la température rectale et celle du sang restent stationnaires, celle du cerveau s'élève de 0,1 à 0,2 degrés.

Ce principe de l'indépendance relative de la température cérébrale vis-à-vis du sang et de l'existence de phénomènes thermiques cérébraux autonomes, conduit l'auteur à des expériences nombreuses et variées. La technique de ces expériences, quoique très délicate, a été cependant simplifiée depuis que Neisses et Pollak ont vulgarisé la ponction cérébrale. Tandis que Mosso et tous ceux qui avaient abordé cette question jusqu'ici n'avaient pu entreprendre leurs recherches qu'après des opérations largement mutilantes, le professeur Berger, lui, a pu expérimenter sur des singes, et lorsque l'occasion s'en présentait, sur l'homme, sans causer plus de dégâts que n'en provoque une simple ponction cérébrale. Il s'est servi de thermomètres très fins, d'un diamètre de 1,5 de millimètre et a pu aller prendre, sans dommages, des températures au centre même des hémisphères.

Deux séries de recherches ont été faites, une première sur des chimpanzés, une deuxième sur des malades de la clinique, dont l'état rendait une ponction cérébrale nécessaire. Les me-



sures sont prises en des endroits différents et à diverses profondeurs du cerveau (lobes frontaux, pariétaux, occipitaux) et du cervelet. Les résultats obtenus sont résumés par des graphiques et des tables générales. Dans la table la plus simple, les températures rectale et cérébrale sont notées comparativement, et il ressort de cette comparaison que ces différentes températures diffèrent le plus souvent de quelques dixièmes ou centièmes de degré les unes des autres, sans que ces différences présentent un caractère constant. La température du cervelet s'est, par contre, montrée constamment plus élevée que la température du cerveau, ce que l'auteur explique par la situation anatomique du cervelet, ce dernier étant moins exposé que le cerveau à la perte de calorique par irradiation.

Les recherches faites au cours de plusieurs narcoses chloroformiques chez l'homme et le singe ont donné les résultats suivants : à la période d'excitation, la température cérébrale s'élève de 0,3 à 0,4 degré, en six à sept minutes, puis s'abaisse au moment de complète anesthésie pour s'élever de nouveau rapidement au moment du réveil. Pendant toute la durée de la narcose la température rectale ne varie pas. Ces résultats sont constants et conformes à ceux de Mosso sur le même sujet.

La morphine, d'après les recherches de Berger, agit très nettement sur la température du cerveau, qui s'élève sensiblement après une injection minime.

Un dernier chapitre est consacré par l'auteur à l'étude des variations thermiques du cerveau, lorsque celui-ci est soumis à des excitations psycho-sensorielles ou à un véritable travail intellectuel. L'excitation cérébrale est provoquée soit par un sentiment de terreur, en tirant, par exemple, un coup de revolver dans le voisinage du sujet, ou par un véritable travail psychique : calcul, lectures, etc.

Les résultats obtenus dans ce dernier cas par le professeur Berger ont été significatifs ; une légère élévation thermique s'est, en effet, constamment produite dans le cerveau alors que la température rectale était invariable.

L'auteur consacre enfin les dernières pages de son livre à la question, soulevée avant lui, de l'énergie psychique. Il admet pour son compte l'existence de cette forme d'énergie. Le cerveau, dit-il, est le siège de phénomènes et combinaisons chimiques compliquées, qui lorsqu'ils se produisent donnent naissance à une certaine quantité d'énergie ; cette énergie peut être de différente nature : calorifique, électrique, nerveuse et enfin

psychique. Ces énergies s'associent et peuvent se transformer l'une dans l'autre. A la suite de cela, l'auteur cherche à établir hypothétiquement l'équivalent mécanique de cette énergie psychique.

En résumé, l'ouvrage du professeur Berger se distingue par la précision de tout ce qui touche à l'expérimentation, comme par la critique vigoureuse des nombreuses causes d'erreur qui pourraient, rigoureusement, atténuer la valeur de recherches aussi délicates.

D<sup>r</sup> E. LEUBA.

*Rééducation physique et psychique*; par le D<sup>r</sup> H. Lavrand.  
1 vol. in-16 de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*. Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1909.

Travail basé sur ce fait couramment observé qu'une fonction, supprimée par une lésion, trouve parfois une suppléance dans son voisinage ou bien, très amoindrie, empêchée à la suite d'une altération destructive incomplète, peut être rétablie plus ou moins entièrement par rééducation fonctionnelle, permettant de rappeler au fonctionnement les éléments anatomiques survivants et même d'amplifier les services qu'ils nous rendent à l'état normal. Sa première partie, théorique, est un exposé de certaines notions psychologiques (genèse des idées chez l'enfant, actes moteurs, actes psycho-moteurs, éducation et automatisme), précédées d'une profession de foi spiritualiste (existence de l'esprit, agent immatériel..., retour à la notion de l'union substantielle de l'âme et du corps pour expliquer le composé humain ou l'homme!), inutile, vieillotte et même contraire aux théories physiologiques modernes par lesquelles s'explique précisément la rééducation.

La deuxième partie, pratique, de l'ouvrage traite des différentes rééducations, psychique, motrice, sensorielle, organique, respiratoire et même circulatoire (!). « Pouvons-nous acquérir la maîtrise de nous-mêmes, demande l'auteur; réussissons-nous à nous gouverner nous-mêmes? — Sans doute, puisque nous sommes libres. » J'avoue, pour ma part, ne pas partager l'opinion de M. Lavrand, et la théorie du libre arbitre, opposée triomphalement au déterminisme, me semble bien vieux jeu et bien peu physiologique.

D<sup>r</sup> ROGER DUPOUY.



*Les rêves et leur interprétation. Essai de psychologie morbide ;*  
par les D<sup>rs</sup> Paul Meunier et René Masselon, 1 vol. in-16  
de la *Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie*,  
Paris, Bloud et C<sup>ie</sup>, 1910.

L'ouvrage débute par nous exposer le mécanisme psychologique du rêve, l'origine et la structure du rêve normal d'abord, puis du cauchemar morbide et des états oniriques. Le rêve se produit lorsque toute l'activité cérébrale n'est pas encore endormie, ou lorsqu'elle va se réveiller. S'il n'est pas très profond, le sommeil s'accompagne toujours de rêves plus ou moins oubliés au réveil. Les images du rêve peuvent cependant être étudiées, en tout état de pureté, grâce aux hallucinations hypnagogiques, si finement analysées par Maury ; le rêve est en effet formé d'une suite d'hallucinations hypnagogiques, suite comportant généralement une certaine orientation et une certaine logique.

Le rêve interprète immédiatement les moindres excitations sensorielles qui parviennent à la conscience du rêveur, principalement les sensations cutanéomotrices et de la cénesthésie. Le rêve d'origine cénesthétique, étant toujours soutenu par une affection, acquiert, de ce fait, des caractères propres qui permettent de le différencier du rêve sensoriel, vagabond et incohérent, dans lequel l'automatisme mental est déclenché par une impression extérieure, accidentelle et transitoire. Il est fixe, dominé par un état douloureux plus ou moins intense, et le rêveur joue un rôle important et actif dans les scènes qui le constituent. Déterminé par une douleur à localisation précise ou par une émotion diffuse, peur, terreur, angoisse, etc., due elle-même à des modifications organiques, il est toujours le résultat d'un état émotif qui s'interpose entre l'état organique et l'état intellectuel. Sa logique est donc entièrement affective.

Passant aux rêves pathologiques, les auteurs étudient l'onirisme de Lasègue et de Régis, d'origine toxique ou somnambulique. L'état onirique des infections et des intoxications est essentiellement un état de confusion mentale sur lequel se développent des phénomènes d'automatisme qui constituent des épisodes analogues au rêve, mais imprécis, dissociés, incohérents, confus en un mot. Comme dans le rêve également, l'automatisme mental est déclenché par des sensations extérieures ou intérieures, ou par des émotions. Quant à l'état hypnotique des

hystériques, il relève des altérations primordiales de la personnalité : c'est un état d'automatisme mental développé grâce à la diminution du pouvoir de synthèse et à la suggestibilité pathologique. La dissociation et la spécialisation de leur attention sont telles qu'ils ne voient, ne sentent ou n'entendent que ce qu'ils veulent voir, sentir ou entendre.

Après l'étude psychologique, l'étude sémiologique des rêves, d'une grande importance pour le psychiatre, car le rêve est avant tout un phénomène cérébral et il n'est pas d'affections mentales qu'il n'accompagne. Meunier et Masselon passent successivement en revue les rêves cénesthésiques dus à des perturbations de l'appareil circulatoire, respiratoire, digestif, génito-urinaire, ou du système nerveux, puis l'onirisme infectieux et toxique d'origine exogène (alcool, plomb, opium, haschich, cocaïne, mercure) ou endogène (insuffisance hépatique, urémie, etc.), le rêve dans les névroses et dans les vésanies, et enfin les rêves stéréotypés, dont ils analysent et expliquent le mécanisme intime.

ROGER DUPOUY.

---

*Raison et sentiment.* Conférence faite à l'Aula de l'Université de Berne le 3 mars 1910, par le D<sup>r</sup> Paul Dubois. 1 vol. in-12. Berne, A. Francke, 1910.

Les sentiments déterminent nos actes ; or, si variés que soient ceux-ci, nos sentiments se réduisent à deux : le désir et la crainte. L'auteur combat à ce sujet l'antinomie classique que l'on établit entre le sentiment et la raison. Le sentiment n'est qu'une représentation mentale intensifiée par l'adjonction d'un mouvement émotionnel que commande toujours en définitive l'amour de soi et qui tend à la réalisation de l'acte. Les actes étant l'aboutissant nécessaire et inéluctable des sentiments qui nous agitent au moment de l'action, si nous voulons corriger les actes, empêcher les mauvais, encourager les bons, il nous faut donc modifier les sentiments et pour cela les soumettre tous au contrôle de la raison, moralisante, en faisant une constante éducation de nous-mêmes.

ROGER DUPOUY.

---



## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PAUL VOIVENEL. Du rôle de la maladie dans l'inspiration littéraire. 34 pages in-8°. Toulouse, G. Mollat, 1911.

Société de patronage des aliénés sortis guéris ou convalescents de l'asile départemental d'aliénés du Rhône. Compte rendu de l'Assemblée générale du 18 mai 1909. 18 pages in-8°. Lyon. Imprimerie L. Sillaud, 1909.

R. BENON et P. FROISSART. Les fugues de l'enfance. Influence des milieux scolaires et familiaux. 8 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, numéro de mars 1910.

R. BENON. Crises épileptiques atypiques. *Gazette des hôpitaux*, n° du jeudi 16 mars 1911.

— L'asthénomanie post-épileptique. *Gazette des hôpitaux*, n°s des mardi 18 et jeudi 20 avril 1911.

— Les dysthénies périodiques (psychose périodique ou maniaque-dépressive). 8 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, n° du 15 mai 1911.

— L'arthénomanie post-apoplectique. 37 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, n° de juillet 1911.

— L'amnésie dans la paralysie générale. *Gazette des hôpitaux*, n° du samedi 5 août 1911.

— L'asthénomanie post-traumatique. *Gazette des hôpitaux*, n° du mardi 25 août 1911.

— Alcoolisme et état second. Fugues. Abus de confiance. *Gazette des hôpitaux*, n° du mardi 12 juillet 1910.

JOSÉ INGEGNIEROS. La psicología en la República Argentina. 15 pages in-8°. Extraits des *Anales de psicología*, vol. I, 1910.

— La psicología biológica. 28 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina médica*, n° du 12 février 1910.

— Filosofía biológica. Nuevos conceptos del delito y de la pena. 20 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina médica*, n° du 26 février 1910.

— Filosofía biológica. La sociología como historia natural de la especie humana. 23 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina médica*, n° du 26 mars 1910.

— Filosofía biológica. Los modos extralógicos de pensar. 40 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina médica*, n° du 23 avril 1910.

# VARIÉTÉS

## INFORMATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de décembre 1911* : M. le D<sup>r</sup> LÉPINE, médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône), est nommé médecin en chef dudit asile;

M. le D<sup>r</sup> MASSELON, médecin-adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin-directeur de l'asile de Prémontré (Aisne);

M. le D<sup>r</sup> PÉLISSIER, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée), est promu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (6.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (9.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> BOURILHET, déclaré admissible au concours d'adjuvat (1911), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère);

M. le D<sup>r</sup> RODIET, médecin-directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (8.000 francs).

— *Arrêté de janvier 1912* : M. LAPAINE, ancien préfet du département de la Haute-Loire, est nommé directeur administratif de l'asile de la Maison-Blanche en remplacement de M. MICHEL;

MM. les D<sup>rs</sup> FENAYROU, directeur-médecin de l'asile de Rodez (Aveyron), et MONESTIER, directeur-médecin de l'asile de Blois, sont promus à la 2<sup>e</sup> classe de leur grade (7.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> SIMON, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (4.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> MIGNARD, médecin-adjoint de Larochegeaudon (Mayenne), est nommé médecin-adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> MASSELON.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique de janvier 1912* : Sont promus officiers de l'Instruction publique, MM. les docteurs MARCEL BRIAND, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), et DAMALIX, chirurgien en chef de la Maison nationale de Charenton.



Sont nommés officiers d'Académie, MM. les D<sup>rs</sup> BRICHE, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), FENAYROU, médecin-directeur de l'asile de Rodez (Aveyron), et FROISSART, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var).

— *Académie de médecine* : L'Académie de médecine, dans sa séance du mardi 30 janvier 1912, a élu M. le professeur GILBERT BALLEST membre de la section de pathologie interne, en remplacement de M. DIEULAFOY.

CONCOURS DE 1912 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS ET POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro (page 119), qu'un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 26 février 1912, tant pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le jury de ce concours est constitué comme suit :

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

*Membres titulaires* : MM. les D<sup>rs</sup> MAIRET, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Montpellier;

DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris;

DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vacluse (Seine-et-Oise);

LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle);

MALFILATRE, directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariège);

MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

*Membres suppléants* : MM. les D<sup>rs</sup> JACQUIN, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain), et VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vacluse (Seine-et-Oise).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*)

13. *Tentative d'homicide*. — On écrit d'Evreux au *Petit Journal* (numéro du lundi 2 octobre 1911) :

Hier matin, vers neuf heures quarante-cinq, entre les stations Abondant et Saint-Georges-Motel, les voyageurs se trouvant dans un wagon de 3<sup>e</sup> classe du train Evreux-Dreux, étaient mis en émoi par le cri : « Au secours ! » poussé sur un ton d'angoisse par un enfant se trouvant dans un des compartiments. Ils se précipitèrent vers le compartiment en enjam-

bant la haute cloison, et aperçurent un individu ayant l'allure d'un vagabond, qui tenait un enfant couché sur la banquette et le serrait fortement à la gorge.

Trois hommes courageux, sautant par-dessus la cloison, se jetèrent sur le malfaiteur, qui, lâchant alors sa victime, voulut ouvrir la portière; il n'en eut pas le temps et fut maîtrisé non sans avoir opposé beaucoup de résistance.

L'enfant était à demi étranglé, mais il se ranima vite, car il n'avait subi qu'un commencement de strangulation, dont les traces étaient visibles autour de son cou.

En arrivant à la station Saint-Georges-Motel, le malfaiteur fut remis entre les mains du chef de gare, qui le fit garder à vue dans un local, en attendant l'arrivée de la gendarmerie de Nonancourt. L'enfant avait déclaré se nommer André Picard, âgé de onze ans et demi; ses parents demeurent rue Pastre, à Dreux. Il se rendait chez des parents à Saint-André, et au départ, à Dreux, un individu était entré dans son compartiment, où il voulait être seul avec lui, car il avait empêché un soldat d'y monter. L'homme, qui roulait des yeux fous, lui avait parlé, puis soudain s'était jeté sur lui, cherchant à l'étrangler, et si on n'était pas arrivé à son secours, son agresseur lui eût certainement fait un mauvais parti.

Le jeune Picard était ému, mais comme il n'était pas blessé, il put continuer sa route vers Saint-André.

Quant à l'auteur de cette tentative de meurtre, il a déclaré aux gendarmes se nommer Louis Jourdan, trente ans, né à Chartres. Il venait de Houdan, où il avait travaillé aux machines à battre et avait un billet pour Evreux. La prise était bonne, car Jourdan s'était évadé, en août dernier, de l'asile d'aliénés de Navarre, près d'Evreux. Cet individu est un monomane de ce genre d'agression; voici deux ans, alors qu'il habitait Plessis-Grohan, près d'Evreux, il s'attaquait aux enfants revenant de classe, leur volait leur casquette et s'enfuyait avec, son but étant d'attirer les enfants vers un endroit écarté pour se livrer sur eux à un attentat.

Il s'était déjà évadé une fois et avait failli étrangler un enfant dans une fête des environs d'Evreux. Jourdan a été amené aujourd'hui à cinq heures à Evreux et le procureur de la République l'a fait écrouer à la prison. Il prétend qu'il n'est pas fou et qu'il aime mieux comparaître en Cour d'assises que de retourner à l'asile d'aliénés, où il va cependant être à nouveau enfermé et surveillé étroitement pour qu'il ne s'évade plus.

14. *Agression violente.* — Pris de folie furieuse, un mécanicien, Julien Clère, vingt-huit ans, qui habite dans un hôtel meublé, rue de l'Amiral-Roussin, 46, se mit, l'autre nuit, à battre sa femme comme plâtre. Les voisins, réveillés par les



cris de la malheureuse, vinrent la dégager et conduisirent le fou au poste du boulevard Garibaldi, d'où le commissaire, M. Cœuille, l'a dirigé sur l'Infirmierie du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du jeudi 2 décembre 1911.)

15. *Triple homicide et suicide*. — On télégraphie de Genève au *Journal* (numéro du dimanche 10 décembre 1911) :

Un terrible drame de la folie vient d'être découvert dans le canton des Grisons, à Serneus. Un ancien instituteur, nommé Flutsch, âgé de quarante ans, qui n'exerçait plus ses fonctions depuis quelques années et était atteint d'aliénation mentale, s'est suicidé dans une forêt, au bord de la Landquart.

L'enquête fit découvrir que Flutsch, qui était rentré à la maison après avoir séjourné quelques jours dans le Toggenbourg, s'était arrêté à Mezzelva, où il avait tué son père. Auprès du cadavre se trouvait une lettre de Flutsch, qui informait les autorités que l'assassin avait également tué sa mère et une de ses sœurs qui habitaient un petit domaine dans le Toggenbourg.

Ces déclarations étaient malheureusement exactes. La mère de Flutsch, qui avait déjà été atteinte d'aliénation mentale, s'était rendue à pied de Practigau au Toggenbourg, où habitaient ses deux filles. C'est là qu'elle trouva la mort, ainsi qu'une de ses filles.

Son crime accompli, Flutsch qui, depuis quelque temps, souffrait de troubles cérébraux, partit pour les Grisons et, après avoir tué son père, se suicida.

16. *Agression violente* — Un vacarme effrayant mettait en émoi, hier matin, les habitants d'un immeuble situé 4, rue des Boulangers. On en eut bientôt l'explication. Un locataire du quatrième étage, Emilien Gabirou, âgé de soixante ans, qui était détenu tout récemment à Sainte-Anne, avait réussi à s'évader. Il était rentré chez lui, à la grande surprise de sa femme. Celle-ci, en l'apercevant, avait voulu s'enfuir, mais le dément l'avait enfermée, et, pris d'une crise furieuse, s'était mis en mesure de tout briser dans l'appartement. L'on prévint en toute hâte M. Philippon, commissaire de police du quartier, qui accourut, accompagné de trois agents. Ceux-ci se munirent de matelas pour se protéger et enfoncèrent la porte, derrière laquelle s'était barricadé le terrible sexagénaire. On le trouva retranché au fond d'un cabinet noir et armé de couteaux de cuisine dont il n'eut pas le temps de se servir. Il fallut le ligoter pour le reconduire à l'asile. Sa femme avait heureusement réussi à lui échapper au moment de l'arrivée des gardiens de la paix. (*Le Journal*, numéro du lundi 25 décembre 1911.)

17. *Tentative de suicide*. — On télégraphie de Soissons au *Journal* (numéro du lundi 25 décembre 1911) :

A Saint-Quentin, la nommée Juliette Carpentier, âgée de

trente-trois ans, se faisait servir un bifteck à la boucherie Coquenot, 19, rue de Vermand. Profitant de l'inattention de M<sup>lle</sup> Coquenot, elle saisit un couteau très effilé et s'en porta trois coups dans la poitrine. Son état est grave.

Depuis quelque temps, M<sup>lle</sup> Carpentier était en proie à des idées noires.

18. *Aliéné agressif tué par la police.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du jeudi 28 décembre 1911) :

Breslau a eu, hier, son fort Chabrol. Un malheureux dément menait un tel vacarme, dans un hôtel, que le propriétaire dut requérir la police. A la vue des agents, le fou se barricada dans sa chambre. Les agents enfoncèrent la porte, mais furent reçus à coup de revolver. Comme à leur tour ils firent usage de leurs armes, un combat en règle s'engagea.

Finalement, l'homme fut atteint par une balle et tomba raide mort. De leur côté, les agents eurent quelques blessés.

19. *Agression violente.* — Des coups de revolver, des hurlements furieux partaient, hier, d'un logement occupé par un ouvrier mécanicien de vingt-quatre ans, Henri Blavick, 41, rue de la République, à Puteaux, et mettaient en émoi les locataires de ce tranquille immeuble.

Pris subitement d'une crise de folie furieuse, l'auteur de cet effroyable vacarme s'était barricadé dans sa chambre et, par sa fenêtre, se livrait à une furieuse fusillade sur les passants épouvantés.

Immédiatement prévenus, cinq agents du commissariat accoururent et, sans hésiter, pénétrèrent, malgré le danger, dans la forteresse du dément, après avoir enfoncé la porte. Ils saisirent alors le déséquilibré et, après une lutte au cours de laquelle ils essuyèrent plusieurs coups de revolver, mais heureusement inoffensifs, ils parvinrent à se rendre maîtres de leur adversaire.

Henri Blavick a été envoyé à l'Infirmierie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du jeudi 28 décembre 1911.)

20. *Suicide.* — Atteint de neurasthénie aiguë, un ébéniste de vingt-six ans, William Coud, demeurant rue de Charonne, a mis fin à ses jours, hier, dans des circonstances particulièrement tragiques.

Après avoir accroché une solide corde au mur de sa chambre, il s'engagea le cou dans un nœud coulant, puis il trouva encore la force de se loger une balle de revolver dans la tempe droite. (*Le Journal*, numéro du mercredi 3 janvier 1912.)

#### TRIBUNAUX

*Le suicide et l'assurance sur la vie.* — On sait que les Compagnies françaises et la plupart des Compagnies étrangères



d'assurances sur la vie stipulent dans leurs contrats que le suicide de l'assuré ne donne pas droit au paiement de l'indemnité convenue. Mais quand il est établi que le suicidé a mis fin à ses jours dans un accès de démence, le paiement aux bénéficiaires est de droit, puisque l'intention de déroger aux clauses de la police par le suicide n'existe pas.

A qui incombe-t-il de faire la preuve de la démence ou de l'équilibre mental du suicidé?

— C'est à la Compagnie d'établir que mon mari n'était pas fou, disait au tribunal de Lille, une veuve à laquelle la Compagnie répondait : « Pardon. Prouvez-nous qu'il était dément lorsqu'il s'est tué. »

Le tribunal ayant donné raison aux assureurs, la veuve, également battue en appel, avait porté la question devant la chambre civile de la Cour de cassation. Celle-ci vient de rejeter le pourvoi. La décision du tribunal de Lille est donc confirmée. (*L'Eclair*, numéro du mercredi 31 janvier 1912.)

#### NOUVELLES REVUES DE MÉDECINE MENTALE ET NERVEUSE

Deux nouvelles revues traitant des questions de médecine mentale et nerveuses viennent de paraître. Nous nous faisons un devoir de les signaler à l'attention des lecteurs des *Annales*.

La première, née à Saragosse, en Espagne, a pour titre : *Anales de Psiquiatria y Neurologia*, et pour directeur notre savant collègue de la Société médico-psychologique, le Dr Gimeno Riera, médecin en chef du manicomie de Saragosse. Son premier numéro contient les articles originaux suivants : Une étude anatomo-pathologique d'un cas d'hydrocéphalie congénitale, par le Dr Pedro Ramon y Cajal ; Un cas de démence infantile, par le Dr E. Fernandez Sanz ; Une revue critique sur les tumeurs intracrâniennes, par le Dr J. Gimeno Riera et M. Echeverria.

La seconde est intitulée : *L'Enfance anormale* et se publie à Lyon, sous la direction du Dr Armantaire Courjon, avec M. Louis Grandvilliers, comme rédacteur en chef. Ces confrères distingués comptent faire de leur revue un organe : 1° de propagande en faveur de la cause de l'assistance et du traitement des enfants anormaux ; 2° d'étude des questions de médecine, de pédagogie et d'assistance relatives à ces déshérités. Cette question angoissante de l'*enfance anormale* préoccupe à juste titre un grand nombre de médecins, de philosophes, de philanthropes, d'éducateurs. Les fondateurs de la nouvelle revue, en groupant les plus distingués d'entre eux dans leur comité de patronage et de rédaction, espèrent que leur publication, tout en servant d'information sur tout ce qui s'écrit ou

se fait sur la question en France et à l'étranger, « constituera un lien précieux entre les amis de l'enfance anormale, isolés ou groupés en associations ». Ces espérances nous paraissent à tous égards justifiées.

Les *Annales* se font un plaisir et un devoir d'adresser à leurs deux nouveaux collègues, en même temps que leurs meilleurs compliments de bienvenue, leurs sincères souhaits de succès et de longévité.

## XXII<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Tunis. — 1<sup>er</sup> au 7 avril 1912.

Le XXII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Tunis en 1912, la semaine précédant Pâques, du 1<sup>er</sup> au 7 avril.

BUREAU DU CONGRÈS. — *Président* : D<sup>r</sup> MABILLE, de La Rochelle; *Vice-Président* : D<sup>r</sup> ARNAUD, de Vanves; *Secrétaire général* : D<sup>r</sup> POROT, de Tunis.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — I. Rapport sur les questions à l'ordre du jour;

a). — *Les Perversions instinctives*. Rapporteur : M. DUPRÉ, professeur agrégé, Paris;

b). — *Les Troubles nerveux et mentaux du paludisme*. Rapporteur : D<sup>r</sup> CHAVIGNY, professeur au Val-de-Grâce;

c). — *L'Assistance des aliénés aux colonies*. Rapporteur général : M. le professeur RÉGIS, de Bordeaux; Rapporteur : M. REBOUL.

II. — Communications originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. — Le Congrès comprend :

1<sup>o</sup> Des membres adhérents;

2<sup>o</sup> Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine), présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.



## VOYAGES ET EXCURSIONS. — RENSEIGNEMENTS.

I. *Jusqu'à Marseille.* — Les congressistes se rendront individuellement jusqu'à Marseille. La réduction de tarif que les Compagnies de chemin de fer français consentent chaque année aux congressistes a été demandée cette année pour se rendre à Marseille, port d'embarquement.

II. *De Marseille à Tunis et retour sur Marseille.* — Vu le nombre restreint des courriers hebdomadaires, le nombre limité des places à bord de chaque paquebot et l'encombrement habituel des bateaux à cette époque de l'année, les arrangements suivants, approuvés par le Comité permanent (séance du 23 octobre), ont été pris avec la Compagnie Générale Transatlantique :

La Compagnie Générale Transatlantique s'engage à assurer des places à bord pour tous les congressistes, mais à la condition formelle que la liste des passagers à transporter lui soit communiquée fin janvier.

Le départ se fera par les paquebots réguliers du jeudi 28 mars (direct pour Tunis) et vendredi 29 mars (viâ Bizerte) pour transporter en deux groupes à peu près égaux 150 congressistes voyageant en première et deuxième classe par parties égales, soit environ 70 à 75 passagers à transporter par chaque paquebot. Au cas où le nombre des congressistes serait plus considérable, il y aurait un paquebot supplémentaire partant de Marseille vers la même date.

Cet engagement est pris moyennant un cautionnement individuel de 35 francs en première classe et de 25 francs en deuxième classe qui sera perçu avant le 15 janvier et viendra en déduction du prix que chaque congressiste paiera en prenant son billet à Marseille.

Nous insistons sur la nécessité de « faire bloc » au départ, commandé par les difficultés du transport.

Ceux des congressistes qui voudraient joindre à leur voyage en Tunisie des excursions en Algérie ou en Italie devront, en conséquence, les faire au retour (ou alors organiser leur voyage à titre privé sans droit aux réductions et sans garantie spéciale de place sur les paquebots toujours chargés à cette époque de l'année).

Le retour sera facultatif par l'Algérie ou par la Tunisie; des places seront retenues pour les paquebots et aux ports d'embarquement choisis, à condition que ces points et jours de retour soient également fixés avant le 30 janvier. Les coupons de retour ne sont valables que pour les bateaux de la Compagnie générale Transatlantique.

*Dates des courriers à l'aller et au retour :*

Aller (Marseille-Tunis) : Départ de Marseille le lundi 25 mars, le jeudi 28 mars, le vendredi 29 mars, à midi. (Durée de la traversée : 30-36 heures.)

Retour (Tunis-Marseille) : Départ de Tunis les vendredis 5 et 12 avril à 2 heures du soir; les samedis 6 et 13 avril à 9 heures du soir; les mercredis 10 et 17 avril à midi (de Bizerte à 10 heures du soir).

Retour (Alger-Marseille) : Départ d'Alger le mardi, le jeudi, le vendredi, le dimanche, à midi 30. (Durée de la traversée Alger-Marseille : de 24 à 28 heures.)

*Prix des passages aller et retour.* — Les congressistes auront à payer au départ de Marseille pour l'aller et retour les prix suivants (moins le cautionnement qu'ils auront versé d'avance) :

Première classe : 141 fr. 80; deuxième classe : 103 fr. 20. (Départ par les paquebots du jeudi 28 et du vendredi 29 mars ou par paquebot spécial.)

Il y aura de petits suppléments à payer au retour :

1° Départ de Tunis par les paquebots du mercredi ou du samedi.

Première classe : 4 francs; deuxième classe : 3 francs.

2° Départ de Tunis par le paquebot du vendredi.

Première classe : 16 francs; deuxième classe : 11 francs.

3° Départ d'Alger.

Première classe : 12 francs; deuxième classe : 8 francs.

Dans ces prix sont compris tous les frais (passage, nourriture à bord, droits de port et de canal).

III. *Séjour à Tunis (5 jours).* — Réunions scientifiques.

Visites aux établissements d'assistance.

Visite de la ville, des souks et des quartiers arabes.

Environs de Tunis : Carthage, la Marsa, le Bardo.

(Le programme détaillé sera adressé à chaque congressiste.)

Les frais de séjour à Tunis doivent être estimés (hôtel et repas) de 8 à 15 francs par jour.

IV. *Excursions.* — Des excursions sont organisées pour permettre aux congressistes de visiter, outre les villes orientales de Tunis et de Kairouan, les antiquités de l'Afrique Romaine ainsi que le Sud Tunisien et ses oasis.

1) *Excursion facultative aux Ruines de Dougga* (en automobiles). — Une journée : 35 francs.

2) *Excursion à Kairouan* (2 jours) (par chemin de fer).

Visite des mosquées. Séance d'Aïssaouas.

Prix : première classe, 43 francs; deuxième classe, 38 francs; tous frais compris (hôtels, pourboires, transports).



3) *Excursion dans le Centre et le Sud Tunisien* (5 jours 1/2) : Kairouan, avec l'excursion précédente; Sousse : visite des Catacombes d'Hadrumète; El Djem : visite de l'amphithéâtre; Sfax : visite de la Ville; Gabès : l'Oasis, les villages indigènes, Menzel et Djara.

En chemin de fer jusqu'à Sfax, en automobile de Sfax à Gabès.

Prix : première classe, 150 francs; deuxième classe, 140 francs; tous frais compris (hôtels, pourboires, transports, etc.).

Retour à Tunis le 10 avril au soir.

Ces excursions sont organisées par l'Agence Lubin; si le nombre des excursionnistes est supérieur à 50, ils seront partagés en plusieurs groupes.

4) *Excursion à Constantine, Biskra, Timgad et retour par Alger*. — Cette excursion bénéficiera d'une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer algériens et tunisiens à la condition de réunir un minimum de 20 partants.

5) *Retour possible par la Sicile et l'Italie*. — S'adresser à l'Agence Lubin, 5, avenue de France à Tunis.

*Avis important*. — Les confrères désireux de se rendre au Congrès de Tunis sont donc instamment priés :

- 1° D'envoyer leur inscription avant le 15 janvier;
- 2° D'indiquer la classe qu'ils choisissent à bord;
- 3° D'adresser au Secrétaire général, avec le montant de leur cautionnement afférent à la classe choisie à bord;
- 4° De désigner le jour et le port d'embarquement pour leur retour, s'ils veulent avoir des places retenues à bord.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications et demandes de renseignements au D<sup>r</sup> Porot, 5, rue d'Italie, à Tunis.

Pour les excursions 4 et 5, s'adresser directement à l'Agence Lubin, 5, avenue de France, à Tunis.

---

*Le rédacteur en chef-gérant* : ANT. RITTI.

---

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
**L'ALIÉNATION MENTALE**  
ET DE  
**LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS**

**Psychologie morbide**

LES CONSÉQUENCES MENTALES  
DES  
**ÉMOTIONS DE LA GUERRE**

Par Adam **CYGIELSTREJCH**

*Suite et fin (1).*

**II. — TROUBLES MENTAUX CONSÉCUTIFS AUX ÉMOTIONS  
DE LA GUERRE.**

Maintenant que nous avons appris comment les émotions agissent dans différentes circonstances et quel est le résultat de cette influence, nous pouvons aborder l'étude des conséquences mentales de la guerre. Là, il sera difficile, pour ne pas dire impossible, de séparer

(1) Voir les *Annales* de février 1912.



l'action des émotions brusques, violentes, de celles qui se développent lentement et progressivement.

Dans une lettre, devenue célèbre, qu'il a adressée à M. le professeur Lacassagne, M. Jacoby (1) démontre que la bataille moderne, au point de vue de l'effet psychique qu'elle produit, est comparable à des grands bouleversements cosmiques, tels qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, etc., et détermine, comme eux, de véritables épidémies de troubles cérébraux. Au premier abord, cette comparaison paraît assez heureuse, mais un moment de réflexion suffit pour voir qu'on compare des choses distinctes. En effet, comme nous l'avons vu, ce qui caractérise les grandes catastrophes, c'est qu'elles éclatent brusquement. Généralement, le monde est saisi par le sinistre à l'improviste ; personne ne s'attendait à rien de pareil. Et plus subitement surgit la crise, plus violente est l'action des émotions, et plus graves aussi les troubles psychiques provoqués. Dans les catastrophes, les phénomènes qui se passent sont trop inattendus, ils arrivent trop brusquement pour que l'organisme puisse s'y adapter ; c'est là la principale cause des troubles psychiques.

A la bataille, ce n'est plus la même chose. Les batailles ne sont pas inattendues. Longtemps avant tout combat, on concentre les forces, on les dispose conformément à la science stratégique, on fortifie les positions, etc. Le soldat sait qu'une bataille est imminente ; il n'est pas encore sur les positions et déjà il a éprouvé toute une série de sentiments plus ou moins fatigants, plus ou moins déprimants. Le voilà enfin sur les positions : la géhenne commence. A tout moment l'ordre d'attaque peut être lancé ; à tout instant il faut s'at-

---

(1) P. Jacoby (d'Orel). Les victimes oubliées de la guerre moderne. *Archives d'anthropologie criminelle*, 1904.

tendre à l'assaut de l'ennemi. C'est dans ces conditions d'épuisement et de tension du système nerveux que la bataille s'engage. Certes, elle sera riche en émotions violentes et brusques ; mais est-ce qu'on peut comparer l'état psychique du soldat au commencement du combat à l'état des habitants à la veille d'une catastrophe ? Là, une confiance absolue règne dans toutes les âmes ; on est rassuré, reposé, tranquille. Ici, la peur, l'inquiétude, toutes sortes de tortures morales ravagent les cerveaux et font que la bataille, qui d'un coup mettra fin à toutes ces souffrances, sera attendue avec impatience.

On voit que les effets psychiques des bouleversements cosmiques sont intimement liés au degré de la *surprise* que leur apparition provoque. Par ce côté, les batailles ne pourraient entraîner aucune conséquence fâcheuse. Comme elles sont prévues, il n'y a pas de place, ou bien peu, pour la surprise. Dans les combats, un autre facteur intervient. Là, l'instinct défensif de la conservation est éveillé ; c'est lui qui est la cause multiple de toutes les émotions. Et le choc moral a des effets psychiques d'autant plus graves qu'il agit sur des individus déjà passablement affaiblis par les sentiments dépressifs qui ont précédé le combat (1).

C'est pour ces raisons que l'action psychopathogène de la bataille ne doit pas être comparée au pouvoir morbide des grandes catastrophes cosmiques, ou bien ce n'est qu'en tenant compte de ces différences essentielles qu'on a le droit de comparer leurs effets au point de vue de l'aliénation mentale.

Si, par un côté, la guerre rappelle quelque peu les catastrophes cosmiques (les batailles), par un autre

---

(1) Nous mettons à part la *prédisposition* constitutive de l'organisme pour les maladies mentales. Nous ne parlons ici que de la *prédisposition*, résultant de l'influence des émotions.



côté, et toujours au point de vue des émotions qu'elle procure, elle pourrait être assimilée à une perturbation politique. Le temps qu'on passe sur les positions ou dans les armées d'arrière-garde est aussi très riche en émotions. Mais celles-ci appartiennent plutôt à la catégorie des émotions durables. Par leur manière d'agir elles rappellent les agents que nous avons étudiés comme produisant les psychoses greffées sur les événements politiques.

Avant de passer aux troubles mentaux, disons d'abord un mot des névroses que la guerre a déterminées. On admet généralement que ce sont les officiers, gens instruits et relativement délicats, qui, à la guerre, sont atteints presque exclusivement par les maladies nerveuses. On a toujours supposé que les soldats, se recrutant ordinairement parmi les paysans et les habitants des villages, restent réfractaires à ce genre d'affections et que, par conséquent, chez eux les maladies nerveuses n'existent presque pas. Les chiffres du « Bureau de la statistique sanitaire » relatifs aux névroses de la dernière guerre russo-japonaise, montrent un pourcentage de 8,1 pour les officiers et de 1,3 pour les grades inférieurs (par rapport au nombre total des maladies). Ceci semble confirmer l'idée qu'on s'est faite depuis longtemps, à savoir que les névroses chez les soldats sont chose infiniment rare et ne doivent pas retenir l'attention des médecins et de la Société. M. Schoumkoff a écrit à ce propos un intéressant article (1). Il a eu l'occasion de soigner 312 soldats qui, après la bataille de Moukden, ont été évacués à Fraj-dria-tchou. Parmi eux se trouvaient 56 malades *nerveux*, ce qui constitue,

---

(1) G. Schoumkoff. Du pourcentage des maladies nerveuses pendant la guerre russo-japonaise. *Vratchebnape Gazeta* (en russe), 1906, n<sup>os</sup> 32 et 33.

par rapport aux 312, 18,2 p. 100 (1). Le seul groupe de l'hystérie et de la neurasthénie renfermait 45 personnes ; avec l'épilepsie et l'hypochondrie il y en avait 85 p. 100 de la totalité des maladies nerveuses.

M. Schoumkoff comprend lui-même que les conclusions tirées de l'observation de 312 malades ne sont pas assez convaincantes pour pouvoir être généralisées et élevées à la hauteur d'une règle. Mais il a la profonde conviction que, quand les conditions déplorables dans lesquelles s'opère ordinairement le diagnostic (médecins non spécialistes ; étude peu scientifique de la névrose ; idée préconçue qu'un simple soldat ne peut être nerveux ; méfiance des médecins par rapport aux soldats ; leur partialité envers les officiers auxquels on n'ose rien refuser, etc.), seront disparues, alors toutes les statistiques seront concordantes et montreront : 1° que le pourcentage des maladies nerveuses chez les soldats et chez les officiers est presque le même, et 2° qu'il s'élève à 18,2 p. 100 du nombre total des malades (2).

De nombreux travaux, parfois d'une valeur très grande, ont été publiés sur les troubles psychiques, déterminés par la guerre russo-japonaise. Les auteurs, toujours spécialistes, n'étaient pas également placés pour pouvoir donner un travail coordonné. Les uns, se trouvant dans l'armée active, suivaient de très près les péripéties de la guerre et avaient l'occasion d'observer les psychoses au moment même de leur éclosion. En revanche, l'examen des malades était forcément superficiel et incomplet : un service hâtivement installé pour

---

(1) *Ibid.*, n° 33, p. 875.

(2) Remarquons ici que pour M. Schoumkoff, le pourcentage des maladies nerveuses chez les officiers, fourni par la statistique du Bureau (8,1 p. 100), est aussi au-dessous de la vérité. Il doit être, comme pour les soldats, 18,2 p. 100.



les besoins de la guerre ne remplît pas les conditions nécessaires pour un diagnostic sérieux. D'ailleurs, les patients n'y restaient pas longtemps. Les malades affluaient; pour pouvoir les placer, il fallait faire évacuer les moins atteints dans les grandes villes de la Russie d'Europe. D'où un diagnostic hâtif et insuffisamment étudié.

Les autres psychiatres accueillaient les aliénés évacués de l'Extrême-Orient dans les grands asiles, privés ou militaires. Là, l'étude des soldats était détaillée, suivie, serrée, mais le diagnostic ne pouvait plus être le même qu'il aurait été au début de l'affection. Le parcours en chemin de fer durait ordinairement un mois, et comme les psychoses de la guerre portaient surtout un caractère aigu, rien d'étonnant que ce dernier les influençât d'une façon notable. Les malades, en entrant dans les asiles, présentaient des symptômes insignifiants, légers ou bien très aggravés. En tout cas, ce n'était plus l'affection telle qu'elle avait été provoquée par la guerre.

Dans l'exposé des résultats de la guerre que les auteurs russes nous ont fourni, il faudra toujours tenir compte des considérations que nous venons de développer. Sous cette réserve seulement, on pourra accepter les données de leur statistique et de leur classification.

Voyons à présent comment se présentent les conséquences mentales de la guerre russo-japonaise. Selon M. Avtokratoff (1), le nombre des aliénés durant toute la guerre ne dépassait pas 1.900 hommes. En évaluant

---

(1) P. Avtokratoff. Assistance, traitement et transport des aliénés pendant la guerre russo-japonaise. *Oborrenje Psykhii, Nevrologii i eksperimentalnoj Psychologii*, 1906.

Il faut remarquer que les données de M. Avtokratoff se basent surtout sur les cas observés par lui ou par ses aides dans l'hôpital central de Psychiatrie de Kharbine.

le chiffre des malades et des blessés à 540.000, on voit que sur 1.000 maladies on comptait 3,5 d'affections mentales. En évaluant la force numérique de l'armée à 1.000.000 d'hommes, on obtient 1,9 des aliénés pour 1.000 combattants. Ces chiffres sont assez expressifs.

Chez les officiers, on constatait surtout l'alcoolisme chronique, la paralysie progressive et les psychoses neurasthéniques. Chez les soldats, les psychoses épileptiques occupaient la première place ; en deuxième ligne se voyaient les psychoses alcooliques et la confusion (1).

Des psychoses alcooliques il n'y a pas à dire grand-chose. Parmi les malades se trouvaient beaucoup de jeunes officiers et des soldats qui, avant la guerre, ne s'adonnaient pas à la boisson. Chez eux la psychopathie revêtait la forme aiguë, avec hallucinations auditives et visuelles d'un caractère terrifiant. Mais généralement, l'accès passait vite et le malade revenait à la santé.

Les psychoses épileptiques se développaient surtout pendant ou après les grandes batailles. On les observait même chez des sujets qui n'avaient jamais eu d'accès épileptique. La maladie durait ordinairement trois semaines au plus et passait sans laisser aucun trouble psychique.

Les plus intéressantes parmi ces psychopathies sont les psychoses neurasthéniques et les nombreux cas de confusion mentale. La guerre a imprimé à cette dernière un cachet spécial : une *dépression* fortement accusée. La confusion mentale *agitée* ne se voyait presque pas : les mouvements des sujets étaient lents et alourdis ; les hallucinations n'affectaient jamais cette forme animée changeante, mobile, si caractéristique pour la confusion hallucinatoire aiguë ; au contraire, elles étaient pâles et pénibles. Généralement, après quelques semaines de

---

(1) *Ibid.*, p. 682.



séjour dans l'asile, les malades pouvaient être transférés dans la Russie d'Europe sans aucun préjudice pour leur santé.

Quant à la psychose neurasthénique, elle était tout à fait remarquable. La scène s'ouvrait ordinairement par une forte céphalée à laquelle s'ajoutaient bientôt un sommeil inquiet et un état d'apathie. La maladie progressait rapidement. Les malades devenaient très irritables et très impressionnables : le moindre bruit provoquait un sursaut de tout le corps, les larmes apparaissaient à tout propos et l'idée de suicide hantait souvent l'esprit. Les hallucinations, surtout celles de la vue et de l'ouïe, étaient terrifiantes et identiques ; elles se rapportaient toujours aux horreurs de la guerre. Tantôt c'étaient des tas de cadavres en état de décomposition ; certains malades entendaient le bruit assourdissant des obus qui éclataient partout ; d'autres reproduisaient les horribles tableaux de la guerre, avec le sang qui coulait à flots, avec les plaintes des blessés et des mourants et tout ce qu'ils avaient jamais vu ou entendu ; il y en avait aussi qui croyaient leur crâne emporté dans une bataille, leur cerveau découvert n'étant qu'une pourriture. Les petits soldats rêvaient souvent de leurs familles et les noms de leurs femmes et de leurs enfants revenaient toujours dans leurs paroles.

Les symptômes physiques de la psychose neurasthénique n'étaient pas moins caractéristiques. Avec le tremblement des mains et de la langue, avec les réflexes exagérés, on constatait surtout une hyperesthésie considérable ; on ne pouvait toucher le malade sans qu'il réagît, on ne pouvait même pas l'approcher ; un petit coup de marteau sur la rotule suffisait pour provoquer un mouvement de tout le corps et un cri involontaire. Mais la marche de la maladie était satisfaisante. Une semaine après l'entrée des malades dans l'hôpital, on

ne les reconnaissait plus, tant leur état était amélioré et un mois suffisait pour que la guérison fût complète.

Remarquons enfin que les malades, une fois revenus à la raison, se rappelaient très bien tous les détails de leur maladie ; l'amnésie partielle et confuse ne s'observait que très rarement ; jamais on n'a constaté une amnésie complète.

Un travail très consciencieux sur les conséquences mentales de la guerre russo-japonaise a été publié par M. Ozeretskovskij (1). L'auteur, médecin aliéniste à l'hôpital militaire de Moscou, a eu l'occasion d'examiner tous les *officiers* aliénés évacués de Kharbine, de Nikolsk et d'Irkoutsk, sur Moscou. C'est lui qui nous fournira des détails sur les affections psychiques de la guerre.

L'auteur compare le nombre des officiers atteints de troubles psychiques en temps de paix et pendant la guerre. Or, ce nombre a augmenté. Il est presque double en comparaison avec le nombre normal des officiers atteints des maladies psychiques. Mais il ne faut pas conclure de là que c'est la guerre qui est la cause unique de ce doublement. De nombreux officiers, en arrivant sur le théâtre de la guerre, étaient déjà malades ; ils étaient même tels avant leur départ. D'autres tombaient malades quelque temps après leur arrivée, quoiqu'ils n'appartinssent pas à l'armée active. Dans ces cas, la guerre favorisait seulement l'apparition d'une maladie déjà existante, qui tôt ou tard se serait certainement développée. Il est curieux de constater que si, *en temps de paix*, la paralysie progressive (19, 3 p. 100) occupe la première place dans le milieu militaire (nous

---

(1) A. J. Ozeretskovskij. Des troubles mentaux liés à la guerre russo-japonaise. *Voyenno-Meditsinskij Journal*, (en russe), 1905, numéros d'octobre et de novembre ; 1906, numéros d'octobre et de novembre.



parlons des officiers), les psychoses alcooliques (11,1 p. 100), la deuxième, la psychose neurasthénique, est presque inconnue (0,2 p. 100); *en temps de guerre* il en est tout autrement. Les psychoses alcooliques tiennent la première place (30,9 p. 100), ensuite se rangent les psychoses neurasthéniques avec 13,4 p. 100 et la paralysie progressive vient la dernière (12,2 p. 100). La question sera encore plus claire quand nous saurons que dans l'armée active prédominent les psychoses neurasthéniques, dans l'armée d'arrière-garde les psychoses alcooliques. En général, l'armée active est la source des psychoses aiguës, dans l'armée d'arrière-garde on trouve plutôt les affections chroniques.

Si la guerre n'a créé aucune psychose particulière, il est indubitable qu'elle a donné une marque spéciale à toutes les formes connues. Presque toujours le délire avait pour sujet les événements de la guerre; d'autre part, la prédominance des états dépressifs était évidente. Nous avons déjà vu d'après l'article de M. Avtokratoff (*qui, dans la description des psychoses, ne fait que répéter ce que M. Ozeretskovskij en a écrit*), par quoi se caractérisaient les différentes psychopathies; nous ne croyons pas nécessaire de le rappeler; soulignons seulement que le délire et les hallucinations étaient très abondants et se développaient avec une facilité extraordinaire; une très petite quantité d'alcool suffisait pour faire apparaître le délire alcoolique, même chez des individus qui, avant la guerre, ne souffraient pas du délire pendant la veille; d'autre part, les états dépressifs prédominaient tellement que même la confusion mentale ne se présentait que très rarement sous sa forme expansive.

Le plus grand nombre des affections psychiques appartenaient aux personnes appelées de la réserve. Cela signifie que la plupart d'entre elles arrivaient sur

le théâtre de la guerre dans un état très grave où la maladie existait déjà ou bien n'attendait qu'une occasion de se manifester. Le *facteur héréditaire* jouait un rôle immense. Dans l'armée active comme dans celle de l'arrière-garde, il surpasse le chiffre de 60 p. 100 de toutes les maladies psychiques. C'est pour cela qu'on le considère comme le principal moment étiologique de la guerre. L'alcoolisme avait la même importance pour l'armée d'arrière-garde. Là, 60 p. 100 des officiers tombaient malades pour cette raison. Dans l'armée active son importance est moindre, il n'atteint que la proportion de 25 p. 100. En revanche, ici, c'est la *dégénérescence* qui se place derrière la prédisposition héréditaire. Dans 41 p. 100 on constatait les signes de dégénérescence physique. Mais il y avait aussi des cas où l'affection psychique se développait sur le fond de plusieurs facteurs étiologiques (hérédité-dégénérescence-syphilis ; hérédité-alcoolisme ou hérédité-dégénérescence-commotion nerveuse, etc.), combinés de différentes façons.

Si les affections chroniques constituaient le triste privilège des armées d'arrière-garde, il n'en est pas de même pour les armées actives. Ici, il faut distinguer trois catégories d'officiers : ceux qui supportèrent les fatigues sans participer aux batailles, ceux qui se tenaient plus ou moins longtemps sur les avant-postes, et enfin ceux qui prenaient une part active dans les batailles. A mesure qu'on s'élève des premiers aux derniers, les affections chroniques diminuent pour être remplacées par le type aigu. Ici l'influence des conditions pénibles de la vie de guerre se manifeste dans toute sa clarté. Sur les avant-postes, c'est toujours le manque de sommeil, de nourriture, un travail écrasant, une tension épuisante des nerfs ; c'est aussi l'attente de l'ennemi, la peur d'être mutilé ou tué, la crainte de



l'avenir, de la nuit, de l'inconnu, etc. Tout ceci oppresse tellement le système nerveux qu'il se trouve bientôt dans un état d'épuisement extrême. Dans les batailles, à ces influences accablantes s'ajoutent encore d'autres facteurs qui agissent d'une façon inattendue et violente. Et c'est ainsi que prennent naissance les psychoses déterminées par la guerre. On peut dire que les batailles engendrent presque exclusivement les névroses et les psychoses aiguës ; parmi ces dernières, la psychose neurasthénique et la confusion mentale sont les plus importantes.

Un travail analogue à celui de M. Ozeretskovskij, mais concernant les *soldats* qui ont passé par la section psychiatrique de l'hôpital de Moscou, a été publié par M. Schaïkievitch (1). L'auteur constate que la grande majorité des soldats qui étaient atteints de troubles psychiques présentaient dans la structure de leur crâne, de leur visage, dans la disposition des oreilles et des dents, etc., des signes physiques de dégénérescence. En outre, une certaine quantité de soldats — assez minime, il est vrai — étaient déjà physiquement malades avant leur départ pour l'Extrême-Orient. C'étaient généralement des gens atteints de psychopathies chroniques. Le plus grand nombre des soldats malades offraient un trouble psychique particulier. On peut le considérer comme un syndrome de dépression et de stupeur. Le malade est déprimé, taciturne. Son intelligence se trouve dans un état de torpeur ; il est comme abasourdi. Sur les questions posées il ne répond pas ou répond par

---

(1) M. O. Schaïkievitch. Sur les troubles psychiques en rapport avec la guerre russo-japonaise. *Voenno-Meditsinskij Journal* (en russe), 1907, CCXIX, p. 270, 445, 629; CCXX, p. 81.

V. aussi : *Journal Nevropatologii i Psykhiiatrii im. Korsakova* (en russe). Contribution à l'étude des troubles psychiques relatifs à la guerre russo-japonaise, 1904, p. 1102-1105.

monosyllabes et avec des grandes pauses. Il s'isole et, la plupart du temps, reste au lit. L'expression du visage est obtuse, le regard éteint. Le pouls est ralenti, la température du corps abaissée. Le malade s'oriente mal dans le temps et l'espace, le processus de l'association se fait avec lenteur; parfois, mais très rarement, il est saisi par les idées de persécution, d'auto-accusation, de pénitence, etc., mais toujours elles sont incoordonnées, incohérentes et entrecoupées. La mémoire s'affaiblit, l'esprit de combinaison diminue, les opérations logiques s'effectuent difficilement. Pas d'hallucinations. Toujours et partout, le malade se plaint de vertiges et de confusion des idées. La sensibilité est un peu émonssée, la force des réflexes déviée; on peut aussi observer d'autres signes morphologiques de dégénérescence. Dans la plupart de ces cas, le malade se rétablit. Il est intéressant de noter que, suivant l'auteur, les psychopathies telles que la mélancolie, la démence précoce, la démence paranoïde (Kraepelin) étaient généralement précédées d'un trouble psychique, ressemblant beaucoup à l'affection ci-dessus décrite. Elle serait donc le premier stade de toutes ces maladies. L'auteur croit nécessaire de donner à cette psychose le nom d'*amentia depressivo-stuporosa* (1).

Nous nous sommes arrêtés plus longtemps sur cette psychose, et nous avons suivi presque littéralement la description qu'en donne l'auteur pour deux raisons: d'abord, parce que c'est la psychose dominante parmi les soldats; ensuite, parce qu'elle est intimement liée à la vie de guerre. Non qu'elle n'ait été observée en temps de paix (avant la guerre, elle était déjà notée par l'auteur et le D<sup>r</sup> Ozeretskovskij); mais la guerre a

---

(1). V. *Journal Neuropatol. i Psych.*, article cité, p. 110.



particulièrement souligné le caractère tout à fait spécifique de cette maladie. Elle se développait surtout pendant ou après les batailles (quelques heures, une semaine, et parfois même deux mois après), et, comme M. Schaïkievitch lui-même le rapporte, sa cause immédiate doit être cherchée dans les émotions du combat, dans la peur, dans la tension extrême de l'esprit et du corps que le soldat y a éprouvés, et enfin dans le choc, psychique ou nerveux, qui résulte de sa participation au combat ou d'une grenade qui éclate à proximité (1). Dans ce dernier cas, on pouvait même observer une surdi-mutité hystérique avec perte antérieure de connaissance.

Quant aux autres formes de maladies mentales, on notait des cas de confusion mentale aiguë, de mélancolie, de névrose traumatique, d'hystérie, etc. Nous n'avons pas besoin de répéter que le contenu du délire et des hallucinations était généralement empreint des événements courants de la guerre : toujours c'étaient des Japonais, le bombardement, la fusillade, le délire de grandeur (le soldat est héros, capitaine, général; il n'a pas peur, il tue les Chinois, il sauve le drapeau), etc.

Une certaine lumière, sur la question qui nous intéresse, peut encore être projetée par les études de M. Lubarskij et de M. Soukhanoff. M. Lubarskij qui, pendant la guerre, était médecin aliéniste à la section psychiatrique du lazaret de Nikolsk-Oussourysk, a eu l'occasion d'examiner 223 cas de troubles mentaux (2). Pour lui, la guerre, avec toutes ses horreurs,

(1) *Ibid.*, p. 1105.

(2) A. M. Lubarskij. Section psychiatrique du lazaret de Nikolsk-Oussourysk pendant la guerre russo-japonaise. *Obozrenje Psykhiatrii, Nevrologii i eksperimentalnoj Psikhologii*, Saint-Pétersbourg, 1907.

avec la peur incessante d'être tué ou mutilé, avec le chagrin qu'on éprouve d'être séparé de la famille, avec la crainte pour son futur sort, doit être considérée comme la principale cause de toutes ces affections ; il ne nie pas, d'ailleurs, l'importance de la prédisposition, du facteur héréditaire, d'alcoolisme, etc. Quant aux variétés de maladies mentales, voici le tableau qu'il en donne :

Paranoïa acuta . . . . .	61
Paranoïa chronica . . . . .	28
Melancholia . . . . .	24
Amentia . . . . .	22
Dementia curabilis . . . . .	5
Mania . . . . .	4
Paralysis progressiva . . . . .	17
Psychosis neurasthenica, hypo- condr. et hysterica . . . . .	15
Psychosis epileptica . . . . .	2 (1).

Nous voyons que, parmi les psychoses aiguës, le groupe de la confusion mentale domine tous les autres ; ensuite, vient la psychose neurasthénique. Remarquons, avec l'auteur, qu'à toutes ces affections s'ajoutait, presque toujours, un élément de dépression très accentuée.

M. Soukhanoff ne croit pas pouvoir admettre le fait rapporté par M. Chaïkievitch, que la guerre a fait apparaître une psychose spéciale (2). Le terme « amentia depressivo-stuporosa » a l'inconvénient de suggérer l'idée que c'est une forme d'aliénation propre uniquement aux soldats et que l'on ne connaît pas dans d'autres couches de la société. Or, selon l'auteur, il n'en est pas ainsi.

On peut affirmer que, parmi les soldats aliénés, on trouvait beaucoup de formes dépressives de psy-

(1) *Ibid.*, p. 77.

(2) S. Soukhanoff. Sur les formes dépressives du trouble mental chez les soldats russes. *Russkij Vrach*, 1905 (1438-1443).



choses, mais il est impossible de dire qu'il y en avait une qui leur était particulière. L'auteur, après des études approfondies (l'auteur a eu à sa disposition le matériel clinique de l'asile privé, pour les guerriers aliénés, de M. Lakhtine), arrive aux conclusions suivantes : 1° les maladies psychiques, observées chez les combattants de l'Extrême-Orient, appartiennent à deux groupes : les unes étaient aiguës, les autres chroniques. Les premières se rapportent surtout aux psychoses aiguës, les autres à la démence des adultes et à la paranoïa chronique ; 2° parmi les psychoses aiguës, on pouvait distinguer quatre formes :

- a) La forme dépressivo-hypocondriaque.
- b) La forme d'amentia dépressive.
- c) La forme dépressivo-stupéreuse.
- d) La forme dépressivo-paranoïaque (1).

L'auteur suppose que la forme dépressivo-hypocondriaque se lie plus étroitement aux émotions du combat ; mais ce n'est qu'une supposition.

Tout le monde se rappelle le siège prolongé de Port-Arthur et la défense héroïque dont, à l'occasion, les soldats russes se sont montrés capables. Le D<sup>r</sup> Wladyczko, médecin de l'asile d'aliénés de Port-Arthur, se trouvait parmi les assiégés, et ce sont les principaux points de son travail que nous voudrions résumer rapidement ici (2). D'abord, sur 52.000 hommes, formant la garnison de la forteresse, on en comptait 39 atteints de troubles cérébraux, ce qui fait 0,75 sur 1.000. Mais les cas d'aliénation, développés spécialement pendant le siège, sont au nombre de 20, donc 0,38 p. 1.000. En

(1) *Ibid.*, p. 1443.

(2) S. Wladyczko. Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* (en français), 1907, p. 340-352.

ce qui concerne les formes d'aliénation, elles peuvent se répartir de la façon suivante :

Amentia Meynerti (conf. ment.) . . . . .	7 cas.
Psychose périodique . . . . .	6 —
Psychose alcoolique . . . . .	4 —
Psychose neurasthénique . . . . .	4 —
Psychose traumatique . . . . .	3 —
Vésanie mélancolique . . . . .	3 —
Démence précoce . . . . .	2 —
Démence secondaire . . . . .	2 —

Nous voyons que la confusion mentale est l'affection prédominante. Toutes ces maladies étaient empreintes du même cachet : dépression extrême et stupeur de la sphère psychique. Dans 22 cas, les malades ressentait presque constamment la souffrance, le chagrin, la tristesse, l'angoisse, la crainte, le désespoir, etc. Sur 15 autres, 8 présentaient un dérangement primaire et indépendant de l'intelligence (?), sans troubles particuliers de la sensibilité morale ; chez 4, on observait une surexcitation de toutes les parties de l'activité intellectuelle et morale. Presque tous les guerriers aliénés (37) offraient des symptômes de dégénérescence, physiques et psychiques ; chez 11 sujets, on constatait une mauvaise hérédité neuro-psychique, et dans 6, l'alcoolisme.

Les circonstances tragiques dans lesquelles s'effectuait la défense de la forteresse ne pouvaient manquer de fournir un terrain favorable aux troubles mentaux. « Quand l'ennemi cerna la forteresse de toutes parts, livra ses violents assauts, bombardait la ville sans relâche des semaines entières, le nombre des morts et des blessés augmenta de jour en jour ; les vivres s'épuisèrent avec rapidité, l'ennemi devint plus acharné et le scorbut régna en maître. C'est alors que la situation des assiégés devint intolérable ; à mesure que leurs forces diminuaient, leur labeur devenait plus pénible et l'épuisement du système nerveux atteignit son apogée. »



Ce n'était pas tout. A la souffrance physique, s'ajoutèrent bientôt des causes d'ordre moral, et c'étaient des émotions, tantôt durables, tantôt brusques et violentes, qui régnerent. C'est ainsi que l'isolement complet où ils se trouvaient du reste du monde, l'impossibilité absolue d'atteindre un ennemi qui était le plus souvent invisible et inabordable, l'angoisse enfin avec laquelle, de minute en minute, on s'attendait à être tué, mutilé ou estropié, ne pouvaient tarder à développer un état psychique où la fatigue morale et la dépression étaient aux limites extrêmes. Mais, comme dernière cause des psychopathies, l'auteur signale, soit un assaut acharné, soit la mort d'un ami, soit une retraite précipitée devant l'assiégeant, soit enfin une forme aiguë de scorbut. Dans ces conditions, morales et physiques, il n'est pas étonnant d'apprendre que, dans 26 cas, la maladie se développa rapidement, c'est-à-dire dans l'espace d'un jour ou deux ; d'autre part, l'auteur ne semble pas exagérer quand il dit que, « pendant les deux ou trois derniers mois de siège, les régiments des forts rappelaient des martyrs. Ce n'étaient plus des hommes, mais des ombres : des squelettes vivants » (1).

Nous ne ferons que mentionner le travail de M. Kreyndel (2). En effet, il n'ajoute rien d'original à ce que nous avons déjà appris sur les conséquences mentales de la guerre russo-japonaise.

Résumons et discutons un peu les données que nous venons de développer. Les résultats de la guerre russo-japonaise ne sont pas tout à fait concordants. D'après M. Avtokratoff, ce sont les psychoses épileptiques qui

(1) V. aussi l'article du même auteur, *Voyenno-Méditsinskij Journal*, 1907, p. 108, 318.

(2) Dr J. Kreyndel. Revue des maladies dans l'armée russe en Mandchourie. *Voyenno-Méditsinskij Journal*, 1908.

prédominaient chez les soldats ; ensuite se rangeaient les psychoses alcooliques et la confusion mentale. Chez les officiers, à part l'alcoolisme chronique, la psychose neurasthénique dominait les autres. M. Ozeretskowskij confirme ces faits (quant aux officiers), mais ajoute que les psychoses aiguës éclataient surtout *dans l'armée active* et plus particulièrement *sous l'influence des batailles*. C'est là, c'est-à-dire dans les armées d'avant-postes et de combat, qu'est la source principale de la psychose neurasthénique et de la confusion mentale.

M. Schaïkievitch considère que l'affection prédominante chez les soldats était une psychose spéciale qu'il appelle amentia-depressivo-stuporosa. Elle se développait surtout pendant ou après les batailles et sa cause immédiate doit être recherchée, selon lui, dans les émotions violentes du combat. Ensuite on observait la confusion mentale, la mélancolie, etc. Dans le tableau de M. Lubarskij, la confusion mentale figure dans 27 cas (1), la mélancolie dans 24, la psychose neurasthénique dans 15, etc. M. Wladyczko, lui aussi, trouve que, parmi les psychoses aiguës de Port-Arthur, la confusion mentale prédominait ; ensuite venaient la psychose périodique et la psychose neurasthénique. Les deux auteurs soulignent l'importance capitale du facteur moral dans le développement des troubles psychiques ; les émotions du combat y ont surtout contribué.

Sans rien changer dans les considérations des auteurs, sans même essayer de concilier leurs statistiques, nous voudrions cependant tirer quelques conclusions de leurs travaux. A part les maladies chroniques qui, en aucun cas, ne peuvent être attribuées à l'influence de la guerre, celle-ci, au contraire, a joué un rôle très considérable

---

(1) Avec M. Régis, nous avons rattaché la dementia curabilis à la confusion mentale.



dans la production des psychoses aiguës. Parmi les plus fréquentes figurent la psychose épileptique, la psychose neurasthénique, l'amentia-depressivo-stuporosa de Schaikievitch et la confusion mentale. (Nous croyons que les deux dernières sont rapprochées plus que leur nom ne le semble indiquer.) Ces affections se sont développées sous la dépendance incontestable de la vie de guerre, avec les émotions, la fatigue et toutes sortes de privations qui y sont liées indissolublement. Or si, dans l'éclosion de la psychose neurasthénique, les facteurs : fatigue, épuisement, privations, paraissent être de première importance et si les émotions se placent au second plan, cet ordre étiologique doit être interverti quand il s'agit d'autres psychoses aiguës de la guerre. En effet, elles sont d'origine essentiellement émotive. Nous ne voulons pas dire par là qu'elles ont été développées *uniquement* sous l'influence des émotions. Non, nous voulons seulement constater que *dans leur genèse l'émotion a joué un rôle absolument prédominant*. A cet égard, les auteurs nous rapportent des observations précises qu'il ne peut être question de contester. Les affections dont il s'agit ne se voyaient que *pendant ou quelque temps après les batailles*. Sur les avant-postes, elles sont déjà beaucoup moins fréquentes ; l'armée de l'arrière-garde ne connaît que les psychoses chroniques.

Remarquons que ces faits concordent parfaitement avec les notions que la psychiatrie nous fournit à leur sujet. Précédemment, nous avons déjà parlé du rôle capital que les émotions tristes, plus particulièrement la peur et le chagrin, semblent jouer dans l'étiologie des accidents épileptiques. Ici nous pouvons seulement ajouter que la confusion mentale se développe de préférence sur un fond émotionnel.

Enfin, en se rappelant les résultats qui se sont dé-

gagés de l'étude des événements cosmiques et politiques et en les comparant aux effets psychiques de la guerre, on voit qu'ils ne se contredisent point. Bien au contraire, les deux séries de faits semblent corroborer l'idée que, dans tous les événements, ce sont les émotions violentes et brusques qui paraissent surtout être susceptibles d'engendrer les troubles mentaux aigus.

Donc, en définitive, c'est aux émotions violentes de la guerre que doit incomber la responsabilité de très nombreux cas de psychoses aiguës qui y ont fait leur apparition. Ces cas se rattachent plus spécialement à la confusion mentale et à la psychose épileptique.



## Pathologie.

### NOTE

SUR

## L'ÉTAT MENTAL DES LÉPREUX

Par le Dr P. BODROS

Ancien interne de la Maison nationale de Charenton.

Nous trouvant en Abyssinie, au voisinage d'un foyer de lèpre important, la ville de Harrar, il nous a paru intéressant de rechercher quel pouvait être l'état mental des infortunés atteints de cette affection. Pareille enquête, du moins à notre connaissance, n'a pas encore été faite ; on cherche en effet vainement dans les traités, la description de troubles cérébraux au cours de la lèpre.

Il est cependant naturel de penser que les modifications de la sensibilité, les intolérables souffrances des patients, le mode de vie des lépreux rejetés par leurs familles, repoussés par les autorités urbaines, évités par tous comme un objet de répugnance universelle, enfin la profonde misère physiologique et morale qui résulte de semblables conditions, peuvent produire chez ces malades des idées d'allure pathologique qui, pour n'être pas peut-être spéciales à la lèpre, n'en sont pas moins un aspect clinique de la maladie.

Nous avons dit que nous ne connaissons pas d'études

médicales du sujet. En revanche, si nous interrogeons la littérature, il en est une, un peu oubliée aujourd'hui, que nous ne devons pas passer sous silence : nous voulons parler du *Lépreux de la Cité d'Aoste*, de Xavier de Maistre. Qu'on nous pardonne une digression en faveur de ces jolies pages qui tiennent de près, nous semble-t-il, à la psychiatrie.

L'auteur a conservé, malgré l'aspect sombre et tragique du sujet, la grâce légère et l'harmonie de langage qui sont les caractéristiques de son art.

Le style de Xavier de Maistre donne à la philosophie de l'homme irrémédiablement solitaire qu'il observe, une poésie si intense, une fraîcheur si pure qu'on oublie volontiers les souffrances atroces du malade et l'abominable maladie et que le parfum des fleurs parvient souvent à chasser l'odeur fade de la sanie et des plaies.

Mais cet homme qui montre devant la calamité qui l'atteint une résignation faite d'une foi religieuse intense, confinant parfois à l'extase, traverse une période assez longue dont l'étude, au point de vue mental, est particulièrement intéressante.

Il a des insomnies torturantes : « Vous ne pouvez vous figurer, dit-il, combien est longue et triste une nuit qu'un malheureux passe sans fermer un œil, l'esprit fixé sur une situation affreuse et sur un avenir sans espoir ; non, personne ne peut le comprendre ! » Ces insomnies sont accompagnées de confusion, de délire, d'angoisse, d'hallucinations de la sensibilité générale et de la vue le plus souvent terrifiantes : « Mes pensées se brouillent, j'éprouve un sentiment extraordinaire que je ne trouve jamais en moi que dans ces tristes moments. » Il croit qu'une force « l'entraîne dans un gouffre » ; il voit « des taches noires devant les yeux qui se croisent avec la rapidité de l'éclair ». Ce sont encore des « montagnes qui l'accablent de leur poids » ou bien



« des nuages qui s'amoncellent autour de lui et menacent de l'engloutir ». « Vous croirez peut-être, ajoute-t-il, que ce sont des songes ; mais non, je suis éveillé. Je revois sans cesse les mêmes objets et c'est une sensation d'horreur qui surpasse tous mes autres maux. » Et comme son visiteur lui fait remarquer que cet état peut provenir de la fièvre, il répond désespérément : « Ah ! je voudrais bien que vous disiez vrai. J'avais cru jusqu'à présent que ces visions ne fussent un symptôme de folie ! »

Cet état mental monte et descend de façon paroxystique. Il vit longtemps dans « une espèce de stupeur qui lui ôte la faculté de sentir toute l'étendue de son infortune ». Il reste immobile dans un coin, ne songe plus à ses occupations ordinaires, néglige ses chères fleurs et la haie de roses, orgueil de son jardin. Quand il revient à lui, « sa raison est prête à l'abandonner ».

Enfin, pour compléter ce tableau si exact d'une affection mentale, le lépreux présente des idées de suicide : « Les tourments de l'enfer étaient entrés dans mon cœur ». « Non, non, m'écriais-je enfin, dans un accès de rage, meurs, infortuné, meurs ! » Et l'auteur met dans la bouche de son personnage la saisissante apostrophe suivante : « Assez longtemps tu as souillé la terre par ta présence, puisse-t-elle t'engloutir vivant et ne laisser aucune trace de ton odieuse existence ! Ma fureur insensée s'augmentant par degrés, le désir de me détruire s'empara de moi et fixa toutes mes pensées. Je conçus enfin la résolution d'incendier ma retraite et de m'y laisser consumer avec tout ce qui aurait pu laisser quelque souvenir de moi. Agité, furieux, je sortis dans la campagne, j'errai quelque temps dans l'ombre autour de mon habitation ; des hurlements involontaires sortaient de ma poitrine oppressée et m'effrayaient moi-même dans le silence de la nuit. Je rentrai plein de rage,

dans ma demeure, en criant : Malheur à toi, lépreux, malheur à toi ! »

Nous ferons remarquer l'exactitude toute scientifique de cette description. Ne s'agit-il pas là en effet d'un état lypémanique ? Anxiété, agitation, insomnie, sensation angoissante d'étouffement, hallucinations de la vue, stupeur, désir violent du suicide, autant de symptômes classiques. Jusque dans l'idée, ici certainement mystique, de culpabilité, de souillure, qui précède la volonté de se détruire, et jusque dans le mode de suicide choisi, l'incendie, qui fait disparaître tout ce qu'il a approché, on retrouve l'empreinte douloureuse et farouche de la mélancolie.

Moins heureux que Xavier de Maistre, nous n'avons pu déceler chez nos malades de Harrar des troubles cérébraux relevant d'une psychose caractérisée. Cela tient d'une part au genre de malades à qui nous avons affaire ; il s'agissait de Gallas, musulmans, gens très primitifs et dont une superstition invétérée est la caractéristique intellectuelle constante. D'autre part, l'interrogatoire ayant lieu par interprète et les sujets faisant preuve d'une hostilité et d'une méfiance remarquables, le diagnostic en était encore rendu beaucoup plus hésitant.

C'est ainsi que nous n'avons pu savoir si ces malades avaient des hallucinations réelles. Beaucoup d'entre eux se plaignaient de troubles cénesthésiques tels que fourmillements, piquûres, brûlures, secousses, sensation soudaine d'absence d'un membre, troubles qu'expliquent fort bien les lésions du système nerveux périphérique. Aucun d'eux ne les a attribués à une cause extérieure quelconque. Ils ne paraissent pas non plus présenter d'hallucinations de la vue.

La tendance au sommeil étant très marquée, surtout au début, presque tous ont avoué des rêves fréquents,



des cauchemars, que quelques-uns racontent avec une expression de terreur qui rappelle vaguement certains délires toxiques : monstres dévorants, gouffres, chute dans le vide, etc.

L'intelligence et la mémoire sont loin d'être affaiblies. Tous ceux qui ont bien voulu répondre à mes questions sur leur pays, leur famille, leur enfance, l'ont fait avec netteté et même avec esprit. L'affectivité est très diminuée et fait place à un égoïsme marqué qui tend à remplacer toute espèce d'autres sentiments. Chez aucun, malgré les souffrances atroces de la maladie, je n'ai pu retrouver de tendance au suicide ; il est vrai qu'il s'agit de musulmans.

En réalité, il existe chez ces malheureux, non des troubles cérébraux à proprement parler, mais des troubles du caractère, dont le principal est, sans contredit, une méchanceté profonde, résultat d'idées de persécution polymorphes qui se manifestent sans cesse et à propos de tout. Les lépreux sont méchants entre eux, méchants à l'égard de ceux qui les soignent ou leur veulent du bien.

Une troupe de lépreux — ils vont toujours par bandes — arriva un jour de noce dans une maison arabe de Harrar. On leur fit une large part sur le festin, suivant la coutume. Mais avant de partir, profitant d'un moment d'inattention, ils se mirent tous à cracher dans les grands chaudrons qui cuisaient dans la cour, dans le seul but d'empêcher le repas de continuer. Je tiens cette anecdote de source absolument authentique. Si vous rencontrez un lépreux dans une des ruelles de la ville, son premier geste est de vous demander l'aumône en s'approchant le plus qu'il peut de vous. Après avoir accepté l'offrande, il vous poursuit encore, souvent en vous disant des injures, et se frotte à vos habits avec une joie non dissimulée.

Les quelques malades recueillis à la léproserie des Pères capucins de Harrar où ils ont tout le nécessaire, ne savent qu'inventer pour jeter le trouble dans l'établissement. Geignant, pleurant, se battant, réclamant sans cesse, jamais lassés de faire entendre leurs récriminations bruyantes et injustifiées, ils ont été très souvent jusqu'à la révolte concertée, rappelant ainsi certaines révoltes d'épileptiques dont les annales de la psychiatrie ont conservé l'histoire.

Un autre trait saillant de leurs habitudes d'esprit est l'emploi constant du chantage à la maladie, détail qui rapproche leur mentalité de celle de certains vagabonds qui courent les foires et les assemblées en exhibant des plaies ou des anomalies.

Il y avait en 1907, à l'une des portes de Harrar, un grand diable de lépreux dont le masque léonin et les extrémités tordues étaient déjà un suffisant épouvantail. Mais quand passaient des étrangers, hommes ou femmes, c'était bien pis. Dressé dans la découpe de lumière orientale que lui faisait la poterne, il levait théâtralement les yeux et les bras au ciel, dans un grand geste tragique, pour qu'on s'arrêtât. Puis brusquement il enlevait d'un coup la méchante cotonnade qui lui ceignait les reins, et exhibait une lèpre monstrueuse des organes génitaux. On ne voyait qu'une masse informe, fissurée, ulcérée, croûteuse et purulente, où la verge apparaissait énorme, éléphantiasique, luisante et comme soufflée par segments. C'était horrible ! L'effet produit, il se mettait à ricaner et tendait les deux mains, l'échine basse et les paumes en haut, à la manière des suppliants antiques.

Enfin, il conviendrait de signaler leur obscénité et leur salacité, qui sont choses proverbiales dans le pays d'où nous avons rapporté ces notes. A la léproserie des Pères, hommes et femmes, malgré une surveillance



étroite, parviennent journellement à se rejoindre et on a dû y enregistrer plusieurs naissances malheureuses. Beaucoup de lépreux se livrent sur les routes à des exhibitions en présence des femmes et les mères éloignent avec soin leurs petites filles des lieux fréquentés par eux. Ceci est tout à fait anormal, car toutes les populations de ce pays sont, pour tout ce qui touche à la vie génitale, d'une très grande réserve et d'une grande chasteté.

En résumé : conservation de l'intelligence, de la mémoire et de la volonté, abolition presque totale des sentiments affectifs, irritabilité excessive, tendance à la violence, méchanceté sans cause, criailleries injurieuses, vagabondage, amoralité sous toutes ses formes, telle est, esquissée à grands traits, leur physionomie cérébrale. Cet état mental ne nous paraît pas devoir tenir plus spécialement à l'infection bacillaire qui atteint nos malades qu'au genre d'existence qui leur est fait.

Le manque d'hygiène, l'inhumanité parfois involontaire qui s'exerce à leur égard, la répulsion qu'ils inspirent nous paraissent devoir être incriminés dans la plus large mesure.

Ces simples notes ne sont d'ailleurs peut-être pas exactes pour des lépreux d'Europe ou d'Asie. Notre savant et excellent maître, le D<sup>r</sup> Ritti, exprimait un jour devant nous combien il serait précieux qu'une vaste enquête fût ouverte sur l'aliénation mentale dans tous les pays, enquête qui d'ailleurs est déjà en excellente voie. Nous serions heureux, si ces quelques détails avaient pu y contribuer aussi faiblement que ce soit.

# DÉLIRE INTERPRÉTATO-HALLUCINATOIRE

## SYSTÉMATIQUE, CHRONIQUE,

### SANS AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL

Par M. Alfred GALLAIS

Licencié ès sciences,  
Interne à la Clinique des maladies mentales.

Suite (1).

## II. — OBSERVATIONS.

Obs. I. — Délire interprétato-hallucinatoire systématique  
chronique, sans démence.

*Antécédents.* Albertine T..., femme B..., n'a pas une hérédité bien chargée; sa mère est morte d'un carcinome utérin.

Née en 1873, allaitée par sa mère, elle n'a pas de convulsions infantiles. Elle fait ses premiers pas au même âge que ses frères, et se signale dès sa plus tendre enfance par une *intelligence prompte et fine*. A cinq ans, on l'envoie à l'école; *sa mémoire est facile et brillante*, et c'est en calcul qu'elle excelle. Très douce et affectueuse, l'enfant montre déjà un caractère *susceptible et tenace*.

A dix ans, elle a successivement une *scarlatine* puis une « *fièvre muqueuse à rechute* » d'une durée de trois mois. Cette dernière infection, longtemps hyperthermique, s'accompagne d'un *délire onirique* où prédominent les *hallucinations visuelles*. L'enfant voit alors de nombreux chats rouges grimper le long

(1) Voir les *Annales* de février 1912.



du mur et des barreaux du lit, jusqu'où ils viennent la menacer.

A treize ans, l'apparition des premières règles se fait normalement, sans crises de nerfs. La jeune fille est *toujours bien réglée*. L'intelligence reste intacte. Les épreuves successives du certificat d'études et du brevet supérieur subies avec honneur, Albertine T... entre facilement à l'École supérieure de commerce et en sort diplômée.

Elle a dix-sept ans, et, pendant les quatre années qu'elle passe ensuite au Crédit Lyonnais à titre de comptable, tous se louent de son intelligence et de sa régularité.

Entre ses heures de travail, elle lit beaucoup, et de préférence revient toujours aux œuvres d'imagination. La question de l'hystérie l'attire : elle lit sur ce sujet avec avidité un certain nombre d'articles de Charcot et s'entretient fréquemment d'hypnotisme et de tables tournantes avec une cousine germaine qui se livre elle-même à cette catégorie de pratiques.

La *conduite morale* de la jeune fille est *exemplaire*. Ici, doit être rapporté un fait banal en soi, mais qui prend pour elle les proportions d'un *choc moral*, en même temps qu'il caractérise sa *susceptibilité émotive* comme son *ombrageuse fierté*.

Un soir, elle rentre vivement impressionnée. Toute tremblante, elle confie à son père qu'un inconnu l'a suivie dans la rue avec une certaine insistance. Son entourage veut la rassurer, c'est en vain ; désormais elle impose à son frère de venir tous les soirs à sa rencontre. Elle refuse de rentrer seule.

Il semble que cette crainte véritablement obsédante l'ait en effet hantée un certain temps.

A vingt-cinq ans, elle se marie et constamment révèle à son mari sa crainte de le voir tomber malade.

A part *un retard de deux mois*, suivi en mars 1899 de l'expulsion d'un caillot, la jeune femme est toujours bien réglée. Elle n'a jamais eu la syphilis.

A vingt-sept ans, *elle accouche* à terme d'un garçon de sept livres qui, actuellement, est bien portant. Pendant l'allaitement, une poussée de *rhumatisme infectieux* retient encore au lit notre malade pendant un mois et demi.

Depuis cette époque, *son état mental* présente déjà quelques modifications anormales. Habituellement sombre et vindicative, elle a des crises de larmes d'une durée interminable ; sa *susceptibilité* s'exagère, et, lorsqu'elle a une indisposition, elle refuse de voir le médecin, confiante qu'elle est seulement en elle-même.

Enfin, deux ou trois fois par an, à des périodes coïncidant avec ses règles, elle accuse une *aphonie paroxystique* que les siens qualifient de « mutisme nerveux ».

### HISTOIRE DU DÉLIRE.

**ORIGINE DU DÉLIRE.** — L'éclosion des accidents délirants se rattache à un *choc moral* dont le retentissement se retrouve sur l'évolution de l'affection tout entière.

C'est en octobre 1906 que remonte à proprement parler l'origine du délire.

Depuis huit ans, le jeune ménage vivait paisiblement dans une aisance modeste.

Albertine T..., après l'avoir surveillé, non sans raisons, pendant plusieurs jours, visite le soir les poches de son mari et, le 7 octobre, elle y trouve (*le fait est exact*) plusieurs lettres d'amour.

Elle est trompée ; sa douleur est immense et ses réactions prennent d'emblée un caractère déchirant. Après plusieurs jours et grâce à l'intervention d'un ami, elle pardonne. Elle aime encore, sa jalousie augmente.

A la même époque, le mari, porteur d'une insuffisance aortique, a plusieurs hémoptysies, et l'émoi que provoque toujours dans les familles le caractère dramatique de ce symptôme, se confond chez notre malade avec celui des jours précédents. Son mari est malade depuis qu'il la trompe ; c'en est assez pour lui permettre de construire son délire. Quant au caractère du délire, il restera érotique et pénible comme l'ont été les réactions douloureuses et érotiques accompagnant l'idée *primordiale*.

**PÉRIODE D'INTERPRÉTATIONS SIMPLAS.** — C'est alors que notre malade rejette toute son amertume sur l'ouvrière dont elle est jalouse, et elle entre de plain-pied dans une période de *suractivité intellectuelle*, qui se caractérise surtout par des *interprétations*.

Sa rivale « a très mauvais aspect, elle est laide, c'est une fille *hystérique* qui a toutes les maladies », et, à ses yeux d'amante jalouse, c'est « cette fille » qui doit être tenue pour responsable du mauvais état de santé du mari.

Après quinze jours de surveillance, de crainte attentive, d'interprétations de toutes sortes, elle finit par trouver que son mari qui la rassure, proteste et élude, perd de son intelligence en même temps qu'il maigrit, et elle lui déclare : « Tu



n'es qu'un imbécile, tu ne comprends pas qu'on te poursuit dans la rue, tu ne t'en aperçois même pas. » Elle répète constamment cette même phrase, et tous ses soupçons, toute son inquiétude, toutes ses interprétations amoureuses, semblent pendant plusieurs jours se cristalliser autour de cette idée directrice. Mais un travail intellectuel se fait sourdement. Si son mari la contredit, s'il devient à ses yeux imbécile, sa perspicacité à elle doit s'accroître et il lui semble qu'elle s'en accroît d'autant. Elle observe seule, épie pour deux et finit par interpréter une foule de faits qui lui paraissent significatifs. Notre malade alors dévore les journaux, les découpe, note les vols, les accidents, qui se rapprochent de près ou de loin de son quartier ou des quartiers qu'elle a autrefois habités. S'il s'agit d'un assassinat, sa rivale en devient la complice ou l'instigatrice cachée.

En même temps elle voit que son mari « baisse beaucoup, il juge mal, le noir est blanc pour lui et le blanc devient noir. Il dépérit à vue d'œil, la fille Thomas en est la cause ».

Non contente de se préoccuper de la santé de son mari, Albertine T... se préoccupe de la sienne propre davantage encore. Elle tient à sa beauté, à sa santé et veut reconquérir l'empire du cœur que lui a ravi sa rivale.

A force d'interprétations, elle finit par se trouver malade. Elle a une maladie d'intestin, et sous prétexte qu'elle souffre du ventre, sans pouvoir toutefois donner aux douleurs qu'elle accuse une localisation précise, elle prend tous les soirs un médicament nouveau. Elle ne prend pas de médicaments à substratum alcoolique. De ce traitement aussi intempestif que spontané, le résultat ne se fait pas attendre. Elle vomit plusieurs fois ses aliments qu'elle modifie avec la même incoordination. Elle n'accuse pourtant pas encore d'hallucinations du goût et, dit le mari, la langue alors était bonne et les digestions habituelles ne présentaient rien d'anormal.

PÉRIODES D'INTERPRÉTATIONS DÉLIRANTES (janvier à avril 1907). — Progressivement, les interprétations deviennent délirantes. *De janvier à avril 1907* on l'épie dans la rue, on rit sous cape en la voyant. Les passants, de plus en plus « moqueurs » et « sournois », s'entretiennent d'elle et de son mari.

« *En février*, elle confie tout cela à ce dernier et elle lui reproche amèrement son indiscretion ; d'ailleurs, s'il tient certaines... personnes au courant de leurs affaires conjugales, c'est parce que « la fille Thomas le détraque », « la fille Thomas le

travaille ». Et puis, si les voisins sont aussi attentifs à ses gestes, à ses paroles, c'est à l'instigation de « la fille Thomas ». Cette rivale, dépitée de son premier insuccès, veut, par d'autres moyens, amener la désunion du foyer. Elle n'a pas réussi à prendre le mari, elle veut maintenant s'attaquer à l'épouse elle-même.

*En mars*, un beau matin, tandis que la malade fait sa toilette, les fenêtres closes et les rideaux baissés, un ouvrier sur une échelle répare la devanture de la maison. Elle prétend alors que cet homme, « envoyé par la fille Thomas », l'a vue et qu'il s'est adressé à son compagnon de travail pour faire à son sujet une réflexion érotique et grossière. La présence de l'ouvrier dans la rue est exacte, mais la réalité du propos n'a pas été vérifiée et paraît contestable, M<sup>me</sup> B... ayant éludé l'éclaircissement que son mari lui proposa à son retour. Il paraît fort probable que nous sommes ici en présence d'une interprétation ou tout au plus d'une illusion née à l'occasion d'une représentation mentale très vive, étant donnée la pudeur excessive de notre malade.

PÉRIODE D'HALLUCINATIONS (avril 1907). — I. *Hallucinations auditives*. — C'est effectivement en avril 1907 que se fait chez notre malade la transition entre l'interprétation représentative et l'extériorisation corticale hallucinatoire. Elle se fait par l'apparition d'hallucinations auditives.

La malade entend tout d'abord et partout des bruits insolites autour d'elle. Elle entend dans la rue, des grossièretés, des injures, des mots aussi qu'elle ne comprend pas. Elle entend les passants répéter maintenant avec netteté des entretiens qu'elle a en particulier avec son mari, et ce dernier, alors, s'aperçoit du caractère morbide des reproches de sa femme. Ce n'est pas, du reste, sans un certain étonnement, car la mémoire, les aptitudes au travail restent intacts. La fatigue pourtant se fait jour facilement.

Préoccupée par l'idée du contraste existant entre l'infidélité de son mari et sa conduite à elle, irréprochable, elle accuse ses voisines d'en face de vouloir, « femmes de mauvaise vie », l'entraîner à des actions répréhensibles. La fille Thomas n'a pas réussi à lui prendre son mari, elle veut s'attaquer maintenant à elle-même. La représentation mentale l'obsède davantage, prend corps et elle entend des imprécations telles que « mort à vous », « si ce n'est toi, nous y ferons passer ton père! »

Puis les bruits se rapprochent et gagnent en intensité. Dans



les pièces voisines, maintenant, « des gens envoyés par la fille Thomas l'appellent, la menacent, frappent au mur », les ennemis s'installent chez les voisins immédiats. Bientôt, il y a dans une chambre contiguë à la sienne une sorte de « maison publique » où ses ennemis joignent à leurs menaces des propos lubriques. « Ces gens-là se moquent de moi, je les entends faire leurs saletés, des « pousse » et des « ouf ». Je les entends vomir, cracher, se saouler. »

Toujours interprétratrice, Albertine T... utilise ses hallucinations pour la construction de son délire. Elle est en présence d'une bande d'ennemis recrutée par la fille Thomas et qui en veut actuellement à sa santé, à sa vertu. S'ils font du bruit la nuit, c'est par l'ordre de sa rivale afin de la distraire de la présence de son mari. Le délire est maintenant amorcé et il ne va que se systématiser davantage.

Alors commence une série de trois déménagements successifs, car la bande s'organise et se rapproche de plus en plus de sa personne. Depuis le 1<sup>er</sup> août les hallucinations augmentent, « ils » sont derrière le mur, derrière la porte, puis « ils » pénètrent chez elle, en s'attaquent directement à elle-même. « Ils » essayent alors de l'hypnotiser, de la suggestionner et par certains... moyens « ils » lui dérobent sa pensée. La nuit, dans les différents lits où elle se réfugie, elle entend constamment craquer le sommier. « Ils » disent des mots tels que « anses », « saucissons », et quand ils triomphent d'elle, ils lui disent : « Maintenant que tu l'as dans le landeau, emplis-toi. »

II. *Hallucinations olfactives.* — Bientôt, ce ne sont plus seulement « des orgies, des menaces » qu'elle entend, ses ennemis s'attaquent en effet directement à sa personne. Lorsqu'elle repose auprès de son mari « ils lui lancent des odeurs sous la porte, afin de la distraire, de l'étouffer. Ces odeurs, âcres le plus souvent, rappellent « l'alcali », « l'ammoniaque », mais parfois elles sont douces et voluptueuses ; elle accuse alors le « chloroforme » que lui envoie la fille Thomas pour la paralyser dans ses rapports conjugaux.

Le 15 août 1907, de Gennevilliers, elle déménage encore pour aller s'installer rue de la Chapelle.

III. *Hallucinations génitales.* — C'est qu'en effet, non contents de faire du bruit dans le sommier du lit, pendant le sommeil de son mari, ses ennemis la provoquent par des attouchements au niveau des organes génitaux. La fille Thomas veut la pousser à faire des actes répréhensibles, et, contre les

pensées lubriques et les spasmes voluptueux qu'entretiennent chez elle les hallucinations génitales, la malade se défend par des contractions des adducteurs, des attitudes aussi variées que bizarres. Enfin, elle réveille son mari et le supplie de la défendre.

IV. *Hallucinations gustatives*. — A côté des hallucinations auditives, olfactives et génitales, qui occupent le premier plan dans l'organisation du système délirant, il faut signaler encore les hallucinations gustatives. Elles sont fréquentes chez cette malade. Déjà tourmentée par les préoccupations hypocondriaques du début, elle s'aperçoit maintenant que ses aliments « ont mauvais goût » ; ils ont le goût du poison, ainsi que sa boisson, et ce poison lui est versé par des stratagèmes de ses ennemis pour la faire périr. Aussi son alimentation devient-elle bizarre et défectueuse.

V. *Hallucinations visuelles*. — A cette époque, et dans la suite de l'affection, notre malade est atteinte par surcroît d'hallucinations visuelles. Elle « voit » alors ses ennemis qui « font des scènes macabres et on ne peut plus lubriques. Ils se mettent les uns derrière les autres tout nus ». La malade parle aussi, à différentes reprises, d'un nègre qui l'épie à tous les coins de rue et, dans les embrasures des portes, lui fait peur. Son mari veut la rassurer, il cherche cet homme avec elle, mais jamais elle ne peut lui montrer le galant.

On braque aussi sur elle des rayons X ; on cherche à lui crever les yeux.

Enfin, certains souvenirs, dont l'ancienne fixation s'est accompagnée d'une émotion intense, ressuscitent sous forme d'hallucinations visuelles oniriques. C'est ainsi qu'elle voit apparaître la nuit le squelette d'un de ses frères et celui de sa mère, personnages morts, le premier six ans et l'autre dix-neuf ans auparavant.

VI. Les troubles de la *cénesthésie* et de la *sensibilité générale* complètent cette symptomatologie. La malade ressent des secousses « électriques ». Ses ennemis provoquent dans son corps, et en particulier dans la tête, des points douloureux. On lui perfore la peau afin de lui prendre du sang ; elle a des sensations désagréables à la plante du pied ; elle redoute le contact pénible d'un robinet en métal. Nous avons vu survenir enfin des modifications de l'appétit et même des vomissements apparaître.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Sous l'influence d'un tel cortège de



symptômes, on conçoit que l'état général de la pauvre femme devient alors vraiment misérable.

La recrudescence des hallucinations, la nuit, trouble de plus en plus son sommeil.

En *septembre* 1907, elle se réveille fréquemment; en *octobre*, elle ne prend plus un instant de repos. Le jour, à l'anorexie, s'ajoute la crainte du poison; elle maigrit, et, à deux reprises différentes, en *février*, puis en *mars* 1908, elle *s'évanouit* pendant quelques secondes.

C'est alors qu'elle réclame de la Préfecture de police une enquête sur cette bande qui la pourchasse et, dit-elle, « la persécutera toujours ».

Devant des symptômes aussi persistants, sa famille se décide à la faire soigner.

Le 30 *mai* 1908, elle est en pleine activité délirante; on note son excitation intellectuelle, sa loquacité, ses hallucinations auditives, visuelles, ses troubles de la sensibilité.

Le 3 *juin* 1908, on observe des « illusions multiples ».

Le 17 *septembre* 1908, elle entre à l'asile de Moisselles. A cette date, notre malade a trente-cinq ans.

C'est une grande et brune femme, au début de la canitie, dont les traits encore fins et la taille bien faite révèlent alors un état organique assez bon.

Toujours méfiante, elle s'isole, et la difficulté est grande de l'aborder.

Nous avons pu, toutefois, arriver à reconstituer son délire, aujourd'hui systématisé nettement.

#### ANALYSE DU DÉLIRE

« Il y a des hallucinés, dit Baillarger, qui s'entretiennent successivement avec trois, quatre et jusqu'à douze ou quinze interlocuteurs invisibles, dont ils affirment distinguer facilement les différentes voix. »

Notre malade se trouve actuellement persécutée par une bande d'ennemis parfaitement circonscrite et organisée par l'ancienne rivale. Le but des conjurés est, à défaut du mari, de s'emparer de l'épouse elle-même afin de ruiner le foyer; leur procédé consiste à modifier sa propre personnalité féminine; et, contre cet envoûtement, notre malade résiste avec méthode.

1° *Constitution de la bande*. — Le groupement hostile est composé de neuf personnages. Ils ont des noms que leur a

donnés la malade; ils ont une personnalité différente, un physique, une physiologie et même une pathologie particulière à chacun d'eux.

Nous connaissons déjà le principal personnage. C'est *la fille Thomas*, la rivale, disparue de la circulation, mais caractérisée par sa laideur, cela va de soi. C'est « une pourriture », elle a eu toutes les maladies et, par-dessus tout, c'est le prototype de l'hystérie. Aussi, a-t-elle un aspect cachectique et bien misérable; c'est « la grande desséchée ». A un moment donné, Paris entier, et même la banlieue, s'entretiennent de son cas, et tout le monde répète alors la nouvelle que, transportée à l'hôpital, cette fille est sur le point d'y mourir.

Depuis que, dépistée par Albertine T..., elle se consume sur un brancard de l'Assistance publique, loin d'abdiquer, elle se fait remplacer dans la direction du complot par un lieutenant digne d'elle.

Lui aussi a un nom d'emprunt, c'est *Tartruffe*. Le néologisme que, pour lui, Albertine T... a créé, a pour notre malade une signification importante, comme nous le verrons tout à l'heure.

*Tartruffe* se charge avantagement d'une telle mission et il trouve son compte à ce trafic; il a en effet « les yeux bleu clair et il bedonne ». Nouveau Protée, il peut sans cesse modifier son visage afin de mieux tromper son monde; il a de plus le don d'envoûtement. Ainsi, il doit être en ce moment dans un gros corps, parce que cet aspect attire peu la méfiance, et s'il emprunte la voix des personnes de son entourage, c'est pour approcher facilement Albertine ainsi que son mari. Si elle le nommait « Tartuffe », et non *Tartruffe*, elle qui connaît sa puissance d'envoûtement, Silvain, de la Comédie-Française, pourrait s'en trouver froissé ou même frappé à mort. Cet individu, en effet, joue à volonté du maléfice. Il a déjà tué, par ce procédé, plusieurs hommes de science très en vue, et surtout il a exercé ce pouvoir occulte contre le mari de la malade afin de lui dérober son esprit, de lui changer son cerveau et de suffisamment modifier sa mentalité pour le livrer à la fille Thomas. Ce pouvoir, il le partage d'ailleurs avec ses acolyte, *La Tête de mort* et *Aristide le désossé*. Ces deux individus, peu rassurants, sont immédiatement placés sous les ordres de *Tartruffe*.

« *Tête de mort* » est principalement chargé de la surveiller, elle et son mari, de la filer partout, de lui faire peur et de rendre compte de ses moindres gestes à ses supérieurs hiérar-



chiques. La malade semble désigner sous ce nom le nègre signalé à différentes reprises sans vérification positive possible. Ce personnage est porteur d'une maladie de foie si nettement caractérisée, qu'actuellement hydropique il a dans l'abdomen une quantité considérable de liquide. Mais il n'en est pas moins redoutable, au contraire. De ce liquide, il se sert pour fabriquer des philtres au moyen desquels il cherche à inoculer à Albertine une aussi terrible affection.

Quant à « *Aristide* », elle le surnomme « le désossé » à cause de ses fonctions macabres. C'est lui l'exécuteur des hautes œuvres et, pense-t-elle, ce doit être Jacques l'Eventreur, boucher de la rue de Flandre qu'elle connaît. C'est un ami de son mari. Ce dernier est moins redoutable que les précédents : il est moins fort qu'eux et il « sait qu'elle l'embête », ce qui la paralyse à distance. Néanmoins, il offre une certaine résistance, grâce à sa carrure et à un certain extrait de sa propre substance avec lequel il nuit de loin à tous ses ennemis.

A la remorque de ces individus machiavéliques se trouve un autre groupe de personnages « dégoûtants » et « ignobles » dont elle a emprunté les noms aux personnages qui formaient avec une certaine renommée, à l'époque du traumatisme moral, le quadrille dit du « Moulin Rouge ». Les deux principaux personnages sont des « femmes de mauvaise vie ». La première n'est autre que *Grille d'Egout*; la seconde s'appelle *Videuse de pots de chambre*.

Avant tout lubriques et érotiques, elles ont la mission de l'inciter à ne pas aimer son mari.

Cela fait six personnes; les trois dernières ont un rôle plus effacé : ce sont des subalternes, des « satyres », des « vampires », auxquels elle a négligé de donner un nom plus caractéristique.

2° *Action commune de la bande*. — Ces différents personnages, bien que doués d'aptitudes diverses, agissent avec un ensemble méthodique et conforme au plan si net de la fille Thomas.

Notre malade précise les dates des différentes phases de la lutte.

Le 1<sup>er</sup> avril 1906, la fille Thomas entre dans la maison où est employé le mari d'Albertine.

En septembre de la même année, elle commence à le travailler.

De janvier à avril 1907, elle s'adjoit successivement les personnages décrits. C'est la période des interprétations.

Depuis avril 1907, le cercle de l'action se resserre et, en même temps que les hallucinations apparaissent, progressent, se multiplient et sont interprétées elles aussi, la bande des neuf conjurés s'installe dans les appartements voisins de ceux de la malade pour s'attaquer enfin à sa personne. C'est le 1<sup>er</sup> août 1907 qu'ils envahissent son domicile conjugal. Ce qui fait la force d'ensemble de cette bande noire, c'est le pouvoir occulte dont sont doués ses neuf membres. C'est par « spiritisme » qu'ils opèrent surtout et ils sont en relation avec de nombreux spirites dont ils reçoivent les conseils. La « fille Thomas » a fait passer sa « boule hystérique » dans le cerveau du mari infidèle; Tartruffe a le don de transformation, d'envoûtement; Tête de mort, grâce à son pouvoir d'ubiquité, peut aller transfuser à d'autres les maladies qu'il emprunte; Aristide le désossé use avec lui, d'ailleurs, de philtres et de magie noire.

Quant aux derniers personnages lubriques, ils ressemblent étrangement aux incubes et succubes dont on retrouve, tracé par Huysmans, le portrait dans « Là-bas ».

Grâce aux ressources de la magie, tous ils empruntent des voies connues pour approcher la malade aisément; ils peuvent converser entre eux en se faisant sortir la voix par l'occiput; tous les moyens leur sont bons pour dérober les intimes pensées d'Albertine et ils parviennent à provoquer sur sa personne des secousses musculaires, des spasmes érotiques, des « piquements », des « élancements ». Tous plus ou moins atteints de maladies variées, ils transfusent à d'autres leur mal, ils tentent de prélever sur ces nouveaux malades des éléments divers qui reconstitueront leur organisme tout en détériorant celui de leurs victimes.

Les ennemis d'Albertine T... sont aussi au courant des principales découvertes modernes. Ils se jouent de l'électricité, des rayons Röntgen, appliquent à leur action les lois de l'hydraulique et de la pesanteur et la chimie n'a pour eux aucun secret.

Ce sont des personnages redoutables, mais ils ont avec Albertine et dès le premier jour, maille à partir, et elle les poursuit sans le moindre désavantage.

3<sup>o</sup> Réactions défensives. — Les réactions défensives de notre malade varient avec la période du délire.

Nous avons vu comment, à la période de suractivité intellectuelle et d'interprétations, elle réagissait par des fautes d'hygiène.



A l'apparition des hallucinations, la série des déménagements est classique. Elle se lève la nuit à tout instant pour répondre aux injures ; non contente de modifier son alimentation, elle change ses fournisseurs ; la nuit, en plein hiver, elle se met à la fenêtre pour éviter l'asphyxie et les mauvaises odeurs qui la menacent. Veut-on lui « brûler les yeux d'un coup de rayons X », vite elle clôt ses volets et colle du papier sur les fentes d'un mur. Enfin ses attitudes bizarres, les modifications qu'elle apporte à sa literie sont en harmonie avec les interprétations provoquées par les hallucinations génitales.

Il en va de même des troubles de la cénesthésie ; les réactions qu'ils provoquent résultent d'interprétations aussi. Elle fait couler sans arrêt ses conduites d'eau, se gante pour toucher un métal. De temps en temps, elle va s'essuyer les pieds sur les tapis-brosses des voisins ; elle en rapporte quelques-uns chez elle.

Toutefois, à part ces menus faits, les cris, les insultes, les menaces, elle n'a jamais présenté de réactions motrices violentes et jamais elle n'a accompli aucun acte immoral, indélicat, délic-tueux. Confiante en elle-même, elle n'a pas d'idées de suicide ; dans les moments les plus troublés, elle fait appel à son mari, à ses proches, vivants ou morts, à son médecin, à la société elle-même.

#### ÉVOLUTION

Depuis plus de deux ans, dans le service de M. Truelle, Albertine reste la même et son délire continue à graviter dans le même cercle d'idées.

*Elle interprète toujours.*

Écrit-on sur son dossier son nom de jeune fille ; c'est à seule fin de le salir ; Tartruffe est l'agent de ce tripatouillage des noms ; tous les neuf ils tripatouillent les états civils dans les mairies.

Voit-elle d'autres noms de malades : elle se rend bien compte des substitutions qu'on opère, défend sa personnalité. La bande intercepte ses lettres ; si on la garde, c'est pour se servir de son sang, on veut probablement le salir.

Un jour, elle perd un mouchoir dans lequel elle a enveloppé, lors de sa toilette, quelques mèches de cheveux ; elle accuse une malade de tremper dans le complot de la fille Thomas, on a d'ailleurs profité du désarroi d'un de ses déménagements autrefois pour lui dérober d'autres cheveux qu'elle gardait ; ces deux faits rapprochés signifient bien des choses...

Elle perd, dans le gravier du jardin, son crochet à dentelle : c'est nous qui le lui avons escamoté pour lui attirer des malheurs. Tandis qu'elle mange un biscuit, nous passons dans la salle, nous la regardons de loin, et ce regard a été la cause pour elle de nombreuses souffrances dans la suite. Aussi ne veut-elle pas nous parler pendant un temps fort long, notre conversation pourrait lui faire du mal et nous la reporterions à la fille Thomas.

Perd-elle un talon de sa chaussure, cela a été voulu et prescrit par X... afin de mieux l'électrifier ; une infirmière lui donne des chaussures neuves ; le fait lui semble significatif.

Elle aperçoit dans le jardin un fil de fer en bordure d'allée ; vite elle s'en détourne, car on l'a mis là exprès pour l'électrifier si elle tente de s'en approcher. Tout, jusqu'au glou-glou des conduites d'eau et de sa baignoire est matière, pour elle, à interprétations ; tous ici cherchent à lui faire des niches et à lui dérober ses affaires ; ausssi transporte-t-elle partout un bagage considérable de filets, de paniers et de paquets de toutes dimensions.

*Les hallucinations persistent toujours elles aussi.* — « Qu'est-ce que « l'angebant toujours » ? demande-t-elle. « Ils disent cela, je ne sais pas ce que cela veut dire. » On l'injurie, on lui « lance », on lui « jette » de tous côté des néologismes. Elle entend ces personnes « causer spirituellement » en haut, sur le côté, derrière, les voix viennent de loin. — On lui vole sa pensée ; « ma pensée, dit-elle, peut être entendue par Tartruffe, quand elle est réfléchie longuement et que je la fais redescendre en moi-même ». Ses ennemis ont cherché à empoisonner l'eau des bains avec le tout à l'égout. Ses aliments ont mauvais goût, sentent mauvais.

*Le 28 septembre 1908,* elle s'évente avec un journal pour empêcher les points qu'on lui envoie dans la tête.

*Le 13 mai 1909,* ses ennemis jouent des « lances », ils lui font peur par « leurs piquements et leurs élancements ».

*En août 1909,* elle indique sur sa cuisse une place où les bains ont creusé un grand trou. On lui tire du sang. Il y a de l'électricité, de la « télégraphie » partout ici, sous les pieds, dans le sol.

Enfin, en fermant les yeux, elle peut voir ses ennemis, et les dépister, ce qui tourne à leur confusion. « Si je ferme les yeux, je les vois faire tout leur mécanisme, dans leur jardin, je les vois causer, je vois leur bouche remuer. Lorsque je les vois,



ils disent alors : « nous sommes vus » ; mais je n'y tiens plus, je les rouvre aussitôt. »

Il semble ici que la malade ne décrive que des représentations mentales non franchement extériorisées, mais, par contre, il nous paraît incontestable qu'elle a aussi des hallucinations visuelles élémentaires. On cherche à lui crever les yeux avec des rayons X. Toutes les femmes ici ont des placards sur la figure. « De temps en temps, aussi, dit-elle, je vois passer quelque chose devant les yeux, brusquement, dans le sens transversal, je ne sais pas bien ce que c'est. »

*Interprétations et hallucinations se combinent* enfin pour alimenter le délire. C'est un fait qui ressort de la simple observation des faits précédents. Si elle entend les voix de ses ennemis de loin, c'est grâce à la finesse de son oreille. Lorsqu'elle interprète l'acte d'une infirmière, un regard du médecin, aussitôt une hallucination surgit qui extériorise et corrobore l'idée délirante, en est l'écho, la contredit ou la contrôle. Ce fait est capital chez cette malade, et c'est ce qui met en valeur le rôle des hallucinations dans le développement et l'extension de son délire.

*Idées de satisfaction et extension du délire.* — Depuis le mois de septembre 1908, le délire de notre malade présente certaines modifications caractérisées surtout par l'exagération de son caractère égocentrique avec idées très nettes de satisfaction et une tendance à l'extension progressive.

A cette époque, elle commence à « culbuter » ses ennemis, qui seraient déjà tous « crevés » si l'on n'avait pas paralysé ses moyens de défense en l'internant.

De neuf, je les ai réduits à sept lors de mon troisième « déménagement ».

*Le 28 septembre 1908.* — Albertine a confiance, elle aura leur peau avant 1909, elle est assurée d'en être débarrassée, grâce aux résolutions qu'elle a prises. « Si alors ils ne sont pas tous morts, ils auront au moins une maladie. Je n'ai de comptes à rendre à personne » ; et elle se renferme dans un mutisme motivé et de plus en plus tenace.

*En mai 1909.* Elle a confiance en Dieu, elle ne les craint plus ; elle a toujours résisté aux mauvaises suggestions, elle est plus forte qu'eux. Elle interprète encore ses hallucinations dans ce sens et leur attribue un caractère mystique qui augmente d'autant la favorable opinion qu'elle a de sa personne. « Dieu, dit-elle, m'a toujours préservée en tout. Si je

les vois, c'est un don qu'il fait à moi seule. Elle peut entendre la voix de n'importe qui en y pensant seulement, elle peut atteindre à mort ses ennemis, simplement en pensant à eux et en se concentrant sur elle-même. Aussi, après sa disparition, il y en a beaucoup qui voudront avoir un cerveau comme le sien. « Si jamais je mourais, dit-elle, ce qu'il y en a qui mouraient avec eux ! »

*Le 30 juillet 1909.* « Ils seront réduits en poussière d'ici trois jours. Il n'y en a plus que deux ou trois, mais le Tartruffe plus résistant que d'autres est maintenant bien malade. Si j'avais voulu, ils seraient tous crevés, c'est par ma bonté que j'en ai laissé deux. Maintenant, je me concentre en moi-même. »

S'agit-il du personnel qui l'entoure, « je ne veux pas parler, dit-elle, je ne veux pas me mêler à ce monde-là. J'ai la conscience nette, j'ai toujours observé tous les commandements de Dieu. Je ne veux pas être soumise à des gens qui sont beaucoup moins intelligents que moi et moins purs que moi... Je ne m'attaque pas aux moins forts. » L'imbécillité de son mari s'accroît de jour en jour. D'ailleurs, « depuis que Tartruffe s'en est mêlé, tout le monde devient abruti ». « Oh mais, termine-t-elle, je garde mon petit moi, je suis très personnelle ».

Le *délire* revêt maintenant un caractère nettement *palin-gnostic*. Dans chaque maison, il y a un locataire de leur secte. Si sa mère est morte il y a dix-neuf ans, si son frère est mort il y a six ans, c'est par l'intervention de la fille Thomas et de sa bande.

*Le 30 juillet 1909.* Ils ont déjà commencé, il y a des centaines d'années ; le début remonte à 1789. Ils ont existé de tout temps.

*Le 20 septembre 1909,* non seulement la fille Thomas qu'elle appelle maintenant *Thomassin*, afin de ne pas se souiller la bouche, a voulu repasser sa maladie à son mari et à elle, mais elle veut s'en prendre à l'esprit du petit enfant de la malade ; elle voudrait son neveu aussi ; « elle embrasserait n'importe qui, même des chiens et des singes : c'est de la belle race. Tous les hommes ont fait un compte entre eux et, maintenant, ils peuvent déclarer la guerre en Allemagne avec les espionnages de Belgique. »

Enfin, non seulement les infirmières et nous-mêmes, nous sommes autant de complices de la bande, mais l'empereur *Guillaume* s'est mis de la partie. Elle peut, certes, se servir de



*Dieu* pour vaincre ses ennemis, mais si elle le voulait, elle pourrait encore utiliser les *francs-maçons*.

L'état intellectuel de notre malade a résisté à ce délire sans présenter actuellement d'altération notable.

Les *sentiments affectifs* sont intacts. La malade ne veut pas qu'on lui amène son enfant parce qu'à l'asile on influence les cerveaux. Elle ne veut pas qu'il lui écrive, elle ne veut pas en parler, ni même prononcer son nom de peur qu'il en ressente du mal. Elle préfère savoir qu'il est bien portant, et, dit-elle, elle sait qu'il est bien soigné chez son frère. Cela lui suffit. Elle réclame de temps en temps sa sortie.

Bien qu'elle ne veuille parler à personne à l'asile, lorsque son frère et son mari viennent la voir, elle les reçoit gentiment, mais ne veut pas les entretenir longtemps pour des motifs tirés toujours de son délire. Elle leur demande des nouvelles de son enfant.

Ses *sentiments complexes* restent indemnes. Calme au moment du lever et du coucher, elle fait son lit elle-même, fait sa toilette seule, est propre et soigneuse, et, même se distingue des autres malades par une certaine recherche dans sa personne. Elle mange proprement et est discrète dans la satisfaction de ses besoins.

Son *attention* est intacte, sa *mémoire* reste prompte, ses *associations d'idées* sont rapides.

Sa *volonté* est d'une ténacité remarquable, mais elle n'a aucune réaction violente.

Bref, son *taux intellectuel* est très satisfaisant et ne semble pas devoir s'altérer de longtemps.

*État physique.* L'intégrité physique est gardée et l'état général de la malade est bon aussi actuellement, autant qu'il est permis de s'en rendre compte par les moyens d'investigations cliniques ordinaires.

## Thérapeutique.

# TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

## PAR L'ACIDE BORIQUE

Par M. Armand DEVAUX

Interne de l'asile de Saint-Lizier.

Le borax a été conseillé depuis longtemps dans l'épilepsie. Féré, qui l'a particulièrement étudié à ce point de vue, le déclare tout à fait infidèle, ce qui n'est d'ailleurs pas une raison de le rejeter absolument. Puisque le sel donnait quelques résultats heureux, nous nous sommes demandé si son action n'était pas due à son acide seul, et nous avons eu l'idée de traiter directement par l'acide borique nos malades épileptiques. Bien que cette idée nous soit personnelle, nous avons fait de nombreuses recherches bibliographiques sans trouver aucune indication quelconque sur l'emploi de l'acide borique dans l'épilepsie. Il est seulement dit dans le *Dictionnaire de Dechambre* (art. Acide borique) que cet acide « fut réputé médicament sédatif et calmant nervin, antispasmodique; qu'on le prescrivait en conséquence dans les maladies délirantes et convulsives, dans les névroses », et « qu'il est difficile aujourd'hui d'estimer à leur juste valeur ces opinions sur un médicament que l'on a cessé depuis longtemps d'employer à l'intérieur ». Les premiers résultats



obtenus nous ont prouvé que le traitement possède une efficacité certaine, qu'il peut diminuer considérablement le nombre des crises convulsives. Dans notre service de l'asile où sont enfermés vingt-trois épileptiques (hommes), nous avons récemment donné l'acide borique à tous ceux de nos malades qui tombaient fréquemment : autrefois, le total mensuel du nombre des crises était de 140 à 150 ; depuis vingt-deux jours, nous n'avons constaté que 15 crises, dont 2 seulement chez les malades traités. Nous avons donc cru devoir publier immédiatement nos premières observations, ainsi que nous le conseillaient nos éminents maîtres, M. le professeur Rémond et M. le directeur Malfilatre, à la fois pour prendre date et pour provoquer des essais analogues auprès des malades faisant partie d'autres groupes. Nous nous proposons d'ailleurs de poursuivre ces expériences, de réunir des observations plus nombreuses et plus détaillées qui nous permettront de connaître les effets immédiats et éloignés de l'acide borique dans les diverses épilepsies ; nous nous réservons également de reprendre l'étude physiologique et pharmacodynamique du médicament.

Obs. I. — J..., vingt-six ans. Idiotie complète avec épilepsie. Mutisme presque absolu, gâtisme. Ne peut se tenir debout, doit rester alité.

Epileptique depuis l'âge de dix ans. Les crises convulsives sont très fréquentes : pendant les six derniers mois, leur nombre a été en moyenne de 15 par mois (nombre minimum 10, maximum 29).

A noter que, pendant cette période, il prenait régulièrement 4 grammes de bromures par jour.

Voici les résultats que nous avons obtenus.

Du 1<sup>er</sup> au 15 mai, traitement par les bromures, 7 crises.

Du 15 mai au 13 juin, traitement par l'acide borique (5 grammes par jour). Pas de crises.

Le 13 juin, nous abaissons la dose d'acide borique à 3 gram-

mes. Deux jours après, le malade eut une crise qui ne fut pas plus forte que celles antérieures. Jusqu'à aujourd'hui 22 juillet, pas de nouvelles crises.

Donc pendant deux mois de traitement par l'acide borique, il a eu cette unique crise consécutive à une diminution de la dose journalière d'acide borique.

Le malade a engraisié, il ne paraît pas déprimé par le traitement; il nous sourit volontiers et nous souhaite le bonjour, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps.

Obs. II. — C..., vingt-huit ans. Démence épileptique. Abrutissement complet et prostration. Langage incorrect et rudimentaire. Déchire ses vêtements. Crises convulsives fréquentes : présente ce caractère particulier d'être un proeursif rotatif. Pendant les six derniers mois, il prend 3 grammes de bromure par jour. Il a une vingtaine de crises par mois (le nombre oscille de 14 à 27).

Du 1<sup>er</sup> au 24 mars : 17 crises.

Nous lui donnons, à partir du 24 mars, 6 grammes d'acide borique par jour. Pendant les trois jours suivants, il a encore quelques crises, puis elles disparaissent complètement; il n'en aura plus qu'une, le 8 avril, qui nous fait élever la dose à 8 grammes. Mais l'état de prostration du malade va toujours en augmentant, il reste couché dans la cour, son nez et ses pieds s'enflent et desquamant sous l'action du soleil, il présente quelques œdèmes et ne mange plus. Nous supprimons l'acide borique le 19 avril; pendant 5 jours encore le malade n'a pas de crise, mais le sixième jour il tombe en état de mal; les journées suivantes, il a plus de 20 crises par jour et finit par succomber le 2 mai.

Sous l'action de l'acide borique, il avait donc passé un mois en n'ayant qu'une seule crise. Quant à la mort, quelle en a été la cause? Il est possible que la suppression brusque de l'acide borique ait joué un rôle dans la production de l'état de mal (la suppression brusque du traitement intensif par les bromures a souvent produit le même effet). Mais il faut savoir qu'il s'agissait d'un syphilitique non soigné, chez lequel l'évolution de la syphilis avait été très rapide. Normal jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il avait contracté la syphilis et sa déchéance intellectuelle et physique avait progressé très vite. La dépression et la céphalée étaient constantes, la jambe droite était parésiée, les accès d'épilepsie allaient en se rapprochant et s'aggravant.

A l'autopsie, nous trouvâmes des déformations osseuses des



tibias et de la face; le crâne, très étroit, était extrêmement lourd et dense; les méninges lui étaient adhérentes sur une large surface et ne purent en être détachées. Il y avait une congestion intense de la pie-mère et hypertrophie des granulations de Pacchioni. Nous ne trouvâmes dans le cerveau et le bulbe, ni gommes, ni sclérose. Tous les organes étaient congestionnés, le foie était gros et les reins présentaient des lésions de néphrite interstitielle. Le malade était donc condamné à brève échéance lorsque nous entreprîmes le traitement.

Obs. III. — O..., vingt-deux ans. Débilité mentale avec épilepsie.

Nombre de crises pendant les mois précédents : 20, 17, 15, 13, 15, 22.

Le 1<sup>er</sup> juin, nous lui donnons 3 grammes d'acide borique. Nous avons élevé cette dose à 5 grammes et à 8 grammes à mesure que de nouvelles crises apparaissaient.

Il a eu 11 crises convulsives pendant le premier mois de traitement, traitement trop faible au début, mais il n'en a plus eu pendant les vingt-cinq jours suivants.

Le malade a un peu maigri, mais son état général reste bon. La peau est sèche, mais sans éruptions. Il est devenu un peu plus lent dans la conception et l'exécution de ses actes. Il a encore des moments de trouble et de délire légers, comme autrefois à l'approche de ses crises.

Obs. IV. — G..., trente et un ans. Le nombre mensuel des attaques varie de 8 à 25.

Soumis depuis un mois au traitement par l'acide borique (5 grammes), il n'a eu qu'une seule attaque.

Obs. V. — B..., cinquante-six ans. Ce malade était soumis depuis dix jours au traitement par l'acide borique (5 grammes), lorsqu'il présenta des symptômes d'intoxication : face bouffie, œdème des membres inférieurs avec érythème diffus, d'un rouge vif, remontant du cou-de-pied au milieu de la jambe, nombreuses macules sur la poitrine s'effaçant sous la pression du doigt. Sous l'action des purgatifs et du régime lacté, l'érythème pâlisait dès le lendemain de son apparition et les œdèmes se résorbaient rapidement.

Le malade n'a pas eu d'attaques depuis l'institution du traitement.

Il convient de rapprocher cette observation de celle de deux autres malades qui refusèrent de continuer le

traitement, prétendant souffrir de l'estomac ou de la gorge. Il est vrai qu'ils nous avaient habitués à de pareilles plaintes à l'approche de leurs crises.

OBS. VI. — C..., trente et un ans. Epilepsie consécutive à un traumatisme cranien.

Quatre à six crises par mois (traitement bromuré).

Soumis depuis un mois au traitement par l'acide borique (5 grammes), il n'a eu qu'une crise.

OBS. VII. — A..., quarante-six ans. 20 à 30 crises par mois.

Nous l'avons soumis, il y a un mois, au traitement par l'acide borique (5 grammes). Quelques jours après, au moment du coucher, il se jeta par la fenêtre du dortoir, croyant, dit-il, se jeter sur son lit. On le releva sans connaissance; la résolution musculaire était complète, l'insensibilité absolue; la respiration, loin d'être stertoreuse, n'était plus perceptible; les battements du cœur s'entendaient à peine. Nous craignions déjà un traumatisme médullaire, lorsque, brusquement, quatre heures après, le malade se dressa sur son lit, demandant où il se trouvait. Il ne lui est resté, de cet accident, qu'une fracture du péroné en bonne voie de guérison.

Il n'a pas eu de crises convulsives depuis, mais il est tombé deux fois de son lit et s'est relevé aussitôt, plein de connaissance.

OBS. VIII. — S..., trente-six ans. Nombre de crises pendant les derniers mois : 21, 12, 9, 16, 21, 13, 16.

Traité par l'acide borique (3 grammes, puis 5 grammes) depuis un mois, il a eu 2 crises tout au début du traitement.

OBS. IX. — Cette observation, recueillie en collaboration avec notre père, le Dr Devaux, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, est particulièrement intéressante parce qu'elle prouve que l'efficacité du traitement, ainsi que sa parfaite tolérance, peuvent persister des années.

X..., quarante et un ans. Pas d'antécédents héréditaires nerveux; ses parents étaient de faible constitution. Lui-même était dans son jeune âge petit, faible, souffrant de troubles digestifs. Son intelligence était bien développée; il eut deux fois le prix d'excellence au lycée, dans l'enseignement moderne.

Vers quinze ans, il eut ses premières crises, qu'on attribua à l'onanisme. D'abord espacées de deux à trois mois, elles



devinrent de plus en plus fréquentes, se reproduisant tous les deux ou trois jours et même plusieurs fois par jour. Très amaigri et affaibli physiquement, il était dans un état de dépression mentale extrême qu'il attribue à l'énorme quantité de bromures qu'il avait absorbée.

Il était âgé de trente-quatre ans lorsque l'acide borique lui fut administré. Il prit d'abord, pendant quinze jours, des doses trop faibles, 3 grammes, puis 5 grammes. Dans cette même période, son père fut atteint de pneumonie et mourut. En raison de l'émotion qu'éprouva le malade et de l'insuffisance du traitement, la maladie ne fut pas modifiée dans sa marche. Mais quelques jours après, quand il reprit plus de tranquillité d'esprit et quand la dose fut portée à 8 grammes, les crises disparurent complètement, tout d'un coup. Depuis cette époque, il n'eut plus qu'une crise douteuse, quelques mois après l'institution du traitement : on trouva sur son oreiller un liquide rougeâtre que sa famille crut être de l'écume sanguinolente et que le malade attribue à son édredon qui aurait déteint. Cette crise, très douteuse, est la seule qui s'est manifestée depuis plus de sept ans. Le malade est cependant encore sujet à des absences, assez rares d'ailleurs ; il a encore assez souvent des cauchemars, mais jamais d'incontinence nocturne. Il est resté faible, digère mal, comme d'ailleurs il l'a toujours fait (il eut même une légère crise d'appendicite). Au point de vue mental, il est encore un peu affaibli, bien que très amélioré depuis l'institution du traitement. Il s'occupe, lit et sort seul. Il a toujours pris de l'acide borique depuis sept ans, et actuellement encore il en prend journellement 3 grammes, sans qu'aucun phénomène d'intolérance se soit manifesté.

En résumé, nous avons obtenu, chez quelques épileptiques, en les traitant par l'acide borique, la suppression totale ou partielle des crises convulsives.

Le point délicat du traitement est d'éviter les phénomènes, d'ailleurs passagers, d'intoxication. Les accidents toxiques de quelque importance — érythèmes, insuffisance, œdèmes, albuminurie, inappétence, dyspnée — ont été rares et ne se sont produits que chez des malades âgés, cachectiques ou atteints d'insuffisance rénale. Nos autres malades de l'asile n'ont pas souffert du traite-

ment ; quelques-uns ont présenté un peu de somnolence et de dépression intellectuelle, comme on en constate d'ailleurs dans le traitement bromuré. Il y a donc lieu de surveiller attentivement l'état physique et intellectuel des malades et de s'assurer du bon fonctionnement de l'intestin. Quant à la dose utile, elle varie avec les individus et avec les circonstances, et doit être recherchée avec soin. Nous débutons ordinairement par une dose de 3 grammes par jour (1) ; si cette dose est insuffisante, nous l'élevons sans hésiter à 5 grammes, puis à 6 et 8 grammes. Il sera bon de chercher à l'abaisser lorsque l'amélioration aura persisté plusieurs jours, mais on devra se méfier de la suppression brusque du médicament donné à fortes doses.

---

(1) En solution dans l'eau. On peut aromatiser la solution avec du sirop de citron, de café, etc.



---

## Médecine légale

---

# VOL ET DÉSERPTION

SIMULATION

DÉBILITÉ INTELLECTUELLE — AMORALITÉ COMPLÈTE

INSTABILITÉ CONSTITUTIONNELLE

**Par le Dr BELLETRUD**

Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Pierrefeu.

---

Nous avons été chargé récemment d'examiner un prévenu qui avait donné subitement, dans la prison, des signes d'aliénation mentale ; il nous avait été signalé comme extrêmement dangereux. Il avait, en effet, démoli en partie sa cellule, et ses gardiens étaient terrifiés par ses menaces.

L'acte pour lequel il était poursuivi était le vol d'une mule dans une foire, vol accompli avec un complice dans des conditions tout à fait banales. Les deux individus avaient détaché l'animal momentanément abandonné sur le champ de foire par ses propriétaires et l'avaient emmené purement et simplement. Nous acquîmes rapidement la conviction que cet individu simulait la folie et nous pûmes établir par l'examen psychique qu'il répondait à la proposition de Lasègue « qu'on ne simule que ce qu'on a ».

M... est inculpé du vol d'une mule accompli dans une foire avec un nommé F...

M..., arrêté, déclara se nommer B... Reconnu anthropométriquement au bout de quelques jours, il donna subitement, à partir de cette reconnaissance, des signes de folie. M... est relégable. C'est un déserteur des bataillons d'Afrique. B..., au contraire, n'est ni relégable, ni recherché par l'autorité militaire.

Envoyé en observation à l'asile de Pierrefeu, M... se présente comme un individu jeune, vigoureux, amaigri, mais nullement affaibli. Ses vêtements sont en désordre, malpropres et déchirés. Il les met en pièces, dès son arrivée, et reste nu pendant trois semaines, malgré le froid de l'hiver.

Dans sa cellule, il se promenait sans cesse, sauf pendant la nuit et au moment des repas. Il refusa tout d'abord de manger, mais, au bout de deux jours, accepta la nourriture qu'il absorbait gloutonnement. Il répandait partout des excréments et s'en barbouillait.

La nuit, il dormait assez bien ; mais quand il se réveillait, il ne manquait jamais de pousser quelques cris. Il refusa de coucher dans un lit, paraissant ne pas comprendre l'usage de ce meuble. Il déchira ensuite toute sa literie et coucha nu sur le plancher de sa chambre.

A notre premier interrogatoire, il ne répond que vaguement. Il dit s'appeler B... et prononce quelques paroles incohérentes et sans rapport avec nos questions : « Ils m'ont tout pris, mes fabriques, mes diplômes, mes brevets, mes médailles... » Quand nous lui parlons de ses condamnations, nous provoquons un mutisme absolu.

Il paraît ne pas comprendre les ordres qu'on lui donne. Ses yeux sont fixés vers le sol, son regard est atone. Cependant, dès cette première entrevue, nous surprenons, à notre entrée dans sa cellule, un vif regard aussitôt réprimé.

Les jours suivants, M... modifie légèrement son attitude. Il ne répond toujours pas aux questions d'une façon précise et immédiatement ; mais, si on insiste, après un silence, on obtient en général une réponse adaptée.

Il nous dit alors qu'il a vingt-cinq ans, mais ne nous dit pas la date de sa naissance ; qu'il est céramiste d'art.



à Menton; qu'il y possède de grandes fabriques, médaillé et diplômé par la reine d'Angleterre; qu'il est persécuté par des gens qui lui ont fait du mal, qui lui ont tout pris, mais qu'il ne désigne pas; que ses amis vont venir le chercher, qu'ils briseront tout; que lui tuera tout; qu'il va tout faire sauter, etc....

Ces réponses sont faites d'une voix anormale, éclatante, menaçante, mais monotone. Les menaces sont proférées sur le même ton que le reste du discours, en phrases hachées, suspendues et reprises, mais toujours courtes. Elles ne correspondent en rien à l'attitude de l'individu qui est parfaitement calme, entouré qu'il est, il faut le dire, de plusieurs infirmiers.

Sauf en ce qui concerne ses idées délirantes, sur lesquelles M... s'attarde assez volontiers pourvu qu'on le questionne, il est impossible d'obtenir de lui aucun renseignement touchant son identité, ses occupations habituelles, sa situation vis-à-vis de la justice, etc.... Si on obtient une réponse sur ce sujet, elle est toujours confuse et incohérente.

Or, si la confusion qui paraît régner dans l'esprit de M... ne s'améliore pas, il n'en est pas de même du désordre des actes qu'on a pu constater chez lui dans les tout premiers jours. Au bout de quatre à cinq jours de séjour à l'asile, il dort, boit et mange normalement. Il refuse toujours de coucher dans un lit et reste nu, mais il se couvre spontanément la nuit d'une couverture. Il obéit à la plupart des ordres précis et impératifs, si on paraît les lui donner d'un air détaché. Nous lui faisons mettre ainsi un pantalon correctement. Chaque fois qu'on lui dit de sortir de sa cellule, il le fait rapidement.

Après chaque interrogatoire, il nous quitte avec un soulagement évident par la rapidité avec laquelle il réintègre sa cellule. Il retrouve sans hésitation, dès le troisième jour, sa chambre au milieu d'une douzaine d'autres absolument semblables.

L'observation des mouvements de l'œil montre que l'attention de M... est très éveillée. Il nous a inspecté, puis un autre jour a examiné l'interne. Enfin, il n'a pu résister au désir de jeter un coup d'œil sur son dossier mis intentionnellement à sa portée. Les lieux qu'il par-

court à l'asile sont minutieusement examinés par lui; mais, aussitôt qu'il se sent surveillé, M... reprend son regard atone. Il obtient d'ailleurs très simplement cette inexpressivité en baissant les paupières et en dirigeant le regard vers le sol.

Il était naturel de penser que M..., qui avait essayé de se priver de nourriture, qui couchait sur la dure par un froid assez vif, tenterait de se pratiquer quelque mutilation légère. A la prison, il s'était déjà ouvert une plaie avec un manche de cuillère. A l'asile, il défit le pansement qu'on lui avait fait sur cette plaie et, avec ses doigts, la fit saigner. Celle-ci étant toute superficielle, on parut n'y prêter aucune attention et M..... renonça à ses mutilations.

L'examen somatique nous montre d'autre part une parfaite intégrité des organes. Aucun signe d'intoxication chronique ou aiguë, ou d'infection. Température, pouls, urines, tout est normal. Seul l'examen de la sensibilité révéla une grande résistance à la douleur.

On se trouvait donc en présence d'un état psychique paraissant anormal et dans lequel prédominait la confusion mentale. Secondairement existait un délire vague, peu compliqué, de persécution et de grandeur.

Chez M..., cet état de confusion mentale s'accompagnait de phénomènes qu'on n'est pas habitué à rencontrer dans de tels états. La mémoire, dans ses différents modes, était partiellement bien conservée; l'attention était éveillée et dirigée par la volonté. D'autre part, il manquait à cet état des phénomènes morbides indispensables, pourrait-on dire.

Les états confusionnels avec délires aussi intenses et aussi brusques que celui-ci ne vont pas en effet sans de graves troubles psycho-sensoriels. On rencontre toujours des illusions des sens, ou des hallucinations. D'autres fois on constate une grave dépression psychique. Rien de tel chez notre inculpé.

Les causes de la confusion mentale aiguë sont assez bien connues. On trouve à leur origine, soit une intoxication, l'alcoolisme le plus souvent; soit une maladie infectieuse, fièvre ou puerpéralité; soit un état épileptique; soit un surmenage. La seule cause qu'on pourrait invoquer ici serait la forte émotion causée par la vérifi-



cation de l'identité de M... Enfin un tel syndrome ne saurait exister au début sans une profonde modification de l'état général se traduisant par de la fièvre, de la perte de l'appétit, de l'insomnie, cachexie et perte des forces. Or, physiquement notre homme est intact.

En résumé, l'état morbide que paraissait présenter M... manquait d'une part des éléments habituels et en présentait d'autres qu'on ne trouve pas d'ordinaire chez de tels malades.

Plutôt que de s'arrêter à l'hypothèse d'une forme exceptionnelle d'aliénation, il était plus rationnel d'admettre celle de la simulation. D'autant plus qu'on connaissait chez M... un motif assez puissant pour lui faire risquer une telle épreuve. Pour éviter les peines encourues, relégation et prison militaire, M... pouvait s'exposer au froid et à la faim pendant quelques semaines.

Enfin, le début brusque de la maladie, après la vérification de l'identité, alors que jusque-là l'état mental de M... avait paru normal, venait encore fortifier notre hypothèse. Renseignements pris, B... n'est pas relégable. M... le connaissait comme tel, ayant séjourné avec lui dans une maison d'arrêt. Tant qu'il a pu se dire B..., M... fut sain d'esprit. Reconnu M..., il devient fou.

Après une quinzaine d'observation et notre conviction étant faite que M... était un simulateur, nous l'abandonnâmes à lui-même, complètement isolé et très surveillé. Nous l'avertissons au préalable que puisqu'il est fou et considéré comme très dangereux, il va vivre désormais dans les conditions où il se trouve.

Une semaine ne s'était pas écoulée qu'il demandait spontanément à nous parler. Nous le visitons et, redevenu normal, M... nous déclare qu'il a simulé, qu'il « a fait le fou » parce qu'il ne se trouvait pas bien à la prison ; parce que le juge d'instruction l'ennuyait de ses questions ; parce que, reconnu fou, il espérait échapper à la relégation, être placé dans un asile d'où il sortirait un jour ou l'autre ou duquel il s'évaderait plus facilement que de la prison.

Après avoir pesé la valeur de cet aveu et recherché l'existence possible d'une psychose périodique ou d'un

état intermittent, nous nous trouvons confirmé dans notre opinion que M... avait simulé les troubles mentaux qu'il avait présentés à la prison ou à l'asile afin d'échapper à l'action de la justice.

Nous avons cherché dans cette seconde partie si nous ne trouvions point chez M... des anomalies mentales de nature à atténuer sa responsabilité.

M... est âgé de vingt-quatre ans. Il est né en 1887, le 8 août. C'est actuellement un homme, grand, très musclé, qui n'offre aucune trace de dégénérescence physique. Rien d'anormal dans les organes.

Il porte une série de tatouages qui lui ont été faits à la maison de correction d'Aniane ou au bataillon d'Afrique. On remarque douze cicatrices, irrégulièrement réparties sur le dos, la poitrine et l'abdomen. Ces cicatrices sont linéaires, régulières et paraissent provenir de coups de couteau. Une de ces cicatrices, située à la région épigastrique est mal consolidée et saigne de temps en temps. Elle a été ouverte à deux reprises par M... lui-même, à la prison dans un accès de colère, et à l'asile pour faire croire à une mutilation. Ces plaies et cicatrices sont de la même date. De plus, on remarque sur le cuir chevelu quelques cicatrices plus anciennes, superficielles, n'intéressant pas l'os.

M... est en ce moment en très bonne santé. Il a beaucoup engraisé pendant les dernières semaines de son séjour à l'asile.

Le père de M... était céramiste à Menton et travaillait à cette époque assez régulièrement. Il buvait beaucoup et boit encore, surtout de l'absinthe. Il a fait depuis divers métiers, dirigé des fabriques de faïence à Apt et à Aix-en-Provence ; tenu une maison de tolérance à Manosque, et actuellement il fait jouer dans les foires aux jeux de hasard. C'est un homme très violent, très brutal. Il a frappé souvent et très fort M..., qui porte, si on l'en croit, les marques de sa brutalité dans ses cicatrices du cuir chevelu.

La mère de M..., atteinte d'une gastrite chronique, buvait beaucoup de vin.

M... a eu deux frères, morts tous deux : un en bas âge, l'autre un peu plus âgé, ce dernier de diphtérie.



Dans les antécédents pathologiques personnels de M..., on relève le croup à huit ans ; quelques traumatismes craniens légers entre huit et onze ans. A dix-huit ans, étant à Aniane, il est frappé d'insolation avec congestion cérébrale. Plus tard, il eut une otite gauche qui, après avoir très peu suppuré, est devenue chronique.

Les accidents qui ont marqué l'enfance de M... n'ont aucun rapport avec ses anomalies psychiques. L'insolation elle-même n'est pas à retenir comme cause, puisque l'inculpé avait, avant elle, manifesté de telles tendances vicieuses qu'on avait dû le placer en colonie pénitentiaire. Il faut tenir compte, au contraire, de ce fait que M... est fils d'alcoolique et que son père a lui-même un caractère emporté et une instabilité qui l'a conduit, de métier en métier, à la misère et au vagabondage. Il y a, dans cette ascendance, l'explication des tares considérables que nous trouvons dans le psychisme du fils.

Dès son enfance, M... a présenté un caractère indomptable et la mauvaise éducation qu'il a reçue a encore aggravé ses tendances. Il quitta Menton très jeune avec sa famille et fut envoyé à l'école, chez les Frères, à Apt. Il y resta jusqu'à douze ans, mais n'y apprit qu'à lire et à écrire. Il manquait l'école trois ou quatre fois par semaine. Il faisait alors de véritables fugues et son instabilité constitutionnelle se traduisait déjà par sa tendance au vagabondage. Il partait de chez lui à la moindre contrariété, le plus souvent parce que son père le battait. Il restait deux ou trois jours à errer dans la campagne, puis son père le faisait rechercher et on le ramenait à la maison. Il se nourrissait de fruits en été. Mais en hiver il n'hésitait pas à voler les sacs des ouvriers agricoles pour s'emparer de leur dîner. Il s'est enfui ainsi plusieurs fois avant l'âge de douze ans.

Dès son bas âge, M... a commis des petits vols domestiques. C'est à la suite du vol d'une pièce de 5 francs qu'il a reçu de son père la correction qui lui a laissé les cicatrices du cuir chevelu.

Vers l'âge de treize ans, il vient à Aix avec ses parents. Là, il allait voler les poules et les lapins des voisins pour essayer de les vendre ; quand il ne pouvait les emporter, il les tuait.

Dès l'âge de quatorze ans, il ne peut plus supporter la vie familiale. Il s'enfuit et son père, lassé, le laisse tranquille.

M... est alors bien développé. Il profite de ses avantages physiques pour se placer à Aix comme manoeuvre maçon chez un entrepreneur, ami de son père. Il travaille pendant quelques jours, puis vole à son patron un litre de pernod, le boit, se grise et ne revient plus. Il se place chez un autre patron et, de suite, vole un gros robinet de cuivre. On s'aperçoit du vol. Il remet le robinet à sa place, mais est néanmoins congédié.

Il habitait alors en hôtel une chambre qu'il avait louée pour quinze jours et dont il ne paya pas la location. Il y vole 30 francs à un voyageur et part en chemin de fer pour Marseille qu'il voulait visiter depuis longtemps. Il dépense son argent et revient à Aix. Sans chercher à rentrer dans sa famille, il essaye de s'embaucher. Mais il est connu pour ses vols, dans la petite ville, et il ne trouve pas de travail. Apprenant que son père le recherche, il se cache dans la campagne. Pendant un mois il rentrait de grand matin dans Aix, volait le pain que les boulangers déposent dans les corridors et repartait dans les champs. La nuit, il couchait dans les cabanes.

Des voisins de son père connaissaient à peu près son gîte ; ils avertissent le père, qui prévient la police. Une nuit, M... est pris dans un cabanon, y ayant signalé sa présence par le feu qu'il y faisait pour cuire des pommes de terre. Son père avait eu, vers cette époque, l'idée de le placer à l'asile d'Aix, mais n'y put réussir.

En février 1903, M..., qui a quinze ans, est alors mis en correction à la Colonie pénitentiaire d'Aniane. Il en sort à dix-huit ans, sans qu'on ait eu à se plaindre de sa conduite. Il y a appris le métier de maçon. Cependant, suivant l'inculpé, il y a fait une tentative d'évasion et s'y est grisé chaque fois que l'occasion s'est présentée.

En sortant d'Aniane, à dix-huit ans, il avait 50 francs de pécule et un habit neuf. Il se rend à Toulon pour s'engager dans l'infanterie coloniale, car la vie d'aventures l'attirait, comme beaucoup de ces instables. Mais son père refuse son consentement. Cet homme tenait



alors une maison de tolérance à Manosque et préférerait garder son fils avec lui. M... revient à Manosque, mais la vie que mène son père ne lui plaît pas. Il se rend à Marseille, puis à Aix. Il n'a plus d'argent. Il vend ses effets et revient chez son père. Celui-ci l'emploie pendant quelques mois à nettoyer l'établissement.

En 1905, il travaille quelques mois à Manosque comme maçon et le reste du temps avec son père, dont on a fermé la maison. Pendant cette dernière période, n'ayant pas d'argent et son père le nourrissant mal, il commet de nombreux vols d'aliments.

Il fait alors connaissance d'une femme et part avec elle pour Volx. Il fait le voyage pour la placer dans une maison de tolérance, dont le tenancier lui donnera quelque argent pour cette recrue.

La femme, ne connaissant pas son nouveau patron, confie son porte-monnaie contenant 28 francs à M..., qui part en se l'appropriant. Une plainte ayant été déposée, M... est arrêté et condamné à six mois de prison.

C'est, à son dire, pendant cette détention qu'il a songé pour la première fois à simuler la folie. Un médecin visitant un prévenu aliéné, vint voir également M..., l'interrogea et lui dit qu'il l'enverrait à l'asile s'il était de nouveau condamné.

A sa sortie de prison, il reprend son existence vagabonde dont les étapes se trouvent marquées, en 1907, par deux condamnations pour infraction à la police des chemins de fer et une pour vagabondage. Cette dernière serait volontaire, à son dire, M... ayant préféré le séjour de la prison aux misères de l'hiver.

Dans la suite il réussit à se placer à Marseille, comme commissionnaire, au Palais de cristal. Il prêtait la main aux machinistes et portait les bagages. Il travaille six mois. Un jour, il porte les colis d'un voyageur à bord d'un paquebot. On s'aperçoit qu'il manque des tringles en cuivre. Il est arrêté et condamné sur appel à quatre mois de prison.

C'est à Marseille, à ce moment, qu'il a fait connaissance de B..., qu'il allait retrouver plus tard à la maison d'arrêt de Nîmes.

Sortant de prison, il rejoint son père et sa mère, qui sont devenus forains. A une fête, à Manosque, il se grise,

quitte son père, erre quelques jours entre Aix et Apt, et dans cette dernière ville commet une agression à main armée avec guet-apens. Il purge à Nîmes une peine de trois années de prison.

Libéré en 1911, il est dirigé sur Tunis pour y accomplir son service militaire au 4<sup>e</sup> bataillon d'infanterie légère. Il en part une première fois au bout de quinze jours, mais est repris. Bientôt, il repart de nouveau, réussit à s'embarquer sur un paquebot et à débarquer à Marseille (juillet 1911).

Là, il se procure un peu d'argent et se rend à Gênes. Dans cette ville (15 août), à la suite d'une discussion, il est frappé de plusieurs coups de couteau qui ont laissé les cicatrices qu'il présente sur le tronc. Soigné à l'hôpital, il quitte Gênes aussitôt remis (15 septembre) et revient à Marseille, où il mène une existence misérable pendant plusieurs semaines.

Là, il rencontre le sieur F..., qui lui propose de s'associer à lui pour faire la contrebande de l'alcool. Le 29 septembre, il est impliqué dans le vol d'une mule avec ses harnais dans une foire et arrêté par la gendarmerie.

L'examen de cette vie met en lumière quelques faits intéressants.

Dès son enfance, M... a fait preuve d'une grande instabilité. Il se sauvait sans cesse de chez son père; faisant de véritables fugues, vivant en vagabond. Plus tard, ce besoin de déplacement s'est traduit par plusieurs condamnations pour vagabondage ou infraction à la police des chemins de fer.

Une autre perversion, importante médico-légalement, est la tendance au vol. Dès le plus bas âge M... a volé, d'abord ses parents, plus tard les voisins, puis ses patrons. Il a souvent volé sans besoin. Quand il prit, étant tout enfant, cette pièce de 5 francs, il ne savait qu'en faire. Il réunit alors les enfants du voisinage et les conduisit tous chez le pâtissier.

Ces deux tendances au vol et au vagabondage sont constitutionnelles chez cet homme. Elles constituent les deux facteurs principaux qui ont fait de M... un délinquant habituel. Elles se sont probablement développées sur ce terrain prédisposé parce qu'elles n'ont



trouvé en face d'elles dans le bas âge qu'une éducation extrêmement insuffisante et parce que M... a vécu dans un milieu particulièrement mauvais. Le seul procédé d'éducation usité par le père de M... a été la correction physique. Elle a complètement échoué chez cet être fort et très résistant à la douleur.

D'autre part, M... n'a jamais eu que de mauvais exemples sous les yeux. Il a été élevé par un père buveur dont la moralité n'était pas très développée, puisqu'il préférerait voir son fils vivre parmi les prostituées plutôt qu'au régiment.

Quelle influence aurait eue sur ces tendances anormales une éducation bien dirigée, appliquée dès le bas âge? C'est un problème qui chez M... se pose aujourd'hui trop tardivement.

Enfin, l'alcool a joué son rôle. Le père a bu et a créé l'individu aujourd'hui inculpé et l'alcool semble ici la principale cause de la dégénérescence que nous constatons. Mais M... est aujourd'hui également un buveur. L'alcool n'a pas encore produit chez lui une intoxication chronique. On ne trouve aucun signe d'alcoolisme chronique. Mais cependant l'usage d'alcool est devenu un besoin et l'ivresse le plus grand plaisir. Quelquefois on note son influence dans les délits passés. C'est un litre de Pernod que M... vole à un de ses patrons. Plus tard, il était ivre quand il commit son vol à main armée... Cependant on ne trouve chez M... aucune des réactions médico-légales propres aux ivrognes. L'explication se trouve dans ce fait que, contrairement à l'habituel, le caractère violent de M... s'adoucit quand il est ivre.

De telles perversions instinctives ne pouvaient exister chez M... sans d'autres anomalies psychiques. L'examen des facultés mentales nous en décèle de nombreuses.

L'intelligence est très faible dans son ensemble. La mémoire est mauvaise. C'est à peine si M... peut nous dire la date de sa naissance et ce n'est qu'après réflexion qu'elle lui devient certaine. Il ne se rappelle ni le quantième du mois, ni depuis combien de jours il est enfermé. Les dates des événements marquants de sa vie sont confuses. Il n'a pu, malgré sa bonne volonté, nous donner en une seule fois la liste exacte de ses

condamnations. Il se souvenait des principales ; mais avait oublié la condamnation pour vagabondage.

L'attention se fixe facilement et M... n'est pas un distrait. Cependant elle est très paresseuse. D'ailleurs, elle est facile à fatiguer.

Les jugements sont puérils ; ils sont dénués de toute logique. Les raisonnements se bornent aux immédiates constatations. Ainsi lors de sa désertion, M... est rentré presque aussitôt à Marseille où cependant il se savait connu.

Les tatouages qu'il porte sont une autre preuve de sa faiblesse intellectuelle. Si on pouvait mettre ceux qu'il se fit faire à Aniane sur le compte d'une coquetterie puérile, il n'en est pas de même pour ceux du bataillon d'Afrique. A ce moment, M... avait été plusieurs fois condamné, était un délinquant habituel, savait qu'il commettrait encore des délits. Il n'a pas songé un seul instant que de tels signes indélébiles pouvaient le faire reconnaître plus facilement.

L'activité intellectuelle est faible. Les associations d'idées se font lentement et ne sont pas compliquées. L'imagination est pauvre ; contrairement à beaucoup de ses pareils, M... n'aime pas à raconter ses aventures. Il ne cherche jamais à les embellir. Cette intelligence, congénitalement faible, n'a reçu aucune instruction. M... ne sait même pas la table de multiplication. Les acquisitions sont entièrement à l'état rudimentaire.

Les notions morales n'existent absolument pas. Actuellement M... est un amoral complet qui n'est dirigé que par ses appétits ou ses instincts pervers.

Les sentiments affectifs sont également absents. Il ne faut pas lui demander d'amour filial. Si son père l'a battu, sa mère a toujours été bonne, même faible pour lui. Et cependant il les a quittés avec une indifférence égale pour tous deux. Actuellement c'est sa mère qu'il regrette le plus « parce qu'elle lui donnait des sous ». Mais s'il lui fallait habiter avec l'un d'eux, c'est son père qu'il choisirait parce que, avec lui, on boit et mange bien.

Toute sentimentalité est absente dans ce caractère fruste. M... a fréquenté des femmes, mais n'a jamais eu de maîtresse et n'a pas éprouvé le besoin d'un attache-



ment féminin. Et cependant la sexualité est normale chez M... Le coït s'est toujours accompli normalement. Privé de femme, il se masturbe de temps à autre sans faire de différence entre ce plaisir et celui que lui donnerait une femme. Son seul bonheur est de boire et la privation d'alcool lui est seule pénible.

Enfin M... présente quelques troubles du caractère. C'est un violent, un emporté. Il éprouve des colères presque morbides. Il ne se connaît plus dans ces accès. Il est d'ailleurs très irritable et peut dans ces moments d'irritation se porter à des actes graves. Ces colères jointes à sa débilité intellectuelle le conduisent fréquemment à un entêtement invincible. Il est extrêmement méchant et l'a montré dès son enfance. Il massacrait impitoyablement les volailles des voisins, s'il ne parvenait pas à les voler.

Enfin il est très paresseux. A l'asile, il reste couché jour et nuit sur son matelas sans rien faire, ni manifester aucune activité.

En résumé, l'examen de la vie et des facultés psychiques de M... montrent qu'on se trouve en présence d'un débile de l'intelligence et d'un amoral, présentant de nombreuses perversions instinctives, instabilité constitutionnelle ou tendance innée au vol.

Chez cet individu on constate une absence complète des sentiments affectifs, une sécheresse de cœur absolue.

On ne s'étonnera pas que chez un tel homme la loi soit incapable de trouver les sanctions qui puissent empêcher ces mauvais instincts de se manifester en délit ou en crimes. La prison n'est nullement redoutée. La douleur psychique n'existe pas ; quant à la douleur physique, M... nous a montré qu'il y était particulièrement résistant, malgré une sensibilité intacte dans ses modes divers.

Si maintenant on envisage les actes délictueux de l'inculpé en eux-mêmes, on ne rencontre aucun détail qui puisse permettre de les attribuer à la folie, le vol de la mule que M... a commis, ou la désertion dont il est comptable à la justice militaire. M... en est donc responsable devant la justice.

Cependant, il faut tenir compte, dans l'appréciation

de cette responsabilité et pour l'atténuer, de ce fait que la justice a devant elle un infirme au point de vue intellectuel et moral, un homme congénitalement anormal sur lequel les sanctions habituelles n'ont aucun pouvoir correctif.

En ce qui concerne plus particulièrement la désertion, M... a obéi à son instabilité constitutionnelle, à sa tendance au vagabondage. Replacé au régiment, il désertera de nouveau. Si, tenant compte de cette constitution psychique anormale, on envisage l'incapacité dans laquelle il se trouve, par ce fait, de se fixer dans une occupation, de se plier à une discipline ou de redouter aucune punition, on est conduit à dire que M... ne peut que difficilement satisfaire à ses obligations militaires.

Malgré ses infirmités psychiques, M... ne peut pas être considéré comme un véritable aliéné au sens légal du mot et, de ce fait, ne peut pas être interné, les dangers qu'il fait courir ne provenant pas exclusivement de ses tares psychiques.

En le considérant dans ses réactions vis-à-vis de la société actuelle, on peut dire que M... est incapable d'y vivre d'une façon régulière et normale.

C'est un individu qui sera emprisonné pendant la plus grande partie de son existence.

Par suite de son amoralité, de l'absence de toute sentimentalité, de toute pitié, il fait courir aux membres de la société les plus graves dangers. C'est une brute qui est capable d'accomplir n'importe quel crime sans sourciller ni réfléchir, pour satisfaire ses appétits d'alcool, d'argent ou de liberté.

CONCLUSIONS. — 1° M... a simulé l'aliénation mentale à la prison et à l'asile.

2° Le vol dont M... est inculpé ne présente en lui-même aucun élément qui puisse le faire attribuer à une maladie mentale, à la folie.

La désertion ne saurait non plus être mise sur le compte de la folie. M... est responsable de ces actes devant la justice.

3° L'examen psychiatrique révèle, chez cet inculpé, une grande débilité intellectuelle et morale; des perversions instinctives congénitales; tendance au vol et



au vagabondage. Cet état psychique anormal provient d'une dégénérescence mentale héréditaire.

La justice doit tenir compte de l'existence de ces infirmités psychiques dans l'appréciation de la responsabilité de M... qui s'en trouve atténuée.

Cet individu n'est pas un aliéné au sens légal et ne peut être interné. C'est un homme dangereux, mais les dangers qu'il fait courir ne proviennent pas exclusivement de ses infirmités psychiques.

Le cas dont nous présentons le rapport est loin d'être rare ou exceptionnel. Il correspond au contraire à un type fréquent dans les prisons. C'est un cas complet de ces débiles intellectuels et moraux dont les tares physiques congénitales sont aggravées par une éducation mauvaise, par un développement dans un milieu funeste.

Réagissant suivant leurs tendances perverses, ils sont, dès l'enfance, de mauvais élèves, pillards et vagabonds. Plus tard, ils sont conduits par leur constitution anormale à demander au vol ou au crime, plutôt qu'au travail, la satisfaction de leurs besoins.

Ils sont incapables, à cause de leur instabilité, de faire ailleurs qu'en prison leur service militaire.

Ils se trouvent ainsi sans cesse en lutte avec la société. Ils deviennent rapidement des délinquants habituels et des emprisonnés perpétuels.

M..., si on compte son temps de colonie pénitentiaire, a, de quinze à vingt-quatre ans, passé six ans en prison. La preuve est évidente que la loi ne possède pas dans ces cas de sanction efficace.

Et cependant les actes en eux-mêmes de ces sujets ne sont pas exclusivement la conséquence ou l'expression de leurs anomalies psychiques. Ces sujets ne sauraient donc être internés.

Nous répétons ici, après bien d'autres, qu'ils ne sont à leur place ni à la prison, ni à l'asile actuel ; mais que

leur nombre sans cesse croissant rend de jour en jour plus urgente la création d'asiles spéciaux où leurs crimes et délits seraient considérés comme la conséquence inévitable de leur constitution anormale et où, enfermés après jugement, leur vie durant, ils ne seraient plus un danger permanent pour la société.



# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1912

Présidence de M. KLIPPEL, président.

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

MM. Buvat, Dheur, Dupouy, Fillassier, Jacquin et Lalanne, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Blondel, représentant français de la Commission permanente des Congrès internationaux de médecine, qui annonce qu'il y aura une réunion du comité français, le 3 mars prochain, pour l'organisation du Congrès de Londres de 1913, et invite la Société médico-psychologique à envoyer un délégué. — M. Semelaigne, vice-président, est chargé de représenter la Société à cette réunion ;

2° Une lettre de M. Maggiotto, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M<sup>me</sup> Alexander, Harriet, docteur en médecine, qui demande à faire partie de la Société comme membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Mignot et Boissier, rapporteur.

La correspondance manuscrite comprend :

*Sur les tentatives d'évasion des aliénés ; sur un nouveau procédé de recherche de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien*, par M. Koloman Pandy, de Budapest.

*Rapport de la Commission chargée  
de choisir une nouvelle question pour le prix Belhomme.*

M. ARNAUD. — Vous avez nommé, dans votre dernière séance, une Commission composée de MM. Arnaud, Dupré, Leroy, Mignot et Trénel, chargée de choisir une nouvelle question pour le prix Belhomme. Le sujet qui avait été proposé en 1907 était le suivant : *Du rôle comparatif de la syphilis et de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie*. Le prix devait être décerné en 1910. Aucun concurrent ne se présenta. Vous avez cru devoir, en raison de l'intérêt présenté par la question, la maintenir au concours pour cette année, mais cette fois encore, aucun concurrent ne s'est présenté. Cette abstention nous oblige à changer le programme de prix, et votre Commission, après délibération, vous propose la question suivante : *La démence chez les épileptiques*.

Cette proposition est adoptée.

La Société adopte, en outre, que le prix Belhomme sera décerné en 1913 et que sa valeur sera de 1.000 fr.

*Rapport de candidature.*

M. CAPGRAS. — Vous avez chargé une Commission composée de MM. Briand, Ritti et Capgras de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Charles Ladame qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger.

Le nom de Ladame vous est bien connu; vous entendiez naguère l'éminent neurologue de Genève évoquer à cette tribune le souvenir des maîtres de la psychiatrie française. Aujourd'hui vous serez heureux d'accueillir le fils qui, lui aussi, relatait, il y a quelques mois, l'excellente impression qu'il conserve « d'une semaine de psychiatrie à Paris ».

Privat-docent à l'Université de Genève, médecin-adjoint à l'asile de Bel-Air, le Dr Ch. Ladame a déjà publié d'intéressantes études. En 1903, il consacra sa thèse de doctorat à des recherches sur un nouveau parasite du cancer, décrit par Feinberg, et il conclut



que ces corpuscules de Feinberg ne sont pas des sporozoaires, mais proviennent d'une désagrégation plus ou moins complète d'éléments dégénérés en tumeurs malignes. Vinrent ensuite des travaux anatomo-pathologiques sur le phénomène de la chromatolyse après la résection du nerf pneumogastrique, sur la rage expérimentale à virus fixe et ses lésions histologiques, sur l'aortite gommeuse.

Dans divers articles, en partie inspirés par les remarquables travaux de M. Klippel, le D<sup>r</sup> Ladame s'est attaché à différencier la paralysie générale de la syphilis cérébrale diffuse et de la démence par artério-sclérose. Il voit dans les deux premières maladies des processus pathologiques différents, de nature et de localisation élémentaires dissemblables : l'une, la syphilis cérébrale diffuse, étant une maladie infectieuse directe; l'autre, la paralysie générale, étant plutôt une maladie toxique; caractérisées essentiellement, la première par une artérite oblitérante, la seconde par une périvascularite.

Les découvertes de Brodmann sur la structure cytoarchitectonique de l'écorce cérébrale, ses recherches personnelles sur les cellules de Betz dans les maladies mentales, ont conduit Ch. Ladame à émettre d'intéressantes considérations sur « la base anatomique des psychoses ». Il distingue des psychoses à lésions essentiellement parenchymateuses et des psychoses à lésions connectivo-vasculaires prédominantes; mais il reconnaît avec raison que serait encore prématurée toute nosographie psychiatrique fondée sur des processus anatomiques.

Signalons encore, parmi les travaux du D<sup>r</sup> Ladame, une revue critique sur l'association des idées, et deux rapports, l'un, sur les causes et la prophylaxie des maladies mentales, l'autre, sur le rôle du travail dans le traitement de ces mêmes maladies.

Votre Commission vous propose d'accorder au D<sup>r</sup> Ch. Ladame le titre qu'il sollicite.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Ch. Ladame est élu membre associé étranger, à l'unanimité des votants

*L'écho de la pensée et la théorie des hallucinations,  
d'après M. E. Stransky.*

M. H. PIÉRON. — M. E. Stransky, privat-docent à l'Université de Vienne, a eu occasion d'observer un cas assez rare d'hallucination auditive unilatérale qui est de nature à intéresser la Société; voici l'observation résumée :

J.-E. M..., trente-neuf ans, est amené à la clinique psychiatrique de Vienne pour avoir fait du scandale après des excès alcooliques qui ne furent interrompus que faute d'argent : il menaçait son entourage, voulait se battre en duel et repartir en Bohême, son pays natal; il ne dormait plus. Le lendemain il était normal, mais son aspect détaché faisait penser à de l'affaiblissement intellectuel, et il voulait toujours se battre en duel avec quelqu'un qui, d'après lui, l'avait insulté autrefois.

Son père et un de ses frères étaient des buveurs.

Lui-même a fait de mauvaises études, n'ayant gardé que de minimes connaissances scolaires; il se maria à vingt-deux ans et se brouilla avec sa famille. Il eut trois enfants, et sa femme fit une fausse couche. Comme menuisier, il était bon ouvrier; mais, établi à son compte et s'entendant mal en affaires, il se ruina et se livra, pour se consoler, à la boisson, buvant par jour cinq litres de vin, de la bière, du rhum, du schnaps.

Sept ans auparavant, il avait déliré pendant une huitaine de jours. Un an plus tard, il fit une chute qui lui valut un traumatisme cranien. Dans de fréquentes ivresses, il se montra batailleur et récolta souvent des blessures à la tête. Il se montrait agité la nuit, présentant des tremblements généralisés dans le sommeil.

Il eut, dans les dernières années, une pneumonie et une pleurésie.

Actuellement, il est dans un état de dénutrition, la langue est chargée, tremblant un peu; le réflexe rotulien est très vif, il y a du clonus à droite; le territoire du trijumeau est peu sensible à la pression.

Quelques jours après, comme il paraît normal et travaille convenablement, il sort de la clinique avec le diagnostic d'imbécillité et alcoolisme.

Trois mois plus tard, il revient une seconde fois; il vit séparé de sa femme, avec une concubine, et s'est remis à boire.

Il ne dort pas, et, depuis trois semaines, il ne cesse de s'enivrer et a menacé de poignarder la femme avec laquelle il



vit ; il porte à la tête de nombreuses plaies ; il eut encore une pleurésie depuis sa sortie de la clinique.

Accidentellement, au cours de l'examen, il déclare qu'il entend, depuis environ cinq à six ans, de l'oreille droite, qui est un peu dure depuis quelques années, une espèce de murmure, souvent, et parfois aussi des voix proférant des paroles outrageantes ; mais, surtout de temps en temps, il entend comme si ses propres paroles lui étaient répétées ; ceci toujours à droite et jamais à gauche. Il est d'ailleurs convaincu qu'il n'y a là que des illusions sensorielles. Il nie toute autre sorte d'hallucination et toute idée de possession ou de persécution.

Un examen otologique révèle à droite une vaste perforation du tympan, et, à gauche, une cicatrice, deux résidus, d'une otite moyenne suppurée. A droite, surdité partielle de l'oreille moyenne : il entend la voix haute à 0<sup>m</sup>75 et la voix chuchotée contre le pavillon ; à gauche, la surdité ne gêne que l'audition de la voix chuchotée, la conversation est normalement entendue.

On constate du tremblement de la langue et des doigts, les pupilles réagissent bien à la lumière ; il y a de la bronchite et des signes d'artério-sclérose.

Le sujet n'a jamais eu connaissance de son otite gauche. Au début des manifestations de son « écho de la pensée », il hésita sur sa nature ; mais, ne voyant personne près de lui, il conclut que cela venait de son oreille. Il entend différentes voix qui parlent, connues ou non ; quand il pense quelque chose, cela lui est répété, et toujours à droite. Ce phénomène survient trois ou quatre fois dans l'année, pendant, chaque fois, deux ou trois jours. Cela se produit jour et nuit, durant la veille, mais cela cesse dans le sommeil. Le début et la fin sont brusques. Il y aurait indépendance vis-à-vis des excès de boisson, mais aucun renseignement précis ne put être recueilli à cet égard. Hérité précise inconnue.

Il sortit de la clinique guéri au bout de douze jours, sans y avoir présenté « l'écho de la pensée ».

A propos de cette très intéressante observation, M. Stransky se livre à une étude théorique de la question, rappelant les contradictions des partisans d'une théorie périphérique et d'une théorie centrale de l'hallucination, et se rangeant à un compromis. Les excitations périphériques jouent un rôle accessoire, essentiel seulement dans le cas des illusions élémentaires.

En tout cas, on ne peut nier que la réalisation d'une hallucination doive nécessairement s'effectuer dans la sphère sensorielle corticale, avec ou sans intervention des

centres surordonnés; l'anomalie périphérique, en accord avec la conception de Goldstein et de plusieurs auteurs, ne jouerait le rôle que d'un mécanisme de déclenchement, le siège de l'hallucination étant dans le cerveau, la cause réelle dans certaines prédispositions. L'alcool, dans l'observation rapportée, fournit incontestablement cette disposition à l'hallucination.

Quant au déclenchement périphérique, c'est un fait bien connu que les affections des oreilles peuvent y contribuer puissamment. Mais, d'après des observations de Fischer, et M. Stransky lui-même, entre autres, ce pouvoir n'appartiendrait pas seulement aux voies de sensibilité spéciale; les excitations portant sur les voies de sensibilité organique peuvent également provoquer des hallucinations.

En ce qui concerne l'écho de la pensée localisé, il était, semble-t-il, dans l'observation rapportée, de nature strictement auditive; il n'y avait aucune donnée sur des éléments moteurs; la tonalité de l'hallucination verbale doit être différente chez des types auditifs et chez des types moteurs. L'hallucination n'était pas une simple illusion élémentaire, mais constituait un phénomène très complexe.

En somme, pour qu'une hallucination se constitue, il faut nécessairement, dit M. Stransky, qu'il se produise une excitation exagérée de la sphère sensorielle correspondante, l'excitation périphérique agissant pour frayer (Bahnen) les voies.

Mais l'excitation peut être de nature variée.

Dans un premier cas on peut concevoir une excitation directe, locale, s'exerçant sur l'écorce dans une sphère sensorielle, et la mettant dans un tel état d'excitabilité qu'elle réagisse, sans stimulus adéquat, comme s'il y en avait un; on n'aura alors que des hallucinations élémentaires.

Dans un autre cas, l'excitation peut être fournie par un stimulus périphérique d'intensité exagérée et augmentant l'excitabilité corticale, dans la sphère sensorielle correspondante, et même, par irradiation, dans les sphères voisines, comme dans l'hyperacousie; il suffit alors d'un choc pour révéler cet état latent d'hyperexcitabilité. Or, chez un individu à type verbo-auditif,



chaque processus associatif de pensée a une répercussion dans la sphère auditive centrale et peut dès lors engendrer, en cas d'hyperexcitabilité, une objectivation sonore (Lautwerden), ou « écho de la pensée ».

Seulement, un tel processus ne provoque pas nécessairement une confusion avec la perception des stimuli exogènes ; il faut, pour cela, que s'affaiblisse le pouvoir de différenciation des excitations internes vis-à-vis des excitations externes. Autrement, comme dans le cas rapporté, l'halluciné domine en quelque sorte son hallucination. L'écho de la pensée ne s'accompagne alors d'aucune idée délirante.

Dans l'aliénation, il y a des phénomènes de dissociation qui altèrent ce pouvoir de différenciation entre éléments exogènes et endogènes, pouvoir qui impliquerait une certaine inhibition appropriée des derniers.

Dans les cas d'épuisement, où cette inhibition faiblit (psychose d'épuisement, hallucinations hypnagogiques, alcoolisme, etc.), les hallucinations apparaissent sans même de processus d'excitation, le mécanisme de production étant alors tout différent : on ne sait plus distinguer la perception de l'image.

Et même, le simple fait d'un détournement de l'aperception attentive des processus des sphères sensorielles pourrait, chez les paranoïaques très préoccupés de leurs processus idéatifs, entraîner des hallucinations, simples jugements faux sur l'origine des images.

Pour résumer l'opinion de M. Stransky, on pourrait dire que, dans ce dernier cas, l'hallucination est une forme sensorielle du délire, en tant qu'erreur de jugement. Dans les deux premiers mécanismes, au contraire, il y a un trouble sensoriel d'origine exclusivement centrale, ou partiellement périphérique, pouvant ou non s'accompagner du trouble intellectuel relatif au jugement porté sur l'origine du phénomène.

Ces considérations de M. Stransky, qu'il ne prétend pas donner d'ailleurs comme pleinement originales, sont fort intéressantes et méritaient d'être exposées. Et, l'observation qu'il a apportée, avec la dissociation très nette du phénomène hallucinatoire et de l'idée délirante, puisque, celle-ci faisant complètement défaut, est précieuse pour la théorie des hallucinations.

Un sujet ayant une surdité assez complète d'une oreille, avec un foyer probable d'irritation, — irritation s'exerçant en toute liberté sur la sphère auditive corticale correspondante, faute d'une réduction par des perceptions réelles, à cause de la surdité unilatérale (1), — et appartenant au type auditivo-verbal, pouvait évidemment, par suite d'une exagération, à certains moments, des processus centraux, identifier les images fournies par sa pensée avec les excitations vagues provenant d'un nerf auditif, processus constant dans la perception normale et qui explique bien des illusions sensorielles.

*Contribution à la question Syphilis et Paralysie (Etude sur 4.134 syphilitiques). Rapport sur un travail de MM. le Dr E. Mattäuschek et le professeur A. Pilcz, de Vienne.*

M. DE CLÉRAMBAULT. — Dans la première moitié de leur travail, les auteurs analysent 4.134 observations de malades syphilitiques, étudiés depuis le jour du chancre dans des conditions exceptionnellement favorables. D'abord tous ces malades appartenaient à un même milieu social et menaient une vie semblable pour tous, ensuite ils ont pu être suivis, jeunes ou vieux, de près comme de loin, par les auteurs; tous ces malades étaient en effet des officiers, et par sa situation militaire, le Dr Mattäuschek disposait de toutes facilités pour être renseigné sur leur compte.

Les 4.134 officiers en question ont été observés par les auteurs entre l'année 1880 et l'année 1900. Les uns ont pu être suivis seulement pendant une année à partir de l'accident primitif, les autres pendant de nombreuses années. Le tableau suivant indique le devenir de ces 4.134 syphilitiques. La durée d'observation, inscrite dans la colonne 1, part de l'accident primitif (soit constaté par les auteurs, soit officiellement avéré).

---

(1) Les hallucinations limitées à la partie aveugle dans les hémianopsies, doivent relever d'un mécanisme analogue.



Année.	Observés en santé.	P. G.	Tabes.	Syphilis cérébro- spinale.	Psy- choses.	Morts.	Totaux.
1	38	—	4	9	1	28	77
2	47	—	2	11	1	39	100
3	42	3	2	14	1	21	83
4	39	1	2	13	2	15	72
5	29	5	3	7	1	26	71
6	34	1	7	7	4	20	73
7	27	5	2	6	5	33	78
8	30	8	3	5	1	33	80
9	24	12	7	6	2	19	70
10	164	21	7	9	5	23	229
11	211	15	2	4	3	27	262
12	200	25	2	2	1	25	255
13	201	12	1	5	2	21	245
14	227	15	8	4	2	24	280
15	197	11	3	4	3	16	234
16	177	12	1	1	6	16	213
17	151	5	4	2	3	23	188
18	161	6	3	2	2	9	183
19	144	9	2	—	1	9	165
20	125	6	2	2	—	18	153
21	144	6	3	—	1	6	160
22	117	4	5	—	3	5	134
23	90	2	2	—	1	9	104
24	111	2	4	—	2	11	130
25	73	3	1	—	2	5	84
26	92	3	1	—	1	7	104
27	59	1	2	1	1	5	69
28	50	1	—	—	—	3	54
29	51	—	2	—	1	4	58
30	39	—	—	—	2	2	43
31	19	—	—	—	—	—	19
32	13	—	1	—	1	2	17
33	9	—	1	—	—	1	11
34	4	—	—	—	—	1	5
35	6	—	—	—	—	—	6
36	1	—	—	—	—	2	3
37	1	—	—	—	—	—	1
38	2	—	—	—	—	2	4
39	—	1	—	—	—	—	1
40	4	—	—	—	—	1	5
41	1	—	—	—	—	—	1
42	2	—	—	—	1	—	3
43	1	—	—	—	—	—	1
44	—	—	—	—	—	1	1
45—46	5	—	—	—	—	—	5
Totaux.	3.165	195 = 4,7 %	86	114	62	512	4.134
	(2.855)	(160) = 4,67 %	(57)	(36)	(44)	(278)	(3.430)

Les chiffres entre parenthèses indiquent les totaux après déduction des cas au-dessous de dix années.

A. — Sur ces 4.134 syphilitiques, le nombre de ceux devenus paralytiques généraux est de 195; *le pourcentage est ainsi de 4,7 p. 100.*

Sur 704 malades dont l'observation a duré moins de 10 ans, il y a eu 35 paralysies générales.

Si l'on retranche des 4.134 syphilitiques ces 704 malades, on obtient un chiffre de 3.430 syphilitiques.

Sur ces 3.430 syphilitiques le chiffre des paralytiques généraux est de 160 et *le pourcentage 4,67 p. 100.*

B. — L'intervalle écoulé entre l'infection et l'apparition de la paralysie générale n'a jamais été inférieur à 3 ans. Les auteurs ont trouvé :

Au bout de 3 ans, 3 cas ; 4 ans, 3 cas ; 5 ans, 5 cas ; 6 ans, 1 cas ; 7 ans, 5 cas ; 8 ans, 8 cas ; 9 ans, 12 cas.

La dixième année a donné, par une rapide ascension, 21 cas ; 11 ans, 15 cas ; 12 ans, 25 cas. C'est le maximum.

A partir de 12 ans les chiffres baissent ; 13 ans, 12 cas ; 14 ans, 15 cas ; 15 ans, 11 cas ; 16 ans, 12 cas ; 17 ans, 5 cas ; 18 ans, 6 cas ; des années 19 à 28 ont donné respectivement 9, 6, 6, 4, 2, 2, 3, 3, 1 et 1 cas. Pas de cas (dans ce travail) au delà de vingt-huit ans après le chancre, sauf un cas après 39 ans.

Les auteurs rappellent, comme rareté de la littérature, le cas d'Ollivier cité par Kraepelin (44 ans). Ils notent dans leur propre casuistique le chiffre élevé des cas précoces (3 et 5 ans après le chancre) ; la paralysie générale des officiers serait, d'après cette liste, *plus précoce que celle des malades syphilitiques civils*. Il en serait de même, et encore plus, *pour le tabes*. Le fait s'expliquerait pour la paralysie générale par l'éthylisme, et pour le tabes par le surmenage musculaire.

Les auteurs notent que, aucun de leurs syphilitiques ayant fait une psychose alcoolique, n'est devenu paralytique général dans la suite.

C. — Les auteurs, se limitant aux cas de 10 années et au delà (soit 3.430 cas), ont étudié la question des récidives et des traitements.

Sur 715 S. à récidives multiples. 11 P. G., soit 1,53 p. 100

Sur 886 S. avec une récidive . . 38 P. G., soit 3,57 —

Sur 87 S. avec un seul accident. 37 P. G., soit 42,53 —

La proportion est de même sens, bien que de courbe



un peu différente, pour le tabes (chiffres absolus 8, 16 et 21.

Parmi 1.060 syphilitiques dont le mode de traitement a été nettement établi :

Sur 690 S. à traitement multiple.	30 P. G., soit 3,47 p. 100.
Sur 98 S. à traitement unique.	30 P. G., soit 30,41 —
Sur 99 S. à traitement nul ou local.	23 P. G., soit 22,23 —

Ces résultats concordent remarquablement avec ceux de Fournier, disent les auteurs.

*Les syphilis en apparence bénignes provoquent plus souvent la paralysie générale; est-ce parce qu'elles cachent une virulence spéciale ou parce qu'elles sont plus négligées? Les auteurs admettent cette dernière explication comme la plus importante des deux, sinon la seule; et ils en donnent la preuve suivante :*

Le traitement de la syphilis est devenu plus énergique et plus assidu depuis quelques années. Or, *avec ce progrès de la thérapeutique coïncide une diminution incontestable des cas de paralysie générale, de tabes et de syphilis cérébrale.*

Les chancres contractés en 1884 (144 cas) ont fourni en 10 ans 10,41 p. 100 de paralysies générales, 2,78 p. 100 de tabes et 2,08 p. 100 de syphilis cérébrales.

Les chancres contractés en 1899 (219 cas) ont fourni : paralysies générales, 3,2 p. 100; tabes, 0,91 p. 100 et syphilis cérébrales, 2,29 p. 100.

Additionnant tous les cas connus d'eux et traités à deux périodes très éloignées, les auteurs trouvent :

De 1880 à 1884 (617 cas), P. G.	9,72 p. 100.
De 1895 à 1899 (1.139 cas), P. G.	3,25 —

Les auteurs n'ont pas observé, chez leurs paralytiques généraux, cette rareté de l'iritis et de la choroïdite que Wintersteiner avait cru pouvoir signaler. Ils trouvent 10,96 p. 100 de paralytiques généraux présentant des reliquats de ces lésions.

D. — Au sujet de l'influence que l'âge, au moment de l'infection, pourrait exercer sur la production de la paralysie générale, les auteurs n'ont pu observer aucune apparence de loi. Le tableau VII qui donne leur liste

de syphilis par âges au moment du chancre, est, par contre, intéressant au point de vue de la syphiligraphie générale.

A 14 ans, 1 chancre; 15 ans, 2 chancres; 16 ans, 6 chancres; 17 ans, 19 chancres; 18 ans, 25 chancres.

A 19 ans, énorme ascension, 144 chancres; 20 ans, 201; 21 ans, 291.

A 22 ans, 433; 23 ans, 368; 24 ans, 350; 25 ans, 281.

A 26 ans, 200; 27 ans, 143; 28 ans, 104; 29 ans, 89, 30 ans, 75.

Les chiffres diminuent de 31 ans (61 chancres) à 40 ans (9 chancres).

Les auteurs donnent les proportions des sujets infectés qui étaient restés sains après 10 ans d'observation, etc.

E. — En relisant leurs listes de syphilis au point de vue de la morbidité non spéciale, les auteurs ont fait une constatation inattendue et importante : parmi leurs malades syphilitiques restés indemnes de paralysie générale, un assez grand nombre avaient eu à subir, *peu d'années après le chancre, une période fébrile* sous forme de malaria, pneumonie, érysipèle, etc.; *tandis qu'aucun syphilitique devenu paralytique général n'avait subi de ces infections intercurrentes*. Les auteurs ne prétendent certes pas que tout paralytique général doit être dans le même cas; mais, disent-ils, si nous nous rappelons quelle influence indéniablement favorable une infection intercurrente est susceptible d'exercer sur une paralysie générale confirmée, le résultat susdit nous paraît tout spécialement intéressant. L'avenir nous apprendra s'il n'y aurait pas, dans ce fait, un élément d'indication thérapeutique.

Etudiant une deuxième série de paralytiques généraux, soit 233, et les ajoutant aux 195 déjà mentionnés, les auteurs étudient de nouveau certaines questions ci-dessus posées.

A. — Sur 251 paralytiques généraux avec renseignements sur les récidives, ils ont trouvé :

Sans récidive . . . . .	134	soit 53,39 p. 100.
Avec une récidive . . . . .	76	soit 30,28 —
Avec plusieurs récidives . . . . .	41	soit 16,34 —



Sur 191 paralytiques généraux avec renseignements sur le mode de traitement :

Pas de traitement ou traitement local.	58	soit 30,37 p. 100.
Un seul traitement mercuriel. . . . .	79	soit 41,36 —
Traitements répétés . . . . .	54	soit 28,27 —

B. — Sur 146 paralytiques généraux avec renseignements à la fois sur les récurrences et le mode de traitement :

		Pas de cure ou seulement traitement local.	Une seule cure.	Plusieurs cures.
Sans récurrence. . . . .	83	33	44	6
Avec une récurrence . . .	29	2	8	19
Avec plusieurs réci- dives . . . . .	34	3	4	27

C. — La longueur de l'intervalle écoulé entre le chancre et la paralysie générale semble-t-elle influencée par le traitement? Les auteurs le nient, se fondant sur 181 cas précis.

Seulement des cas de durée extrême (intervalle de 3 ans et de 30 ans ou au delà) se rencontrent chez des malades avec traitement nul ou insuffisant (c'est-à-dire local) et exempts de récurrences.

Dans cette deuxième série de paralytiques généraux, plus étendue (428 cas), les auteurs étudient de nouveau la durée la plus fréquente de l'intervalle entre chancre et paralysie générale, *elle est de 10, 11 ou 12 ans*, c'est-à-dire comparable à celle de la première série : 38, 37 et 36 cas dans ces années 10, 11 et 12. Les années 3, 4, 5, 6 et 7 donnent une progression lente (7, 8, 8, 9 et 10 cas). Les années 9 et 10 (donnent une progression brusque (20 cas pour chancre). Les cas de 3 ans sont, dans cette série encore, relativement fréquents.

La courbe descend régulièrement de la douzième à la vingt-huitième année. Les nombres d'années 28 et 30 fournissent chacun 2 cas; les nombres d'années 29, 31 et 32, chacune 1 cas. 2 cas sont apparus après 39 ans.

D. — Etudiant de nouveau, sur 422 cas, l'influence de l'âge au moment de l'infection par la longueur de l'intervalle, les auteurs ne trouvent aucun résultat, sinon peut-être que l'infection contractée après les 40 ans

semble évoluer un peu plus vite que celle contractée avant les 20 ans.

Ces données établissent ceci : du total des syphilitiques, *une faible portion* (4,6 p. 100) *aboutit à la paralysie générale* ; mais *justement chez cette portion, la syphilis montre une tendance à revêtir une forme extérieurement bénigne, autrement dit sans manifestations externes.*

Plaut a le premier insisté sur cette idée qu'un décours bénin pouvait indiquer précisément une faiblesse des moyens de défense, un échec de l'effort vers l'élimination du virus. Rüdin parle dans le même sens. Certaines races, non prédisposées à la paralysie générale, montrent des éruptions cutanées abondantes, etc. On a parlé de syphilis à virus nerveux, peut-être le spirochète pâle varie-t-il d'aptitude, comme le streptocoque qui produit, tantôt un érysipèle, tantôt un phlegmon, sans que son étude microscopique et sans que ses aptitudes de coloration décèlent en lui une variation. Revesz et Urstein veulent expliquer la rareté de la paralysie générale sous les tropiques, où cependant la syphilis est endémique, par l'abondance de la sudation et de l'évaporation.

Les auteurs ont observé, sur leurs 4.134 syphilitiques (c'est-à-dire leur première série de malades), 116 cas de syphilis cérébrale. *De ces 116 cas, il n'y en a eu que 2 qui aient évolué vers la paralysie générale*, ils figurent au total paralysies générales.

Si nous comparons les chiffres des paralysies générales, tabes et syphilis cérébrales parmi ces 4.134 syphilis, nous trouvons ;

Paralysies générales, 195 ; tabes, 86 ; syphilis cérébro-spinales, 114.

Les psychoses autres que la paralysie générale et la syphilis cérébrale ont été au nombre de 62.

Si de ces 4.134 syphilitiques, on déduit ceux qui ont été observés *moins de 10 ans*, les chiffres deviennent :

Syphilis, 3.430 ; paralysies générales, 160 ; tabes, 57 ; syphilis cérébro-spinales, 36 ; psychoses diverses, 44.

On voit par ces chiffres que la syphilis cérébrale est surtout fréquente dans les premières années de l'in-



fection. Sur 114 cas de syphilis cérébro-spinale, 36 seulement sont survenus après 10 ans, donc 78 avant 10 ans. Mais il y a plus. *Le maximum de fréquence de la syphilis cérébro-spinale est dans les 4 premières années qui suivent le chancre.* Les chiffres absolus ont été, pour les années 1, 2, 3 et 4, ceux de 9, 11, 14 et 13 cas. A partir de la quatrième année, la courbe descend très nettement, avec des ressauts, jusqu'à la vingtième année. Les années 16, 17, 18, 19 et 20 donnent respectivement 1, 2, 2, 0 et 2 cas. Plus de cas à partir de la vingtième année (sauf 1 à 27). La courbe, comparée à celle de la paralysie générale, est plus courte (20 ans au lieu de 28), elle débute plus tôt (première année au lieu de troisième), elle part de plus haut (9 cas au lieu de 3), elle monte plus vite (maximum atteint en 3 ans), elle monte beaucoup moins haut (14 dans l'année maxima de syphilis cérébrale au lieu de 25 dans l'année maxima de paralysie générale). Le total des syphilis cérébro-spinales est de 114 (contre 195 paralysies générales). Parmi ces 114, il y en a eu 78 de déclarées dans les 9 premières années de la maladie (contre 35 paralysies générales seulement, 195-160). Le fait à retenir de ce tableau est l'abondance des syphilis cérébro-spinales durant les 4 premières années.

Le tableau général donné plus haut permet de remarquer, *pour le tabes, une infériorité numérique marquée à l'égard de la paralysie générale* (86 contre 195, sur 4.134 syphilis prises en bloc et 57 contre 160 sur 3.430 syphilis ayant plus de 10 années d'évolution). On y peut remarquer aussi *la relative précocité des tabes.* Ce même tableau donne des aperçus intéressants sur le pourcentage des syphilitiques restés sains ou à peu près sains, et sur celui des décès. *Le pourcentage des décès dans les premières années est très élevé.*

Les D<sup>rs</sup> Mattaüscek et Pilcz doivent, dans une deuxième brochure, étudier spécialement leurs cas de tabes et de syphilis cérébro-spinale.

### A propos du divorce.

#### Rémission très complète survenue chez une démente précoce (?) au bout de six années,

par M. RAOUL LEROY.

Dans l'importante discussion sur le divorce qui a occupé une partie de nos séances pendant l'année 1911, nous avons naturellement étudié avec soin les cas de guérisons tardives dans les affections mentales. Notre rapporteur, M. Trénel, en analysant l'article 1569 du nouveau Code civil allemand qui fixe à trois ans la durée de la maladie, pour conclure à la chronicité probable, ajoute très judicieusement : « Il est de science commune que les guérisons des troubles mentaux présentent un maximum dans la première année; elles sont moins nombreuses dans la deuxième année; la courbe s'abaisse beaucoup dans la troisième, et, à partir de la quatrième, on n'observe plus que quelques cas isolés; au delà de ce terme, les guérisons ou — soi-disant telles — sont des raretés. Il est certain que le terme de trois ans n'est qu'approximatif, empirique et n'a que la valeur que prennent les déterminations juridiques et médico-légales d'espèce analogue. »

Je désire, à ce propos, vous soumettre l'observation d'une malade internée depuis six ans, chez laquelle le diagnostic de démence paraissait certain et qui présente aujourd'hui une telle rémission que la possibilité du retour à la vie conjugale peut être sérieusement envisagée. Les cas de guérison ou rémission tardive sur lesquelles s'appuient les auteurs sont généralement si incomplètement relatés que ma communication aura, tout au moins, la valeur d'un fait scientifiquement étudié.

Marie L..., femme L..., ménagère, est née en 1875, d'une famille n'ayant aucune tare héréditaire connue. Ses parents, âgés de soixante-dix et quatre-vingts ans, vivent encore et ne connaissent aucun aliéné parmi leurs ascendants. Elle acquit une bonne instruction primaire. Les règles vinrent tardivement, vers l'âge de dix-neuf ans, et furent très irrégulières jusqu'à



l'époque du mariage, survenue à l'âge de vingt-quatre ans, en 1899. Elle eut, en 1901, un petit garçon, mort à quelques mois de faiblesse congénitale.

Cette femme, courageuse, ordonnée et économe, tombe, en quelques jours, malade au mois d'avril 1906, divaguant, se disant mariée avec le Président de la République. Elle est internée le 23 avril 1906 et voici les différents certificats rédigés à son sujet.

ADMISSION DE SAINTE-ANNE (25 avril 1906). — *Dégénérescence mentale avec hallucinations probables; idées de persécution; on veut l'endormir pour la jeter dans la Seine, on lui fait croire qu'elle n'est pas mariée. Excitation par intervalle* (Magnan).

VILLE-ÉVRARD (26 avril 1906). — *Confusion mentale, hallucinations; tout à fait désorientée, absorbée par ses hallucinations, gâteuse; excitation par intervalle; dit qu'elle va mourir pour ressusciter* (Kéraval).

Pendant toute l'année 1906, elle reste agitée, gâteuse, avec des idées de persécution, d'empoisonnement, des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Son langage est tout à fait absurde et incohérent.

Comme les règles ne paraissaient pas, la malade est examinée par M. le Dr Picqué, qui trouve un utérus incomplètement développé et qui, en l'absence de renseignements, se demande si les menstrues ont jamais existé.

Voici, d'après le dossier médical, les notes indiquant l'état de la malade pendant les deux années suivantes :

ANNÉE 1907. — Grande agitation, avec gestes et attitudes stéréotypées : grimaces, rires automatiques, démarche bizarre. Impulsions violentes : frappe les infirmières, déchire ses vêtements, « semblable à une lionne en furie », suivant l'expression de la sous-surveillante. Gâtisme permanent. Aménorrhée. Idées de persécution avec hallucinations de la vue et de l'ouïe; cause avec des personnages imaginaires : « Regarde-les, ils viennent; tu ne les vois donc pas? Tiens, les voilà. Sont-ils laids! » Répond à ses hallucinations par des insultes, leur pose des questions, se met en colère. Illusions de la vue, prend un chat pour un lion, des petits chats pour des pourceaux, les poules pour des juments.

ANNÉE 1908. — Les règles réapparaissent en mars 1908 et ont continué depuis très régulièrement. Le gâtisme cesse en juin de la même année. L'agitation diminue un peu, mais le délire hallucinatoire persiste avec les mêmes caractères. Elle sent du feu partout, touche à chaque objet pour voir s'il est chaud : « Au feu, qu'on fasse griller tous ces maquereaux dans un four bien chaud; ils cuisent; qu'on les brûle, ces gas,

avec les cochons ; je les enverrai à Cayenne avec Brierre. » On ne peut converser avec la malade, qui ne répond que par des paroles incohérentes. Les rires explosifs persistent. Cependant l'attention semble assez bien conservée.

L'incohérence est telle qu'on ne peut savoir quel est l'état de l'orientation à cette époque. Elle semble cependant ignorer complètement le lieu où elle se trouve.

C'est seulement en janvier 1909 qu'ayant pris le service de Ville-Evrard, j'ai observé cette malade pour la première fois. Marie L... me donne absolument l'impression d'une démente. Généralement calme, échevelée, malpropre, elle présente une indifférence et une inconscience totales. Elle ne s'ennuie pas, ne désire rien, ne demande rien que des pastilles, qu'elle nous réclame chaque matin d'une façon monotone. Elle n'a plus d'impulsions violentes, plus de délire à proprement parler. Son langage constitue une salade de mots extraordinaire dont voici un exemple : « Du riz blanc, ça se trouve dans les moutons, ton père en vendait. Le médecin est le notaire affligé qui a mangé ses biens. On a arraché les yeux de mon père pour l'embellir. Ils sont tous faux. Vont-ils ramoner la cheminée, le gas. Papa viendra me chercher, naturellement. Le petit chauffe-pieds, d'où vient-il ? De chez Valérie, il a été acheté à la mairie du XI<sup>e</sup>. » Elle ne reconnaît aucun membre de sa famille quand ils viennent la visiter, leur parle comme à des étrangers, demande souvent à son mari s'il n'a fini de téter et combien il a d'enfants.

Illusions de fausse reconnaissance, m'appelle M. Paquet. Pas de négativisme. Mobilité très grande de l'attention. Il est difficile de connaître son degré de mémoire ou son orientation, car la malade ne répond raisonnablement à aucune question et se met à rire à gorge déployée d'une manière stupide.

Les écrits spontanés faits par elle à cette époque sont du plus grand intérêt. Ils offrent le type des écrits d'une démence précoce ayant totalement évolué, avec des néologismes, une incohérence absolue, des stéréotypies verbales dont voici quelques exemples : *l'Institut livrer operation banquer livre bleue Cu sur le fauteuil les yeux lala bouche la quelle un chien une quelle guellois la femme du papo paperos passerez à la go Veuillez tenir été aider Guellois ventre vendre vendrois à la porte... Millardard Mattelards Micherlo Thlogh Jouono Tavrallo*. Il n'y a ni point, ni virgule.

Ces écrits n'ont pas le caractère maniaque, pas plus que le caractère confusionnel. Les lignes sont droites, régulières ; les lettres bien formées, l'écriture très lisible sans aucun signe habituel de l'excitation.



Madame Gazelle Duvant Donatino

30 Janv. 09

Madame Champcault coiffeuse

Le Willids Fousione Conjuges nourison

Plus ma Fougella et plus c'était pour

Levanort Le sort tombella sur le tout

Amirique Nord Nombu Imraiso Porpre

Impiciale qui veut Impressionable oui oui comme  
Cuz avant Antonio est Marionette les fous

Cu en même que lequel toujours en faire en jour

noir avant dansons oui nous amuser le end faut qu'il

le mercredi saint a V. fleurs nuf a Corina Paryoy

Dejichez rouge nourrey sèche noir tu t'en feras mainb...

Cu le son Dejiche apporter o sa couer faut pas

Cruchous les victoires et Monsuini qui sont avant Les

Carroy au haut Michod que conduira qu'à

C'est l'atmosphère qui sont Occupons nous Dames  
 Ecrasons C'est Roumagerie Bleurons en Guenon.  
 Dépêches au féminin Dancer en ou une Dame  
 c'est la contenance de son Manuel Matris en Latin  
 Le Bon bien Mmes Jene Dans monnaie je suis  
 Aveuglons Dancer Matris Anglois Matris français  
 Aller encore défendons que le p'ai déclarer Vagin  
 à Vagin croir Culotte de Vos à Veste l'oudeur  
 sont ils rentrons c'est un suicide l'Institut leur opération  
 bonjour leur bleu Ce qui le foudrait les yeux la  
 la bouche la quelle lui chers une quelle guellon  
 la femme du pape p'opere passez à la go vieillit  
 tenir de aider Guellon rentre vende vendeurs à la porte.  
 des sa p'ai à son del'heur s'a rencheri tenir  
 Machine Anglois et Anglois Dancer Valeur défender  
 je au lit en s'embrasser je mangant de l'ail  
 une crasse à culer a un p'adessus de homme min  
 j'y gagner ma vie même physionomie Dancer valen  
 Machine Matris anglais français intérieur à l'étranger  
 Chevalier chez les autres L'opérateur français il  
 l'astrologue de 4 heures en 4 heures  
 Antonette faut les l'air Dame de figure



La malade a rempli des pages entières, de suite, sans maladresse, sans hésitation, sans incertitude.

Marie L... se porte admirablement bien au point de vue physique, travaille machinalement à raccommoder des bas.

Cette malade reste absolument telle pendant les années 1909 et 1910.

Vers le mois de février 1911, l'état mental s'améliore progressivement, et très lentement, et j'assiste avec surprise au retour d'une intelligence que je croyais éteinte depuis longtemps. La malade reconnaît son mari, sait bien où elle se trouve, a conscience du temps, mais reste encore incohérente et ne manifeste aucun désir de sortir. Elle s'occupe avec plus d'intelligence.

En avril 1911, elle manifeste quelque ennui et n'est plus incohérente.

Vous ennuyez-vous ? — Oui, beaucoup.

Qu'est-ce qui vous manque ? — Mon chez moi.

A quoi pensez-vous ? — A pas grand'chose.

Qu'avez vous fait hier ? — Je suis allée au cinématographe (elle raconte la séance avec assez d'exactitude).

Elle sait bien la date du jour.

On constate chez elle de la fatigue de l'attention et elle paraît très enfantine.

En septembre, les progrès sont considérables. Marie L... écrit à son mari et à sa sœur des lettres très raisonnables, affectueuses, où elle demande sa sortie et s'inquiète de toute la famille. Ces lettres sont encore celles d'une personne malade, car on y remarque des ratures, des surcharges, une certaine inhibition, de la fatigue. Marie L... travaille toute la journée et se montre polie, régulière, très ordonnée.

Elle attend avec impatience la visite de son mari et veut absolument quitter l'asile.

Où êtes-vous ici ? — A l'asile de Ville-Evrard.

Pourquoi êtes-vous venue dans un asile ? — Je ne sais pas, je me sentais malade, j'étais tombée dans la rue.

Vous ennuyez-vous ? — Beaucoup, surtout depuis que j'ai appris la mort de mon beau-frère, que l'on m'avait cachée pendant ma maladie.

Que ressentiez-vous ? Avez-vous eu des voix, des visions ? — Je ne me rappelle pas.

Cette malade ne peut donner aucun détail sur ses troubles mentaux, elle n'a qu'un très vague souvenir de ses hallucinations.

Je lui montre ses écrits extravagants de 1909 et 1910. Elle se met à rire. « Je ne peux pas, dit-elle, vous donner aucune explication sur ces papiers. C'est incompréhensible. Je crois

Della - Evard le 13 Septembre 1911

Jeune fille  
de la lettre

Chère Sœur

Je te rappelle à la mémoire que  
Victor est venu me voir dimanche  
et m'a dit qu'il ne viendras me  
voir dans quinze jours qu'il m'écrit  
J'écris en même qu'à toi, chez Jules  
prier m'excusez de ne pas leur avoir  
souhaité le bonjour en même que je  
t'écrit chez nous et à la fille, les sauteux  
dont tu m'as parler tu devrais  
les envoyer en même temps que le  
chapeau et les fleurs à Victor cherche  
moi une place et tâche de me  
serrer de la le plus tôt possible  
Ta sœur qui t'embrasse bien fort

que j'étais folle. Je me rappelle cependant bien avoir écrit cela  
quand j'étais en cellule. »

Marie se met à pleurer en pensant à la mort de son beau-  
frère et à d'autres événements malheureux, survenus pendant  
son internement. « Je veux m'en aller, je suis ici depuis six ans,  
cela est suffisant, je suis arrivée ici à trente ans, on a besoin de  
moi. » Les sentiments affectifs existent normaux chez elle.

La malade s'est encore améliorée pendant la fin de l'année  
1911. Elle semble actuellement à peu près normale. Elle pré-  
sente encore, cependant, un grand vague dans l'esprit, de la  
fatigue de l'attention, de l'amnésie de fixation et une amnésie à  
peu près complète de ce qui s'est passé pendant sa maladie.



Son intelligence reste faible, mais elle a, peut-être, été toujours débile d'esprit, bien que son mari affirme le contraire et la trouve aussi normale qu'avant l'internement. On sait combien la famille se montre généralement mauvais juge en cette matière.

Un point intéressant à noter est que Marie ne veut pas retourner avec son mari, ni aller à la campagne chez ses parents. Elle prétend que son mari l'a fait enfermer sans motif, et elle veut absolument se placer comme bonne dans une maison bourgeoise.

Telle est l'observation de cette malade, que je crois intéressante en raison de la longueur de l'affection mentale et de la guérison, au moins apparente, survenue au bout de six années.

Pour en revenir à la question du divorce, on voit combien dans ce cas le problème eût été difficile à résoudre. Si j'avais été appelé à donner mon avis en 1910, au bout de quatre années de traitement, j'aurais conclu à l'incurabilité, tant les signes de chronicité étaient évidents à cette époque. Et pourtant cette femme se montre actuellement très capable de reprendre la vie conjugale et elle va sortir prochainement, à la demande expresse de son mari.

Un autre point mérite également de retenir notre attention au point de vue clinique. Quel diagnostic devons-nous porter actuellement? La manie semble devoir être éliminée, car cette malade, agitée pendant la première année de son internement, était généralement calme. Son incohérence n'offre pas le caractère de la fuite des idées, et sa lucidité était fort incomplète.

Serait-ce une confusion mentale? La désorientation, le délire hallucinatoire, l'amnésie du délire peuvent faire admettre cette hypothèse avec quelque ressemblance, mais l'état physique était excellent, et la confusion mentale a rarement une aussi longue durée.

Le diagnostic le plus probable semble être démence précoce, dont la plupart des symptômes se retrouvent chez notre malade : indifférence, salade de mots, stéréotypies verbales et motrices, etc.

Je crois à une rémission très complète, mais les rémissions survenant au bout de cinq à six ans chez une démence précoce avancée n'existent guère.

Quoi qu'il en soit, je tiens à montrer combien nous

devons être prudent quand il s'agit de poser le diagnostic d'incurabilité. Cette malade qui offrait tout le tableau de la démence va aujourd'hui si bien qu'on peut hésiter entre la guérison ou une rémission très complète. En tout cas, l'affaiblissement intellectuel est fort léger. Si Marie L... n'est pas une démente précoce, elle a été atteinte d'une confusion mentale d'origine inconnue, ayant laissé les traces d'un très léger déficit intellectuel. J'insiste sur ce point intéressant que la maladie a évolué pendant six ans.

## DISCUSSION

M. TRÉNEL. — M. Leroy nous communique une observation importante. Si nous envisageons la situation de la malade au point de vue particulier du divorce, le problème est angoissant, puisque actuellement la malade est tout à fait lucide, alors qu'il y a deux ans ou était disposé à la considérer comme incurable. Doit-on cependant réformer le diagnostic de démence précoce que la symptomatologie constatée jadis justifiait amplement? Je ne le crois pas. La malade n'est pas redevenue ce qu'elle était avant d'être délirante; elle demeure peu active, assez indifférente; je crois qu'il faut la considérer comme étant en rémission, si marquée que soit cette rémission.

M. LEROY. — Je n'ai d'ailleurs pas parlé de guérison.

M. FILLASSIER. — Le cas cité par M. Leroy est en effet angoissant si on le considère au point de vue du divorce. Je me souviens qu'il y a deux ou trois ans, M. Legrain a présenté à la Société clinique de médecine mentale un malade qui a paru guéri au bout de huit ans, et à propos duquel la question aurait pu se poser; de telles observations restent exceptionnelles.

Les propositions législatives récemment faites dans notre pays et dont nous vous avons entretenus, M. Juquelier et moi, ne méconnaissent d'ailleurs pas ces difficultés: dans l'une, il faut, pour établir la présomption d'incurabilité, des certificats émanant de plusieurs médecins; dans l'autre, il faut un séjour préalable prolongé dans



un établissement spécial, et des examens médicaux espacés et périodiques.

M. TRÉNEL. — Le cas de M. Legrain auquel M. Fillassier fait allusion serait favorable à ceux qui ne s'embarrassent pas des guérisons tardives exceptionnelles, car il y eut rechute ; mais la rémission est parfois très marquée et longue ; elle crée au point de vue de l'admission de divorce pour cause d'aliénation, une grosse difficulté.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Lorsque M. Trénel a étudié pour nous la législation allemande, il nous a montré que les Allemands ont heureusement renoncé à la recherche de l'incurabilité. La malade de M. Leroy est-elle apte à redevenir épouse et mère, toute la question est là ? En d'autres termes, quel est l'état de la communauté mentale et quel est l'avis du conjoint ?

M. LEROY. — La difficulté resterait ici tout entière. Le mari voudrait reprendre sa femme, et celle-ci veut bien sortir de l'asile ; mais elle préférerait se placer comme domestique que de rentrer chez elle.

#### Au sujet des certificats de situation,

par M. ROGER DUPOUY.

Un de nos collègues, médecin d'un établissement public consacré au traitement des aliénés, reçoit un jour la note suivante, écrite et signée de la main de son directeur administratif :

*« Le directeur prie M. le D<sup>r</sup> X... de lui remettre d'urgence un certificat constatant l'état mental de M<sup>lle</sup> Y... Le certificat devra conclure soit à sa mise en liberté, soit à sa maintenue en traitement. »*

Très étonné d'une pareille invitation, notre collègue s'en va trouver le directeur et lui demande communication de la pièce officielle réclamant un certificat de situation sur M<sup>lle</sup> Y... Le directeur s'y refuse, alléguant que la demande lui a été adressée, à lui directeur, et qu'il n'a pas à en donner connaissance au médecin de l'asile ; qu'au surplus, il est inutile au médecin de

savoir de qui émane cette demande, attendu que son certificat devra toujours être remis au directeur, et que c'est seulement ce dernier qui a qualité pour l'adresser au requérant ; le médecin n'a pas à discuter avec le directeur, il n'a qu'à obéir.

Je ne veux pas insister sur ce qu'a de grossièrement incorrect une telle réponse ; j'envisagerai seulement sa légalité ou plutôt son illégalité.

Le certificat de situation est rédigé par le médecin, seul qualifié pour répondre aux questions que sa demande comporte. C'est le médecin qui seul en est responsable. (« Le médecin en chef remplit sous sa responsabilité toutes les obligations imposées aux médecins des établissements d'aliénés par la loi du 30 juin 1838. Pour la délivrance des certificats que cette loi exige..., etc. » Art. 58 du règlement officiel du 20 mars 1857.) Il lui est donc absolument nécessaire de savoir à qui doit aller son certificat et pour quel motif celui-ci lui est demandé, car son libellé variera forcément suivant la nature du requérant et le motif invoqué. Comme le dit excellemment M. Vallon, « en libellant un certificat de situation, le médecin doit, tout en se montrant soucieux des intérêts de son malade, ne trahir ni ceux de sa famille, ni ceux de la société ».

D'autre part, aucun article de la loi de 1838, ni du règlement de 1857, n'autorise un directeur d'asile à exiger de sa propre autorité, sans explication aucune, un certificat de situation, ou à refuser la communication des pièces officielles le concernant. Le rôle du directeur se borne en cette matière à celui d'agent de transmission chargé de la correspondance.

La réponse que je vous ai rapportée, émanant d'un directeur administratif, me paraît donc à la fois inconvenante et illégale ; mais je serais heureux d'avoir sur ce point l'avis de la Société.

#### DISCUSSION

M. TRÉNEL. — Notre confrère devait refuser de délivrer le certificat qu'on lui demandait s'il ignorait à quoi devait servir son certificat et dans quelles mains il pouvait tomber.



D'ailleurs, en principe, tous nos certificats devraient porter : certificat délivré à la requête de M. X... pour tel motif. Généralement le directeur de l'asile ne nous adresse une réquisition qu'en vertu d'ordres qu'il a reçus et qu'il doit nous transmettre.

M. ROGUES DE FURSAC. — Notre confrère pouvait demander le dossier administratif, qu'on devait lui communiquer complet, et ne rédiger un certificat que s'il trouvait au dossier la pièce justifiant l'utilité du certificat demandé.

M. COLIN. — Il devait refuser un certificat dont il ignorait la destination et le but, et prendre l'avis de l'autorité supérieure.

M. ARNAUD. — Nous avons tous l'impression que le directeur a agi d'une façon tout à fait inaccoutumée ; mais sommes nous bien sûrs qu'aucun texte ne l'y autorisait ? Notre confrère lui a-t-il demandé sur quel texte il s'appuyait ?

M. DUPOUY. — Rien dans la loi ou dans le règlement ne paraît justifier cette manière de procéder, c'est pourquoi je crois pouvoir affirmer qu'une illégalité a été commise.

M. COLIN. — Ne parlons même pas du règlement ! le fameux règlement de 1857 n'est qu'un projet de règlement que l'administration utilise quand le texte lui convient, et qu'elle est la première à renier si elle y trouve avantage.

Avant que la Société donne un avis collectif sur cette question importante de pratique il faut l'étudier. Nous y reviendrons par exemple à la prochaine séance.

M. RITTI. — Il est incontestable qu'aucun médecin ne peut et ne doit donner un certificat, qui engagerait sa responsabilité, que s'il connaît la personne à qui il est destiné et aussi à quoi il doit servir. En exigeant donc du médecin de l'établissement un certificat sans lui dire qui le demandait et dans quel but il devait être établi, le directeur en question a commis non seulement une grave inconvenance et une réelle illégalité, mais encore un véritable abus de pouvoir. Je crois qu'il est du devoir de la Société médico-psychologique de protester contre de tels agissements qui ne tendraient à rien de moins

qu'à porter une sérieuse atteinte à la dignité médicale. Je propose de nommer une commission de trois membres à laquelle serait renvoyée la communication de M. Dupouy et qui serait chargée de nous présenter une motion à la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée, et une commission est nommée, composée de MM. Colin, Mignot et Trenel.

La séance est levée à 6 heures.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.



# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ITALIENS

**Archivio di psichiatria, neuropatologia, antropologia criminale e medicina legale.**

ANNÉE 1907 (*Suite et fin*) (1).

LI. — *La physionomie humaine étudiée chez les normaux et chez les arriérés. Note préliminaire*; par le D<sup>r</sup> Pennazza (numéro de juillet). — On a pu étudier et délimiter des physionomies spéciales pour de nombreuses catégories de sujets : les idiots, les imbéciles, les épileptiques, les fous moraux. Il est des physionomies absolument stéréotypées qui simulent une mimique attentive et intelligente. La physionomie est en quelque sorte innée. Les imbéciles ont une physionomie stupide, celle des idiots a quelque chose de triste et de douloureux. La pédagogie curative arrive à modifier cet état en changeant les contractions du visage. Enfin la physionomie reflète les émotions dépressives et les exaltations qu'a le sujet. L'expression du visage des épileptiques et celle des fous moraux seraient, d'après le D<sup>r</sup> Pennazza, identiquement semblables.

LII. — *Cerveaux de criminels*; par le D<sup>r</sup> Marini (numéro de juillet). — L'auteur a examiné treize cerveaux de criminels, il a trouvé chez eux de l'exagération des plis sagittaux du lobe frontal, une foule d'interruptions du sillon interpariétal, spécialement à droite, la première temporale est souvent simple et dissimulée au fond de la scissure de Rolando; à gauche, de nombreuses anomalies existent dans les sillons au voisinage de l'avant-coin. L'interruption de la frontale ascendante est relativement fréquente. Deux fois, dans l'hémisphère gauche, l'auteur n'a pas rencontré le sillon central du lobe supra-orbitaire.

LIII. — *Cas étranges de perversions sexuelles chez les épileptiques*; par le D<sup>r</sup> Blasio (numéro de juillet). — Six observations.

(1) Voir les *Annales* de février 1912.

Dans l'une, le sujet se fait uriner sur la main et, dans la journée, il porte les doigts à son nez pour aspirer l'odeur ammoniacale qui en émane. Un autre exige que les pensionnaires de la maison close qu'il fréquente ne se lavent pas et il les paye suivant la quantité de sperme que contient leur vagin. Un autre doit voir des papillons s'accoupler pour se procurer des érections en se masturbant. Un autre a des rapports avec les femmes au moment de leurs règles et exige qu'elles le barbouillent de sang. Un autre s'introduit un bâton en forme de priape dans le rectum, et un mari exige que sa femme le batte et le dispute avant de se livrer à l'acte sexuel.

LIV. — *Sur la morphologie des épileptiques*; par le Dr Pellegrini (numéro de juillet). — L'auteur a étudié à l'asile de Gorifalco les coordonnées métriques d'épileptiques simples et d'épileptiques aliénés, il a obtenu les résultats suivants : Chez presque tous les sujets, l'envergure est plus grande que la taille, la circonférence thoracique que la moitié de la taille, la hauteur du sternum est en général plus grande que le cinquième de la circonférence thoracique, le segment xipho-ombilical est plus petit que le segment ombilico-pubien; la hauteur du ventre est rarement plus grande que les deux cinquièmes de la circonférence thoracique et généralement lui est inférieure, le diamètre bis-iliaque est généralement plus petit que les quatre cinquièmes de la hauteur du sujet. Le volume du cœur des épileptiques est égal ou supérieur à celui des normaux.

LV. — *Types criminels-nés dans le procès Cocuolo*; par le Dr Fiori (numéro de juillet). — Les cinq principaux auteurs de cet assassinat avaient de l'asymétrie cranio-faciale, l'un d'eux avait aussi de l'asymétrie thoracique; presque tous avaient le front bas, le crâne fuyant, un rictus étrange; ils étaient tous membres de la Camorra.

LVI. — *Variations craniennes chez les criminels et les aliénés*; par le Dr Marro (numéro de novembre). — L'auteur a rencontré comme principales anomalies, un os fontanellaire orbitaire qui est rare et qui n'est pas un os wormien. Cet os rappelle une disposition ancestrale lointaine des reptiles fossiles des ganoïdes et des stégocéphales; il a également trouvé des os wormiens du niveau de la fontanelle orbitaire de Pozzi. La fusion partielle ou totale de la grande aile du sphénoïde avec le bord postérieur orbitaire du frontal, causée par des variations de développement des grandes ailes ou apophyses d'Ingrassias; un os surnuméraire en arrière de l'apophyse zygomatique, la



digastrica de Ruffini, anomalie de la région mastoïdienne et qui est séparée de l'écaille temporale par une suture irrégulière, analogue à celle trouvée par Giuffredo Ruggeri sur un crâne d'origine malaise. Une apophyse jugulaire, homologue de l'apophyse paramastoïdienne des herbivores et des suidés. Le dédoublement de l'apophyse mastoïde; enfin un os ensiforme au niveau de l'écaille du temporal et qu'on rencontre chez les chats et chez les singes.

LVII. — *Homicide par un paranoïaque persécuteur ayant de graves troubles alcooliques. Simulation*; par le Dr Audenino (numéro de novembre). — Un inspecteur d'octroi est gravement blessé par un de ses anciens subordonnés. La préméditation ne pouvait être mise en doute. L'assassin, fils d'alcoolique, ancien élève de l'Ecole de réforme de Pise, était lui-même alcoolique et syphilitique; il avait débuté par être garde de ville, avait fait un séjour dans un asile, il était alors déprimé, refusait de répondre aux questions qu'on lui posait, refusait aussi de s'alimenter. En sortant de l'asile, il abandonna son emploi et entra à l'octroi. Après sa révocation, il fut condamné pour port d'armes prohibées, et conserva depuis lors du tremblement; il tient actuellement des propos incohérents et même inintelligibles. Nombreux stigmates: il prétend être persécuté par tous les employés d'octroi de N...; hypertrichose de la région sacrée; caractère zoologique important des primates.

LVIII. — *Psychopathie sexuelle et épilepsie*; par le Dr Audenino (numéro de novembre). — D'après Lombroso, il y a un parallélisme absolu entre l'homo-sexualité et le crime, tous deux ayant des relations avec l'épilepsie. Un individu probablement épileptique n'a eu qu'une seule fois des relations sexuelles normales dans sa vie. C'est un pervers natif; un « fellator » pour beaux garçons et même un pédéraste condamné deux fois pour attentat à la pudeur, alcoolique, gaucher et peut-être ambidextre. Une fille de seize ans, de caractère très difficile, avec des idées bizarres et qui aurait eu une méningite en bas âge, a été pensionnaire d'une école de réforme; elle fait des tableaux vivants avec ses compagnes qu'elle corrompt et représentait des scènes de coït. Une autre fille épileptique avérée voulut se prostituer dès l'âge de six ans, et simula très jeune un avortement imaginaire. Il y a donc souvent coïncidence des anomalies sexuelles avec l'épilepsie et même le génie (Wilde).

LIX. — *Petits os cryptiques et foramen dorsi sellæ dans le*

*crâne d'une idiote*; par le D<sup>r</sup> Paravicini (numéro de novembre).

— En 1900, Staurenghi signala au niveau des sutures de la face et du crâne des os cryptiques. Chez une idiote morte de tuberculose, le crâne petit, avec synostose précoce de la suture sagittale et coronale, présentait, au niveau de la face interne de la partie la plus élevée de la suture temporo-pariétale, un petit os encâstré dans l'écaille temporale; cet os mesurait 3 millimètres dans le sens antéro-postérieur, et 6 millimètres dans le sens transversal. Il se continuait en haut avec une dépression en forme de spatule séparée de l'écaille temporale par un collet en dents de scie. Sur la surface exocranienne de cette dépression correspondait un os sutural cryptique au niveau de la suture lambdoïde saillant du côté de l'endocrâne; d'autres os le sont du côté de l'exocrâne et en particulier entre les deux branches du  $\lambda$ .

Un os cunéiforme de 4 millimètres de diamètre occupe le côté interne de la suture exoccipitale supra-occipito-pétreuse. A gauche, il existe un os astério-fontanellaire, faible au niveau de l'exocrâne. Enfin, phénomène tout aussi intéressant, un trou occupe le dos de la selle turcique, comme cela est fréquent dans les embryons de veau, d'orang, les ongulés, les primates et les rongeurs. On voit combien ce crâne présentait de particularités bizarres.

LX. — *Hystérique homicide. Rapport psychiatrique*; par les D<sup>rs</sup> Marioni et Audenino (numéro de novembre). — Le fait divers banal. Un individu, dégénéré et hystérique, se livre à la boisson et vit avec une personne qu'il aime et en a un enfant; malheureusement il lui fait de nombreuses scènes de jalousie: une fois déjà ils se sont quittés puis remis. A la suite d'une scène violente et sur des soupçons d'ailleurs injustifiés, il l'a frappée avec une pierre et l'a tuée; il veut se suicider. L'examen mental conclut à une responsabilité diminuée.

LXI. — *Ostéo-fibro-sarcome de la fosse temporale droite et épilepsie*; par le D<sup>r</sup> Paravicini (numéro de novembre). — Une femme, aujourd'hui âgée de soixante-cinq ans, a vu apparaître, il y a quinze ans, une petite tumeur dans la région pariéto-temporale droite qui fut d'abord indolente, devint douloureuse à la pression; elle s'accrut assez rapidement en gardant une forme hémisphérique et fut déclarée inopérable. Depuis deux ans, crises d'épilepsie typique, douleurs articulaires aux membres et à la face; enfin décubitus acutus et mort. La tumeur située dans la fosse temporo-pariétale droite avait les dimensions suivantes: longueur, 82 millimètres; largeur, 73 milli-



mètres; épaisseur, 36 millimètres, atrophie du muscle temporal et de l'aponévrose de ce muscle. Cette masse adhérait à la dure-mère et envahissait l'endocrâne, les trous de la base dans la région voisine, sauf ceux que franchissent les branches de l'artère méningée moyenne; l'encéphale lui-même est atteint par une tumeur du volume d'un haricot. L'examen microscopique démontre que la tumeur est formée de cellules sphériques à gros noyaux avec protoplasma abondant, membrane cellulaire résistante : le noyau est souvent double. La tumeur est richement vascularisée, l'arachnoïde contient des colonnes de tissu conjonctif; la dure-mère, des faisceaux fibro-conjonctivaux, séparés par des amas de cellules à noyau sphérique ou ovoïde. Les canalicules de Havers sont eux-mêmes altérés. Le cerveau présente un processus nécrobiotique très accentué. Les cellules des parties malades sont atrophiées, recroquevillées; le noyau rejeté à la périphérie du cytoplasma. Les fibres tangentielles ont disparu, les fibres corticales sont diminuées de volume. La névroglie est hyperplasique et hypertrophique. La zone rolandique ne montre ni corps de Nissl ni chromatolyse, mais seulement de la diminution des fibres tangentielles. En somme, une tumeur de ce genre réalise les expériences fondamentales de Ferrier, Munk, Luciani, Tamburini, etc., sur les centres de la région rolandienne.

LXII. — *Le crime dans la démence précoce*; par le Dr Pighini (numéro de novembre). — Au manicomme criminel de Reggio Emilia, l'auteur a trouvé 143 aliénés criminels, 29 non-lieu et 114 jugés; sur lesquels 8 individus absous étaient des déments précoces (27 p. 100) et 56 jugés (49,1 p. 100). Au point de vue de la forme, l'auteur a eu à traiter 2 hébéphréniques, 9 catatoniques. Les autres étaient des paranoïaques. Le crime a été commis de quinze à vingt ans par 11 sujets; de vingt et un à vingt-cinq ans, par 19 sujets; de vingt-six à trente ans, par 17 sujets; 7 seulement avaient dépassé trente ans. Pighini admet que la moitié des condamnés étaient déjà aliénés au moment de l'acte; malgré cela, ils ont été reconnus coupables : un examen plus attentif eût révélé un changement de caractère, de l'affaiblissement lent de l'intelligence et surtout des hallucinations, en particulier de la forme psychique de Baillarger. A ces signes pathologiques s'ajoutent les phénomènes ambiants qui déterminent l'acte criminel lui-même. Pas un seul de ces sujets ne répond au type criminel de Lombroso.

LXIII. — *Sur la division du pariétal avec trois observations originales sur des crânes d'idiots*; par le D<sup>r</sup> Marro (numéro de novembre). — L'auteur a observé chez un idiot et deux épileptiques une division transversale du pariétal en coïncidence avec d'autres malformations. Les auteurs discutent encore sur le nombre des points d'ossification de cet os à l'état normal. Calori et Coracci en considèrent 1 seul; Toldt et Staurengghi, 2; Maggi, 3; Fiassello, 4. Les anomalies de l'os ne sont-elles pas comme le veut Schwalbe, conditionnées par l'hydrocéphalie? Quoi qu'il en soit, les primates ont deux zones d'ossification. On a signalé un cas unique d'absence de la suture sagittale avec un indice céphalique de 90 degrés. Les faits que considère Marro semblent être dus à ce que chez les individus tarés, les points d'ossification sont plus excentriques que normalement. Cette théorie peut être rapprochée de celle de Morselli sur la scaphocéphalie.

L. WAHL.

## II Manicomio.

ANNÉE 1908.

I. — *Fonctions et rapports des éléments nerveux et des éléments étrangers au tissu nerveux dans les ganglions spinaux*; par le professeur Giovanni Esposito (n° 1). — De ses travaux, Cajal a cru pouvoir conclure que les éléments « non nerveux » des ganglions spinaux remplissent à l'égard des neurones une fonction analogue à celle des ostéoclastes dans le tissu osseux, en ce sens qu'ils joueraient le rôle de stimulant de la nutrition et de l'accroissement des neurofibrilles et détermineraient, par suite, des changements importants dans la morphologie du corps cellulaire et de ses prolongements. C'est par cette influence que l'on pourrait expliquer l'apparition du glomérule initial du cylindre axe des cellules ganglionnaires, la formation tardive des dendrites, l'aspect cribiforme, etc.

L'auteur de cette note, tout en rendant hommage aux travaux et à l'ingéniosité du savant histologiste espagnol, ne croit pas pouvoir accepter, du moins dans leur totalité, les explications de Cajal; c'est ainsi qu'il estime devoir mettre la fenestration sur le compte des prolongements cellulaires. Ses recherches personnelles lui ont montré que le corpuscule effilé est bien un produit de nature pathologique ou sénile, mais il



ne saurait admettre là non plus avec Cajal l'influence mécanique des éléments « non nerveux » ; il pense que l'effilement doit bien plutôt être le produit de modifications endogènes de la cellule nerveuse elle-même et être considéré comme un phénomène de nature régressive.

II. — *L'ancienne et la nouvelle anthropologie criminelle*, par le professeur Del Greco (n° 1). — Cette leçon d'ouverture du cours d'anthropologie criminelle de l'Institut clinique de perfectionnement de Milan est une nouvelle glorification de l'œuvre de Lombroso, glorification à laquelle nous ne saurions mieux faire que de souscrire. Le professeur Lombroso, à qui les *Annales* ont toujours rendu justice, a aujourd'hui une assez mauvaise presse en France et cela quel que soit le milieu dans lequel il est jugé. Mais nous avons confiance dans l'avenir, et nous sommes convaincus que nos compatriotes lui rendront justice plus tard. L'état d'esprit actuel tient à diverses causes ; la plus importante est que nombreux sont ceux qui sont restés fascinés par les premières théories de l'illustre anthropologiste italien, au point de ne plus apercevoir tous les tempéraments que lui-même a cru devoir apporter à ses premières conceptions ; il n'est pas jusqu'à certains de ses élèves qui, inconsciemment, ne se soient faits les propagateurs de certaines idées qui n'étaient déjà plus celles du maître ; notre A. France a dit, il y a bien longtemps : « Il est rare qu'un maître appartienne autant que ses élèves à l'école qu'il a fondée » ; cela est bien vrai de Lombroso. Mais en tout état de cause, et même en admettant que Lombroso soit resté l'homme d'une théorie immuable, et cela n'est pas, nul ne saurait lui contester le très grand mérite d'avoir, le premier, attiré l'attention avec une persévérance, une énergie et une clairvoyance admirables, sur un certain nombre de faits et de méthodes dont la psychiatrie et la criminologie ont très largement bénéficié. Grâce à Lombroso, l'Italie est aujourd'hui l'un des pays où les sciences manicomiale et pénitentiaire ont fait les plus grands progrès, et les Italiens poursuivent une œuvre essentiellement louable en exaltant sa mémoire. Quant à la défendre, il est superflu d'y songer ; l'œuvre de Lombroso se défend d'elle-même et l'assure sinon contre l'ingratitude, du moins contre l'oubli.

III. — *Émigration et folie*, par le Dr Giuseppe Tolone (n° 1). — L'auteur, médecin-adjoint de l'asile de Catanzaro, a eu l'occasion d'observer un certain nombre d'aliénés qui,

après avoir émigré, sont venus échouer à l'asile. La fréquence de l'émigration en Italie l'a conduit à se demander si véritablement, comme l'ont avancé certains auteurs, et plus particulièrement Fronda, il existe un rapport entre la folie et l'émigration; si, particulièrement, on est autorisé à regarder l'émigration comme étant l'expression de tares mentales antérieures. Des recherches et des enquêtes précises lui ont montré qu'il n'en est rien; il est évident que les conditions mêmes de l'émigration, misère, émotions, incertitude de l'avenir, sont capables d'agir à la longue sur les facultés mentales, cette action étant rendue plus facile et plus rapide chez les individus déjà tarés. L'auteur estime que de là à affirmer que l'émigration est particulièrement causée par la dégénérescence mentale, il y a loin.

IV. — *De la neurasthénie comme forme prodromique de la démence précoce*; par le D<sup>r</sup> Aleardo Salerni (n° 1). — L'étude du syndrome pseudo-neurasthénique dans la période prodromique de la démence précoce montre que ce syndrome présente quelques caractéristiques qui en facilitent le diagnostic et permettent de le cataloguer en dehors de la véritable neurasthénie. Ce syndrome se caractérise surtout par la variabilité des réactions individuelles et des modalités, par les nuances cliniques; il ne s'agit pas là d'une affection qui en masque une autre ou qui lui est en quelque sorte surajoutée. Tout au plus pourrait-on les considérer comme une modalité de la psychasthénie; mais il n'est cependant guère possible de regarder ce syndrome comme indépendant de la démence, parce que l'on trouve en lui de nombreux éléments qui décèlent la maladie mentale commençante.

V. — *Considérations statistico-nosologiques sur la démence précoce*; par le D<sup>r</sup> Alberto Ziveri (n° 1). — La démence précoce doit toujours être considérée au sens le plus large du mot comme une maladie constitutionnelle, tant en raison des altérations des échanges qu'en raison de la déviation de la constitution cérébrale; c'est là ce qui fait qu'elle peut se développer, le plus souvent lentement, d'ailleurs, sans cause extérieure apparente. C'est pourquoi il n'y a pas de raisons d'admettre que la démence précoce puisse être causée par une toxi-infection; il vaut mieux, lorsqu'on se trouve en présence d'une étiologie semblable, penser à un syndrome pseudo-déméntiel post-infectieux ou post-toxique, analogue aux cas de confusion non guérie. Il existe certainement un certain nombre d'états qui



sont ainsi englobés aujourd'hui dans la démence précoce et qui nuisent à la clarté clinique de cette affection.

VI. — *Contribution clinique à l'étude des fonctions du cervelet*; par le D<sup>r</sup> Urbano Alessi (n° 1). — De considérations cliniques et pathologiques, l'auteur croit devoir conclure que le cervelet a sur les phénomènes psychiques la même action que sur les phénomènes moteurs et qu'il peut être considéré, sous forme d'hypothèse, comme un organe qui philogénétiquement et autogénétiquement exerce une influence sur la formation de la personnalité psycho-motrice.

VII. — *Recherches sur le pouvoir réducteur des urines au cours de la folie maniaco-dépressive*; par le D<sup>r</sup> O. Pini (n° 2). — De patientes et longues recherches ont montré à l'auteur de cet intéressant travail que le pouvoir réducteur des urines est augmenté pendant les périodes d'excitation ainsi que, quoique à un degré beaucoup moindre, pendant l'état de dépression; il est au contraire diminué après les états d'excitation prolongée. Quant au ralentissement des oxydations organiques, il s'observe surtout pendant les périodes de dépression.

VIII. — *Les maladies mentales et les courants migrants dans l'Italie méridionale*; par le D<sup>r</sup> Francesco Lener (n° 2). — Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

IX. — *État de mal épileptique et acétonémie*; par le D<sup>r</sup> S. Tomasini (n° 2). — Etant donnée la constitution physique, anormale, asymétrique, de l'épileptique, celle-ci doit nécessairement influencer sur toutes les fonctions organiques, et par conséquent sur les échanges.

Sans préjuger d'aucune des nombreuses théories par lesquelles on a cherché à expliquer la genèse des attaques, et qui, toutes, nécessiteront encore beaucoup de recherches, on peut considérer comme démontré que l'attaque d'épilepsie n'est pas due à une intoxication par l'acétone.

Durant l'attaque et du fait même des convulsions cloniques et toniques, comme de celui du ralentissement fonctionnel des divers organes, il y a production anormale de substances toxiques, d'où une auto-intoxication qui varie suivant le nombre, l'intensité et la durée même de l'accès.

Lorsque les attaques se répètent et lorsque spécialement il y a état de mal, cette auto-intoxication est augmentée par la production continue d'acétone et par ce fait que cette acétone y est plus toxique puisqu'elle agit sur l'organisme à l'état naissant. De telle sorte qu'à l'acétonurie consécutive à l'attaque d'épi-

lepsie succède, dans l'état de mal, l'acétonémie. Un grand nombre de symptômes de l'état de mal épileptique, particulièrement ceux qui précèdent la mort, et la mort même, sont dus à l'acétonémie.

X. — *Sur l'importance de l'élément individuel dans l'allure d'un cas de paralysie progressive*; par le D<sup>r</sup> Dario Valtorta (n° 2). — Les éléments individuels jouent un rôle considérable dans la constitution des symptômes psychopathiques. Ce rôle se manifeste aussi dans la paralysie générale, bien que cette affection, qui se rapproche tant des neuropathies, emprunte peu de choses au facteur prédisposition.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur rapporte d'une manière très détaillée, l'observation d'un sous-commissaire de police qui est à lire entièrement.

XI. — *Rythme du mouvement et folie périodique*; par le D<sup>r</sup> Gucci Raffaello (n° 2). — Dans ce travail, l'auteur, s'appuyant surtout sur des travaux français, montre que la circularité est très probablement l'expression d'une loi qui domine le fonctionnement de notre système nerveux: la loi du rythme du mouvement.

XII. — *Myopathie primitive, progressive, chez un imbécile épileptique*; par le D<sup>r</sup> Gerardo Ansalone (n° 2). — Il s'agit d'un cas de myopathie primitive, progressive, à forme juvénile de Erb, développée chez un individu à tares héréditaires neuropathiques et psychopathiques et dont le père était un alcoolique criminel. Aux troubles musculaires correspondait en même temps un arrêt marqué du développement intellectuel et de l'épilepsie. Ce cas présente cette particularité intéressante qu'on y rencontrait aussi des lésions osseuses caractérisées par un arrêt de développement en masse, tel celui que l'on observe dans la paralysie infantile; de telle sorte qu'on est légitimement en droit de se demander si cette myopathie ne s'est pas développée sur une paralysie infantile antérieure, et s'il n'y aurait pas une relation de cause à effet entre les deux affections. C'est là un point que seul l'examen histologique permettra ultérieurement de préciser.

XIII-XIV. — *Le musée Ciaramella. Rapport médico-légal sur l'état mental de A. Ciaramella, inculpé d'escroquerie et de faux*; par le professeur Andrea Grimaldi (n°s 2 et 3). — En mai 1905, une dame de la haute société napolitaine présentait à la caisse de l'Intendance des finances de cette ville un certain nombre de titres au porteur qui furent immédiatement



reconnus comme grossièrement surchargés et dont 22 primitivement de 5 francs étaient portés comme valant 1.000 francs. Ces surcharges avaient été faites à l'insu de la propriétaire par son secrétaire Alfredo Ciaramella. Ce dernier, issu d'une famille des plus honorables, vivait très modestement avec sa mère et ses frères ; mais, depuis quelque temps et à l'insu de tous, il avait été pris d'un certain nombre de manies, principalement de celle qui consiste à collectionner des tableaux et des antiquités. A cet effet, il avait loué quelques locaux dans lesquels il entassait ses trouvailles qu'il dissimulait soigneusement et dont certaines avaient une assez grande valeur ; en même temps et depuis la même époque, il misait d'assez grosses sommes à la loterie royale. C'était pour faire face à ses besoins que Ciaramella avait ainsi volé sa maîtresse. Aux yeux de tous, Ciaramella passa pour un vulgaire voleur et les circonstances paraissaient en effet plaider en faveur de cette manière de voir, d'autant qu'au moment où le délit venait d'être découvert, l'inculpé était en fuite. Bientôt son arrestation montra que le cas n'était pas aussi simple qu'on avait cru tout d'abord ; il prétendit en effet, au cours de son interrogatoire, avoir poursuivi le but de la création d'une pinacothèque de premier ordre, réunissant principalement des toiles de l'école napolitaine, musée dont sa maîtresse serait devenue propriétaire et dont il aurait probablement été nommé directeur. Comme ce but paraissait vraisemblable, que, personnellement, Ciaramella n'avait en aucune façon profité de ses larcins, le Parquet eut des doutes sur l'intégrité cérébrale de l'inculpé et ordonna un examen psychiatrique.

C'est cet examen que le professeur Grimaldi publie ici. Cet examen est aussi curieux qu'intéressant, car aucun des points qui peuvent intéresser soit le psychologue, soit l'aliéniste, n'y est laissé dans l'ombre. Il peut être considéré comme un modèle d'exactitude. Il nous serait difficile de le résumer, car il est à lire tout entier. La conclusion en est que Ciaramella est atteint d'anomalies constitutionnelles revêtant le caractère paranoïaque, anomalies qui se traduisent par un délire ambitieux dont l'idée prédominante, fondation d'un musée, finit par acquérir la valeur d'une véritable idée obsédante qui paralyse toute saine critique, tout pouvoir frénateur, tout libre choix ; l'irresponsabilité de Ciaramella en découle. Cette manière de voir fut partagée par les contre-experts, professeurs Leonardo Bianchi et Gaetano Corrada, et l'accusé fut remis en liberté.

XV. — *Sur une méthodologie des sciences médicales fondée sur leur histoire*; par le professeur del Greco (n° 3). — Le processus de la connaissance se déroule, dans l'histoire de la médecine, en trois périodes : mythologique, doctrinaire, scientifique, qui constituent les trois stades de l'esprit humain. L'auteur étudie succinctement ces trois périodes et montre qu'aujourd'hui une quatrième période semble commencer, qui se préoccupe particulièrement de la déontologie et de la morale.

XVI. — *Les maladies mentales et les courants migrants dans l'Italie méridionale*; par le Dr Francesco Lener (n° 3). — Suite; analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

XVII. — *Les psychopathies dans la ville et la province de Messine*; par le professeur Guglielmo Mondio (n° 3). — Analyse retardée jusqu'à publication intégrale.

XVIII. — *Contribution à l'histologie pathologique du délire aigu et des délires infectieux*; par le Dr Gerardo Ansalone (n° 3). — L'auteur a eu l'occasion d'observer trois cas de délire aigu et trois cas de délire infectieux (une septicémie et deux pneumoniques). L'étude histologique des cas de délire aigu a montré que, conformément à l'ancienne conception de Donaggio, l'appareil neuro-fibrillaire est doué d'une très notable résistance aux divers agents pathogènes. Si la dégénérescence granulaire des fibrilles s'observe dans les cas de délire aigu, cette dégénérescence non seulement est loin d'être généralisée à tous les éléments, mais encore dans les éléments touchés elle n'est pas étendue à tout l'appareil fibrillaire endocellulaire. Les altérations neuro-fibrillaires observées sont en tout semblables à celles qui ont été décrites par Cajal dans l'infection rabique, vacuolisation superficielle, pâleur et état granuleux du reticulum, désagrégation du protoplasma, décentrement du noyau, etc.

Dans les cas de délire infectieux, les altérations neuro-fibrillaires sont beaucoup plus graves, mais en revanche les lésions de la corticalité sont moins importantes et moins généralisées que celles observées dans le délire aigu; il y a là un fait qui peut aider au diagnostic histologique. En général, d'ailleurs, et ceci confirme les idées antérieurement exprimées par Bianchi et Piccinino, au véritable délire aigu correspond un tableau histo-pathologique où l'intensité, l'extension et la diffusion des lésions à tout l'axe cérébro-spinal permet une différenciation fort nette d'avec les autres délires infectieux où les altérations ne sont jamais que secondaires. Contrairement aux vues d'An-



glade, le substratum histo-pathologique du délire aigu est constitué par une lésion primitive, diffuse et très rapide des cellules nerveuses de tout l'axe causée par des agents toxi-infectieux spécifiques. Cependant la moelle, le cervelet, les ganglions spinaux et les nerfs périphériques sont moins touchés parce que la lésion est d'abord et surtout corticale; quant aux lésions vasculaires, elles sont secondaires, ainsi que les réactions névrogliques.

LUCIEN LAGRIFFE.

## BIBLIOGRAPHIE

*Caratteristiche e natura del sogno; nuove indagini e nuove critiche* (Caractéristique et nature du rêve; nouvelles recherches et nouvelles critiques); par le D<sup>r</sup> Cipriano Giachetti. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista di psicologia applicata*, juillet-août 1908.

Rêver, c'est vivre une vie irréaliste, comme si un second moi s'éveillait tout à coup au moment où le premier moi s'endort; ce second moi conserve avec le moi de la veille beaucoup de caractères, d'habitudes, d'idées et de souvenirs communs, mais il est en même temps désordonné, doué de facultés et de pouvoirs souvent inconnus à la vie ordinaire; cela ne l'empêche pas de désirer, d'aimer, de souffrir, de jouir pendant quelques instants qui semblent des heures, des mois, des années. Le rêve se caractérise donc par une activité mentale désordonnée; c'est pourquoi il est difficile d'imaginer une logique du rêve, mais non impossible, car le rêve, comme toutes les fonctions organiques, présente quelques caractères constants qui montrent que tout en lui n'est pas fantastique et irréel : les éléments du rêve sont en effet empruntés à la personnalité de l'état de veille; ce sont des éléments dont certains sont personnels et donnent aux rêves des caractères qui sont particuliers à chaque individu. Mais les éléments constitutifs en sont nombreux et de cette complexité dérivent les difficultés que présente l'étude du rêve; ces difficultés sont encore accrues par celles que soulève l'observation de l'état physiologique au cours duquel se produit le rêve. Nous ne devons plus considérer aujourd'hui le sommeil comme une fonction purement négative, mais comme une fonction active. Claparède, qui a critiqué toutes les théories physiologiques du sommeil, regarde celui-ci comme résultant d'un instinct qui a pour but, en frappant l'individu d'inertie, de l'empêcher d'arriver jusqu'à l'épuisement; suivant lui, nous ne dormons pas parce que nous sommes intoxiqués ou épuisés, mais pour ne pas le devenir. Quoi qu'il en soit de cette théorie, cependant trop exclusive, le cerveau ne cesse pas, pendant le



sommeil, de fonctionner au moins en partie, les associations d'idées y persistent, mais désordonnées, plus nombreuses, non réglées par les centres d'inhibition supérieurs, et les mirages s'y succèdent et changent comme sur une pellicule cinématographique.

Le premier point important dans l'étude de l'activité mentale au cours du sommeil serait de savoir si nous rêvons toujours, presque toujours ou seulement quelquefois ; d'un autre côté, les songes ne peuvent être observés au moment où ils se produisent, mais seulement au moment du réveil, ce qui constitue un très grave inconvénient et manque de rigueur scientifique ; certains, inconsciemment, en arrivent à embellir leurs songes. Ces inconvénients ont été particulièrement signalés par Foucault dans un livre récent.

Quelques recherches ont montré à l'auteur que la plupart des rêves qui constituent un tout complet surviennent chez les individus intelligents et imaginatifs ; les rêves des autres individus sont au contraire composés d'images éparses et sans aucun lien entre elles ; la plus grande activité onirique correspond donc, en général, à un plus grand développement de l'intelligence, par ce seul fait que chez les individus intelligents, l'imagination est plus active et beaucoup plus capable de construire et de développer un rêve à l'aide de quelques souvenirs. Dans tous les cas, le type d'imagination reste pendant le rêve ce qu'il était à l'état de veille : le rêve est en effet constitué par de nombreux caractères personnels qui se manifestent aussi à l'état de veille et il est très hasardeux d'attribuer à l'activité onirique des propriétés révélatrices.

Des tentatives d'explication du rêve fournies jusqu'ici, la meilleure est celle de Myers, qui base sa théorie sur la conception de la conscience subliminale : le rêve mettrait en activité une conscience plus vaste et plus profonde qui sommeille pendant le jour ; le rêve posséderait donc, pour Myers, une puissance spéciale. Mais, quoi qu'il en soit, et en présence du petit nombre de faits cités et pas toujours à l'abri de toute critique, il ne semble pas possible d'affirmer qu'au cours du rêve se manifestent des énergies nouvelles extraordinaires ; tout au plus y a-t-il un réveil d'énergies qui semblaient éteintes mais qui, en réalité, persistaient à l'état latent dans la conscience.

On n'a pas tenu assez compte que les images qui se produisent au cours du rêve ne sont pas des représentations mentales, mais de véritables hallucinations qui, par suite de la sup-

pression momentanée du pouvoir critique, sont enregistrées comme des représentations réelles. Ce sont là naturellement de hallucinations physiologiques, idées, symboles, figures, tous un lot de souvenirs de la vie active qui naissent dans les sphères d'association et qui, au lieu de s'associer aux autres idées ou de se projeter à l'extérieur, refluent vers les centres de la sensibilité qui ont été leur point de départ. Le cerveau de l'individu endormi fonctionne toujours, mais, privé qu'il est des sensations directes qui ne se produisent qu'au cours de l'activité des centres sensoriels, il fonctionne comme il peut, suivant un mode qui, durant la veille, est le propre des états pathologiques.

LUCIEN LAGRIFFE.

*La folie morale de persécution sans délire ; étiologie et diagnostic différentiel ;* par le Dr G. Ferrua (de Londres).

Extrait de la *Liguria medica*, Gênes, 1<sup>er</sup> avril 1911, p. 77.

Cette entité nosographique, soupçonnée il y a plus de vingt ans déjà par Wernicke (*psychose à idées prévalentes*), n'a pas encore été étudiée à fond, en Italie, sous le point de vue de l'autonomie. Pourtant, alors qu'en Allemagne l'école de Leipzig étudiait son individualisation dans ses lignes fondamentales, en France, les élèves de Magnan, spécialement Sérieux et Capgras, complétaient sa différenciation d'avec la paranoïa (*psychose à base d'interprétations délirantes*).

Ferrua expose avec clarté et évidence ses caractères que résume déjà l'appellation qu'il lui donne : nature essentiellement affective et absence de véritable délire.

Cette psychose, qui n'est pas une véritable aliénation au sens rigoureux du mot, se manifeste chez des individus lourdement tarés et présentant les caractères des héréditaires et des dégénérés.

« Ne souffrant pas d'hallucinations auditives, ils ont des idées fixes qui assiègent avec une invincible ténacité le champ de leur conscience et autour desquelles toutes les autres énergies psychologiques convergent continuellement, de manière à en faire le pivot de chaque vibration de la substance cérébrale et de chaque acte volitif. »

Autour de ce noyau, les facultés intellectuelles restant lucides, se fait dans les profondeurs du subconscient un travail dialectique souvent, mais non toujours étroitement serré,



jamais en aucune façon illogique ni incohérent, à caractère de persécution et de revendication.

« Il y a dans cette forme aberrante de l'énergie mentale un quelque chose de singulier qui rappelle, sous quelques rapports, la psychologie rudimentaire et profondément égoïste de l'homme primitif. »

Et l'auteur précise justement quelques points de cette comparaison. Si d'un côté la nature affective de cette maladie mentale fait penser au rôle prévalent des émotions dans la vie psychique de l'homme primitif, d'un autre côté les moyens employés par le sujet dans ses revendications (voies légales, imprimés, etc.), exigent un état plus avancé de civilisation que ceux auxquels a recours le vrai paranoïaque délirant.

Il existe un autre caractère différentiel important déjà observé par d'autres aliénistes : les meurtres, plus fréquents chez les paranoïaques, sont commis par ceux-ci après des déductions plus ou moins logiques et une préparation adéquate ; chez les malades en cause au contraire, les meurtres sont plus rares et sont consécutifs à des impulsions involontaires non étroitement liées aux idées de persécution.

Se basant sur l'excitabilité réflexe et émotive accentuée, l'auteur doute que cette psychose puisse en aucun cas être identifiée ou au moins rapprochée « d'une forme neurasthénique hypertensive à évolution obscure et latente ». Il la considère comme étiologiquement due à l'action prépondérante du psychisme inférieur sur la corticalité.

Il ne croit pas devoir faire rentrer dans cette forme les mystiques et les hypocondriaques à cause de l'existence chez eux d'un état hallucinatoire dû au fonctionnement anormal du sympathique. Mais il ne me paraît pas prouvé que les troubles cénesthésiques soient, chez ces malades, véritablement hallucinatoires. Il faut aussi penser à la nature affective de cette psychose, à la présence d'idées prévalentes et souvent aussi de véritables idées fixes et d'actes impulsifs pour se rendre compte qu'une telle exclusion ne doit pas être aussi absolue.

Au sujet du pronostic, Ferrua adopte aussi l'opinion de Jolly, de Siefert, de Bonhoeffer et de Heilbronner, sur la curabilité des manies quérulentes, particulièrement « lorsque personne ne s'en fait l'écho » et lorsque des mesures vexatoires ne viennent pas donner « un surcroît d'activité aux impulsions irrésistibles du subconscient ».

D<sup>r</sup> GIAN LUCA LUCANGELI.

*La suggestion et ses limites*; par le professeur Bajenoff et le Dr Ossipoff, de l'Université de Moscou. 1 vol. in-18 de 117 pages. Bloud et C<sup>ie</sup>, éditeurs, Paris, 1911.

Depuis l'époque mémorable où l'Ecole de la Salpêtrière et l'Ecole de Nancy opposaient leurs doctrines sur l'hypnose et la suggestion, une évolution s'est produite dans l'esprit des hommes de science : l'hypnose est devenue une pratique condamnable; la suggestion a perdu presque tout son prestige. On veut bien encore guérir par la médecine de l'esprit, mais à l'aide de procédés nouveaux et simplifiés qui ont reçu le nom de psychothérapie. Les adeptes de cette nouvelle école mettent à la base de leur traitement psychique la persuasion, la rééducation, les efforts de la dialectique. Mais les partisans de l'ancienne méthode protestent : Vos procédés prétendus nouveaux, disent-ils, ne sont que de la suggestion faite à l'état de veille et vous n'avez rien inventé; à l'aide d'un dispositif légèrement modifié, vous ne faites qu'appliquer la méthode de l'Ecole de Nancy et vous n'êtes pas fondés dans vos prétentions novatrices. Tel est le procès qu'exposent, avec une grande clarté, MM. Bajenoff et Ossipoff dans le petit livre que nous analysons. Le différend, font-ils observer, serait facile à trancher si nous pouvions distinguer nettement entre les notions de persuasion et de suggestion, mais cette distinction est presque impossible à établir. Il ne faut donc excommunier personne; si les psychothérapeutes ont raison, les hypnothérapeutes n'ont pas tort. Néanmoins, les ressources de la psychothérapie actuelle sont plus variées que celles de l'ancienne. Dubois, Oppenheim, Déjerine, Lœvenfeld, Jabotzki, Marcinowski, et surtout Freud, grâce à leur pénétration psychologique, ont créé des méthodes qui, entre leurs mains, donnent les résultats les plus favorables et qui constituent un incontestable progrès grâce auquel le médecin sera peu à peu amené à prendre auprès de son malade la place du « directeur de conscience ».

Un grand écrivain russe, ayant souffert lui-même de graves troubles psychiques, a buriné cette parole : « Un jour viendra où un grand pouvoir sera dévolu aux psychiatres. » Nous serions bien surpris si cette prophétie se réalisait chez nous. Souhaitons-le pourtant, par amour de l'humanité, et félicitons les auteurs de la façon vraiment attachante dont ils nous ont exposé « la suggestion et ses limites ».

A. CULLERRE.



*De la suggestion*; par le Dr Bernheim, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-18 de 267 pages. Albin Michel, éditeur, Paris, 1911.

C'est pour répondre au désir qui lui a été exprimé d'écrire pour le grand public que M. Bernheim publie ce livre. L'hypnotisme et la suggestion éveillent encore, dans nombre d'esprits, des idées erronées et même un peu superstitieuses. C'est pour débarrasser la question de son apparence mystique et thaumaturgique qu'il a condensé, en ces quelques pages, les faits observés par lui depuis trente ans et les jugements que cette longue pratique lui a permis de mûrir sur cette intéressante question.

Nous n'entreprendrons pas d'exposer une fois de plus les idées de M. Bernheim sur la suggestion; elles sont bien connues du public médical et nous les avons exposées à plusieurs reprises dans les colonnes des *Annales*. M. Bernheim, à ceux qui l'accuseraient d'avoir changé, répond victorieusement en les engageant à lire ses nombreux mémoires sur l'hystérie, les thèses de ses élèves, les diverses éditions de son livre sur l'hypnotisme et la suggestion; ils pourront alors s'assurer que, si ses idées ont mûri, elles ne se sont pas foncièrement modifiées.

La suggestion, quel que soit son mécanisme, ne sort pas du domaine de la physiologie ou de la psycho-physiologie normale; c'est la mise en activité de la suggestibilité, propriété inhérente au cerveau humain, variable suivant les sujets, variable aussi suivant leurs états d'âme et suivant les phénomènes suggérés. Ni l'hypnotisme, ni la suggestion ne créent de propriétés particulières; la suggestion, c'est le déterminisme cérébral.

Après un court résumé historique, l'auteur étudie successivement la suggestibilité, les états de catalepsie, de contracture, de paralysie, les troubles de la sensibilité, les illusions, les hallucinations, le somnambulisme suggérés. Après deux chapitres importants consacrés à la médecine légale, il continue en exposant le rôle thérapeutique de la suggestion et les divers procédés de psychothérapie. Il termine enfin par une critique des doctrines de l'Ecole de la Salpêtrière et par une protestation énergique contre les auteurs qui, dans des publications récentes, auraient dénaturé ses propres idées.

A. CULLERRE.

*Précis d'auto-suggestion volontaire. Education pratique de la volonté*; par le D<sup>r</sup> Gérard Bonnet, d'Oran, 2<sup>e</sup> édition. 1 vol. in-18 de 297 pages. Jules Rousset, éditeur, Paris, 1911.

Un titre heureux, le moment favorable (car on ne saurait contester que la culture du moi ne soit à l'ordre du jour), une conviction d'apôtre, une absolue sincérité : voilà de quoi expliquer le succès du livre de M. Bonnet, dont nous annonçons, il n'y a guère plus d'un an, la première édition dans ce journal. Dans la notice que nous consacrons à cet ouvrage, nous expliquons ce que l'auteur entend par l'auto-suggestion volontaire : c'est, selon lui, la culture de la volonté pour le plus grand bien de l'individu. C'est un procédé par lequel chacun peut obtenir des modifications dans son état physique et moral et exercer des effets favorables sur toutes les fonctions de l'organisme. Comment éduquer sa volonté, pratiquer l'auto-suggestion, créer la confiance en soi, concentrer sa pensée sur le but à atteindre, voilà ce que contiennent les chapitres successifs de l'ouvrage. « La chance et le hasard nous gouvernent rarement, nous dit judicieusement M. Bonnet. Il existe dans l'organisme humain des forces trop longtemps ignorées qui facilitent le bonheur par le calme de l'esprit et la confiance du succès final. L'auto-suggestion volontaire est une de ces forces. Avec son aide, on peut se constituer une personnalité puissante et devenir quelqu'un. » Devenir quelque chose, sinon quelqu'un, est un idéal que ne renient point, paraît-il, les jeunes couches. On parle de leur énergie, de leur ibsénisme, de leur nietzchéisme même, et tout cela, d'un point de vue éthique sans doute un peu suranné, nous paraissait plutôt fâcheux. Désormais, l'arrivisme, s'il veut se conformer à la méthode auto-suggestive de M. Bonnet, n'aura plus rien que de strictement conforme à la morale traditionnelle : ce sera le triomphe même de la vertu.

A. CULLERRE.

*L'étude scientifique du spiritisme*; par Emile Boirac, recteur de l'Académie de Dijon, correspondant de l'Institut, 21 pages. in-8°. Paris, Durville, éditeur.

Est-il possible d'étudier scientifiquement le spiritisme? oui, si, renonçant à l'explication métaphysique des faits, qui seule a été poursuivie jusqu'ici, on veut bien enfin entrer dans une ère



positive et se borner à leur étude d'après la méthode expérimentale. On ne saurait interdire *a priori* au savant de faire une place à l'hypothèse des esprits parmi les idées directrices de ses recherches. Elle est, à la vérité, en contradiction avec tout l'ensemble de notre expérience et de notre savoir ; mais c'est à la science à s'accommoder aux faits, non aux faits à s'accommoder à la science. N'oublions jamais le mot d'Arago : Celui qui, en dehors des mathématiques, prononce le mot *impossible* manque de prudence. De plus en plus s'affirme et se précise la notion de phénomènes clandestins ou cryptoïdes dont nous devons nous accoutumer désormais à admettre la réalité.

Après une discussion brillante et nourrie d'arguments dignes de la plus sérieuse attention, M. Boirac arrive à cette conclusion que l'hypothèse spiritique, si elle est handicapée d'un poids très lourd, en raison de son incontestable invraisemblance, n'en doit pas moins être admise à courir sa chance sur le terrain de l'expérimentation scientifique.

A. CULLERRE.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

JOSÉ INGENIEROS. Psicofisiología de la curiosidad. 32 pages in-8°. Extrait de la *Revista del « Centro Estudiantes de medicina »*, numéro d'avril 1910.

— Los orígenes de la materia viva. Conferencia pronunciada en Buenos-Ayres el 3 de junio de 1910, en sesión plena del Congreso médico americano. 43 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina medica*, n° du 23 juillet 1910.

— La energética biológica. 28 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina medica*, n° du 10 septembre 1910.

— La formación de la conciencia. 22 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina medica*, n° du 8 octobre 1910.

L. MARCHAND et G. PETIT. Etat du mal épileptique chez un enfant de cinq jours. Mère atteinte d'imbécillité et d'épilepsie. Considérations pathogéniques. *Gazette des hôpitaux*, numéro du jeudi 10 août 1911.

Eleventh biennial report of the trustees and superintendent of the Western hospital for the insane near Bolivar, Tennessee, from december 19, 1908 to december 19, 1910. 67 pages in-8° avec planches. Nashville, Tenn., 1911.

G. L. LUCANGELI. Le psicosi dislogische. 29 pages in-8°.

Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1911.

D. SANCHEZ DE RIVERA Y MOSET. Degenación por sífilis adquirida. 19 pages in-8°. Extrait de *Clinica y Laboratorio*, 15 septembre 1911.

L. MARCHAND et G. PETIT. Chorée et troubles mentaux. Considérations anatomo-cliniques. 19 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie*, n° du 15 septembre 1911.

LUIS AGATE. Nuevo método grafico para fijar la herencia. 14 pages in-16 avec planches. Buenos-Aires, 1911.

ANTONIO BALLVÉ. Primer censo carcelario. Resultados generales. 24 pages in-16. Buenos-Aires, 1911.

ARMANDO CLAROS. Nuevas tendencias penales en el Congreso penitenciario de Washington. 63 pages in-16. Buenos-Aires, 1911.

EUSEBIO GOMEZ. El trabajo carcelario. 15 pages in-16 avec planches. Buenos-Aires, 1910.

— Patronato de excarcelados. 29 pages in-16. Buenos-Aires, 1910.

RODOLFO RIVAROLA. La condena condicional. 24 pages in-16. Buenos-Aires, 1911.

ANTONIO SAGARNA. El jurado en materia criminal. 32 pages in-16. Buenos-Aires, 1911.

TONCA DE VEYGA. Los « Lunfardos ». Psicología de los delincuentes profesionales. 32 pages in-16. Buenos-Aires, 1910.

— Los auxiliares de la delincuencia. 55 pages in-16. Buenos-Aires, 1910.

— La reforma de la justicia argentina. 40 pages in-16. Buenos-Aires, 1911.

Sixtieth annual report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Pa., for the year ending septembre 30. 1910. 63 pages in-8°. Harrisburg, Pa., 1911.

GIUSEPPE ANTONINI. La vita di un manicomio moderno. 38 pages in-4° avec planches. Bergamo, 1911.

A. BIAUTE. De l'enseignement de la psychiatrie aux étudiants en médecine et aux étudiants en droit. 8 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*. S. D.

— La folie à double forme. 11 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*. S. D.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1910. 23 pages in-8°. Nantes. Imprimerie. C. Mellinet. 1911.

G. PETIT. Mort subite par rupture spontanée du cœur chez une mélancolique anxieuse atteinte de diabète sucré. *Journal de médecine de Bordeaux*, numéro du 15 octobre 1911.



## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de février 1912 :* La médaille d'argent de l'Assistance publique a été décernée à M. le Dr PILLEYRE, médecin-directeur honoraire de l'asile de Prémontré (Aisne), pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique;

M. le Dr MAUNIER, médecin en chef de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (9.000 francs);

MM. les Drs RICOUX, directeur-médecin de l'asile de Moulins (Allier); CASTIN, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère) et JACQUIN, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain), sont promus à la 3<sup>e</sup> classe de leur grade (6.000 francs);

M. le Dr LAFAGE, médecin-adjoint de l'asile de Leyme, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Cadillac (Gironde);

M. le Dr BOURILHET, médecin-adjoint de l'asile de Quimper, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Moulins (Allier). —

### DÉCRET COMPLÉTANT LE DÉCRET DU 2 FÉVRIER 1910, RÉGLEMENTANT LE CONCOURS ANNUEL DES MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES D'ALIÉNÉS.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839;

Vu le décret du 2 février 1910;

Vu l'avis de la commission spéciale chargée d'examiner les affaires concernant le personnel médical des établissements d'aliénés en date du 13 novembre 1911;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux du 21 novembre 1911;

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Décrète :

Art. 1<sup>er</sup>. — L'article 1<sup>er</sup> du décret du 2 février 1910, réglementant le concours annuel des médecins adjoints des asiles d'aliénés est complété par les dispositions suivantes, qui en formeront le quatrième paragraphe.

« La même exception pourra être consentie, sous les mêmes réserves, pour les nominations directes à effectuer par le ministre aux emplois du service médical des asiles départementaux nouvellement créés, en faveur des médecins du quartier d'hospice situé dans le département et où jusqu'alors les aliénés du département auront été hospitalisés, qui justifieront, en outre des conditions exigées par le paragraphe précédent, d'un minimum de dix ans de services dans ce quartier d'hospice. Le ministre fixera, par l'arrêté de nomination, la classe du cadre administratif où ces médecins seront directement inscrits. »

Art. 2. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 16 février 1912.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

T. STEEG.

DÉCRET PORTANT MODIFICATIONS DU DÉCRET  
DU 2 FÉVRIER 1910,

CONCERNANT LE PERSONNEL MÉDICAL DES ASILES D'ALIÉNÉS.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 :

Vu le décret du 2 février 1910 ;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du 13 février 1912 ;

Vu l'avis de la Commission spéciale chargée d'examiner les affaires concernant le personnel médical des établissements d'aliénés en date du 13 novembre 1911 ;

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

Décrète :

ART. 1<sup>er</sup>. — L'article 16 du décret du 2 février 1910 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les médecins adjoints, sauf ceux qui ont été rétrogradés du poste de directeur médecin ou de médecin en chef par application des dispositions de l'article suivant ou dont la promotion se trouve retardée à titre de mesure disciplinaire conformément au même article, sont nommés à l'ancienneté aux postes de directeurs médecins ou de médecins en chef. »



« Le point de départ de l'ancienneté dans le grade de médecin adjoint est déterminé, pour les médecins d'un même concours, par le rang d'admission à ce concours. Toutefois, le médecin qui, dans le délai d'un mois après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pas pris possession d'un des postes qui lui ont été offerts, perd le droit aux avantages que lui confère son rang d'admission. Cette disposition est applicable à partir du concours de 1913. »

« Les dispositions spéciales de l'arrêté du 11 septembre 1907 concernant le personnel des médecins des asiles de la Seine, restent provisoirement en vigueur. »

ART. 2. — Le paragraphe 6 de l'article 18 du décret du 2 février 1910 est supprimé et remplacé par la disposition suivante :

« Trois directeurs médecins ou médecins en chef élus pour trois ans par leurs collègues, qui sont en outre appelés à élire un suppléant. »

ART. 3. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 6 mars 1912.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

*Le ministre de l'Intérieur,*

T. STEEG.

CONCOURS DE 1912 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN ADJOINT DES  
ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS ET POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ.

Le concours annuel pour les emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés qui s'est ouvert au ministère de l'Intérieur le 26 février 1912, s'est terminé le 9 mars suivant.

Dix-huit candidats s'étaient fait inscrire; quatorze seulement se sont présentés aux épreuves.

Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite aux emplois de médecin adjoint :

*Pour les asiles publics.* — MM. les D<sup>rs</sup> GASSIOT (Faculté de Toulouse); LERAT (Faculté de Paris); PRINCE (Faculté de Paris); FOUQUE (Faculté de Paris); JABOUILLE (Faculté de Paris); GUICHARD (Faculté de Paris); BEAUSSART (Faculté de Paris).

*Pour les asiles privés.* — M. le D<sup>r</sup> COURJON (Faculté de Lyon).

## LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

21. *Triple meurtre*. — On télégraphie de Cerbère (Espagne) au *Journal* (numéro du samedi 13 janvier 1912) :

A Victoria, un jeune homme nommé Benjamin Marin, fils d'une famille de la haute aristocratie, armé d'un browning, s'est posté dans la rue de la Gare et a fait feu sur les passants. La première balle a atteint à la tête le brigadier Mariano Domingo, du régiment de cavalerie d'Alphonse XIII ; son état est désespéré. La seconde victime est l'épouse du commandant Lorenzo, qui a reçu trois balles. Elle a été tuée sur le coup. Un étudiant nommé Antonio Martinez a eu l'épaule droite traversée par un projectile. Benjamin Marin a ensuite tiré sur un groupe de consommateurs du café Suisse sans les atteindre. On a, enfin, pu le désarmer. Ce jeune homme donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale.

22. *Automutilation*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du mardi 16 janvier 1912) :

Le geste affreux de ce malade de Beaujon qui, pris ces jours derniers d'un accès de folie subite, s'arracha un œil et le jeta tranquillement sous son lit, vient d'être répété et dépassé encore en horreur par un autre fou qui, lui, s'est extirpé les deux yeux.

Cette scène tragique s'est déroulée à Clichy, dans un hôtel meublé du boulevard Victor-Hugo, où habitait un garçon charcutier de vingt-cinq ans, Fernand Bretonnet, qui depuis quelque temps donnait des signes de dérangement cérébral.

En entendant, hier après-midi, des clameurs furieuses s'échapper de la chambre occupée par le jeune homme, une locataire de la maison y pénétra, mais elle resta clouée sur le seuil, pétrifiée par l'horreur. Fernand Bretonnet était là, devant elle, monstrueux. A la place des yeux, on n'apercevait plus que deux trous noirs d'où le sang ruisselait, inondant le visage. Dans ses doigts, le fou tenait les organes saignants qu'il venait d'arracher, et il riait...

Epouvantée, le témoin appela. On accourut, et le mutilé fut conduit à l'hôpital Beaujon.

Docilement, le tragique dément se laissa soigner, et tandis que les médecins pansaient ses horribles plaies, il dit, insensible à la douleur :

— Maintenant, je suis content ! Je me suis débarrassé de deux de mes yeux, car vous ne pouvez pas vous imaginer ce qu'ils me gênaient. J'en ai encore un troisième, mais je l'enlèverai aussi !...

23. *Vols*. — Godefroy Lévy, domicilié 15, rue de Bondy,



qui fut arrêté ces jours derniers au moment où il s'emparait de différents objets à la devanture d'un grand magasin, n'était pas un voleur, mais un aliéné. Il a été rendu à sa famille qui l'a placé dans une maison de santé. (*Le Journal*, numéro du mardi 23 janvier 1912.)

24. *Triple tentative d'homicide.* — On télégraphie de Lorient au *Journal* (numéro du mardi 23 janvier 1912) :

Une scène dramatique a mis en émoi le village de Sainte-Anné-en-Plœmeur. Hier soir, la femme Le Bris, née Thiébaut, âgée de trente-sept ans, a été prise d'un accès de folie furieuse. Elle a allumé un brasier dans son foyer et y a jeté trois de ses enfants : les petits Jean-François, âgé de cinq mois ; Armand, âgé de deux ans et demi, et la petite Julia, âgée de cinq ans.

Aux cris poussés par les malheureux, une voisine, M<sup>me</sup> Quinio, accourut, et un horrible spectacle s'offrit à ses yeux. La mégère jetait du bois dans le feu où brûlaient les trois enfants.

Une lutte tragique s'engagea entre les deux femmes, pendant laquelle les deux aînés des enfants purent se traîner hors du foyer, mais comme M<sup>me</sup> Quinio avait le dessous, la folle saisit les pauvres petits et les précipita une deuxième fois dans les flammes.

Impuissante, M<sup>me</sup> Quinio réussit cependant à arracher les enfants du feu et à entraîner Armand et Julia au dehors. Là on les entoura dans des couvertures et un médecin arrivant peu après leur prodigua des soins.

Plusieurs personnes envahirent la maison au moment où M<sup>me</sup> Le Bris se jetait dans le foyer avec son bébé. Avec des seaux d'eau on éteignit les flammes et on dut ligoter la pauvre folle.

Deux des enfants, Jean-François et Armand, sont dans un état très grave. La vie de la petite Julia n'est pas en danger.

M. Le Bris, journalier, âgé de trente-sept ans, arriva bientôt et apprit l'horrible drame qui venait de se dérouler. Les gendarmes firent conduire la démente à l'hôpital, où ce matin elle a déclaré : « Mes enfants me demandaient du pain, je n'ai pu leur en donner, j'ai alors résolu de brûler mes cinq enfants et moi ensuite. »

La pauvre femme, qui avait déjà été hospitalisée quatre fois, adorait ses enfants dans ses moments de lucidité. Elle va être internée.

25. *Suicide.* — Depuis longtemps déjà, Hippolyte Hermari, trente-neuf ans, demeurant rue de la Convention, nourrissait des idées de suicide. Souffreteux, neurasthénique, le pauvre homme ne trouvait aucun plaisir sur terre. Aussi résolut-il, hier matin, de mettre un terme à sa misérable vie.

Mais il voulait partir pour l'autre monde la conscience

déchargée des quelques peccadilles qu'il avait pu commettre. Il se rendit donc de grand matin à l'église Notre-Dame de la Gare, place Jeanne-d'Arc, et longuement, avec un grand luxe de détails, il raconta au prêtre sa vie de pauvre homme. Puis, lorsqu'il eut reçu l'absolution, il se releva, fit quelques pas dans le sanctuaire, et sortant de sa poche un rasoir, il s'ouvrit la gorge. Par la plaie béante, le sang s'échappa. Quelques minutes après, Hermari était mort. (*Le Matin*, numéro du samedi 27 janvier 1912.)

26. *Suicide*. — Neurasthénique et morphinomane, M. Alberto Huero, âgé de cinquante ans, publiciste d'origine mexicaine, demeurant 26, rue Greneta, s'est tiré, hier, un coup de revolver dans la tempe droite. (*Le Matin*, numéro du vendredi 2 février 1912.)

27. *Suicide*. — Un Belge, M. Georges de Keyser, voyageant avec sa mère, retour de Nice, s'est tué d'un coup de revolver dans un wagon-lit, entre Tarascon et Avignon. Il était atteint de neurasthénie. Son corps sera transporté à Bruxelles. (*La Liberté*, numéro du lundi 12 février 1912.)

28. *Cinq assassinats et incendie*. — On télégraphie de Rome au *Petit Journal* (numéro du vendredi 16 février 1912) :

Une effroyable tragédie s'est déroulée à Loreto Aprutino (Abruzzes). Le paysan Biago Chiavaroli, hanté par l'idée que son propriétaire allait lui donner congé, est devenu subitement fou. Pendant la nuit, il a tué à coups de hache sa mère, âgée de soixante-dix ans, sa femme, âgée de quarante ans, ses deux filles, âgées de dix-neuf et vingt ans. Puis il a mis le feu à la maison. Il s'est rendu ensuite chez ses parents, a blessé grièvement deux de ses cousines et tué le fils de l'une d'elles, un enfant de deux ans. Quand les carabinieri arrêterent le forcené, celui-ci, absolument inconscient, demandait pourquoi on voulait le conduire en prison.

29. *Suicide*. — On télégraphie de Lille au *Temps* (numéro du mardi 20 février 1912) :

Le capitaine Viala, du 1<sup>er</sup> escadron du train des équipages, âgé de cinquante ans et marié, vient de se faire sauter la cervelle avec son revolver d'ordonnance dans la villa qu'il occupait à Lambersart, près de Lille. Le malheureux officier donnait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral.

30. *Tentative d'homicide*. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 27 février 1912) :

Des cris perçants mettaient en émoi, hier matin, à six heures, les habitants d'une maison de la rue Barrault. Ils provenaient du logement occupé par les époux Seignerou.

Quand on arriva chez eux, la porte s'ouvrit, et la femme, née Julie Lepage, âgée de trente-neuf ans, couturière, apparut



la chemise en flammes. Le mari, un couteau à la main, la poursuivait. On arrêta et on désarma le forcené tandis qu'on roulait la malheureuse dans une couverture. En arrachant son arme au meurtrier, M. Alexandre Planchet, cordonnier, a été légèrement blessé au poignet gauche.

Seignerou — on n'eut pas de peine à s'en apercevoir — était devenu subitement fou. Il avait arrosé sa femme de pétrole pendant son sommeil et avait ensuite mis le feu à sa chemise.

M<sup>me</sup> Seignerou a été transportée à l'hôpital Cochin ; son état est grave.

31. *Menaces de mort.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 25 février 1912) :

Notre correspondant particulier de Toulon nous télégraphie que M. Edouard Rousselot, âgé de cinquante et un ans, nouvellement installé dans les fonctions de sous-directeur des contributions indirectes, se présentait hier à l'hôtel de la place d'Armes et demandait à être introduit auprès du vice-amiral préfet maritime. L'amiral, qui devait présider la réunion des divers services du port, le reçut. Lorsqu'il fut en sa présence, M. Rousselot, qui était en proie à une crise de folie, lui raconta qu'il venait le prier de télégraphier au ministre de la Marine qu'il était démissionnaire de son emploi. L'amiral Marin-Darbel essaya de le raisonner. M. Rousselot sortit subitement un browning qu'il braqua dans la direction du préfet maritime. Ce dernier se précipita sur le fou, qui fut désarmé et conduit dans le bureau des aides de camp. Là, tout en plaisantant avec les officiers, M. Rousselot rédigea en vers son testament, qu'il achevait au moment où un commissaire de police, mandé en toute hâte, arrivait avec une voiture. Le dément fut conduit à l'hôpital, où il a été mis en observation. Sans être autrement ému de cet incident, dont les suites eussent pu être tragiques, le vice-amiral Marin-Darbel se rendit au Conseil des directeurs, dont il présida la séance.

#### LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Sur la proposition de MM. les D<sup>rs</sup> Brouardel, Chauffard, Jacquet, Laubry, Lereboullet, Rist, Siredey, Vaquez et P. Emile-Weill, la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du vendredi 16 février 1912, a émis à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société médicale des hôpitaux exprime le regret que la Chambre des députés, semblant se désintéresser du péril alcoolique, de plus en plus menaçant, ait prononcé le renvoi à la Commission des propositions de loi relatives à la limitation des débits de boissons. »

— Le groupe antialcoolique de la Chambre des députés s'est réuni sous la présidence de M. Joseph Reinach. Il a émis le vœu que la Commission d'hygiène saisisse la Chambre, dans le plus bref délai possible, de la proposition tendant à la suppression de l'absinthe, et à nouveau de la proposition tendant à la limitation du nombre des débits.

— La marquise Arconati-Visconti vient d'adresser la lettre suivante à M. Joseph Reinach, président du groupe antialcoolique à la Chambre des députés :

Paris, 29 février.

Mon cher ami,

La vieille républicaine que je suis tient à s'associer une fois de plus à la propagande contre l'alcoolisme, ce fléau destructeur de la race.

Je vous envoie la somme de 5.000 francs, que je vous prie d'employer de la façon suivante : adresser votre livre *Contre l'alcoolisme* aux instituteurs de la Seine ; organiser en province, sous les auspices de la Ligue contre l'alcoolisme, des conférences publiques.

L'année dernière, au banquet du millénaire de la Normandie, Liard, levant son verre, prononçait ces belles paroles : « Je bois à la persistance des énergies de notre race, et, comme elles sont aujourd'hui menacées, atteintes déjà et compromises par un ennemi redoutable, duquel heureusement les Normands scandinaves nous ont montré qu'on pouvait triompher, je bois à notre défense, notre unique moyen de défense : je bois à notre sobriété. »

Continuez, mon cher ami, votre bon combat, et croyez à toute mon affection.

Marquise ARCONATI-VISCONTI,

née Peyrat.

#### TRIBUNAUX

*La folie et le mariage.* — M. Chaubert s'était marié, le 16 novembre 1901, avec M<sup>lle</sup> Weber, mais dès le lendemain de son mariage, il s'était aperçu du caractère incohérent et singulier de sa femme. Celle-ci était, en effet, mariée depuis quelques mois à peine qu'elle devait être enfermée à l'asile de la Maison-Blanche.

Ce mariage pouvait-il être annulé ? Evidemment, prétendait hier le mari, qui ne se souciait guère d'être marié à une aliénée ; jamais, répliquait l'avocat de la femme : la folie n'est pas une cause de divorce, elle ne peut pas être non plus une cause d'annulation du mariage.



Le tribunal a débouté M. Chaubert de sa demande en disant que, seul, celui des époux dont le consentement a été vicié lors de la célébration du mariage peut demander et obtenir l'annulation de cette union. (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 21 février 1912.)

*Le crime d'un neurasthénique.* — La Cour d'assises de l'Yonne a condamné à trois ans de prison un poseur de la Compagnie P.-L.-M., Théodore Krawnopoloski, âgé de trente et un ans, qui, le 31 août dernier, tua d'un coup de couteau à la gorge le nommé Petiot, poseur comme lui à Roffey. Les débats ont établi que Krawnopoloski était un hystérique et un neurasthénique. La veuve et les deux enfants de la victime se sont vus attribuer 10.000 francs d'indemnité. (*Le Temps*, numéro du jeudi 22 février 1912.)

#### FAITS DIVERS

*Condamnation du fondateur d'une secte religieuse.* — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 20 décembre 1811) :

Le révérend Frank Sandford, fondateur de l'excentrique secte religieuse « le Saint-Esprit et nous », a été condamné hier à Portland (Maine) à dix ans de prison pour meurtre.

Le condamné avait frété le yacht *Coronet* et entrepris un voyage lointain en mer avec un certain nombre de ses affiliés, afin de les préparer, dans la solitude de l'Océan, au millénium. Six de ces navigateurs mystiques moururent de faim et de privations.

*Nombreux empoisonnements dans un asile d'aliénés.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du samedi 27 janvier 1912) :

Une centaine de pensionnaires de l'asile d'aliénés de Czer-nowitz (Galicie) sont tombés gravement malades.

L'enquête a établi qu'ils avaient absorbé des aliments avariés.

*Aliéné séquestré dans une étable par son frère.* — On télégraphie de Lorient au *Journal* (numéro du lundi 22 janvier 1912) :

Depuis quelque temps, on avait remarqué la disparition, au village de Kernain-en-Langonnet, du nommé Cosperec. Comme il ne possédait pas toutes ses facultés mentales, on pensa qu'il lui était arrivé un accident.

La gendarmerie vient de découvrir que son frère l'avait séquestré dans une étable, où on l'a trouvé sur du fumier, au milieu d'ordures et plein de vermine. Il mourait de froid et de faim.

Le Parquet de Pontivy, prévenu, s'est rendu sur les lieux.

*Le feu dans un asile d'aliénés.* — On télégraphie d'Hazebrouck au *Journal* (numéro du jeudi 4 février 1912) :

Un incendie, d'une rare violence, a éclaté, samedi matin à 8 h. 1/2, à l'asile d'aliénés de la rue de Thourout, à Ypres (Belgique). Le feu a pris naissance dans la buanderie, située derrière les bâtiments principaux. En quelques minutes, l'incendie se propagea à un bâtiment nouvellement construit, dans lequel se trouvaient une centaine de fous. On parvint, sans trop de difficultés, à les évacuer. Il était temps, car les malheureux déments, à la vue des flammes, étaient très surexcités; enfermés dans leurs chambres, ils poussèrent des cris de terreur et se ruaient sur les portes et les barreaux des fenêtres.

Le personnel de l'asile parvint cependant, avec l'aide de gens de bonne volonté, à conduire tous les malades en lieu sûr.

Le sauvetage des malades fut particulièrement pénible, car il fallut les emporter.

Les dégâts sont importants.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

##### ANNÉE 1913.

**PRIX BELHOMME.** — 1.000 francs. — Question : *De la démence chez les épileptiques.*

**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.

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, 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 1911 et 1912, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

##### ANNÉE 1914.

**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



ment gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

**PRIX SEMELAIGNE.** — Ce prix, de la valeur de 300 francs, sera attribué à la meilleure thèse soutenue, au cours des trois années précédentes par un interne des asiles de la Seine ou des hôpitaux de Paris, sur un sujet de médecine mentale, concernant de préférence l'histoire, la législation ou la médecine légale.

**NOTA.** — Les mémoires manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1912 pour les prix à décerner en 1913, et le 31 décembre 1913 pour les prix à décerner en 1914, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le D<sup>r</sup> 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 adresse des auteurs.

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles publics de France, candidats au prix Christian, devront :

- 1<sup>o</sup> Etre de nationalité française ;
- 2<sup>o</sup> Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;
- 3<sup>o</sup> Faire parvenir au secrétaire 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.

---

*Le rédacteur en chef-gérant :* ANT. RITTI.

---

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie.

L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN 1911

A L'ASILE DE MARSEILLE (108 CAS)

Par les D<sup>rs</sup> ALOMBERT-GOGET et Edmond CORNU

Construit en 1842, l'asile d'aliénés de Marseille reçut, par transfert, 361 malades en 1844. Depuis lors, la population et le domaine se sont augmentés, des pavillons nouveaux ont été acquis ou construits; mais la portion centrale de l'établissement, de beaucoup la plus importante, est restée à peu près ce qu'elle était dès la construction et les signes de vétusté s'y constatent facilement.

Huit quartiers d'hommes et autant de quartiers de femmes sont rangés symétriquement autour d'une cour rectangulaire spacieuse et plantée d'arbres; ces quar-

ANN. MÉD.-PSYCH., 10<sup>e</sup> série, t. I. Avril 1912.

1. 25



tiers contigus les uns aux autres comprennent un rez-de-chaussée et un étage. Ils abritent la plus grande partie des malades, puisqu'il ne faut en distraire que le pensionnat, une infirmerie et un quartier de travailleurs agricoles, soit environ 160 malades sur 1.304 par exemple qui étaient présents au 1<sup>er</sup> janvier 1909 : à ce taux élevé correspond un encombrement que nous avons souvent déploré.

Ces considérations nous paraissent utiles en tant qu'elles situent en quelque sorte la question et fournissent un élément d'appréciation sur les conditions dans lesquelles l'épidémie est née et s'est développée.

L'asile, construit aux portes de la ville, se trouve en ce moment rattaché à l'agglomération urbaine qui le déborde. Il est construit sur une sorte de plateau légèrement incliné et il est longé sur un côté, à une certaine distance des bâtiments, par un ruisseau à canal ouvert qui constitue comme un déversoir pour les nuisances de quartiers situés en amont et aussi pour le trop plein de certaines fosses de l'asile ; car, tandis que la ville de Marseille est généralement desservie par le système du tout à l'égout, l'asile n'a pas procédé à cette installation et le service des vidanges se fait par le transport de tinettes et leur épandage dans une fosse située près de la porcherie, à 200 ou 300 mètres des habitations, en contre-bas. Certaines fosses cependant vident leur trop plein dans des conduits souterrains qui se déversent dans le ruisseau dont nous avons parlé et de là vont se jeter à la mer. Or, il existe certainement des infiltrations entre ces fosses et un réservoir d'eau alimentaire qui fut, par la suite, trouvé contaminé.

Le régime des eaux fournies à l'asile dérive des canalisations générales de la ville par une triple origine. Les eaux de Marseille viennent en prise directe de la Durance et, après circulation à l'air libre sur un parcours

de plus de 100 kilomètres et un premier relais dans un grand réservoir de 67 hectares, arrivent au nord de la ville. A ce point, elles se divisent : une partie A séjournant de nouveau dans un grand bassin de décantation et circulant ensuite à canal fermé, une partie B continuant à circuler à air libre sans relais. Ces deux variétés d'eaux arrivent à l'asile par une double voie et se rendent, les unes (A) dans un réservoir souterrain d'où elles sont pompées dans un réservoir élevé sus-jacent, et les autres (B), dites eaux de voirie, dans un réservoir spécial ; mais il arrive souvent que, suivant les besoins, on est obligé de mélanger dans les canalisations de l'asile ces deux qualités d'eau, dont la seconde nettement inférieure à la première s'est trouvée d'ailleurs polluée par le vibrion cholérique au cours de l'épidémie. La pollution s'est étendue également aux bassins de A, mais les analyses bactériologiques souvent répétées n'ont pas montré le vibrion à l'arrivée de ces eaux à l'asile et il semble prouvé que le bassin inférieur s'est contaminé par les infiltrations de la nappe souterraine. A ce mélange, il faut ajouter une troisième sorte d'eau, eau de source et d'infiltrations, venant d'une vallée voisine et habitée, qui se confond à l'asile avec les deux premières. D'autre part, quatre ou cinq puits dont la fraîcheur fait la réputation existent dans le territoire de l'asile ; mais ils ne servent qu'à une population limitée, sont relativement isolés et n'ont, du reste, pas été contaminés.

Quoi qu'il en soit, le régime de l'eau alimentaire à l'asile laisse à désirer. Si, au contraire de ce qui se passe en ville où la fièvre typhoïde est très fréquente (520 décès en 1908 correspondant à environ 5000 cas), nous avons très rarement l'occasion à l'asile de soigner des dothiéntériques, par contre, nous y voyons plus fréquemment que dans la majorité des établissements ana-



logues, des diarrhées chroniques et aiguës. Leur nombre nous a paru s'élever ces dernières années, ainsi qu'il résulte du tableau suivant, et il est peut-être digne de remarque de signaler que, parallèlement, les cas de fièvre typhoïde ont considérablement augmenté durant la même époque parmi la population urbaine.

	Hommes.	Femmes.
1904. . . . .	33	33
1905. . . . .	39	»
1906. . . . .	—	34
1907. . . . .	—	72
1908. . . . .	47	77
1909. . . . .	103	73
1910. . . . .	93	63

L'année en cours paraissait accentuer encore cet état; mais il s'agissait de diarrhées surtout chroniques, ne présentant aucun caractère spécifique, si bien qu'en somme rien ne faisait prévoir l'épidémie qui éclata tout d'un coup.

L'origine première de l'infection reste assez incertaine. D'une part, quelques cas seulement étaient signalés en ville et d'autre part, les eaux de la Durance étaient déclarées indemnes; à leur arrivée à l'asile, elles ne contenaient pas davantage le vibron cholérique, tandis qu'à la sortie, le ruisseau qui reçoit le trop plein des eaux usées était trouvé en contenir. Il en était de même de notre bassin inférieur qui a dû se souiller par la nappe souterraine, grâce à des infiltrations qu'un curage antérieur avait montré possibles, si bien qu'il est donc probable que le choléra a été importé et que l'épidémie a éclaté quand la nappe souterraine a été souillée. Toutefois, on hésite sur le mode de cette souillure primitive. Faut-il incriminer la contamination sur place par les déjections de porteurs [de germes cliniquement sains (malades et visiteurs) dont les déjections fraîches se sont frayées un chemin jusqu'à la nappe souterraine,

ou bien la contamination à distance résultant d'épanchages ou de cas isolés ? Le problème reste posé, car, ainsi que nous l'avons dit, on ne trouva que plus tard le vibrion dans une des branches d'adduction à l'asile ; à ce même temps d'ailleurs, les cas urbains devinrent plus nombreux.

L'asile avait déjà payé un lourd tribut aux épidémies cholériques de 1849, 1865-1866, 1884-1885, 1892 et 1897 qui sévirent à Marseille. Malgré les ravages exercés par le choléra en 1910 en Russie, en Turquie, en Italie et sur les bords de la Méditerranée directement en rapport commercial avec Marseille, on n'avait pas constaté d'épidémie cholérique. Cependant à l'asile, en septembre 1910, deux malades, un homme et une femme, présentent des signes suspects ; l'examen bactériologique fut d'ailleurs négatif et un seul de ces cas fut suivi de décès.

Le 26 juin 1911, un aliéné, celui-là même qui avait résisté en 1910 à l'atteinte signalée, présente une diarrhée abondante avec vomissements et algidité ; ces symptômes paraissent suspects à M. le D<sup>r</sup> Journiac qui fait procéder à l'examen bactériologique des selles : il fut négatif. Le malade mourut quelques jours après sans signes cliniques caractéristiques et l'attention ne fut pas attirée par d'autres diarrhéiques.

Du reste, à Marseille, aucune épidémie n'était signalée ; mais, fin juillet, cinq cas mortels sont constatés dans une famille de médecin.

Sans autre préambule, l'épidémie éclate brusquement au commencement d'août.

Le 3 août, un malade, en traitement depuis quelques jours pour une diarrhée d'allure très banale et avec un bon état général, décède en trois ou quatre heures avec algidité et légères marques de cyanose.

Le 4 août, une malade qui, plusieurs fois déjà, avait



présenté des crises d'asystolie avec troubles gastro-intestinaux décède au cours d'une crise semblable. Ce même jour, un autre malade hospitalisé à l'infirmerie pour une diarrhée d'apparence banale, se plaint subitement de crampes, il vomit, présente rapidement des phénomènes d'algidité et nous l'isolons dans un pavillon, en même temps que nous déclarons le cas à la Préfecture. L'examen bactériologique auquel nous faisons procéder sans tarder est négatif, mais le malade succombera peu de jours après, avec des phénomènes de cyanose et d'algidité ; un nouvel examen des selles montrera alors la présence du bacille virgule.

L'épidémie est alors déclarée et elle éclate en bouffée.

Le 5 août, en effet, 5 malades hommes et 2 femmes présentent des signes nets que nous allons nous habituer à distinguer : diarrhée, vomissements, cyanose, algidité, crampes, sur lesquels nous reviendrons. On prévoit alors que nos petits pavillons d'isolement ne suffiront plus et qu'il faut songer à organiser un quartier d'isolement et de traitement. En effet, le nombre des cholériques augmentera chaque jour et, au 23 août, 102 malades, dont 63 femmes et 39 hommes, auront été isolés.

Le pavillon de la Timone, où résident les travailleurs agricoles et des services généraux, répondait heureusement à nos besoins. Situé sur la partie élevée du domaine de l'asile, à 200 mètres environ du Pensionnat, ce pavillon de deux étages est aménagé pour recevoir 70 malades environ. Dès le 5 août, sa population est répartie dans les quartiers et nos malades cholériques y sont installés, les femmes au rez-de-chaussée, les hommes au premier étage dans 4 salles, le second étage est divisé en chambres servant au personnel. Tous les malades suspects y sont conduits, si bien que nous pouvons dire qu'un isolement effectif a été réalisé dès le

premier jour et successivement pour tous les cas déclarés, pour les diarrhées suspectes et pour les porteurs de germes.

Malgré que les mesures d'hygiène générale et de désinfection, usitées en la circonstance, soient connues de tous, il nous paraît bon néanmoins d'énumérer toutes celles qui furent prises et d'indiquer les procédés de désinfection utilisés, d'autant qu'ils nous furent indiqués d'un commun accord par MM. les D<sup>rs</sup> Arnand, médecin du bureau municipal d'hygiène; Boinet, délégué départemental de l'hygiène; Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; Salimbeni, chef de laboratoire de l'Institut Pasteur, et Dopfer, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui vinrent étudier sur place les raisons de l'épidémie et les moyens de la circonscrire.

Tous les malades atteints de diarrhée et de signes suspects furent, dès constatation, évacués au pavillon d'isolement et les quartiers auxquels ils appartenaient furent soumis à une consigne sévère. Personnel et malades étaient consignés à l'intérieur de leur division et une escouade spéciale de porteurs fournis par les divisions restées saines les ravitaillait, avec un minimum de contact, en aliments, lingerie, pharmacie, etc.; ces porteurs approvisionnaient également le quartier d'isolement, tandis qu'un groupe de brancardiers, logés au quartier d'isolement, était chargé du transport des malades et des décédés, et que quelques malades pris dans les quartiers contaminés accomplissaient le service des vidanges et de désinfection des *latrines*: de cette façon, l'asile fut d'emblée séparé en deux parties, une suspecte de contamination et une pouvant être considérée comme saine. Chaque nouveau cas constaté dans une division soumettait celle-ci au régime de l'isolement. A deux ou trois exceptions près, tous les quartiers ont été successivement contaminés; mais, ainsi que nous aurons l'occa-



sion de le dire, des quartiers purent être déconsignés durant le cours de l'épidémie en se basant sur l'ancienneté de la contamination et l'absence de porteurs de germes. Toute la population de l'asile, en effet, fut l'objet de la recherche du vibrion et cette tâche, longue et délicate, fut accomplie sous la direction de M. le Dr Dopfer par les médecins des trois laboratoires : 1° départemental; 2° de l'Ecole de médecine coloniale; 3° de l'hôpital militaire.

Pour *inculquer* au personnel l'importance des mesures prises et en assurer le respect, un service de police fut organisé et deux agents de la sûreté installés à la porte de chaque division en défendaient l'accès et la sortie.

De même, l'accès de l'établissement était interdit aux visiteurs, le parloir était supprimé, tout envoi aux malades arrêté et, en un mot, l'asile était « embouteillé ». Et s'il le fut pour les visiteurs, il le fut aussi pour les malades. Non seulement, bien entendu, les sorties et congés furent suspendus, mais le service des entrants fut lui-même d'abord supprimé, puis rétabli sur les instances de l'autorité administrative, mais limité aux placements d'office concernant des malades particulièrement difficiles à garder au dehors. C'est dire qu'aucun placement volontaire ne fut accepté.

Les fournitures générales continuèrent à être reçues au bâtiment central non contaminé et d'ailleurs complètement séparé des quartiers, et seul le personnel des bureaux, ainsi que celui des services d'alimentation logé au dehors, fut autorisé à quitter l'asile le soir.

Cette organisation resta en vigueur jusqu'à la fin de l'épidémie.

En même temps, on redoubla de surveillance dans l'usage de l'eau d'alimentation qui, depuis les premières chaleurs, était du reste soumise à l'ébullition, puis refroidie dans des récipients en métal avant d'être uti-

lisée. Les diverses fontaines furent cadenassées; la batterie de cuisine fut rincée régulièrement avec de l'eau bouillie carbonatée sodique et l'eau pour toilette fut elle-même désinfectée par l'addition d'une petite quantité de solution de crésyl sodique (15 gr. environ p. 100).

Le régime alimentaire subit également des modifications importantes : d'une part il fut augmenté (ration de vin supplémentaire, dessert à chaque repas pour tous les malades et plat de viande quotidien) et d'autre part, les crudités, charcuteries, aliments moins digestibles, furent supprimés; le mélange de l'eau et du vin était fait six heures avant la consommation. Tous les malades eurent, en outre, un quart de litre de limonade lactique par jour et autant d'une boisson composée d'infusion de café, de rhum et d'eau (1).

Les infirmiers furent tenus particulièrement de veiller à la toilette et à la désinfection de tous les malades confiés à leurs soins. Les draps de lits, chemises, toute la lingerie en un mot, après immersion dans une solution de crésyl sodique (2), étaient portés à la buanderie où ils étaient immergés pendant trois heures dans la même solution avant d'être lavés. Les matelas des malades devenus suspects étaient passés régulièrement à l'étuve et leur literie était soigneusement désinfectée avec une solution forte de crésyl sodique ou d'hypochlorite de soude à 32 degrés chlorométriques (eau de Javel) (3). Les pièces de laine étaient passées à l'étuve, portées à l'ébullition dans une solution de carbonate de soude

---

(1)	Infusion de café . . . . .	350 gr.
	Rhum. . . . .	50 —
	Eau, q. s. p. . . . .	1 litre.
(2)	Crésyl. . . . .	20 gr.
	Lessive soude à 36° Baumé. . . . .	20 —
	Eau, q. s. p. . . . .	1 litre.
(3)	Eau de Javel. . . . .	250 gr.
	Eau. . . . .	750 —



à 5 p. 100 ou immergées dans la solution de crésyl sodique qui abîme peu le linge et dissout les taches de sang et les corps gras.

Le service des vidanges était effectué par une escouade spéciale de malades qui portaient les tinettes dans une grande fosse aménagée dans les champs.

Au fond de cette fosse de 1 m. 50 de profondeur sur 60 centimètres de largeur, une couche de chaux délitée (1) était répandue et on recouvrait les vidanges avec une couche de chaux, une forte épaisseur de terre et enfin de la chaux. Les tinettes étaient désinfectées avec du chlorure de chaux dont on laissait une certaine quantité au fond et, par-dessus, on répandait une couche d'huile lourde de schiste, de façon à ce qu'en surnageant elle évitât le contact des mouches avec les matières fécales. Dans le même ordre d'idées, les ouvertures de la cuisine et celles du pavillon d'isolement, furent munies hermétiquement de cadres grillagés fins, pour empêcher l'accès des mouches et insectes volants. Le parquet des chaises percées et des latrines était largement lavé dans le premier cas à la solution de crésyl et dans le second au chlorure de chaux en dissolution dans l'eau, puis parsemé de chlorure de chaux sec.

Il va de soi que ces précautions étaient rigoureusement suivies au quartier d'isolement, où les vases soigneusement désinfectés avec une solution (2) de crésyl sodique et de sulfate de cuivre étaient recouverts d'un couvercle. De plus, des papiers tue-mouches étaient largement distribués, sans préjudice des grillages installés aux fenêtres. Les parquets étaient désinfectés avec une

---

(1)	Chaux. . . . .	2 kil.
	Eau. . . . .	1 —
(2)	Sulfate cuivre . . . . .	500 gr.
	Acide sulfurique . . . . .	100 —
	Eau. . . . .	10 litres.

solution de crésyl sodique ou avec la solution à l'eau de Javel.

De grands sarreaux étaient mis à la disposition des infirmiers, porteurs, etc., et un brossage au savon avec ablution consécutive à l'alcool et au sublimé, était prescrit en même temps qu'un gargarisme avant tous les repas. Une ration spéciale de café et 30 grammes de rhum étaient accordés à ce personnel spécial, de même qu'une nourriture plus abondante.

Concurremment, avec ces mesures, la recherche des porteurs de germes fut faite sur tout le personnel de la cuisine, car, ainsi posté, un porteur pouvait disséminer aisément la maladie : cette recherche fut d'ailleurs trouvée négative.

Et, pour terminer, un dispositif pour la désinfection de l'eau par l'hypochlorite de soude fut installé ingénieusement par M. Rouquette, pharmacien de l'asile, à chacun des grands bassins. A son entrée dans ce bassin, l'eau recevait dans sa chute (à cause du brassage nécessaire), une quantité de la solution d'hypochlorite de soude proportionnée à la masse d'eau (1 litre d'hypochlorite pour 100 mètres cubes d'eau), et tout était combiné de façon que l'action chimique pût se prolonger trois heures durant avant la consommation ; l'eau n'était livrée à l'usage que lorsqu'une solution d'iodure d'amidon ne donnait plus la réaction du chlore. Le bassin souterrain qui fut le premier contaminé fut supprimé et l'eau d'accès pompée directement du canal d'arrivée dans le bassin supérieur. Le vibrion cholérique disparut ainsi de notre eau et nous en avons une autre preuve clinique en ce fait, que l'infirmerie des femmes, où depuis longtemps on n'avait plus relevé aucun cas suspect, présenta tout d'un coup, à un moment où l'asile tout entier était lui-même indemne, 10 porteurs de germes et 25 cas de choléra qui furent mortels. Or, cette infir-



merie reçoit directement une eau (origine B) qui ne passant pas par nos réservoirs n'avait pas été désinfectée et, l'attention attirée permet de constater précisément la pollution vibrionique de l'eau du bassin de la Ville qui la fournissait. Les malades purent sans doute se contaminer dans des ablutions ou au bain.

Ces considérations un peu longues nous ont paru présenter un certain intérêt pratique, car l'isolement d'une agglomération de 1600 personnes, surtout quand il s'agit d'un organisme aussi compliqué qu'un asile, est rare et comporte certaines difficultés. Aussi, pour faciliter la tâche et coordonner les efforts de chacun, tous les matins une réunion générale avait lieu dans laquelle directeur, médecins, pharmacien, économe, échangeaient leurs idées et réglaient les questions de détail. Nous n'omettons pas cependant de parler de l'évolution de l'épidémie et de ses particularités cliniques.

L'épidémie éclate brusquement et nous isolons notre premier malade le 4 août. Les cas se succèdent dès lors rapidement; de proche en proche, les quartiers sont contaminés et ainsi que le montre le tableau suivant, 102 malades dont 39 hommes et 63 femmes avaient été isolés au 23 août.

DATES	HOMMES			FEMMES		
	Nombre.	Divisions.	Décès.	Nombre.	Divisions.	Décès.
4 août 1911.	1	Infirmerie.	—	—	—	—
5 août . . .	2	5 <sup>e</sup>	2	1	3 <sup>e</sup>	1
—	2	3 <sup>e</sup>	2	1	Infirmerie.	1
—	1	2 <sup>e</sup>	—	—	—	—
—	1	Infirmerie.	1	»	»	»
6 août . . .	2	Infirmerie.	—	3	3 <sup>e</sup>	3
—	2	3 <sup>e</sup>	2	1	Infirmerie.	1
—	2	5 <sup>e</sup>	—	»	»	»
—	1	10 <sup>e</sup>	1	»	»	»
7 août . . .	3	5 <sup>e</sup>	1	5	3 <sup>e</sup>	2
—	1	6 <sup>e</sup>	—	1	1 <sup>re</sup>	1
—	1	Infirmerie.	1	2	Infirmerie.	2
—	1	3 <sup>e</sup>	—	1	6 <sup>e</sup>	—

DATES	HOMMES			FEMMES		
	Nombre.	Divisions.	Décès.	Nombre.	Divisions.	Décès.
8 août . . .	2	5 <sup>e</sup>	2	1	Infirmérie.	—
—	1	Infirmérie.	1	1	1 <sup>re</sup>	1
9 août . . .	2	5 <sup>e</sup>	1	2	6 <sup>e</sup>	—
—	1	2 <sup>e</sup>	1	1	5 <sup>e</sup>	1
—	1	Infirmérie.	1	1	3 <sup>e</sup>	—
—	»	—	»	1	1 <sup>re</sup>	—
10 août . . .	2	6 <sup>e</sup>	—	3	6 <sup>e</sup>	—
—	1	5 <sup>e</sup>	—	2	Infirmérie.	2
—	1	Infirmérie.	—	2	2 <sup>e</sup>	1
—	»	—	»	1	5 <sup>e</sup>	1
11 août . . .	1	4 <sup>e</sup>	—	2	5 <sup>e</sup>	1
—	1	2 <sup>e</sup> Infirm.	—	2	4 <sup>e</sup>	1
—	»	—	»	1	2 <sup>e</sup>	—
12 août . . .	»	—	»	3	4 <sup>e</sup>	1
—	»	—	»	2	5 <sup>e</sup>	1
—	»	—	»	1	6 <sup>e</sup>	—
—	»	—	»	1	3 <sup>e</sup>	1
—	»	—	»	1	2 <sup>e</sup>	1
13 août . . .	»	—	»	2	3 <sup>e</sup>	—
—	»	—	»	1	4 <sup>e</sup>	—
—	»	—	»	1	2 <sup>e</sup>	—
14 août . . .	»	—	»	1	4 <sup>e</sup>	—
—	»	—	»	1	5 <sup>e</sup>	1
15 août . . .	»	—	»	1	4 <sup>e</sup>	1
16 août . . .	»	—	»	2	1 <sup>re</sup>	—
—	»	—	»	1	P. agitées.	—
17 août . . .	1	Pensionnat.	1	1	5 <sup>e</sup>	1
—	1	P., agités.	1	»	»	»
18 août . . .	»	—	»	1	5 <sup>e</sup>	—
19 août . . .	1	3 <sup>e</sup>	—	1	5 <sup>e</sup>	—
—	»	—	»	1	4 <sup>e</sup>	—
20 août . . .	1	P., agités.	—	»	»	»
22 août . . .	»	—	»	1	4 <sup>e</sup>	1
—	»	—	»	1	5 <sup>e</sup>	1
23 août . . .	1	1 <sup>re</sup>	—	2	5 <sup>e</sup>	—
3 septemb. .	1	2 <sup>e</sup>	—	»	»	»
4 —	1	2 <sup>e</sup> Infirm.	1	1	4 <sup>e</sup>	—
7 —	2	2 <sup>e</sup> Infirm.	—	»	»	»
8 —	1	2 <sup>e</sup> Infirm.	1	»	»	»
17 —	»	—	»	2	Infirmérie.	2

Comme l'indique ce tableau, après une invasion en bouffée (34 hommes sur 44 et 35 femmes sur 64 sont atteints du 4 août au 11 août), l'épidémie se calme, elle s'arrête même quelques jours chez les hommes pour reprendre ensuite par quelques cas isolés, s'arrêter de



nouveau durant une dizaine de jours avant de s'éteindre enfin après deux à-coups, séparés par d'assez longs intervalles. Elle disparaît par conséquent non par décroissance progressive en lysis, mais par poussées réduites séparées par des intervalles de plus en plus grands. C'est ainsi que l'épidémie, par exemple, paraît complètement éteinte dans tout l'asile du 23 août au 3 septembre; elle se manifeste à ce moment par 5 cas chez les hommes et par 1 cas chez les femmes; le 4 septembre tout rentre dans l'ordre, lorsque, le 17 septembre, deux cas rapidement mortels se produisent le même jour chez celles-ci à l'infirmerie, en même temps que dix porteuses de germes étaient trouvées. Comme nous l'avons dit, l'origine hydrique de cette dernière reprise nous fut démontrée.

L'épidémie siège d'abord dans certains lieux d'élection et, quand elle a fait son choix, elle les attaque de façon massive d'emblée, puis les cas s'espacent et elle gagne d'autres quartiers où elle agit de même.

Certaines divisions furent atteintes, mais toutes le furent, sauf le pensionnat et la 7<sup>e</sup> division (gâteuses) qui restèrent indemnes chez les femmes et les 4<sup>e</sup> et 1<sup>re</sup>, pensionnat et division des gâteaux chez les hommes qui n'eurent qu'un cas chacune. Les divisions les plus atteintes, 3<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et infirmerie, le sont également chez les hommes et chez les femmes, et, il est à remarquer qu'elles correspondent aux mêmes catégories de malades (agitable, agité, maladies somatiques). Les salles des gâteaux ont été respectées; les deux cas constatés chez les hommes s'appliquent à des malades travailleurs circulant plus librement au dehors de la division, tandis que les gâteaux condamnés au lit, n'ayant à leur disposition que les boissons et aliments surveillés que le personnel leur fournissait, ont pu éviter des contacts et c'est ce qui explique sans doute leur résistance.

Si l'épidémie semble frapper un plus grand nombre de sujets dès son invasion dans un quartier, elle paraît aussi plus meurtrière d'emblée; les derniers cas présentent en effet une mortalité moindre, comme si la violence du processus allait s'atténuant.

Il ne nous a pas paru de façon sensible que certains malades aient été plus atteints et l'aient été plus sévèrement en raison de leur état physiologique antérieur; si, parmi les cholériques, les plus débilités antérieurement ont naturellement présenté une moindre résistance, nous trouvons par ailleurs un nombre important de sujets très valides et 23 seulement sur 108 avaient de cinquante à soixante-cinq ans. Toutefois, l'on peut mentionner que les diarrhées anciennes ou habituelles ont semblé avoir une influence de prédisposition.

A l'exception d'une religieuse qui se trouvait dans un des quartiers les plus frappés et dont nous avons eu à déplorer le décès en six heures après le début de l'attaque cholérique, le personnel est resté indemne. Nous avons dû isoler cinq infirmiers ou infirmières porteurs banals de germes, mais sans signes intestinaux ou généraux. Lors des épidémies précédentes, le tribut payé avait été plus lourd; trois religieuses en 1884 et trois infirmiers en 1885 succombèrent à l'atteinte du mal.

On ne remarque pas davantage une atteinte spéciale suivant les formes vésaniques; en effet, les cholériques se trouvent en même proportion dans les différentes formes d'aliénation mentale et les paralytiques généraux, les alcooliques et les déments entre autres, n'ont pas été frappés de façon spéciale.

La mortalité répond au pourcentage des grandes épidémies; elle est exactement la même chez les hommes et chez les femmes et correspond avec 48 p. 100 à



21 décès sur 44 cholériques hommes et à 30 décès sur 66 cholériques femmes. Sur ce nombre faut-il encore signaler que certains décès ont été dus à des associations telles que la tuberculose avancée et préexistante : si le choléra a surpris assez indifféremment des êtres débilités ou des êtres valides, il va de soi en effet que la débilitation de l'organisme a favorisé la gravité et la rapidité du processus.

Les convalescences ont été particulièrement longues, traduisant ainsi la profondeur de l'atteinte ; les malades sont restés longtemps débilités, en hyponutrition comme après une fièvre typhoïde grave et, à plusieurs intervalles, la majorité d'entre eux a présenté une ou plusieurs reprises diarrhéiques avec vomissements, parfois algidité et cyanose en plaques. Les malades ont pu quitter le pavillon d'isolement le 10 octobre, après que deux prélèvements fécaux eurent montré l'absence du vibron cholérique.

Pendant ce temps, on avait pratiqué la recherche soigneuse des porteurs de germes dans tout l'asile, tant parmi les malades que parmi le personnel. A partir du douzième jour, après le dernier cas cholérique constaté dans une division, les laboratoires procédaient à l'examen bactériologique des selles. Le résultat négatif autorisait la déconsignation de la division correspondante ; mais elle restait encore consignée à l'intérieur de l'asile et le personnel ne fut autorisé à sortir au dehors que lorsque tout l'asile fut déclaré indemne et que les porteurs de germes, cliniquement sains, mais dont les déjections, le contact ou les effets pouvaient créer ultérieurement un foyer épidémique, eurent été isolés au pavillon spécial ; on trouva ainsi 33 porteurs de germes, 20 femmes et 13 hommes, qui, tous sauf deux, restèrent à ce microbisme latent.

Quand le service des entrées fut rétabli, chaque

entrant, isolé dans une chambre, fut soumis à l'examen bactériologique avant d'être admis dans un quartier. C'est qu'en effet quelques cas isolés restaient signalés en ville et, après avoir assaini en quelque sorte l'asile, il fallait se défendre contre une importation microbienne possible. C'est pour ce motif qu'au 30 octobre l'accès de l'asile restait encore interdit aux visiteurs.

Le dispositif à employer pour les prélèvements est évidemment fort simple; mais il est peut-être utile de dire, en passant, que l'instrumentation la plus pratique dont nous nous sommes servis consiste dans un petit flacon de 30 centimètres cubes environ, à large goulot, dont le bouchon en liège est traversé par un fil de fer; son extrémité repliée tient un petit tampon de coton pressé que l'on trempe dans les déjections.

Chaque épidémie se distingue en quelque sorte par un type ou un *modus spécial* et, après avoir réuni en une manière de synthèse ces données sur son évolution, nous devons ajouter quelques considérations cliniques sur ses particularités symptomatiques.

Le type clinique réalisé au début a répondu à la description classique des formes aiguës avec symptômes à marche très rapide, selles riziformes, cyanose et crampes; mais sans avoir réalisé ensuite des variétés cliniques distinctes, le type clinique de l'épidémie s'est cependant légèrement modifié et cela moins avec les individus, pourrait-on dire, qu'avec l'évolution de l'épidémie. Alors qu'au début, par exemple, dominant les formes asphyxiques, les crampes, selles riziformes typiques, on trouve ensuite plus particulièrement les formes algides. Cette même variante se retrouve dans chaque quartier puisqu'ils furent pris successivement en quelque sorte: une forme clinique avec physionomie un peu nouvelle semble s'y déclarer, en même temps que la gravité paraît décroître du premier au dernier cas.



Chez nos malades les étapes du choléra se sont en général succédé d'une façon confuse ; on ne retrouve pas régulièrement les phases classiques, prodromiques, d'invasion, d'état ou algide, de réaction. Si une diarrhée d'apparence banale a quelquefois marqué la période prodromique, aussi souvent l'attaque cholérique n'a pas été précédée de ce symptôme bénin et d'emblée s'est révélée par des troubles gastro-intestinaux graves s'accompagnant d'une altération non douteuse, presque spécifique de l'état général. Quelquefois même les symptômes généraux d'emblée alarmants ont ouvert la scène ; un de nos malades, par exemple, présente comme un état d'ictus à midi, puis l'algidité se montre à 2 heures, la diarrhée à 4 heures et le décès survient à 8 heures du soir.

La diarrhée a existé dans tous les cas ; mais soit à cause de la rapidité de l'évolution qui a entraîné la mort, soit à cause d'une forme de choléra demi-sec, les selles ont été parfois peu nombreuses et se sont quelquefois limitées à une seule poussée diarrhéique. Nous n'avons pas constaté l'extrême fréquence des évacuations signalée dans les descriptions classiques et le caractère lui-même des déjections a différé quelque peu : au début seulement de l'épidémie nous avons constaté des grumeaux blanchâtres, riziformes, typiques, surnageant dans les selles. Plus tard cet aspect a manqué, mais toujours les selles ont été inodores, incolores, légèrement grisâtres, ressemblant assez exactement à une décoction farineuse ou de riz. Elles s'écoulaient sans effort et, dans quelques cas exceptionnels, au début, elles ont été teintées de sang.

Presque en même temps que les troubles intestinaux ; apparaissaient, parfois précédés ou accompagnés de crampes stomacales pénibles, des vomissements d'abord alimentaires puis muqueux ou séreux, tenant quelque-

fois en suspension de petits grumeaux blanchâtres et présentant alors assez bien l'aspect d' « *eau panée* ».

Vomissements et diarrhée, abondants ou non, fréquents ou non, ont été des symptômes constants et primordiaux. Il faut y ajouter, bien plus que les crampes qui ont été irrégulières et se sont manifestées avec une préférence marquée dans les cas du début, l'aspect général du malade. D'emblée celui-ci paraît éprouver une sensation de lassitude générale, de faiblesse et d'endolorissement ; le visage devient pâle, les yeux sont profondément excavés, cerclés, d'un noir blenâtre, le regard est vague, puis s'éteint, le nez se pince, la peau est moite, froide et comme visqueuse ; en même temps la soif est vive, la voix cassée dès le début s'éteint, le pouls est petit et rapide. Peu à peu le malade se refroidit, les téguments se couvrent de plaques marbrées, la turgescence veineuse se généralise, la face est violacée, la peau prend une teinte « hortensia », et cet ensemble réalise un masque impressionnant.

En cet état d'algidité et de cyanose la mort a surpris la plupart de nos malades, mais parfois une phase de réaction progressive ou rapide s'est produite et une amélioration graduelle a suivi. Quelquefois, dans ces cas comme aussi dans des cas plus atténués, une rechute avec cyanose et algidité s'est produite ; elle a été mortelle dans deux ou trois cas, mais plus souvent, après des reprises de diarrhée avec vomissements et algidité transitoires, le mieux définitif est apparu.

La presque généralité de nos malades a présenté en outre une sensation d'angoisse et de gêne respiratoire avec une mimique comme effrayée. Tant que l'état de résolution des forces et d'algidité n'a pas été trop prononcé, un bon nombre de nos malades ont présenté des attitudes spéciales que nous n'avons pas trouvées dans les descriptions des auteurs et sur lesquelles nous vou-



lons attirer spécialement l'attention. En dépit de l'impression de froideur que donne le contact de la peau, le malade au teint violacé paraît souffrir d'une gêne respiratoire et d'une sensation de chaleur interne. Il se découvre sans cesse, cherche à écarter tout ce qui pourrait le gêner, réclame à boire, se déplace sans cesse dans son lit ; il se couche sur l'abdomen, se met en diagonale dans son lit, se place en travers, met paradoxalement sa tête aux pieds, se lève, tourne près de son lit, y remonte, puis, fatigué, s'abat sur son lit ou à côté et recommence. Cet état n'est pas de l'agitation ; plutôt que de mouvements il s'agit d'attitudes et elles sont changeantes, assez lentes, voulues et en quelque sorte intentionnelles. Cette instabilité d'attitudes nous a frappés et elle nous a paru d'autre part nettement liée à une forme grave et très rapide du mal ; tous les malades qui l'ont présentée ont en effet succombé à brève échéance. Cette impression de chaleur, qui contraste si singulièrement avec l'algidité, est peut-être bien réelle, car certains malades ont présenté une poussée sudorale et d'autre part la soif vive constante, comme aussi l'élévation de la température *in extremis*, en seraient d'autres manifestations.

Les urines étaient rares ; mais, sauf à la phase ultime, nous n'avons pas observé l'anurie absolue que signalent des descriptions classiques, de même la peau de presque tous les malades était comme rétractée et adhérente plutôt que ridée. Nous avons constaté chez quelques sujets une éruption furonculaire sans gravité ni acuité. C'est la seule complication que nous ayons relevée, et en particulier nous n'avons pas constaté d'accident pulmonaire, broncho-pneumonique ou autre, pas de névrite, pas d'ictère, ni d'escarres.

On pourrait s'attendre à ce que les délires existants se soient modifiés ou à ce que de nouveaux troubles

intellectuels soient apparus, comme au cours des pyrexies et infections. Il n'en a rien été et la raison facile en est sans doute la faiblesse profonde, l'adynamie et une sorte d'attonitus dans lesquels les malades étaient plongés d'emblée. Dans un cas cependant une malade, débile intellectuelle, qui depuis six ans au moins n'avait plus présenté d'accidents mentaux, est tombée dans un état confusionnel avec demi-stupeur et réactions de crainte; d'autre part, un malade confusionnel, agité intermittent, s'est livré brusquement à une tentative de suicide qui n'a pas eu de gravité et a manifesté ensuite des idées de suicide contrastant avec son état antérieur.

Les indications relatives aux modes de traitement suivi se placent tout naturellement dans cette partie clinique. Indépendamment d'une médication symptomatique étendue (injection d'huile camphrée et d'éther; potions à l'acétate d'ammoniaque et benzoate de soude; rhum et thé; menthol et cocaïne contre les vomissements), nous avons eu recours à la médication spécifique, sérothérapique ou autre.

Le traitement préventif fut lui-même essayé: le 6 août, M. Dopter injecte 20 centimètres cubes de sérum anticholérique de Salimbeni aux aliénées de la 3<sup>e</sup> division femmes qui s'étaient trouvées plus particulièrement en contact avec la première cholérique de ce quartier, et par la suite aucune d'entre elles ne fut atteinte de choléra; le 10 août, MM. Salimbeni et Dopter procèdent systématiquement à l'injection préventive de la moitié des aliénées des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> divisions femmes — l'autre moitié restant comme témoin, — mais le rapide abandon de ces divisions par l'épidémie ne permit pas de tirer une conclusion nette de cet essai.

Les injections du sérum de Salimbeni dans un but curatif ont été faites à un certain nombre de nos mala-



dés, mais ces cas traités s'échelonnent à partir du 18 août seulement, si bien que malgré des succès évidents une comparaison ne fut pas permise avec la phase plus aiguë de l'épidémie et les autres agents thérapeutiques employés.

Au nombre de ceux-ci nous signalerons les grandes injections systématiques bi-quotidiennes de sérum artificiel, sous-cutanées en général et, dans tout cas rapide, intraveineuses : de même les grandes irrigations intestinales chaudes, les injections stimulantes d'électrocuprol dont l'élimination par la muqueuse intestinale a paru au surplus diminuer les sécrétions et l'hordénine qui a modifié et ralenti quelquefois les selles et les vomissements.

Toutefois, s'il ne nous fut pas possible de nous prononcer sur les propriétés anti-toxiques du sérum de Salimbeni, nous pûmes du moins constater ses propriétés anti-microbiennes, car des lavements (50 centimètres cubes de sérum anti-cholérique de Salimbeni mélangés à 200 centimètres cubes de sérum physiologique) furent suivis de la disparition dans les selles du bacille virgule.

Nous n'insisterons pas sur la thérapeutique symptomatique, qui fut celle de tous les états toxi-adiynamiques. Le régime lacté ou du bouillon concentré de légumes était seul permis et la limonade lactique était ordonnée. D'autre part enfin les soins individuels furent, croyons-nous, d'une grande importance ; nous voulons dire les frictions stimulantes, les enveloppements chauds, tous moyens en somme tendant à réchauffer les malades et à accroître leur résistance contre les atteintes d'un mal souvent si rapide qu'il entraînait le décès en six à huit heures.

---

# DÉLIRE D'IMAGINATION SYMPTOMATIQUE

PAR LES DOCTEURS

**CAPGRAS et TERRIEN**

Médecin adjoint

Interne

A la Maison de santé de Ville-Evrard.

Le délire d'imagination, d'après Dupré et Logre qui l'ont récemment décrit (1), est constitué par un ensemble de fictions plus ou moins durables et systématiques, auxquelles le sujet attache sa croyance et conforme ses actes; ces fictions s'imposent à l'esprit, non pas à la suite de perceptions ou de raisonnements pathologiques, mais en vertu d'un processus intellectuel de formule et d'expression exclusivement imaginatif. Les hallucinations et les interprétations, si elles ne font pas toujours défaut, ne jouent jamais qu'un rôle accessoire. L'imaginatif, contrairement à l'interpréteur, se désintéresse de la réalité : il procède par intuition, par invention.

Chez certains sujets, créations fictives et interprétations fausses s'associent et conservent une importance à peu près égale. Ces formes mixtes servent de transition entre le délire d'interprétation et le délire d'imagination. L'une d'entre elles, désignée par Sérieux et Capgras sous le nom de *délire de fabulation* (2), est caractérisée par la fréquence des erreurs de jugement, la richesse de récits romanesques et l'existence de ten-

(1) XX<sup>e</sup> Congrès des aliénés et neurol. Bruxelles, 1910.

(2) *Les Folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Alcan, édit., 1909, p. 161.



dances mythomaniques. Dans d'autres circonstances on ne trouve ni raisonnements faux à propos d'incidents exacts, ni fictions créées de toutes pièces, mais, presque exclusivement, des fabulations à l'occasion d'événements réels (fabulation complémentaire). Les inventions ne sont pas en ce cas entièrement chimériques ; elles renferment une parcelle de vérité, mais tellement embellie ou déformée qu'il est malaisé de la reconnaître ou même impossible de la découvrir. La réalité fournit alors à l'esprit « le thème sur lequel l'imagination exécute à loisir des variations plus ou moins fantaisistes et des improvisations personnelles » (1).

Ce vagabondage de l'imagination à travers les réalités peut conduire à l'édification d'étranges fantasmagories, surtout quand il se trouve favorisé par l'existence d'un certain degré de faiblesse psychique. Débarrassée du frein des idées générales réductrices, échappant au contrôle de l'expérience et de l'auto-critique au point de perdre le sentiment du réel ou du plausible, l'imagination s'abandonne, en toute sincérité, aux élucubrations les plus extravagantes. Portant sur les souvenirs individuels, cette activité mythopathique aboutit à une transformation complète de la personnalité dans un sens généralement mégalomane. Etendue à un passé lointain, elle donne naissance à un délire de métempsychose ou à des fabulations anachroniques comparables aux célèbres mystifications du comte de Saint-Germain qui, vivant au XVIII<sup>e</sup> siècle, assurait avoir assisté aux noces de Cana (2). Englobant un nombre de faits et de personnes de plus en plus considérable, l'imagination

---

(1) Dupré et Logre. Le délire d'imagination. *Encéphale*, mars, avril, mai 1911. — A. Gonnet. Fabulation et délire systématique chronique. *Gazette des hôpitaux*, 1911, n<sup>os</sup> 106 et 107.

(2) Sérieux et Capgras. Les Interpréteurs filiaux *Encéphale*, février et avril 1910.

finit par élaborer un délire métabolique et palingnostique généralisé.

A ce point de vue, il nous semble intéressant de publier un cas de délire d'imagination métabolique, lié au développement progressif d'un affaiblissement intellectuel. Bien que, dans cette observation, le délire n'ait pas une base cénesthésique; bien qu'on n'y décèle, à côté de nombreuses hallucinations auditives, que de rares troubles de la sensibilité générale et point de phénomènes psycho-moteurs, il a déterminé une transformation complète de la personnalité et du monde extérieur. Son domaine est pour ainsi dire illimité : il s'étend de l'origine du monde à nos jours. Nomme-t-on devant la malade un personnage, même de la plus haute antiquité, elle assure très sincèrement l'avoir connu; cite-t-on un événement historique quelconque, elle déclare y avoir participé; un ouvrage célèbre, elle l'a composé; et tout cela elle le déforme, le travestit à sa guise, se créant une sorte de mythologie personnelle où chaque chose et chaque individu s'enrôlent, soit dans son camp, soit dans le camp ennemi. C'est ainsi par exemple qu'elle croit avoir parfaitement connu Clovis et Charlemagne; le premier combattit pour elle, le second usurpa son trône.

Nous ne prétendons pas épuiser les multiples fantaisies de cette imagination dérégulée; pour en apprécier l'étrange exubérance il convient, néanmoins, d'exposer celles qui concernent la naissance, les vies successives les aventures et les œuvres de la malade. Nous résumerons ensuite sa vie réelle et l'évolution du délire que nous croyons symptomatique de démence paranoïde.

Fille d'Israël, épouse de l'Eternel, impératrice de l'Univers, Angèle E..., sans renier son véritable nom, dit s'appeler Mireille et être âgée de trente ans. Si elle en paraît soixante et si ses cheveux blanchissent, c'est qu'elle a beaucoup souffert et résisté à



nombre d'empoisonnements; d'ailleurs elle ne tardera pas à rajeunir. Elle naquit au château de « Pétenhof » en Russie : son père est le tzar Alexandre le Grand, sa mère l'illustre Adélaïde fille de Ménélik, empereur d'Abyssinie. Elle vint au monde trois mois après sa conception et n'a rien oublié de cet événement. Dans les entrailles de sa mère elle entendait la voix de l'Eternel. Dès la première minute elle eut conscience d'elle-même et posséda un cerveau mûr pour accomplir la haute mission qui lui serait confiée.

Trois jours après sa naissance, elle fut enlevée du château fort familial. Elle était couchée dans son berceau près du lit paternel; un poison l'avait engourdie en même temps que ses parents; à la fin de cet engourdissement, le tzar, son père, ayant porté les mains à droite et à gauche, ne trouva plus ni sa femme ni son enfant; au même moment l'incendie dévorait une partie du palais. Le tzar s'enfuit aussitôt, passa sur le corps de sa fille, déposé sur le palier, et l'emporta dans ses bras à travers les flammes. Quant à sa femme, la belle Adélaïde, on ne la revit jamais.

Cet enlèvement et cet incendie furent l'œuvre de la Damnation, dirigée par la grande Caroline, criminelle célèbre par ses monstruosité. Cette Caroline est l'ennemie la plus acharnée de Mireille; elle la poursuit depuis des centaines de siècles, car toutes deux vivent depuis la création du monde. Si la dernière incarnation de Mireille ne date que de trente ans, elle apparut pour la première fois sur la terre peu après la création, de par la volonté de l'Eternel qui, à cette époque lointaine, la nomma Ophélie.

La grande Caroline naquit peu après. En ce temps-là, lorsqu'un demandant à l'Eternel pourquoi il ne se mariait pas, l'Eternel répondit : « Je me marierai avec une fille d'Israël, mais cette femme n'est pas encore née. » Cette femme, c'est Mireille. Or, Caroline a essayé de passer pour fille d'Israël, mais l'Eternel ne l'ayant pas épousée, elle en conçut une haine féroce pour sa rivale plus heureuse.

Mireille et Caroline eurent toutes deux des milliers d'enfants qui, pour la plupart, s'entretuèrent. Parmi ces descendants de Caroline, il en est deux plus particulièrement terribles : Jof et Jaf, fils de Laure (nom d'une tante de la malade), qui habitèrent longtemps le Japon avec leur peuple, d'où ils se répandirent dans tout l'univers pour massacrer la progéniture de Mireille.

Cette race de vandales pillait, ravageait et brûlait tout. L'Éternel sauva les châteaux de Mireille en les faisant rentrer dans la terre, d'où ils sortiront bientôt. Jaf, le plus jeune et le plus méchant des deux frères, essaya de se faire passer pour le fils du grand tzar Elouanoff (déformation du nom de M<sup>me</sup> E...), mais son imposture fut découverte. Il eut un fils, Jofin, qui devint lui-même le père d'une multitude d'enfants, lesquels se révoltèrent contre la Damnation et furent martyrisés ou enfermés dans les souterrains.

Aussitôt née, Mireille devint donc l'épouse de l'Éternel. A un an et demi elle eut sa première fille, Henriette, sans la moindre douleur, grâce à l'Éternel qui eut pitié de son jeune âge et de sa constitution délicate. Vinrent ensuite plus de quinze cents enfants. Nombre d'entre eux sont morts torturés et empoisonnés par Caroline qui venait les ravir en passant par les souterrains. Caroline en arracha même plusieurs des entrailles de Mireille. A diverses reprises le tzar trouva sa fille baignant dans le sang ; mais, comme il était grand chirurgien, il la soigna et la guérit.

Au cours de ses nombreuses existences, Mireille a porté quantité de noms ; elle s'est appelée Rachel, Elvire, Marie d'Anjou, Jeanne de Valois, etc. Elle a été Proserpine : c'est elle qu'Orphée vint délivrer aux Enfers. Elle a vécu en Égypte sous le nom de Marie l'Égyptienne. Elle se rappelle être née une fois à Jérusalem, en face du temple d'Alissaba. A une autre époque elle a vécu dix ans sans vieillir d'un an. Elle a connu Clovis qui combattit pour elle la Damnation. Charlemagne, au contraire, venait des souterrains et usurpa sa couronne. L'Éternel avait endormi Mireille à l'époque où parut Jeanne d'Arc, il y a deux cent cinquante ans ; la malade sait que celle-ci fut brûlée vive sur la place du Marché, à Rouen, mais il est faux qu'elle ait chassé les Anglais de France ; elle lutta au contraire, avec l'aide des Anglais, contre la tourbe immonde qui sortait des souterrains dont toute l'Angleterre est creusée. Dans ces souterrains vécut celle qu'on appela la reine Victoria et qui n'est qu'une « routière ». Il reste encore des malfaiteurs dans ces souterrains d'Angleterre ; les Arabes sont occupés à les vider entièrement.

Mireille a voyagé dans tout l'univers, car l'univers lui appartient ; elle aime surtout l'Orient. Elle a vécu au mont Sinaï, dans une forteresse entourée de beaux arbres et de fleurs variées ; elle y siégeait à gauche de l'Éternel, qui avait son père



à droite; de là, elle voyait de très près les planètes et les étoiles. Pourchassée par Caroline, elle traversa la Sibérie avec Napoléon, dormit sous la tente au milieu des armées et fut enseveli sous les neiges, dans les steppes glacés.

Innombrables sont les œuvres de Mireille.

Elle a écrit de grands in-folios en caractères hébraïques sacrés de quatre ou cinq couleurs; elle ne peut donner les titres exacts de ces volumes parce qu'ils sont encore manuscrits.

Elle a composé la vraie Bible en cinq ou six tomes; l'Ancien Testament, œuvre de la Damnation, n'est qu'un tissu de mensonges. Il ne faut pas croire qu'Eve soit la première femme sortie de la côte d'Adam, car Mireille l'a connue; c'était même une très honnête personne. L'homme existait des milliers d'années avant la date fixée par les Écritures; l'Éternel n'a point eu besoin de prendre de l'argile pour créer le premier homme, son souffle suffit à former une âme. La terre était beaucoup plus belle alors qu'aujourd'hui. Il y avait des arbres merveilleux: le chocolat se trouvait tout préparé dans les graines du cacaoier. Il est bien exact qu'il existe une Trinité en une seule personne: cette Trinité, qui comprend l'Éternel, Mireille et le tzar Alexandre, s'appelle le grand N..., dont le nom signifie: regard tourné vers les quatre points cardinaux ou bien impératrix-imperator, maître de l'Univers, gouverneur de l'Asiatique. Tous les gouvernements du monde ne sont que des délégations ou des usurpations du pouvoir du grand N... Ainsi, Guillaume II est un de ses lieutenants, tandis que la République Française est une fabrication infernale.

Mireille a produit encore bien d'autres œuvres philosophiques, littéraires ou dramatiques. D'ailleurs, elle réunit en elle tous les noms de la terre. Elle a écrit *la Philosophie* de Platon, *la Divine Comédie* de Dante Alighieri, *la Jérusalem délivrée* du Tasse, l'opéra d'*Orphée*, l'*Histoire* de Duruy! *La Revue des Deux Mondes* lui appartient, mais a été volée par Cherbuliez. Ce Cherbuliez est un monstre qui l'épouvante: elle a entendu son souffle derrière le mur du château fort.

Depuis quelque temps, Mireille a été séparée de l'Éternel son époux, qui vit au grand-duché de Montebourg. La grande Caroline a réussi à l'enfermer dans le fort d'Epinay, vaste enceinte, close de murs épais, avec un château de trois étages, et creusée de souterrains immenses de trois étages également; Ville-Evrard est une partie de ce fort, tout près de la maison des commandants d'armes. Le château de Montebourg est en

face et chaque jour Mireille peut converser, sans le voir, avec l'Eternel. Celui-ci lui a interdit de sortir de sa chambre avant qu'il soit venu la chercher. Dans cette chambre, elle reçoit les visites de ses nombreux cousins les grands-ducs Romanoff de Russie, qui arrivent souvent fatigués, car ils vivent dans les profondeurs des souterrains.

En d'autres souterrains vivent aussi les démons fils de Caroline. De là, on lui lance des jets asphyxiants de chlorhydrate d'ammoniaque et surtout de *nathole*, le plus violent des poisons. L'électricité la suffoque, car toute la maison en est remplie. Elle aperçoit quelquefois de la fumée et des flammes dans sa chambre. On ne lui sert que des aliments imbibés de mercure ou de potasse. Le Comte-chef lui prépare à la cuisine des mets succulents, mais ils sont dérobés par les femmes-loup et les femmes-garde, autres suppôts de la damnation.

Si elle souffre ainsi, c'est avec le consentement de l'Eternel qui lui impose cette épreuve, mais sans la laisser opprimer. Sa puissance reste souveraine. L'an dernier encore, avec la Trinité, elle a élu, à la place de Sarto, le pape Wampa, fils du grand cardinal Antonelli, un de ses oncles. Aussi supporte-t-elle stoïquement sa réclusion, heureuse de pouvoir causer avec sa nombreuse famille, d'évoquer les souvenirs tristes ou glorieux, fière de donner des ordres au Sénat, et de résister victorieusement à tous les assauts de la Damnation.

Tel est, dans ses grandes lignes, ce délire hautement fantaisiste et presque incohérent par endroits. La malade l'expose complaisamment, avec un tel accent de conviction, que l'on s'incline sans discuter devant une foi si ardente. Au début de tout entretien, elle se contente de répondre avec concision ; puis, peu à peu, elle s'anime et prend un ton déclamatoire. Au hasard des associations d'idées ou par la suggestion des questions posées, elle ajoute de multiples détails ; mais ces détails, si on les lui redemande plusieurs semaines après, elle les répète en termes analogues. Elle n'improvise donc pas suivant l'humeur du moment : elle a un délire complexe et absurde, mais fixe et systématique. C'est qu'en réalité, elle ne bâtit pas dans les



nuages ; elle se dirige dans le dédale de ses constructions, parce qu'elle a des points de repère immuables.

Pour retrouver ces points de repère et pour mieux apprécier les caractères du délire, il faudrait connaître exactement l'existence réelle du sujet et l'évolution de ses troubles mentaux. Nous n'avons, sur ces points de première importance, que des renseignements incomplets, le délire rétrospectif de la malade ayant entièrement métamorphosé son passé, et sa famille étant incapable de préciser certaines particularités. Nous possédons néanmoins des éléments suffisants pour suivre la marche générale du processus morbide.

M<sup>me</sup> Angèle E..., née en 1848, présente de lourdes tares héréditaires : mère nerveuse, oncle maternel dément, tante du même côté persécutée mélancolique, frère et sœur scrupuleux à l'excès, obsédés, neveux déséquilibrés.

Dans sa jeunesse, la malade se montra prodigue, orgueilleuse, autoritaire, « exagérée en tout », disent ses parents, mais franche, loyale, ennemie du mensonge, nullement portée aux hâbleries. Elle reçut une bonne instruction, aimait énormément la lecture et réfléchissait beaucoup.

Mariée à vingt-cinq ans, elle n'eut pas d'enfants et ne fut pas heureuse en ménage. Son mari avait une tante très riche qu'il paraissait affectionner autant que sa femme. Celle-ci ne tarda pas à en prendre ombrage ; les scènes de jalousie se multiplièrent et les époux se séparèrent vers 1880. Dès cette époque, M<sup>me</sup> E... manifesta une exaltation morbide, des idées d'empoisonnement et de persécution à l'égard de son mari et de ses beaux-parents, dont les torts étaient minimes, sinon inexistants. Elle restait continuellement obsédée par ses idées, si bien qu'en 1883, sa sœur étant venue, après la mort subite de son mari, chercher quelque consolation auprès de M<sup>me</sup> E..., qu'elle n'avait pas vue depuis plusieurs années, celle-ci ne manifesta aucune émotion à la vue de la jeune veuve, ne lui demanda aucune explication, mais lui intima immédiatement l'ordre de ne jamais essayer de voir son indigne époux sous peine de brouille définitive. M. E... mourut l'année sui-

vante, et, dès lors, le délire de persécution de sa femme s'éteignit.

Les deux sœurs vécurent dorénavant ensemble et s'installèrent d'abord à Bordeaux. Là, en 1885, M<sup>me</sup> E... fut gravement malade : asystolie, albuminurie, métrorragies ; puis, les règles s'arrêtèrent et ne sont jamais revenues. Pendant cette maladie, elle reçut quelques visites d'un prêtre dont, après sa guérison, elle s'éprit exagérément ; elle lui envoyait des cadeaux ou faisait porter chez lui des soupers. Elle ne manifestait pourtant aucune conception délirante.

En 1890, les deux sœurs vinrent rejoindre à Paris leur frère devenu veuf à son tour. La même année, M<sup>me</sup> E... fit la connaissance de l'abbé N... qui allait jouer un rôle capital dans son existence. Elle l'entendit prêcher dans une chapelle du quartier. Elle revint de ce sermon très exaltée et dit aussitôt à sa sœur : « Je suis appelée à une haute destinée ; j'ai trouvé celui qui m'attendait. » Dès lors le délire va progresser rapidement. M<sup>me</sup> E..., devenue amoureuse de l'abbé N..., lui envoie lettres et dons. Elle ne manque aucune réunion où il se trouve, elle assiste à tous ses sermons. Il fut nommé évêque, elle en éprouva une joie et un orgueil démesurés. Quelques années après, sur l'ordre du pape, il dut quitter son diocèse et se retira à Montebourg. M<sup>me</sup> E... lui resta fidèle, protesta violemment contre le pape, et devint de plus en plus exaltée. Depuis longtemps pourtant le prêtre renvoyait ses lettres et refusait ses cadeaux ; il la fit même avertir par le commissaire de police d'avoir à cesser ces assiduités. Cet avis fut inutile ; lettres, cadeaux et poursuites continuèrent de plus belle. Elle en vint à entreprendre le voyage de Paris à Montebourg pour essayer de forcer une porte qui lui restait obstinément fermée.

Tout en se conduisant comme une persécutrice amoureuse, elle élaborait un délire de grandeurs dont les formules semblent avoir été assez mobiles au début. Dès 1890 elle fait des achats de vêtements inconsidérés, commande des robes de soie, s'affuble de dentelles et gaspille plusieurs milliers de francs en offrandes religieuses. Elle passe la majeure partie de ses journées au dehors et, rentrée chez elle, s'enferme dans sa chambre et se plonge dans de longues méditations. A de rares intervalles, elle révèle pourtant à sa sœur quelques-unes de ses conceptions délirantes. Un jour elle lui apprend que l'abbé N... est fils de Louis-Philippe. Plus tard, elle est l'âme élue pour ce prêtre qui veille sur elle depuis son enfance. Elle se proclame ensuite



duchesse de Lorraine, nomme sa sœur duchesse de Champagne et son frère duc de Bretagne.

Peu expansive, elle finit par cacher aux siens ses idées et ses projets. D'ailleurs ses sentiments de famille se modifiaient. Sa sœur, essayant de modérer ses dépenses et de rectifier ses jugements, elle la prit en aversion, l'accusa d'organiser un complot contre elle et de vouloir l'empoisonner. Elle devint agressive. Un jour de l'année 1905, comme elle levait la main, prête à frapper, sa sœur lui montrant le portrait de leur mère défunte, s'écria : « Tu n'as pas honte devant notre mère ? » La malade répliqua aussitôt : « C'est votre mère ce n'est pas la mienne ; je suis la fille des tzars. » Vers la même époque, lors de la révocation de l'évêque N..., elle se montra plus excitée et hallucinée. Elle se mit à parler de l'Eternel et à s'entretenir tout haut avec lui. En même temps elle se livrait à des actes extravagants : on la voyait illuminer l'appartement, puis exécuter de grandes révérences comme si elle recevait et s'inclinait devant quelqu'un. A son retour de Montebourg, elle resta quelque temps assise jour et nuit sur un fauteuil, absorbée dans d'interminables rêveries ou se livrant à de long soliloques. Ses idées d'empoisonnement devinrent ensuite très actives ; la malade refusa toute nourriture. Il fallut l'interner.

Placée en 1907 à la maison de santé d'Epinay, elle y resta deux ans, puis entra à Ville-Evrard.

C'est une malade habituellement calme, malgré la fréquence et la vivacité de ses monologues. Elle s'habille convenablement, a soin de sa personne, et garde une tenue correcte. Elle reste constamment dans sa chambre, tout à fait oisive, ne lisant jamais, ne s'informant de rien, vivant exclusivement avec ses souvenirs et ses chimères ; quand on lui parle, elle cause volontiers ; ses réponses sont toujours adaptées aux questions, parfois judicieuses, le plus souvent dictées par le délire qui, très rapidement se met au travers de conversations quelconques. Sur ce sujet toute discussion serait vaine ; mais il faut se garder de vouloir l'entraîner au delà de ses pensées, elle y voit de l'ironie. Ainsi, un jour où l'on recherchait discrètement des idées d'immortalité, elle s'écria : « Cessez ce persiflage de mauvais goût ! » Son humeur est à peu près égale et varie suivant la tournure de ses idées. Sa mémoire est bien conservée, mais difficile à examiner à raison de la déformation générale des souvenirs. Elle n'a aucun symptôme de confusion mentale : sa désorientation dans le lieu et le temps n'est qu'apparente et d'ordre déli-

rant ; elle a fabriqué un calendrier fantaisiste et variable qui d'ordinaire retarde de trois ou quatre mois : comme il ne concorde guère avec les saisons, elle explique que tout a été bouleversé par les puissances infernales. Son attention ne semble pas très diminuée, mais elle est souvent distraite par ses hallucinations auditives.

M<sup>me</sup> E... est en effet très hallucinée. Une grande partie de la journée elle cause avec l'Éternel ou avec sa famille fictive ; souvent aussi elle se querelle violemment avec ses ennemis. Elle perçoit très distinctement, dit-elle, ces voix dont elle prétend reconnaître le timbre. Elle interroge en maintes occasions l'Éternel qui lui répond aussitôt. Au cours d'une conversation, on parle d'André Theuriet ; elle se tourne vers la fenêtre et demande : « Qui est André Theuriet ? » et aussitôt l'Éternel réplique : « C'est toi. » On trouve aussi quelques rares hallucinations ou illusions visuelles (vision de fumée et de flammes) et quelques hallucinations ou interprétations cénesthésiques (sensation de balancement).

Les fausses reconnaissances abondent. Si la malade appelle le médecin docteur, elle salue l'interne du titre de monseigneur et le prend pour son fils. Une des infirmières est princesse : M<sup>me</sup> E... refuse de la laisser balayer sa chambre. Les pensionnaires, surtout les plus jeunes, sont ses enfants ou ses nièces : elle s'emporte violemment quand elle suppose qu'on les maltraite. Elle reçoit régulièrement la visite de son frère et de sa sœur ; elle les appelle ses cousins les grands-ducs de Russie et elle est convaincue que ce ne sont jamais les mêmes qui viennent la voir.

Au point de vue somatique, à signaler des signes de myocardite avec œdème des jambes et vertiges.

En résumé, une dégénérée héréditaire commence, il y a trente ans, par ébaucher un délire de jalousie et de persécution dont l'évolution est interrompue par la mort et l'éloignement des personnes qui en faisaient l'objet. Amoureuse d'un prêtre ensuite, son sentiment est encore arrêté par un changement de résidence. Bientôt elle s'éprend d'un autre ecclésiastique et devient alors franchement persécutrice et hypomaniaque. En même temps elle élabore un délire mystique et ambi-



tieux auquel s'ajoutent des idées de persécution, puis des hallucinations de l'ouïe. Ce délire est arrivé, depuis cinq ans environ, à sa complexité actuelle ; il commence maintenant à se dissocier. Il comprend, au point de vue symptomatique, quelques interprétations, des illusions du souvenir, des hallucinations auditives et de multiples fabulations.

A première vue, toutes ces conceptions absurdes et polymorphes paraissent entièrement imaginatives ; par quelques points, elles se rattachent pourtant à la réalité.

Le délire ambitieux est analogue à celui des interpréteurs filiaux et contient des données exactes à côté de récits imaginaires. Le père de la malade s'appelait bien Alexandre : elle l'a couronné tzar de Russie. Elle a renié sa mère dont elle a donné le nom de Caroline à son ennemie imaginaire.

Le délire de persécution repose sur de nombreuses interprétations tirées, semble-t-il, de malaises organiques, de métrorragies, et d'accidents cardiaques. Les femmes-loup et les femmes-garde, qui symbolisent de nombreux persécuteurs, sont des infirmières qui s'appellent effectivement l'une Loup, l'autre Garde. Enfin, un délire rétrospectif a amené la reviviscence et la déformation du délire de jalousie primitif. C'est ainsi qu'elle fait entrer dans son système une tante de son mari qu'elle haïssait ; cette tante habitait un vieux château dont le souvenir a vraisemblablement contribué à la création de toutes ces histoires de châteaux forts et de souterrains qui reviennent souvent dans les conversations de la malade.

Le délire mystique est une sorte de thème parabolique. Tout ce qui concerne Jaf et sa descendance dérive probablement de l'histoire de Japhet. En outre, le délire amoureux a fourni un appoint aux théories

mystiques. C'est ainsi que le nom donné à l'Éternel est celui de l'abbé N...

Enfin, quelques calembours se sont glissés dans ce système pour le compliquer encore. En voici un exemple. La malade assure que son céleste époux habite Montebourg, ce qui est bien la résidence de l'abbé N... ; mais elle ajoute, Montebourg, c'est Béthanie, et elle l'explique ainsi : Béthanie est sur une colline et le Seigneur *monte au bourg* de Béthanie ; on peut donc dire indifféremment Montebourg ou Béthanie.

Malgré ces quelques tentatives d'explications de faits exacts et cette utilisation de noms réels, ce délire n'a rien d'une psychose raisonnante, et l'esprit faux qui l'a conçu n'est nullement celui d'un interpréteur, mais celui d'un imaginatif. La malade est totalement incapable de raisonner, d'argumenter, de fournir l'ombre d'une preuve. Lui pose-t-on une objection, elle n'essaie pas d'y répondre et en appelle aussitôt à un témoignage hallucinatoire. Elle n'a point d'ailleurs d'idée directrice assez forte pour lier tous ses concepts en un solide faisceau. Son système reste peu cohérent : ses diverses propositions se succèdent plus qu'elles ne s'enchaînent. Ce sont simplement quelques tendances dominantes, et principalement une imagination mystique, qui colorent ses divagations d'une teinte uniforme. C'est également au mysticisme qu'il faut attribuer, au moins en partie, la multiplicité et l'extravagance des fabulations ; on sait, en effet, que l'imagination mystique est une des plus ardentes et des plus diffuses.

Cette suractivité mythopathique émane-t-elle d'une mythomanie constitutionnelle dont elle ne serait que l'exagération morbide, comme c'est la règle dans le délire d'imagination, même chez certains déments (1) ?

---

(1) Devaux et Logre. Amnésie et fabulation. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, janvier-février 1911.



Il ne semble pas. D'une part, en effet, on ne retrouve dans la vie antérieure de la malade aucune tendance à l'altération de la vérité ; d'autre part, il n'a jamais existé, dans son délire, ce mélange de sincérité et de supercherie que l'on observe chez la plupart des mythomanes délirants.

L'éclosion et l'évolution de cette psychose s'expliquent plutôt par l'existence d'un caractère paranoïque, rêveur et mystique, qui s'est révélé de bonne heure ; puis par l'apparition d'une exaltation hypomaniaque, qui a favorisé la prolifération d'associations d'idées unies par de lointaines analogies ; et enfin par le développement d'un affaiblissement intellectuel qui a facilité l'objectivation de rêveries romanesques en diminuant le sens critique.

Ce délire imaginatif est donc l'œuvre d'une démente. Sans parler de l'absurdité du délire, symptôme qui n'est pas nécessairement un stigmate démentiel, l'absence de réactions, l'incapacité de s'abstraire de ses chimères, l'oisiveté permanente, le défaut complet de curiosité, l'indifférence, les stéréotypies d'attitude, la fréquence des dialogues hallucinatoires, plaident en faveur d'un amoindrissement de l'activité psychique chez une femme qui posséda jadis une culture et un niveau intellectuel supérieurs à la moyenne.

Malgré la persistance de la lucidité, de la mémoire et d'un certain degré d'attention, la malade approche de cette période « où l'imagination des idées disparaît pour faire place à l'imagination des mots ». Elle n'a encore inventé que de rares néologismes et ne présente jamais de verbigération, mais elle emploie souvent des phrases compliquées ou maniérées ; pour se plaindre d'une violence, elle parle d'une « prise de volonté arbitraire ».

Son imagination se laisse progressivement envahir par l'automatisme mental. Voici, par exemple, une série

d'associations qui, si elles n'avaient pas été exprimées lentement et avec onction, rappelleraient la fuite des idées de l'excitation maniaque. La malade dit d'abord se nommer Rachel et elle ajoute : « Rachel, quand du Seigneur », puis elle reprend : « J'ai composé des opéras, j'ai écrit *Orphée* », et elle continue : « Je suis Proserpine. » L'imagination s'appauvrit donc de plus en plus : elle ne crée rien et se contente de s'approprier, sans hésitation, les œuvres d'autrui. La fabulation, active autrefois, est devenue entièrement passive.

Cet ensemble de caractères nous semble décisif. Il permet d'affirmer que ce délire imaginatif est symptomatique d'une démence paranoïde.

---



# DÉLIRE INTERPRÉTATO-HALLUCINATOIRE

SYSTÉMATIQUE, CHRONIQUE,

SANS AFFAIBLISSEMENT DÉMENTIEL

Par M. Alfred GALLAIS

Licencié ès sciences,  
Interne à la Clinique des maladies mentales.

*Suite et fin (1).*

OBS. II. — Délire interprétato-hallucinatoire systématique  
d'une durée de quarante-six ans, sans démence.

Pierre-André San... est né à Saxon (Suisse), le 20 février 1837, actuellement âgé de soixante-treize ans, il couche sous les portes cochères et sur les bancs depuis quelques semaines. Il a été trouvé errant, sans domicile. Il entre à Sainte-Anne, le 2 novembre 1910, porteur d'une pleuro-pneumonie gauche; la température monte à 39°3; traces légères d'albumine dans les urines.

Mais ce qui avait attiré l'attention sur ce malade, c'était un délire ambitieux, qui l'avait amené récemment à la Légation de Suisse. Là, il s'était dit roi de France, petit-fils de Louis-Philippe, fils du comte de Chambord, et venu en France pour voir le duc d'Orléans et prendre possession d'un héritage de plusieurs millions. Ce délire, et c'est ce qui en fait l'intérêt, est très ancien, et Pierre San... nous renseigne assez bien lui-même sur son passé et le début de ses conceptions délirantes.

ANTÉCÉDENTS. — Pierre San..., né le 20 février 1837, à Saxon (Suisse), n'a ni frères ni sœurs; les renseignements qu'il donne sur ses parents sont l'objet même de son délire.

(1) Voir les *Annales* de février et de mars 1912.

Réformé parce qu'il était porteur de deux pointes de hernie, il serait parti, en 1860, à Alger. Il s'y plaça comme garçon de café. Là, il fut victime de troubles intestinaux graves dont il rattache l'éclosion à une épidémie de choléra. Il fut très malade, eut des selles dysentériques et délira. Cette toxoinfection semble avoir eu sur sa santé, dans la suite, une influence prépondérante. A la suite de cette maladie, San... fut rapatrié à Marseille et hospitalisé à l'hôpital Saint-Pierre.

#### HISTOIRE DU DÉLIRE

*Début du délire.* — C'est entre 1860 et 1864 qu'il faut placer la date d'éclosion du délire.

En 1864, en effet, Pierre San... se place successivement comme garçon à l'Hôtel des Alpes, puis aux « Bains de l'Ouest », dans une ville dont il est difficile de saisir le nom. Là, il boit du cognac, et trois à quatre litres de vin tous les jours.

C'est à cette époque aussi qu'il place ses premières hallucinations, tant visuelles qu'auditives. Elles éclatent *au cours d'un accès subaigu*.

Un beau jour, au pied de son lit, il voit « une grande lumière scintillante », sous l'aspect d'un rond de soleil entouré d'une petite couronne diaphane où il reconnaît de petits nuages. Bientôt, un personnage apparaît au milieu du cercle lumineux, les bras croisés. Après quelques instants, ce personnage d'aspect vénérable lui tend la main, l'attire à lui et lui parle. Il lui promet alors « une fortune colossale, qui lui permettra de relever toutes les créatures humaines ; il sera plus tard une puissance céleste sur la terre ». La vision et la promesse font comprendre au malade que c'est le Père céleste qui lui parle pour lui révéler un secret. Le secret, concerne la naissance du malade, et c'est l'histoire de cette naissance mystérieuse qu'André San... nous narre en des accents émus et presque solennels.

*Le délire.* — « En 1836, raconte le malade, la commune de Saxon met en location l'Hôtel des Bains, et cet hôtel est loué à un nommé M. Grasset, de Paris. Ce dernier prend alors à son service M<sup>me</sup> San... et l'emploie comme femme de chambre lingère dans l'hôtel en question.

« A la même époque, M. Henri, fils aîné de Philippe, cadet des fils de Louis-Philippe, est dans un grand collège de Paris, mais il quitte le collège sous l'influence d'une révélation divine.



C'est qu'en effet Dieu vient de lui ordonner directement de partir pour la Suisse, en lui prédisant qu'il y trouvera bientôt une très jolie femme, née dans une petite chaumière perdue dans le Valais. Docile à l'impulsion divine, le prince Henri se met en route et s'installe à l'Hôtel des Bains, de Saxon.

« C'est alors que, le 29 mai 1836, la jeune femme monte au premier étage de l'hôtel afin d'y faire le ménage de la chambre occupée par le prince ; elle est aimée par lui et, à 8 h. 28, San... est conçu grâce à cet amour ancillaire. Le prince Henri et M<sup>me</sup> San... ont accompli là tous les deux les desseins et les volontés du Très-Haut, et ils ont conféré, dès sa conception, à l'enfant tous les titres qui lui sont dus : pureté, charité, loyauté, etc., etc. »

Tel est le délire ; basé sur des notions historiques moins que sommaires et un peu empreint de la poésie naïve des contes de Perrault, il remonte, on le voit, à quarante-six ans. Né d'un accès subaigu avec hallucinations et interprétations, il est resté, depuis ce temps, le même, et actuellement, encore, il est toujours iutorprétato-hallucinatoire et très actif.

*État actuel* (1911). — *État mental* : Aujourd'hui (mai 1911), le malade s'enthousiasme lorsqu'il parle de la famille royale dont il est l'héritier. « Mon père, le prince Henri, dit-il, a eu autant de voix que Carnot aux élections législatives ; mais, après deux ballottages, Carnot a acheté quelques voix de pauvres ouvriers au prix de 100.000 francs par voix. » Le malade raconte l'histoire de ce vote à main forcée avec nombreux détails très précis, et tout, dans ce récit, s'enchaîne avec une certaine logique. « C'est ainsi, dit-il, que mon papa n'a pas été roi, mais a pris le titre de comte de Chambord, comme fils de Philippe, duc d'Orléans. Nous avons été, ajoute-t-il, à peu près du même temps, il n'y a pas grande différence. »

Actuellement, le malade ne semble plus avoir d'hallucinations visuelles bien nettes, mais il entend encore des voix venant de toutes les étoiles. Ces voix chantent, il les entend le jour, il les entend la nuit, et comme nous lui demandons ce que chantent ces voix, le malade entonne une sorte de cantique vaguement rimé où il donne libre cours à des interprétations délirantes.

Il a peu d'idées de persécution et, d'ailleurs, elles se rattachent aux idées de grandeur. Certes, il a plus d'ennemis que d'amis, mais il ne sait pas les reconnaître ; ce sont d'ailleurs les ennemis de Dieu, tandis que ceux qui traitent leur prochain

comme eux-mêmes sont les amis de Dieu et de ses protecteurs célestes.

Son père Henri, comte de Chambord, est mort le 29 juillet 1907, vers 10 heures du soir. Il était rentier, très heureux; plus heureux que lui; il est mort après avoir été en prison en 1840, le 24 juin, jour de Saint-Jean-Baptiste.

Aussi, le malade va-t-il bientôt recueillir la fortune que lui a laissée son père, et, avec cet héritage, il achètera de grands terrains, un immense troupeau (comme jamais on n'en a élevé), il y adjoindra une fromagerie. Il y aura chez lui de la salaison pour tout l'hiver.

*État somatique.* — L'examen des organes ne nous révèle plus rien d'anormal. Le deuxième bruit du cœur est sec. Les urines, albumineuses à l'entrée du malade, ne présentent aujourd'hui ni sucre ni albumine.

### III. — DISCUSSION.

La première observation que nous venons de rapporter parle assez d'elle-même pour que nous nous abstenions de bien longs commentaires.

Toutefois nous ne saurions nous dispenser d'en rappeler les caractères intéressants.

I. — *L'étiologie* de ce cas mérite tout d'abord quelques précisions. Nous avons affaire ici à un terrain de constitution paranoïaque; contrairement à la loi tracée par Weygandt, il n'y a pas de base héréditaire; enfin, nous ne trouvons pas trace de dégénérescence mentale *originale*. Ces constatations nous permettent de rapprocher ce cas de ceux dont s'est autorisé Bleuler pour dire des paranoïaques: « Il en est peu qui soient des dégénérés au point de vue physique ou mental; il y a même parmi eux plus de sujets bien développés que chez les gens sains. »

Par contre, on doit noter, chez cette malade, l'importance des *antécédents toxi-infectieux* (scarlatine, toxémie éberthienne délirante, rhumatisme infectieux) et parmi les éléments négatifs l'absence de syphilis



ainsi que de tout éthylisme, tant héréditaire que personnel, bien que l'on ait affaire à un délire jaloux.

La cause déterminante enfin du délire est un choc moral.

De nombreux auteurs admettent avec Régis l'importance primordiale de cet élément étiologique ; il est ici d'autant plus important que la déception frappant une paranoïaque heurte non seulement ses sentiments affectifs, mais encore et surtout son amour-propre.

Le choc devient ainsi la signature d'un élément idéo-affectif primordial, amorce, lui-même, en retour, de la manifestation excessive des sentiments d'autophilie et des idées à caractère égocentrique ne demandant qu'à se faire jour.

II. — Les *interprétations* de la malade provoquent, d'autre part, certaines réflexions. Elles sont primitives aux hallucinations et nombreuses.

Tout d'abord simples, les interprétations tirent leur origine du caractère natif du sujet ; elles empruntent leur couleur aux lectures, aux fréquentations, aux événements de la jeunesse. Ces éléments idéo-affectifs antérieurs sont marqués dans la mémoire au coin des émotions les ayant accompagnées dans le temps.

Les interprétations ne s'adressent alors qu'au mari, à sa maîtresse, aux personnes de l'entourage immédiat.

Puis elles deviennent délirantes. Les passants, les fournisseurs, les amis du mari, les personnages de la chronique parisienne au début, et, plus tard, les médecins, les infirmiers, les malades en ont leur part tour à tour.

Notons que la malade prend acte de ces diverses interprétations pour augmenter son moi, accroître encore sa personnalité et semer dans le champ de sa conscience exaltée le germe d'idées de grandeur à développement plus tardif.

Enfin, et nous insistons sur ce point, les interprétations non seulement préexistent aux hallucinations, mais elles les accompagnent et les corroborent à toutes les périodes de l'évolution morbide.

III. — Les *hallucinations* surtout sont fort intéressantes.

Loin d'ignorer la difficulté qui existe à établir la réalité de ce symptôme chez l'interpréteur non alcoolique, nous avons recherché sa présence avec un soin méthodique.

*Les hallucinations sont indéniables.* L'écho de la pensée, les hallucinations auditives, olfactives, génitales, gustatives, cénesthésiques se sont constamment imposées à l'observation journalière. Quant aux hallucinations visuelles, à côté de représentations mentales visuelles intenses, nous avons vu en cours de route qu'elles existent, elles aussi, tout au moins à titre d'hallucinations élémentaires.

La *genèse des hallucinations* se fait aux dépens des divers éléments constitutifs du fonds d'acquisitions antérieures de la conscience. De plus, l'automatisme cortical sensoriel apparaît après une phase de fonctionnement interprétatif de plus en plus intense.

*L'évolution des hallucinations est progressive.*

L'automatisme des sphères visuelles, en particulier, rare chez les délirants non alcooliques, semble, dans sa pathogénie, lié chez cette malade à l'influence antérieure de la toxémie éberthienne sur les centres optiques.

Enfin, *dans plusieurs cas*, nous avons constaté une *corrélation manifeste entre le fonctionnement des sphères optiques et auditives de la malade*. Un jour, entre autres, dans le silence d'une pièce isolée, au cours d'une conversation en tête à tête avec cette malade, l'observateur sourit en l'entendant exprimer une idée délirante; elle remarque ce sourire et sur-le-champ elle dit: « Il ricane. »



En même temps elle tourne brusquement la tête vers la gauche et en haut.

« Qui ricane ? » lui demandons-nous. — Elle hausse les épaules et dit : « Tartruffe, parbleu, vous ne direz pas, cette fois, que vous ne l'avez pas entendu, là-haut, à gauche, dans le coin ! » Et elle indique dans l'espace un point vague correspondant à son champ auditif gauche. — Un instant après elle indique par une interprétation nouvelle, ce qu'elle déduit de cette extériorisation hallucinatoire. « D'ailleurs, continue-t-elle, si elle est seule à avoir entendu Tartruffe ricaner, ce n'est pas étonnant, car depuis que Tartruffe s'en est mêlé, tout le monde devient imbécile. »

Ainsi donc, il y a dans ce cas, succession : 1° d'un travail optique ; 2° d'une hallucination auditive superposable à l'image mentale visuelle ; 3° d'une interprétation délirante à caractère associationniste. Cette succession de faits témoigne, chez cette malade, du fonctionnement intensif d'une part, des fibres de l'anse pédonculaire de Gratiolet et en particulier des fibres directes et des fibres courtes ou arciformes reconnues par Huguenin puis par Flechsig en 1896, au faisceau longitudinal postérieur de la couronne rayonnante, et secondairement, d'autre part, des fibres d'association de la sphère antérieure.

L'importance de toutes ces hallucinations, enfin, est marquée, comme nous l'avons montré plus haut, par ce fait que, *non épisodiques*, elles sont *constantes* à toutes les phases du délire et qu'enfin jointes aux interprétations qui les ont précédées et les accompagnent, elles ont été utilisées par la malade pour nourrir, amplifier et modifier progressivement son délire.

Ce délire a donc un caractère nettement interprétatif ; il a aussi l'aspect d'un délire hallucinatoire chronique. Ce double caractère avec l'absence de démence com-

plique singulièrement le diagnostic, le pronostic et la classification nosographique de l'affection.

#### IV. — *Diagnostic.*

A. — *Ce délire se rapproche tout d'abord du délire d'interprétation* par de nombreux caractères.

a) Son origine intellectuelle en premier lieu le rattache à cette affection ;

b) De plus, la présence des interprétations, leur nature, leur systématisation, leur constance sont remarquables. Vaschide et Vurpas ont noté l'importance de « l'introspection somatique » et « mentale », dans ces délires. On voit ici parallèlement le rôle joué par l'interprétation des souvenirs (délire rétrospectif) ;

c) Nous avons affaire à des idées de persécution et de grandeur combinées à des idées de jalousie dans un ordre bien déterminé, et précisément, Sérieux et Capgras ont montré que l'idée de jalousie, loin de rester isolée chez leurs malades, « s'associe plus souvent » chez eux comme chez cette femme « aux idées de persécution « dont elles préparent l'éclosion (1) ». Ce caractère n'a rien de comparable à celui des délires chroniques sensoriels.

Régis signale aussi deux faits où ces idées se combinent en un système précis.

On sait, en effet, qu'inversement à ce qui se produit chez les persécutés hallucinés classiques qui disent « on », les interpréteurs nomment expressément, comme notre malade, une personne connue et découvrent à la fin autour d'eux des ennemis toujours plus nombreux.

Les souvenirs anciens prennent une signification aussi et le délire rétrospectif s'adapte aux interprétations actuelles. Le travail de systématisation s'opère par

---

(1) P. Sérieux et J. Capgras. *Loc. cit.*, p. 110.



cristallisation d'interprétations successives autour d'une conception primitive ou d'une tendance personnelle ;

d) Quant aux idées de grandeur, comme chez les malades des auteurs précités, elles sont peu intenses, le « moi » est hypertrophié de bonne heure et la transformation de la personnalité est peu sensible. Le délire s'organise par accumulation, par extension, autour d'une systématisation primitive immuable qui en reste la trame ;

e) Il en est de même de l'origine et de la terminaison du délire.

D'après Rogues de Fursac (1), le début parfois lent et progressif est le plus souvent rapide, presque brusque ; dans ce cas l'idée fixe est primitive relativement aux interprétations délirantes.

Enfin la maladie ne marche pas progressivement vers l'affaiblissement intellectuel. La vie affective est troublée, l'activité des centres corticaux supérieurs persiste.

Comme le font très judicieusement remarquer MM. Sérieux et Capgras, l'extravagance de certaines propositions, la paralogique incontestable des malades laisseront supposer chez eux fréquemment l'existence d'un affaiblissement intellectuel. Cette impression s'évanouit si l'on abandonne le terrain du délire. On est alors en face d'une intelligence parfois vive et lucide.

De plus, sous l'influence de l'âge, de l'artério-sclérose, la richesse des conceptions peut diminuer et, selon l'expression même de Tanzi, à la période de résignation « le paranoïaque ne guérit pas, il désarme ».

Quant aux pseudo-stéréotypies, Ziehen, Bleuler les désignent du nom de « pseudo-démences ».

---

(1) Rogues de Fursac. *Manuel de psychiatrie*. Paris, 1905, p. 201.

B. On voit combien sont nombreux les caractères qui rattachent ce cas au délire d'interprétation. *Mais où ce cas se sépare nettement de l'entité décrite par Sérieux et Capgras, c'est par la présence constante des hallucinations.*

Pour ces auteurs, ce qui « caractérise le délire d'interprétation », c'est avant tout « l'absence de troubles sensoriels ». Nous savons la richesse, la constance des hallucinations de notre malade ; nous avons vu quel usage elle en fait.

Loin de les corriger, comme le font les interpréteurs lorsqu'ils en ont à *titre d'épisode*, elle y ajoute foi, elle s'en sert pour alimenter constamment son délire.

Une question se pose alors : ce cas peut-être ressortit-il à la démence précoce paranoïde ?

a) L'âge de notre malade n'est pas une objection. Kraepelin (1) admet que la démence précoce, bien que plus fréquente dans l'adolescence, peut pourtant apparaître et apparaît, en fait, assez souvent chez l'adulte et même à la ménopause. Sérieux tend aussi à considérer la démence précoce comme une psychose survenant au cours de toute la vie génitale.

b) De même, devant l'absence de tare dégénérative congénitale, nous rappellerons que, pour Ball et Aschaffenburg, la démence précoce apparaît quelquefois chez des sujets moyennement ou supérieurement doués au point de vue intellectuel. Kraepelin note un niveau mental normal dans 60 p. 100 des cas (2).

Christian (3) même attribue une importance essentielle à la prédisposition acquise ; c'est le cas de notre

---

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, 6<sup>e</sup> édit. Leipzig, 1899. — Masselon. *La Démence précoce*. Paris, 1904, p. 152.

(2) Masselon. *Loc. cit.*, p. 166.

(3) Christian. Cité par Masselon. *Loc. cit.*, p. 166.



malade. Les infections surtout jouent dans son étiologie un grand rôle.

C'est qu'en effet, un certain nombre d'arguments plaident chez elle en faveur de la démence paranoïde.

c) Comme dans cette forme de démence, nous notons une période préparatoire : crises de mutisme, fatigue plus facile, préoccupations hypocondriaques et quelques modifications du caractère.

d) Puis comme souvent on le voit au début de la démence précoce, une émotion joue un rôle prépondérant à l'origine du délire et celui-ci ne tarde pas à éclater, les idées hypocondriaques s'accroissent et sont suivies d'idées de persécution.

e) Les hallucinations s'installent et, parmi elles, on trouve des hallucinations visuelles.

f) Enfin un certain degré de négativisme se remarque chez cette malade : elle résiste à tout ce que l'on veut exiger d'elle, elle fuit, elle refuse de parler.

On serait donc autorisé par ces différentes raisons à faire de cette malade une démente paranoïde ; mais, outre la cohérence du délire, son absence d'absurdité, la précision du langage, les réactions bien adaptées aux concepts et l'évolution nette sans confusion même légère, *la grosse difficulté pour un tel diagnostic, c'est que la malade n'évolue pas actuellement vers la démence.*

Chez une malade d'Arnaud qui débuta par un délire de persécution hallucinatoire avec une phase de violente agitation de dix-huit mois, la démence survint toutefois. Mais dans ce cas, comme dans les autres, l'affaiblissement intellectuel s'annonçait.

Ici rien de semblable. Notre malade présente une conception délirante s'enchaînant d'une façon logique qui témoigne d'une puissance de raisonnement encore très respectable.

Nous avons vu plus haut les restrictions faites par

les auteurs au sujet des cas d'une démence tardive après quinze ou vingt ans de délire. M. Séglas (1) a dernièrement rapporté une observation de délire ne reposant pendant quatre ans que sur des interprétations, puis devenant mixte, et qui, après quarante-quatre ans d'évolution, s'est terminée par la mort sans apparition de démence. Plus récemment deux élèves de M. Gilbert Ballet, MM. A. Barbé et R. Benon (2), ont présenté à la Société de psychiatrie deux autres cas aussi démonstratifs puisqu'une de leurs malades est actuellement âgée de soixante-seize ans.

Enfin nous rappelons l'observation de M. Juquelier où il s'agit d'un mystique de soixante-seize ans atteint d'un délire ambitieux surtout interprétatif, il est vrai, mais ayant cinquante ans de durée sans signes de démence (3).

Peut-être chez cette malade, quatre ans passés d'un délire immuable chez une femme de trente-sept ans sembleront-ils insuffisants à quelques-uns pour nous permettre d'affirmer l'absence de démence? Peut-être aussi surviendra-t-il un jour chez elle avec l'involution sénile des signes d'artério-sclérose? Loin de nous la pensée de le contester; mais nous ne voyons pas en quoi une démence vésanique ou organique possible dans l'avenir devrait autoriser à rapprocher ce cas de l'hébéphréno-catatonie. Nous ne pouvons pas qualifier de *précoce* une démence qui ne peut être que tardive si dans la suite on la constate.

(1) M. J. Séglas. Délire des persécutions systématique, hallucinatoire, évoluant pendant quarante-quatre ans sans démence terminale. Soc. méd.-psych., séance du 25 oct. 1909, in *Ann. méd.-psych.*, janv.-févr. 1910.

(2) A. Barbé et R. Benon. *Délire systématisé, hallucinatoire sans démence*. Soc. de psych. de Paris, 1910. *Encéphale*, 10 juin 1910.

(3) M. P. Juquelier. *Cinquante ans de délire mystique sans démence*. Société clinique de médecine mentale, séance du 16 janvier 1911. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, janvier 1911.



Devant cette objection dont la discussion a été déjà faite, il sera bon de rappeler ici notre seconde observation de délire mixte sans démence. Il s'agit, on l'a vu, d'un vieillard de soixante-treize ans dont le délire interprétato-hallucinatoire systématique a actuellement quarante-six ans de durée.

Cette seconde observation mérite, elle aussi, quelques courtes remarques.

a) L'*étiologie* nous paraît assez claire. Toxi-infection et intoxication éthylique survenant sur un cerveau débile. Toutes réserves étant faites sur la débilité originelle qui semble n'intervenir que pour modifier la richesse des conceptions délirantes, la pathogénie est la même que dans le cas précédent : c'est une psychose acquise.

b) Le *délire* lui-même est constitué ici encore à la fois par des hallucinations incontestables et par des interprétations délirantes qui sont d'ailleurs tout à fait puériles. Son début remonte à quarante-six ans et nous avons vu ce délire se former d'emblée à la suite d'excès de boisson.

Il semble bien qu'alors le diagnostic d'accès subaigu au cours d'alcoolisme chronique aurait été très soutenable et même justifié. Il nous semble aussi que ce délire aurait légitimement suivi l'évolution heureuse des accès alcooliques ordinaires si le sens critique du malade avait été dès le début plus développé. Mais ici, nous sommes en présence d'un malade ne sachant ni lire ni écrire, sachant à peine compter et dont la caractéristique est la crédulité. Aussi s'explique-t-on aisément que le malade ait facilement accueilli les conceptions délirantes imposées par l'alcool, qu'il les ait cristallisées, stéréotypées, entretenues d'autant plus systématiquement que sa vie et ses conditions d'existence en étaient plus lointaines. Le caractère nettement

onirique du début du délire et la prédominance à ce moment des hallucinations visuelles sépare ce cas du précédent au point de vue de la modalité du début. Mais la systématisation délirante n'est pas incompatible avec l'onirisme d'un accès subaigu, et dernièrement nous avons eu l'occasion d'observer avec notre maître, M. le professeur Gilbert Ballet, un alcoolique en accès subaigu dont toutes les idées délirantes, quelle qu'ait été leur origine (panopobie, illusions, zoopsie, hallucinations auditives), s'accompagnaient d'interprétations aboutissant à la systématisation parfaite. Ce malade a guéri en quelques jours, comme c'est la règle ; mais avec Delmas, nous venons de rapporter un cas de délire systématisé secondaire post-onirique, chronique, celui-ci, depuis plus d'un an et n'ayant aucune tendance à la rétrocession (1).

c) Quoi qu'il en soit, en se tenant à l'écart des vues théoriques sur ce sujet, il est un fait indéniable : c'est que ce délire systématisé, formé à la fois d'hallucinations et d'interprétations, est chronique. Contrairement à ce qui se passe dans l'observation n° I, les interprétations sont secondaires aux hallucinations. Mais comme dans le premier cas, elles sont constantes, se côtoient et se compénètrent dans toute l'évolution de la psychose.

d) Ceci posé, le fait capital est l'absence de démence terminale après quarante-six ans de délire. Si l'on se souvient de l'absence complète d'instruction du malade qui n'a jamais été à l'école et qui est affligé d'une surdité à peu près complète, on est frappé de l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

---

(1) Delmas et Alfred Gallais. *Délire systématisé secondaire post-onirique*. Soc. de psych., séance du 19 octobre 1911. *L'Encéphale*, 10 novembre 1911, p. 472.



Sa mémoire est intacte et le malade précise très bien les dates de son existence. Il n'est nullement désorienté et se sait fort bien actuellement dans un lit de l'assistance, mais il en souffre, car, dit-il, « il entend parfois la voix d'un autre esprit de la maison de France. C'est le nommé Latriand François qui le remplace en ce moment dans ses hautes fonctions, mais ce dernier ne fait que des fautes politiques ». Cette conception est d'ailleurs confirmée par de multiples interprétations journalières.

Il sait le quantième du mois dans les limites permises à un homme normal. Il exécute des calculs simples avec exactitude et rapidité.

Attentif aux questions posées, il y répond avec une précision remarquable.

Les sentiments complexes sont intacts eux aussi. Il parle avec émotion de sa mère, qu'il dit morte en 1843, après plusieurs mois d'un affaiblissement progressif et consécutif à une chute qu'elle fit au cours d'une grossesse. Il se montre sensible aux soins qu'on lui donne et ne présente ni la sensiblerie, ni l'égoïsme que l'on rencontre si fréquemment chez les vieillards simplement affaiblis.

#### IV. — CONCLUSIONS.

e) En résumé, nous sommes en présence de deux délires, mixtes par leur nature et systématisés et chroniques dans leur évolution. Les deux malades qui en sont atteints ne présentent pas de signes démentiels.

L'étude de ces deux cas qui, bien que rares, ne sont pas exceptionnels en clinique, nous amène à formuler les conclusions suivantes :

1° Il existe des formes de transition entre le délire d'interprétation pur et la psychose hallucinatoire chronique à terminaison démentielle.

2° Ces formes sont caractérisées essentiellement par la *constance* et le *parallélisme* des interprétations et des hallucinations au cours de toute l'évolution de la psychose.

3° L'étiologie ne révèle pas obligatoirement la notion de déséquilibration constitutionnelle; les influences héréditaires ne semblent intervenir qu'à titre d'agents modificateurs de la systématisation plus ou moins parfaite du délire. Elles se révèlent par la cohésion plus ou moins serrée du système, la plus ou moins grande richesse des idées délirantes. Ces délires sont des psychoses acquises. Les intoxications, les toxi-infections jouent dans ces cas le rôle incontestable de causes de prédisposition acquise.

La cause occasionnelle, enfin, peut être variable : choc moral, onirisme d'un accès subaigu, etc.

4° Le début est brusque ou rapidement progressif.

5° Les idées délirantes sont variables (idées de jalousie, de persécution, de grandeur) et leur apparition ne semble pas fatalement conditionnée par la période du délire.

6° L'évolution est chronique et caractérisée à la fois par la systématisation et l'absence de démence, ce dernier terme étant pris dans le sens où les auteurs l'entendent jusqu'à ce jour.

7° L'absence de démence au cours de leur évolution, essentiellement chronique, n'autorise pas à rapprocher ces formes des cas d'hébéphrénocatatonie.

Et, s'il « n'est pas prouvé que la démence paranoïde « qui, dit M. le professeur Gilbert Ballet (1), n'est « pas toujours une démence *précoce*, qui n'est même « pas toujours *une démence* », puisse être rapprochée

---

(1) Professeur Gilbert Ballet. La psychose hallucinatoire chronique. *L'Encéphale*, 10 novembre 1911, n° 11, p. 401-411.



de l'hébéphréno-catatonie, il est encore moins légitime, nous semble-t-il, de la rapprocher des délires que nous venons d'étudier.

Quant à les nommer délires d'interprétation ou psychose hallucinatoire chronique, cela nous paraît difficile.

Aussi, plutôt que de pressurer les faits pour les forcer à rentrer dans des *cadres peut être trop étroits* (car à ce jeu de patience on briserait souvent des pièces mal assemblées), nous nous bornons à les décrire.

Nos deux malades sont deux délirants, systématisés, interpréteurs, hallucinés, chroniques, sans démence.

---

---

## Médecine légale

---

# LA RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE

### ET SA SANCTION PÉNALE

**Par le Dr Victor PARANT père**

Médecin-directeur de la Maison de santé de Toulouse.

---

La notion de la responsabilité atténuée, sur laquelle nous arrivons aujourd'hui à avoir des idées assez claires, n'est relativement pas ancienne ; nous devons même constater que, bien qu'elle se répande de plus en plus, elle n'est pas universellement adoptée. Faut-il ajouter que, dans l'opinion de quelques-uns, le médecin, en tant qu'expert et collaborateur de l'autorité judiciaire, ne devrait avoir à s'occuper en rien de cette notion ? Il n'est pas encore bien loin de nous, le brillant tournoi auquel donna lieu, sur ce sujet, le congrès des aliénistes, à Genève, en 1907, et qui mit aux prises deux maîtres éminents : M. Gilbert Ballet et M. Grasset. A la suite de ce tournoi, les deux brillants protagonistes couchèrent, on peut dire, sur leurs positions. Cependant, en somme, l'avantage resta bien à M. Grasset, d'autant qu'il était soutenu par l'opinion générale. Toujours est-il que la notion de la responsabilité atténuée n'a pas encore partout pris corps dans son principe ; et que là où on l'admet et l'applique, on ne s'est pas entendu pleinement sur ses conséquences et la manière de l'appliquer.



Quelle est donc cette notion, et à quoi doit-elle aboutir ?

Nous trouvons l'occasion d'en parler à propos d'un récent ouvrage de M. le D<sup>r</sup> L. Mathé (1). Ce qui fait l'intérêt principal de cet ouvrage et son originalité, c'est que son auteur y a réuni les éléments de la législation qui, dans la plupart des pays du monde, parmi lesquels les principaux de tous, concernent, soit d'une manière générale l'atténuation de la culpabilité, soit spécialement l'atténuation de la responsabilité.

L'histoire de la responsabilité atténuée est, avons-nous dit, de date récente. Elle est née de l'histoire bien plus ancienne de l'atténuation de la culpabilité, alors que celle-ci cependant ne se perd pas non plus dans la nuit des temps. Il semble bien que jadis tous les coupables, non pas quels qu'ils fussent, car dans la répression on tenait peut-être plus de compte de la qualité des personnes que de celle des actes, mais quelle que fût la gravité de l'attentat, de leur crime ou de leur délit, étaient punis de même manière, par les moyens les plus simples et les plus rigoureux, la prison, les tortures, la mort. Et dans les âges où la justice se rendait sommairement, on s'empressait de pendre haut et court, aussi bien l'individu coupable d'avoir volé un lapin que celui qui avait occis son prochain de male-mort ; voire même en faisait-on tout autant du pauvre diable qui n'était que suspect d'un méfait. Toujours est-il qu'il faut presque en arriver jusqu'au XIII<sup>e</sup> siècle pour trouver, notamment dans les œuvres de saint Thomas, l'idée que la culpabilité varie avec les coupables. Cette

---

(1) *La responsabilité atténuée ; lois faites dans les divers pays ; lois à faire concernant les criminels à responsabilité atténuée*, par le D<sup>r</sup> L. Mathé. Paris, Vigot frères, 1911.

idée fut longue à germer, à porter des fruits. En France, elle n'arriva à maturité qu'avec la promulgation de notre Code pénal actuel, qui fut en cela un novateur, et qui posa de manière absolue le principe des circonstances atténuantes.

Mais cette atténuation ne s'appliquait encore qu'à la gravité du fait, et laissait comme inconnue, quels que fussent les individus, la notion d'atténuation dans la responsabilité elle-même. Cette notion est issue de la grande rénovation qui s'est faite, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au commencement du XIX<sup>e</sup>, dans le traitement des aliénés et dans la connaissance de leurs maladies. On est en droit d'en faire honneur, explicitement, à notre grand Pinel, à son disciple plus éminent encore, Esquirol, et après eux aux aliénistes, leurs élèves et leurs émules, qui ont successivement étudié et cherché à résoudre les données du problème.

Dans les progrès qui ont été ainsi réalisés, nous pouvons distinguer trois étapes, qui ont chacune leur caractéristique, et dans lesquelles les deux premières furent parcourues en quelque sorte à côté et même en dehors du bon chemin, tout en conduisant néanmoins au but qu'il fallait atteindre.

La première étape est liée à ce que l'on peut appeler la doctrine de la monomanie. Il n'est pas besoin de dire longuement ici ce qu'était cette doctrine, qui aboutissait à laisser croire qu'un aliéné pouvait ne l'être que d'une manière très circonscrite dans une seule de ses facultés mentales, dans une seule de ses dispositions intellectuelles et morales, alors que dans tout le reste il aurait été indemne et bien sain d'esprit. Bien que cette doctrine, en raison même de la fragilité de sa base et de son inconsistance, n'ait eu qu'une existence éphémère, elle faillit compromettre de manière irréversible



à l'égard des aliénés la notion de leur irresponsabilité absolue et risqua de ruiner à tout jamais l'autorité de l'expertise médicale en matière d'aliénation mentale ; mais elle eut d'autre part pour conséquence de faire remarquer qu'entre les gens dits sains d'esprit, considérés comme entièrement responsables, et les aliénés dont l'état mental, en désarroi complet, ne laissait aucun doute sur leur irresponsabilité, il y avait place pour toute une cohorte d'individus chez qui l'intelligence était conservée à des degrés divers et pour lesquels on pouvait se demander s'ils étaient de purs responsables ou de purs irresponsables. Toutefois, avant d'arriver à son plein épanouissement actuel, cette idée dut traverser une deuxième étape, dans laquelle on prit encore le chemin de traverse en discutant ce qu'on désigna sous le nom de délire partiel.

On entendait par délire partiel quelque chose de similaire à ce qu'indiquait la monomanie, toutefois avec cette différence importante, que le délire n'était pas strictement et étroitement circonscrit à une faculté mentale ou morale ; qu'il paraissait bien n'affecter de manière principale qu'une partie des fonctions de l'esprit tout en laissant subsister dans le reste des allures normales plutôt en apparence qu'en réalité. Et l'on se mit à rechercher si le délire partiel devait en lui-même être considéré comme une cause d'atténuation de la responsabilité ou aboutir à l'irresponsabilité pleine et entière.

Cette recherche donna lieu, à partir de 1863, au sein de la Société médico-psychologique, à une discussion mémorable qui eut un grand retentissement et qui impressionna vivement, non seulement les aliénistes, mais quiconque, en dehors d'eux, était susceptible de s'y intéresser. Nos aliénistes les plus compétents d'alors

y prirent part, et ils suscitèrent autour d'eux de nombreux travaux. Qu'on se reporte aux *Annales médico-psychologiques* d'alors et on y lira, avec un intérêt vraiment passionné, toutes les considérations solides et profondes qui furent produites ; ou si l'on veut, qu'on se contente de lire le résumé magistral que M. le D<sup>r</sup> Ritti en a fait lorsqu'il a brossé de manière saisissante, lors du cinquantenaire de la Société médico-psychologique, en 1902, le tableau des hauts faits de cette Société dans les cinquante premières années de son existence.

Il faut bien reconnaître cependant que cette grande et belle discussion n'eût pas produit tous ses bons effets, parce qu'elle roula surtout sur les aliénés proprement dits et qu'elle n'était en quelque sorte d'un bout à l'autre qu'une suite de malentendus, si l'illustre J. Falret, l'un des aliénistes qui, après nos ancêtres Pinel et Esquirol, ont rendu les plus éminents services à la science des maladies mentales, n'eût mis les choses parfaitement à point. J. Falret, qui était un clinicien admirable, connaissant merveilleusement les aliénés, et qui était doué d'un bon sens grâce auquel ses conceptions cliniques étaient bien loin et bien au-dessus de certaines de ces conceptions pseudo-scientifiques et nullement cliniques qui obscurcissent aujourd'hui la pathologie mentale, jusqu'alors si claire, si simple et si vraie ; J. Falret, disons-nous, soutint que les notions du délire partiel proprement dit n'avaient rien à voir avec la responsabilité atténuée. Il montra péremptoirement que les aliénés atteints dudit délire partiel étaient tout aussi profondément et aussi complètement aliénés que ceux dont le délire était général et obscurcissait toute l'intelligence, et qu'il fallait les considérer les uns et les autres comme tout autant et aussi également irresponsables. Il fit voir que les uns et les autres étaient également des malades et qu'il ne fallait établir aucune



distinction entre eux au point de vue de l'irresponsabilité des actes attribuée par notre Code pénal à tous les aliénés.

« On ne s'imagine pas assez, dit-il, les difficultés insurmontables que l'on rencontrerait dans la pratique si on laissait échapper ce critérium positif de la maladie mentale, pour lui substituer celui de la responsabilité partielle de certains aliénés. Dès qu'on renoncerait à considérer l'irresponsabilité absolue comme liée nécessairement à l'état de folie, on ouvrirait la porte à toutes les discussions et à toutes les contestations possibles... »

Les paroles de J. Falret furent la clôture du débat ; elles eurent une portée décisive, et depuis lors on reconnut qu'en fait de responsabilité atténuée il ne fallait parler ni de monomanie, ni de délire partiel, parce que, malades atteints de monomanie ou de délire partiel, les uns et les autres sont en fait des aliénés et que, de par la loi comme de par la clinique, ils sont absolument et entièrement irresponsables.

A partir de ce moment, on entra donc dans la troisième étape ; on quitta les mauvais chemins, pour se mettre sur la bonne route, celle où nous paraissions être aujourd'hui ; on reconnut que tout ce qui avait été dit en fait d'atténuation de la responsabilité s'appliquait, non aux malades atteints à un degré et sous une forme quelconque d'aliénation mentale, mais à ces individus qui, étant sur les confins de l'aliénation mentale, n'y sont pas encore entrés, et qui, sans être aucunement des aliénés, n'ont pas non plus une parfaite intégrité de leur système nerveux ou de leurs facultés mentales.

On arrivait ainsi au bon terrain de la responsabilité atténuée, celui sur lequel on rencontre ceux qu'on nomme des déséquilibrés, des névropathes, des héréditaires ; tous ceux à qui les défectuosités de leur éduca-

tion physique ou morale ou de leur naissance n'ont pas donné l'intégrité ou la solidité mentale qu'ils auraient pu avoir ; ceux que la maladie a touchés autrefois, qu'elle a laissés en réalité guéris, mais que cependant elle a marqués de sa griffe, la tourbe gronillante des impulsifs, des obsédés, des tarés ou insuffisants, des débiles, des imparfaits de toute sorte, des dégénérés de toute origine, de tout âge, de tout sexe et de toute condition. Tous ceux-là sont peu ou prou déchus de l'intégrité mentale proprement dite, et de même que leur déchéance a des degrés divers, de même l'atténuation de leur responsabilité doit avoir des degrés correspondants.

Si cette notion n'est pas encore universelle, on peut bien dire qu'aujourd'hui elle est presque partout et le plus généralement admise, qu'elle entre de plus en plus dans le domaine des faits où elle devient d'application courante, et la question, envisagée à sa lumière, paraît simple.

En réalité, cependant, elle ne l'est pas encore, et pour mieux située qu'elle ne soit qu'autrefois, elle n'en est pas devenue pour cela plus facile à résoudre. Ce qui y est particulièrement difficile, c'est d'y faire la part de chacun, de reconnaître et d'établir à quel degré et dans quelle mesure chacun y perd de la plénitude de sa responsabilité. Un seul fait, dont il importe de constater l'existence, semble à peu près hors de conteste : c'est qu'il appartient au médecin d'intervenir pour déterminer l'existence ou la non-existence d'une atténuation de la responsabilité ; peut-être même va-t-on trop loin dans cette voie, puisque certains voudraient que le médecin, chargé d'une expertise, donnât nettement lui-même la mesure et le degré de l'atténuation, qu'il en indiquât en quelque sorte la jauge. En vérité, il ne peut à lui seul assumer pareille tâche, car la mesure du degré d'atténuation ne dépend pas seulement de la notion médicale ; elle dépend aussi de diverses autres consta-



tations d'ordre moral ou d'ordre social, voire même d'ordre judiciaire, que le médecin n'a pas qualité pour résoudre, et que le juge seul, qui concentre et réunit tous les éléments d'information, est seul en situation de déterminer. Du reste, même réduite à la seule recherche des éléments d'atténuation d'ordre médical, la tâche du médecin est déjà délicate et difficile ; elle se heurte à des difficultés qui, si elles ne sont pas insurmontables, sont néanmoins très grandes, et qui, pour approprier ici les paroles de J. Falret, peuvent ouvrir la porte à toutes les discussions, à toutes les contestations possibles, comme elles peuvent l'ouvrir à toutes les incertitudes.

Nous en voyons la preuve dans certains courants d'opinion qui ont commencé récemment à se produire, qui, loin de simplifier la situation, ne peuvent contribuer au contraire qu'à la rendre plus obscure et plus incertaine, et qui tendent à faire entrer dans le cadre des maladies mentales des formes morbides que jusqu'ici on avait été d'accord à considérer comme lui étant étrangères.

Voici, en effet, que quelques-uns, et non des moindres, parlent de faire entrer dans ce cadre des états que jusqu'ici les aliénistes attribuaient plutôt à la zone intermédiaire entre l'intégrité mentale et l'aliénation mentale proprement dite. Si l'on devait suivre les promoteurs de ce mouvement, on arriverait ainsi à prendre comme formes d'aliénation mentale pure et simple l'hystérie, la neurasthénie, la psychasthénie, les états dits psychonévroses, auxquels on s'ingénie à donner une évolution et des allures analogues à celles des maladies mentales incontestées (1) ; et par conséquent

---

(1) Voir, à ce sujet, le discours prononcé au Congrès des aliénistes d'Amiens, en 1911, par M. le Dr Deny, président du Congrès.

il faudrait appliquer l'irresponsabilité pleine et entière aux individus atteints de ces divers états. Bornons-nous à dire pour le moment que cette prétention est loin d'être solide. Des neurologistes de grande compétence se refusent à admettre la confusion entre les psychoses et les psychonévroses ; je suis quant à moi enclin à dire que ceux-ci ont raison. Le don que l'on veut faire à la médecine mentale pure ne me dit rien qui vaille et j'y vois la source de graves difficultés. Jadis, avec la doctrine des monomanies, les aliénistes s'étaient en quelque sorte amoindris et avaient compromis leur science ; je crains qu'avec l'extension proposée du domaine des maladies mentales on risque d'arriver à un résultat identique.

Nous n'avons pas ici à nous appesantir sur ce sujet, qui sort des bornes de notre étude. Nous n'avons qu'une constatation à faire, qui est celle-ci : la notion de la responsabilité atténuée est désormais bien posée ; elle est entrée dans le domaine des faits précis, et l'on voit nettement quels sont les individus auxquels elle s'applique.

Quelles sont actuellement les conditions d'existence légale de cette notion ? Là-dessus, l'ouvrage de M. le Dr L. Mathé, que nous avons indiqué, nous donne d'intéressantes informations. C'est une heureuse idée que l'auteur a eue ainsi de réunir les documents législatifs qui concernent la matière. A vrai dire, il n'y a pas mis toute la netteté qu'on aurait pu souhaiter, et il laisse subsister une confusion regrettable entre ce qui concerne l'atténuation attribuée aux faits en eux-mêmes, et celle qui s'applique directement à la responsabilité. Cependant ce qu'il présente est de nature à éclairer la situation.

Les Codes de la plupart des pays du monde sont



relativement anciens; il n'est donc pas étonnant que ceux-là seuls qui sont d'origine récente parlent de responsabilité atténuée. Cependant les récents mêmes ne le font pas tous. Nous croyons utile de mentionner ceux qui le font, et de dire aussi brièvement que possible comment ils le font. L'énonciation, si elle est un peu aride, ne laisse pas d'avoir son intérêt. Nous les prenons tels que M. le Dr Mathé lui-même les présente :

En Colombie, l'inculpé dont la responsabilité n'est pas absolue bénéficie de circonstances atténuantes.

En Uruguay, l'article 18 du Code pénal est ainsi conçu : « Diminuent la responsabilité toutes les causes qui la suppriment, si elles ne présentent pas pour cela toutes les conditions requises. » Texte assurément bien élastique et bien vague.

En Danemark, l'article 39 de la loi de 1842 porte : « Une peine amoindrie sera appliquée aux personnes n'ayant pas complètement conscience de leurs actes. »

En Suède, la loi dit que dans les cas d'insuffisance de développement mental, ou d'imperfection de l'état mental, il y a adoucissement à la peine. Le paragraphe 6 du chapitre V de la loi dispose que si l'auteur d'un crime se trouve, par suite d'une maladie mentale ou corporelle, de faiblesse d'esprit ou autre trouble, privé de l'usage complet de son intelligence, bien que cependant réputé punissable, la peine de mort est remplacée par celle des travaux forcés à temps, et les autres peines abaissées.

En Hongrie, le Code de 1880, en son article 76, spécifie que l'altération des facultés mentales est une cause d'atténuation ou d'excuse.

Au Japon, le Code qui est le plus récent de tous et date de 1907 dit en son article 9 : 1° les actes des aliénés ne sont pas punis; 2° le juge a le pouvoir de diminuer

les peines relativement aux crimes commis par les faibles d'esprit.

En Grèce, deux articles du Code sont ainsi conçus :

*Art. 86.* — Sont irresponsables ceux qui, au moment où ils ont commis l'acte délictueux, n'étaient pas maîtres de l'usage de leur raison ; à cette catégorie appartiennent particulièrement : 1° ceux qui sont en état de démence complète ou partielle ; 2° ceux qui, étant en état d'imbécillité, ne peuvent pas discerner les conséquences de leurs actes ni se rendre compte si ces actes sont ou non répréhensibles ; 3° ceux qui, en état de décrépitude, ont perdu tout discernement ; 4° ceux qui, en état de trouble involontaire des sens et de l'esprit, ne peuvent pas avoir conscience de leurs actes ou de ce que ces actes sont ou non répréhensibles.

*Art. 87.* — S'il résulte clairement et indubitablement des circonstances de la cause que, par suite des états prévus dans l'article précédent, l'action de la raison n'a pas complètement disparu, mais si elle est à tel point essentiellement troublée et diminuée que l'acte ne réunit pas tous les éléments exigés pour l'application de la peine, les juges doivent prononcer une peine moindre, suivant le degré de l'état excusable.

Dans le Siam, la loi porte :

*Art. 47.* — Lorsqu'une personne, au moment où elle a commis un délit, n'était, par suite d'infériorité d'esprit ou de maladie mentale, que partiellement capable de se diriger elle-même ou d'apprécier la nature de l'illégalité de ses actes, les peines prévues pour le délit pourront être réduites au gré du tribunal.

La Norvège et l'Allemagne ont également introduit dans leurs Codes la notion de responsabilité atténuée.

En Suisse, le nouveau Code, en son article 11, admet que « si la santé mentale d'un inculpé n'était qu'altérée, si sa conscience est incomplète ou si son développement



mental est resté imparfait, le juge atténuera librement la peine.

Il établit, en outre, que même en cas de responsabilité atténuée, même s'il y a lieu d'interner le coupable dans un établissement servant de maison de santé, le juge prononce la peine, mais l'exécution en est suspendue jusqu'au moment de la guérison.

Le Code pénal italien admet nettement les responsabilités atténuées. Il dit successivement :

Art. 46. — N'est pas punissable l'individu qui, au moment où il a commis le fait incriminé, se trouvait dans un état de faiblesse d'esprit de nature à lui enlever la conscience et la responsabilité de ses actes.

Art. 47. — Lorsque l'état mental indiqué à l'article 46 était de telle nature qu'il pouvait atténuer la responsabilité sans toutefois l'exclure, la peine déterminée par l'infraction commise doit être atténuée. — Et l'article spécifie les proportions dans lesquelles l'atténuation pourra se faire.

En outre, la loi permet au juge d'ordonner que la peine corporelle, au lieu d'être subie dans une prison ordinaire, sera exécutée dans ce qu'elle appelle *casa di custodia*, sorte d'hôpital-prison.

Il ne semble pas que les lois pénales d'aucun pays autres que ceux que nous venons de citer fasse mention de responsabilité atténuée. C'est donc bien peu en somme. Et encore faut-il constater que les termes dans lesquels ils en parlent sont obscurs, incertains, mal conçus et brouillent la distinction si importante, comme nous l'avons vu, qu'il convient de faire entre ce qui concerne le délire partiel et les états de dégénérescence. Somme toute, sauf peut-être en Suisse et en Italie, nous ne voyons rien qui établisse nettement la situation telle qu'elle devrait être.

Mais si les lois sont muettes ou obscures, peut-être l'application qui en est faite dans la pratique vient-elle remédier plus ou moins aux lacunes, aux défectuosités ou au silence de la loi. M. le D<sup>r</sup> Mathé ne nous le dit pas et sans doute il ne l'a pas recherché. Nous pouvons, en ce qui concerne notre pays combler cette lacune et constater, quant à nous, que si nos lois sont de celles qui sont muettes là-dessus, du moins notre pays applique par anticipation les données que les travaux des aliénistes de notre pays ont mises en relief. Ces données sont maintenant d'observation courante et dans des conditions telles que les pouvoirs publics ont cru devoir eux-mêmes et par anticipation les reconnaître et comme les régler.

Qu'on veuille bien se rappeler à ce sujet la circulaire que notre ministre de la Justice adressait, en 1906, aux procureurs généraux. Il y disait :

« Certains médecins légistes croient avoir rempli la mission qui leur a été confiée en concluant sommairement à une responsabilité « limitée » ou « atténuée ».

« Une semblable conclusion est beaucoup trop vague pour permettre au juge d'apprécier la culpabilité réelle du prévenu d'après son état mental au moment de l'action ; mais son insuffisance tient généralement au défaut de précision du mandat qui a été donné à l'expert.

« A côté des aliénés, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées, ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier à leur égard une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi.

« Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer, avec la plus grande netteté possible, dans quelle mesure l'inculpé était au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé.



« Pour atteindre ce résultat, j'estime que la commission rogatoire devra toujours contenir et poser d'office en toute matière les deux questions suivantes :

« 1° Dire si l'inculpé était en état de démence au moment de l'acte, dans le sens de l'article 64 du Code pénal ;

« 2° Si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle point chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité. »

Il y a, dans cette circulaire, matière à des réserves. Le rôle qu'elle dévolue au médecin dépasse la mesure dans laquelle celui-ci est à même de le remplir, et lui demande à tort de déterminer ce que le juge seul, comme nous avons déjà eu occasion de le dire plus haut, est bien à même de faire. N'en retenons donc que ce fait, qui par lui-même est de valeur capitale, la consécration officielle et en quelque sorte légale de la notion de responsabilité atténuée faite dans des termes très satisfaisants, quoique imparfaits relativement à ceux à qui elle s'applique, et son entrée définitive dans les opérations de la justice, en attendant qu'elle y soit fixée par les précisions de la loi. Et ce nous est une fois de plus l'occasion de constater cette vérité, que les lois ne font pas toujours les mœurs, mais que les mœurs font les lois.

Le principe de l'atténuation de la responsabilité ainsi posé et acquis, comment l'appliquer ?

Jusqu'ici, et d'une manière générale, l'application s'en est faite de deux façons. Dans bien des cas, surtout quand il s'agit d'affaires soumises au jury, l'inculpé est acquitté purement et simplement, comme s'il était entièrement irresponsable, et comme alors les méde-

cins experts qui ont été appelés à intervenir n'ont pas conclu et ne pouvaient pas conclure à l'internement pour cause d'aliénation mentale, l'inculpé est mis en liberté. En dehors de cela, les magistrats quand il s'agit de faits qualifiés délits, les cours d'assises quand il s'agit d'affaires criminelles, font bénéficier les inculpés, tout comme des inculpés quelconques, d'une diminution ou atténuation de la peine, autrement dit d'une abréviation des jours d'emprisonnement qui sont la peine la plus ordinaire. Et d'ailleurs c'est bien dans cette dernière voie que, comme nous venons de le constater, poussent les lois de presque tous les rares pays qui aient inscrit dans leurs codes la notion de responsabilité atténuée.

Il n'est pas besoin d'être grand clerc pour reconnaître que ces solutions ne sont nullement satisfaisantes. Elles ne s'adaptent en effet ni aux besoins de la situation ni à la condition morale de ceux à qui elles s'appliquent. Aussi la plupart de ceux qui s'occupent de ces matières, qu'ils soient criminalistes ou médecins, en font ressortir l'insuffisance.

L'acquittement pur et simple est un non sens, puisqu'il est accordé à des individus encore responsables qui n'y ont aucun droit, et qu'il semble ainsi être pour eux comme un encouragement à continuer leurs méfaits. Quant à la diminution de la peine, ou abréviation de la durée qui peut aboutir au même résultat, elle est une sanction vaine et futile, puisqu'elle ne peut servir ni à amender, à améliorer d'aucune manière celui qui en obtient l'avantage, non plus qu'à protéger autant qu'il le faudrait la société contre ses actes malfaisants.

Les difficultés d'établir la sanction pénale qui convient sont grandes; elles se heurtent à de véritables inconséquences, et comme actuellement l'expérience



n'a rien ou presque rien appris à leur sujet, on peut bien dire que, quelle que soit la manière d'agir qui sera adoptée, elle sera un saut dans l'inconnu. Cependant, il faut agir.

Un premier moyen d'action se présente ; il est simple à concevoir. Est-il aussi simple à employer et à réaliser ? Il consiste à ouvrir ce qu'on nomme des asiles prisons, ou maisons de sûreté, et il est réalisé en Italie par la création de la *casa di custodia* que nous avons mentionnée. Cet asile prison recevrait à la fois les aliénés criminels et les individus qui n'étant pas vraiment des aliénés auraient été considérés, à la suite d'un crime ou d'un délit, comme n'ayant qu'une responsabilité atténuée. Pour les aliénés proprement dits, la constitution de l'établissement est facile à concevoir ; il serait un simple asile d'aliénés ne différant des autres que parce qu'il serait destiné aux aliénés ayant commis des méfaits contre la société. Pour les autres, il serait à la fois, dit-on, un asile et une prison, comme son nom le porte, et participant de l'un et de l'autre. Cela est facile à dire, mais dans quelle mesure sera-t-il asile, et dans quelle mesure prison ? Véritable casse-tête à résoudre, car les déséquilibrés qui y seront placés ont des variétés aussi nombreuses que leurs personnes ; ce qui convient à l'un peut être sans effet sur l'autre, ou même aller à l'encontre du résultat qu'on veut obtenir de lui ; comment les concilier tous s'ils sont nombreux et avoir pour eux une règle à la fois assez rigide et assez souple pour ne pas nuire au traitement nécessaire tout en infligeant la peine qui convient ? D'autre part, quiconque connaît les déséquilibrés et ceux qui sont aux confins de l'aliénation mentale sait combien ils sont difficiles à influencer, à corriger, à modifier tant soit peu. Les irrégularités de leur nature physique et morale les dominent fortement et pèsent lourdement sur leur

volonté ; celle-ci est si chancelante qu'au lieu de leur permettre de s'amender et de se diriger vers le bien elle les porte plutôt vers le mal, où ils semblent trouver le bien-être et le plaisir. Souvent, à la vérité, ils comprennent bien le mal qu'ils font et ils ont accidentellement des aspirations généreuses vers le bien. Mais toujours ils reviennent à suivre la pente de leurs entraînements, et c'est autant à eux qu'aux hommes sains d'esprit que s'appliquent les paroles du poète latin : *Video meliora proboque, deteriora sequor*. Leur asile risque donc d'être inefficace comme maison de traitement, pour ne garder bientôt à leurs yeux que son caractère de prison. Cependant, alors même qu'il faudrait en arriver là, peut-être serait-il absolument préférable d'établir pour eux des établissements de ce genre, plutôt que de les mettre dans les prisons ordinaires, qui leur sont nuisibles autant qu'ils y sont nuisibles eux-mêmes, car ils y sèment ordinairement l'indiscipline et le désordre, comme partout où ils se trouvent. C'est sans doute en envisageant de telles perspectives que d'aucuns, qui voient à la fois l'incertitude des résultats à obtenir et les lourdes conséquences financières comme les difficultés d'organisation qu'il y aurait à surmonter, trouvent préférable de ne rien faire.

Mais admettons que l'asile-prison soit réalisé, qu'il soit ouvert et qu'il ait déjà commencé à recevoir les individus qu'on lui destine, de quelle manière la sanction pénale proprement dite qu'ils ont encourue leur sera-t-elle appliquée ? Nous savons qu'en même temps qu'on les punit, on veut les traiter, les soigner. Comment résoudra-t-on l'accord de ces deux choses ?

Ici deux systèmes sont en présence : l'un qui veut qu'on commence par la peine et qu'on aborde ensuite le



traitement, l'autre qui veut l'inverse et qui demande qu'on traite, qu'on guérisse même, avant de punir. Ce qui milite en faveur de ce dernier, dit-on, c'est que pour que la punition soit profitable, celui qui la subit soit en état de la comprendre, et il ne peut la comprendre que s'il est physiquement et moralement en bonne santé. L'autre s'appuie sur cette considération difficile à contester que vouloir attendre l'issue du traitement, c'est remettre à des calendes quelconques l'application de la peine.

Inutile, à notre avis, de chercher la prééminence à donner à un système sur l'autre : c'est presque, il nous semble, vouloir résoudre la quadrature du cercle. Mettons-nous plutôt en face de l'hypothèse la plus simple : l'asile-prison gardera son pensionnaire d'abord tout le temps de la peine qui lui aura été infligée ; il le soignera de son mieux pendant ce temps. S'il est guéri avant d'arriver au terme de cette peine, il aura le temps de comprendre la portée de celle-ci ; au contraire, s'il n'est pas encore guéri à ce terme, on continuera de le retenir autant qu'il le faudra. Si contestable que soit ce procédé, comme il n'y a aucune autre manière que l'empirisme seul de donner la préférence à l'un sur l'autre, c'est peut-être encore celui qui aurait le moins d'inconvénients et le plus d'avantages.

Cela fait, on n'en aura pas fini avec les difficultés à résoudre, et ici de nombreuses questions se posent encore. Qui dirigera l'asile-prison ? un directeur purement administratif ou un directeur-médecin ? Ceux qui savent combien peu répondent aux exigences de leur situation, dans les asiles d'aliénés, les directeurs purement administratifs, n'auront pas de peine à entrevoir qu'ils ne seraient pas entièrement à leur place à la tête de l'asile-prison où le traitement, soit médical, soit moral, devra jouer un rôle important. De même le

directeur-médecin pourra y être d'une grande incompétence dans les questions d'ordre purement pénitentiaire. Il faudra opter entre l'un et l'autre, et c'est encore l'empirisme qui dirigera l'option.

Qui déterminera l'époque de la sortie du détenu, si celui-ci ne peut sortir qu'après la terminaison de la peine infligée? Sera-ce le médecin seul; mais de même que le médecin seul n'a pas qualité pour résoudre la question de la sanction à établir contre la responsabilité atténuée, de même, et pour les mêmes raisons, il ne pourra résoudre seul la question du retour au milieu de la société. Sera-ce le magistrat seul qui assumera la tâche? Il ne pourrait en tout cas le faire qu'après avoir pris l'avis du médecin, et pour cela il sera nécessaire qu'il y ait entre eux une pleine entente.

D'autre part, quel sera le règlement, quel sera le régime, quels seront les moyens d'action tant sous le rapport de la discipline que sous le rapport du traitement de l'asile-prison? Tout cela encore est bien délicat et bien difficile à résoudre, et l'on pourrait dissenter à perte de vue avant de trouver ce qui convient le mieux.

M. le Dr Mathé semble, dans son ouvrage, ne pas voir à toutes ces questions les difficultés de solution que nous y voyons nous-même! Il propose une sorte de projet de loi auquel nous renvoyons ceux qui auraient un intérêt spécial à le connaître. Ce projet, basé sur la reconnaissance, comme un fait acquis et certain, de la responsabilité atténuée, prévoit : les individus à qui elle s'applique, la nature de la peine qui pourra leur être infligée, le lieu où ils la subiront, les moyens d'observation qui seront employés à leur égard, les conditions dans lesquelles ils pourront recouvrer leur liberté, les autorités qui auront qualité pour se prononcer sur leur sortie, la surveillance dont ils continueront d'être l'objet et la sollicitude qui pourra les entourer encore



après leur sortie. Somme toute, ce projet est assez simple et pourrait, précisément en raison de sa simplicité, être adopté de préférence à tout autre.

L'avenir et l'expérience pourraient seuls en déterminer la valeur et faire connaître les modifications et les améliorations dont il serait susceptible.

Au point où on en est, ce qui est le plus facilement saisissable, c'est, après que le principe de la responsabilité atténuée a été reconnu et admis, de déterminer les catégories d'individus auxquels il s'applique; c'est encore de reconnaître que, n'étant pas absolument irresponsables, ils doivent être considérés comme responsables et punis comme tels; c'est enfin qu'étant sur les confins de la maladie mentale, peut-être au moment d'y entrer, ils doivent en être détournés par tous les moyens possibles et ramenés autant qu'il se peut du côté de la saine raison. Le reste est encore à déterminer et à établir, et on ne peut que souhaiter de voir tous les pays du monde s'efforcer comme d'un commun accord à y bien réussir. Il y va de l'intérêt de la société tout entière.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 MARS 1912 (1)

**Présidence de M. KLIPPEL, président.**

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

MM. Dupony, Fillassier et Perpère, membres correspondants, assistent à la séance.

M. le Dr Ernest Wittermann, médecin de l'asile de Ronflich (Haute-Alsace), est invité à prendre place parmi les membres de la Société.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Boissier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Charles Ladame, de Genève, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une lettre circulaire et les statuts du premier Congrès international engénique qui se tiendra à Londres, du 24 au 30 juillet 1912 ;

2° *Aphasie sensorielle compliquée de surdité et de*

---

(1) M. le Dr Erwin Stransky nous signale et nous demande de rectifier une légère erreur qui s'est glissée dans le rapport que M. H. Piéron a consacré, dans la dernière séance de la Société, à son travail sur l'*Echo de la pensée unilatéral*. A la page 327 du numéro de mars des *Annales*, à la quatrième ligne, en allant de bas en haut, il faut lire, au lieu de « *trois mois plus tard* », « *douze années après* ». — A. R.



*cécité d'origine centrale, avec autopsie ; — Aphasie et hydrocéphalie ; — Anencéphalie sans amyélie*, par M. F. d'Hollander, de Mons (Belgique) ;

3° *Du développement et de l'état actuel de la doctrine de la démence précoce ; — Sur la connaissance de l'épilepsie avec manifestations localisées*, par M. Erwin Stransky, de Vienne.

### *Rapport de candidature.*

M. BOISSIER. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Arnaud, Mignot et Boissier, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M<sup>me</sup> Harriet C. B. Alexander au titre de membre associé étranger. Le D<sup>r</sup> Harriet Alexander a été chef-adjointe de l'asile d'aliénés de Cook-County et est actuellement neurologue du Mary-Thompson Hospital et de l'asile des filles délinquantes. A l'appui de sa demande, M<sup>me</sup> Alexander envoie quinze mémoires dont deux de psychiatrie légale, les autres de psychiatrie pure et d'anthropologie criminelle et un de médecine historique. Celui-ci, intitulé *Survivance du folklore en médecine*, montre l'origine légendaire des remèdes et pratiques de la médecine ou de l'hygiène d'autrefois et les vestiges que reflète encore aujourd'hui même la médecine la plus avancée de ces périodes légendaires. L'humorisme moderne et l'opothérapie par exemple sont faciles à rattacher à ce passé lointain !

Une étude des anomalies physiques chez les prostituées montre que M<sup>me</sup> Alexander, disciple en cela de M<sup>me</sup> Tarnowski, a trouvé des anomalies chez toutes les prostituées qu'elle a observées, tout en faisant remarquer qu'elle n'a eu affaire qu'avec des prostituées du plus bas étage. Les anomalies les plus nombreuses portent sur l'appareil dentaire, puis viennent les déformations faciales, enfin les malformations auriculaires, enfin celles des mains et celles du crâne.

Une intéressante étude sur la situation socialement morbide du *Tramp*. On sait que le Tramp est un être plus complexe que le vagabond ordinaire de nos pays ; il se mêle davantage à la vie sociale, il s'impose plus à l'attention.

Parmi les autres mémoires, je note l'opinion de notre confrère qui voit dans l'état mental des tuberculeux l'effet des toxines ajouté à l'influence des angoisses morales, son avis favorable à la sérothérapie ecthyroïdienne sur les basedowiens et sur le bon effet de l'éducation et d'un entraînement spécial sur les enfants dégénérés ou nerveux. M<sup>me</sup> Alexander s'est occupée de psychiatrie infantile et elle attache une grande importance aux terreurs nocturnes de la première enfance et au surmenage intellectuel et mental imposé par l'erreur ou la vanité des parents à des enfants trop jeunes; les autres observations qu'elle cite à cet égard de Marguerite Fuller et de Georges Aliot sont d'un haut intérêt.

M<sup>me</sup> Harriet C. B. Alexander est un psychiatre particulièrement perpicace et averti en même temps qu'un esprit très cultivé, érudit et lettré; son œuvre touche à toutes les branches de notre spécialité avec un égal intérêt et un talent original. Notre compagnie comptera en elle un membre éminent.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M<sup>me</sup> Harriet Alexander est élue, à l'unanimité des membres présents, membre associé étranger.

#### Au sujet des certificats de situation.

*Suite et fin (1).*

#### RAPPORT DE LA COMMISSION

M. TRÉNEL. — Messieurs, à la dernière réunion de la Société médico-psychologique, le D<sup>r</sup> Dupony a communiqué le fait suivant :

« Un de nos collègues, médecin d'un établissement public d'aliénés, reçoit un jour la note suivante, signée de la main de son directeur administratif :

« *Le Directeur prie M. le D<sup>r</sup> X... de lui remettre d'urgence un certificat constatant l'état mental de M<sup>lle</sup> Y...*

(1) Voir le compte rendu de la séance du 26 février 1912. *Annales médico-psychologiques*, numéro de mars, p. 348.



*Le certificat devra conclure soit à sa mise en liberté, soit à sa maintenue. »*

« Le D<sup>r</sup> X... ayant demandé communication de la pièce officielle justificative du certificat de situation s'attira un refus de la part du directeur administratif. Celui-ci alléguait que la demande de certificat lui avait été adressée, à lui directeur, qu'il était inutile pour le médecin de savoir de qui émanait cette demande, que de toute façon le certificat devait être remis au directeur seul qualifié pour le transmettre; qu'au surplus, le médecin n'avait qu'à obéir à son directeur... »

A la suite de sa communication, le D<sup>r</sup> Dupouy priait la Société de vouloir bien exprimer son avis sur la question suivante :

*Le directeur administratif d'un asile d'aliénés a-t-il le droit d'exiger du médecin de l'établissement, la rédaction d'un certificat de situation en refusant de lui communiquer la demande officielle du certificat?*

La Société médico-psychologique a chargé une commission constituée par MM. Colin, Trénel, Mignot, d'examiner cette question qui met en jeu à la fois la dignité et la responsabilité des médecins.

Votre commission, Messieurs, est d'avis : 1° Que le directeur n'a pas le droit de demander personnellement au médecin un certificat de situation ; 2° Que le médecin est tenu d'exiger les pièces justificatives des demandes de certificat.

a) Le directeur administratif n'a pas le droit de demander personnellement un certificat de situation parce qu'il n'est qu'un simple agent de transmission pour tout ce qui concerne les mesures administratives ayant un caractère médical.

Pour nous convaincre qu'il en est ainsi, il nous suffit d'examiner la loi de 1838 et nous voyons, par exemple, au sujet de la sortie des aliénés, que l'intervention du directeur se réduit à celle d'un agent chargé d'ouvrir la porte de l'asile sur l'ordre du préfet (articles 16, 20 et 23), sur l'ordre du tribunal (article 29), sur le vu de la déclaration médicale portée sur le registre de la loi (article 13), enfin sur la requête des ayants droit prévus par l'article 14. Dans aucun article de la loi, non plus que dans l'ordonnance de 1839 et le règlement

de 1857, il n'est dit que le directeur soit appelé à prendre l'initiative de la sortie du malade.

Le législateur n'a pas davantage chargé le directeur d'exercer un contrôle sur la réalité de l'état d'insanité des individus placés dans l'établissement. A l'article 4 de la loi de 1838 sont énumérées les personnes qui exercent ce contrôle et qui ont le droit d'être renseignées, et nous n'y trouvons pas le directeur administratif.

On peut à la rigueur supposer tel cas où le directeur soupçonnerait qu'un malade est retenu indûment à l'asile. Pourrait-il alors demander au médecin un certificat pour s'éclairer? En aucune manière, puisqu'il est inapte, de par la loi, à mettre de lui-même le malade en liberté. En pareille circonstance, le directeur devrait aviser le préfet qui demanderait au médecin un certificat et qui ensuite statuerait comme toutes les fois qu'il existe un dissentiment entre le médecin et le directeur (article 22 du règlement de 1857).

Une dernière preuve que les directeurs administratifs sont de simples agents de transmission pour tout ce qui a trait aux certificats médicaux, résulte de ce fait que certains préfets leur déniaient même le droit d'apprécier l'opportunité de donner suite aux demandes de certificat qu'ils peuvent recevoir.

A l'appui de ce que nous avançons, qu'il nous soit permis de donner lecture, à la Société, de deux lettres adressées par le Préfet de la Seine aux directeurs de ces établissements :

Paris, le 11 mars 1891.

Monsieur le Directeur,

Enfin, je crois devoir vous rappeler que toutes les demandes de certificats médicaux, quelles qu'elles soient, doivent être transmises à mon Administration qui appréciera, s'il y a lieu ou non d'y faire droit.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente lettre.

Paris, le 3 juin 1892.

Monsieur le Directeur,

Par lettre en date du 11 mars 1891, j'ai appelé votre attention sur les prescriptions relatives à la délivrance des certificats de vie et de certificats de situation des malades, et je vous ai



prie de transmettre toutes les demandes de certificats médicaux à mon administration pour apprécier, s'il y a lieu d'y faire droit. Ces instructions, je m'empresse de le reconnaître, ont été régulièrement suivies et leur application a permis à plusieurs reprises, de sauvegarder à la fois les intérêts des malades et ceux du département. Mais il arrive parfois que des demandes qui vous sont adressées directement et que vous me renvoyez, offrent un certain caractère d'urgence. Pour procurer dans le moindre délai possible satisfaction aux intéressés, vous voudrez bien à l'avenir, toutes les fois que vous recevrez une semblable demande, la transmettre, en l'accompagnant du certificat médical préalablement établi en double expédition, à l'administration (Direction des Affaires départementales, 1<sup>re</sup> division, 3<sup>e</sup> bureau) qui fera parvenir, s'il y a lieu, le certificat à la partie intéressée.

Je vous prie, Monsieur le Directeur, de vouloir bien m'accuser réception de la présente lettre.

Agréé, etc...

De tout ceci, il résulte donc bien que le médecin n'a pas à fournir au directeur de certificat à titre personnel.

b) Examinons maintenant les raisons pour lesquelles le médecin est tenu d'exiger les pièces justificatives des demandes de certificats.

Les certificats médicaux constituent des pièces d'une telle importance médico-légale qu'il est du devoir du médecin, avant de les fournir, de s'entourer de toutes les précautions qu'il juge nécessaire. La première de ces précautions n'est-elle pas de savoir à qui est destinée la pièce qui va être rédigée?

En donnant un certificat, nous engageons notre responsabilité. L'article 58 du règlement de 1857 le déclare nettement en ce qui concerne les certificats prévus par la loi de 1838. Mais les certificats quels qu'ils soient nous engagent également, ne serait-ce que vis-à-vis du fisc qui exige de nous, dans certains cas, l'usage du timbre.

D'autre part, si à certaines autorités administratives et judiciaires, le médecin d'asile est tenu de fournir tous les renseignements médicaux, il doit par contre garder le secret professionnel vis-à-vis d'autres personnalités. Comment pourrait-il remplir cette obligation s'il ignore à qui est destiné le certificat qu'on lui réclame?

En ce qui concerne les certificats de situation, il y a quelque chose de plus démonstratif encore de la néces-

sité où se trouve le médecin d'être complètement renseigné sur les raisons qui les motivent et les personnes qui les réclament. C'est qu'en effet, l'opportunité du maintien ou de la sortie d'un aliéné n'est pas uniquement fonction de son état de santé, elle tient également à des conditions diverses parmi lesquelles nous citerons le milieu dans lequel le malade se trouvera à sa sortie, les personnes qui se chargent de lui, etc. Bien plus, si le maintien a une utilité médicale, il ne s'ensuit pas qu'il s'impose légalement, en sorte que, suivant le cas et la personne à laquelle le certificat est destiné, ses conclusions peuvent être différentes, voire même opposées.

Pour mieux nous faire comprendre, nous pouvons prendre comme exemple précisément le cas rapporté par notre collègue le D<sup>r</sup> X...

M<sup>lle</sup> Y..., au sujet de laquelle le Directeur exigeait un certificat de situation, est une déséquilibrée en convalescence d'un accès psychopathique. Cette malade pourrait sortir, paraît-il, à la condition que sa famille lui assure les soins et la surveillance qui lui sont encore nécessaires. Le D<sup>r</sup> X... devait donc conclure à la mise en liberté de la malade si sa sortie était réclamée par sa famille. Mais il se trouve que M<sup>lle</sup> Y... est abandonnée des siens et que c'était l'Administration qui voulait savoir si oui ou non la mise en liberté pouvait avoir lieu. Etant donné les circonstances et la guérison incomplète, le certificat donné à l'autorité devait conclure au maintien.

On voit bien par cet exemple qu'il est nécessaire pour le médecin d'être exactement renseigné avant de donner un certificat de situation.

De tout ce qui précède, nous pouvons donc conclure qu'un directeur ne peut, à moins d'abus de pouvoir, exiger un certificat sans fournir les pièces nécessaires pour le rédiger en connaissance de cause. De plus, le médecin qui fournirait un certificat sur la simple demande d'un directeur administratif commettrait une imprudence grave.

Mais comment se fait-il, dans le cas qui a été présenté à la Société, que le D<sup>r</sup> X... ait eu à demander au directeur de l'établissement des explications sur le certificat exigé? Le dossier administratif qui a été



soumis à notre collègue aurait dû nécessairement contenir les pièces justificatives du certificat, car l'absence de celles-ci constituerait le délit de détournement de pièce officielle.

Messieurs, à la question qui a été posée à la Société, votre Commission propose la réponse suivante :

*« Le médecin d'un asile d'aliénés ne doit fournir de certificats de situation que sur le vu d'une pièce officielle lui faisant connaître la personnalité administrative ou judiciaire à qui ce certificat est destiné. »*

#### DISCUSSION

M. BRIAND. — J'approuve entièrement les conclusions qui viennent de nous être soumises ; cependant, afin qu'aucune équivoque ne subsiste, je propose, lorsque notre rapport fait allusion au rôle du directeur d'asile, en ce qui concerne l'admission ou la mise en liberté des malades, que nous ne disions pas : « le directeur n'a pas à intervenir », mais que nous disions de préférence : « le directeur ne doit prendre aucune initiative ». L'article 13 de la loi du 30 juin 1838 dit par exemple : « Toute personne placée, etc..., cessera d'être retenue, dès que les médecins auront déclaré que la guérison est obtenue ». Ici, le directeur doit intervenir, sans ordre préfectoral ou judiciaire spécial, et comme agent d'exécution de la loi. Mais son intervention est subordonnée à la déclaration médicale.

A l'appui de la thèse de notre Commission, thèse à laquelle beaucoup d'entre nous se rallieront sans doute, je désire rappeler que notre maître M. Bouchereau se trouva un jour dans une situation juridiquement délicate, pour avoir délivré un certificat de situation, sans précautions suffisantes, sur la simple invitation du directeur de l'asile clinique. Il s'agissait d'une malade persécutée revendicante ; le parent (tuteur légal ou non, je ne sais) qui s'occupait des enfants de cette malade, avait besoin, dans l'intérêt de ces enfants, d'un certificat concernant la mère. Il s'adressa au directeur de l'asile qui transmit la demande à M. Bouchereau. M. Bouchereau n'hésita pas à rédiger le certificat, tant l'utilité lui en parut évidente. Mais, quelque temps

après, la malade devenue plus calme fut autorisée à sortir. Un de ses premiers soins fut d'intenter un procès au D<sup>r</sup> Bouchereau. L'assistance judiciaire ayant été refusée à la plaignante, le procès ne put être plaidé; mais, de l'avis de juristes éminents, si l'affaire était venue devant un tribunal, on eût probablement reproché à M. Bouchereau d'avoir délivré son certificat dans les conditions que je viens de vous indiquer.

Les médecins d'asiles doivent donc être extrêmement prudents et s'entourer de précautions avant de délivrer un certificat concernant les malades qui leur sont confiés.

M. COLIN. — Dans les cas où le directeur de l'asile ouvre les portes de l'établissement qu'il dirige, à un malade placé volontairement, et déclaré guéri par les médecins, conformément à l'article 13 cité par M. Briand, il applique la loi, purement et simplement; son intervention est donc aussi réduite que possible, et ce n'est pas lui qui fait sortir le malade.

M. RITTI. — Il me semble que la discussion est en train de dévier. Et cependant la question telle qu'elle a été posée par M. Dupouy est nette et précise, elle peut se résumer ainsi : Un directeur administratif a-t-il le droit d'exiger un certificat médical d'un médecin de son établissement sans lui dire à qui et à quoi ce certificat est destiné ? La Commission que vous avez nommée à notre dernière séance, avec beaucoup de netteté et de précision aussi, conclut par la négative; nous n'avons, me semble-t-il, qu'à nous rallier à ces conclusions.

M. LWOFF. — Cette question n'étant pas explicitement résolue par les textes de la loi ou des règlements en vigueur, il est important de remarquer qu'en ce qui concerne les malades, le directeur d'un asile n'est jamais autorisé à prendre une initiative.

M. DUPOUY. — Par contre, il est intéressant de noter que l'article 14 de la loi du 30 juin 1838 donne au médecin le pouvoir de surseoir d'urgence à la sortie de certains malades, pouvoir que le directeur ne saurait invoquer en aucune circonstance; d'autre part, la loi ne mentionne nulle part le certificat de situation qui nous est demandé à chaque instant, sous de multiples prétextes.



M. TRÉNEL. — Nous sommes tout à fait d'accord avec M. Briand pour reconnaître que l'intervention du directeur, dans la mise en liberté d'un aliéné placé volontairement et déclaré guéri, n'est que celle d'un agent d'exécution. Rien ne s'oppose à ce que nous tenions compte, dans la rédaction de notre rapport, de l'observation de M. Briand.

Les conclusions du rapport de MM. Colin, Mignot et Trénel, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

**Le sang dans l'état de mal épileptique,  
les formes délirantes et éclamptiques,**

par MM. KLIPPEL et FEIL.

L'examen du sang chez les épileptiques ne semble pas avoir suscité de très nombreux travaux; le peu de netteté des lésions organiques constatées à l'autopsie et la tendance que l'on avait autrefois à ranger cette affection dans le groupe des névroses l'expliquent sans doute; c'est en effet dans les maladies organiques, inflammatoires ou d'infections déterminées que l'on trouve les modifications les plus caractéristiques de la formule sanguine.

Cependant quelques auteurs se sont occupés de la question, mais ils ont surtout recherché la toxicité du sérum sanguin, et pas un d'entre eux, à notre connaissance, n'a rapporté de faits démonstratifs de modifications de la formule sanguine au cours de l'état de mal épileptique.

C'est ce point particulier que nous voulons envisager; nous l'étudierons dans des cas un peu complexes :

1° Pendant l'état de mal, ou tout au moins après des attaques répétées au nombre de plusieurs ;

2° Au cours de délires dans lesquels les crises se sont accompagnées et ont été suivies de cet état confus et délirant qui peut se montrer en de telles circonstances ;

3° Enfin, de ces faits, nous rapprocherons deux cas d'éclampsie puerpérale.

Dans toutes ces circonstances, nous avons constaté

que le nombre des globules rouges et surtout des globules blancs se modifiait notablement.

Chez les épileptiques, durant la phase d'état de mal, nous avons trouvé une leucocytose marquée avec modification de la formule sanguine; et chaque fois régulièrement, après la disparition du délire, le sang est revenu à sa constitution normale.

Ces faits se sont répétés chez trois hommes que nous avons observés; et ce sont ces trois observations et les réflexions qu'elles nous suggèrent que nous désirons exposer ici.

Des lésions aussi caractérisées doivent paraître étranges dans une affection dont on ignore encore la nature et dont on ne connaît pas de lésions anatomiques constantes.

Ces modifications ne sont pourtant pas spéciales à l'épilepsie; elles existent dans d'autres états purement névropathiques, et l'un de nous (1), en 1906, a rapporté une observation typique à cet égard. Il s'agissait d'un jeune homme non épileptique qui avait eu des accès de délire transitoire.

L'examen du sang, pratiqué à plusieurs reprises au cours de l'un de ces délires, avait permis de constater une leucocytose très forte, leucocytose qui avait complètement disparu après la guérison de l'accès délirant.

Il est donc bien démontré que des modifications hématologiques notables peuvent accompagner des délires dont le caractère névropathique paraît indiscutable.

Ce sont ces modifications sanguines, déjà entrevues dans les délires transitoires des dégénérés, que nous voudrions rechercher dans l'épilepsie.

OBS. I. — Notre première observation concerne un Italien, très vigoureux, âgé de quarante-trois ans, entré à l'hôpital Tenon, salle Bichat, en état de mal épileptique.

Déjà, à dix-sept ans et à trente-neuf ans, le malade avait présenté des crises d'épilepsie tout à fait caractéristiques avec cris, perte de connaissance, morsure de la langue, perte des urines, etc., en un mot, tout le tableau d'une crise d'épilepsie banale.

---

(1) In *Encéphale*, 1906.



Nous avons examiné son sang une dizaine de fois, à différents intervalles, pendant son état de mal et pendant les mois qui l'ont suivi.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

Pendant l'état de mal, la température étant à 37 degrés, nous avons la formule suivante :

1° Globules rouges . . . . .	5.300.000
Globules blancs . . . . .	21.200
Polynucléaires . . . . .	86
Lymphocytes . . . . .	} 14
Mononucléaires . . . . .	
Eosinophiles . . . . .	0

Le lendemain, la température monte à 39 degrés; nous faisons un deuxième examen qui donne :

2° Globules rouges . . . . .	5.600.000
Globules blancs . . . . .	22.000
Polynucléaires . . . . .	89
Lymphocytes . . . . .	} 11
Mononucléaires . . . . .	
Eosinophiles . . . . .	0

Trois jours plus tard, la température est revenue à la normale et le malade a repris connaissance.

La formule est la suivante :

3° Globules rouges . . . . .	5.600.000
Globules blancs . . . . .	17.700
Polynucléaires . . . . .	82
Lymphocytes . . . . .	12
Grands mononucléaires . . . . .	4
Eosinophiles . . . . .	2

Dix jours plus tard, quatrième prise de sang :

4° Globules rouges . . . . .	5.420.000
Globules blancs . . . . .	13.100
Polynucléaires . . . . .	75
Lymphocytes . . . . .	13
Grands mononucléaires . . . . .	9
Eosinophiles . . . . .	2,5

Les examens suivants nous ont donné comme résultats :

5° Globules rouges . . . . .	5.320.000
Globules blancs . . . . .	11.975

Polynucléaires . . . . .	74
Lymphocytes . . . . .	17
Grands mononucléaires . . . . .	5
Eosinophiles . . . . .	4
6° Globules rouges . . . . .	5.120.000
Globules blancs . . . . .	10.500
Polynucléaires . . . . .	66
Lymphocytes . . . . .	24
Grands mononucléaires . . . . .	7
Eosinophiles . . . . .	3
7° Globules rouges . . . . .	5.150.000
Globules blancs . . . . .	9.000
Polynucléaires . . . . .	73
Lymphocytes . . . . .	21
Grands mononucléaires . . . . .	3
Eosinophiles . . . . .	3
8° Globules rouges . . . . .	5.200.000
Globules blancs . . . . .	8.000
Polynucléaires . . . . .	78
Lymphocytes . . . . .	14
Grands mononucléaires . . . . .	6
Eosinophiles . . . . .	2,5

OBS. II. — Dans notre deuxième observation, il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, entré à l'hôpital Tenon le 10 février 1907 pour se faire soigner de ses crises d'épilepsie.

L'interrogatoire nous apprend qu'il est né d'un père alcoolique et que, du côté paternel, il avait un oncle atteint d'attaques d'épilepsie. Lui-même avoue quelques excès alcooliques.

La première crise d'épilepsie eut lieu à l'âge de quatorze ans. Pendant trois ans, il n'eut que trois crises chaque année; puis elles sont devenues de plus en plus fréquentes, l'empêchant de rester chez ses patrons.

Ces temps derniers, il eut jusqu'à dix crises par jour.

Ces crises surviennent jour et nuit, elles ont tous les caractères des crises épileptiques types.

Vers le mois de juin 1908, il a été soigné dans le service de M. Déjerine, et on a porté le diagnostic de mal comitial.

Depuis son entrée dans le service, il a plusieurs crises d'épilepsie qui se sont rapprochées dans les derniers jours.

Un matin, pendant la visite, on le trouve délirant; il prononce des paroles incompréhensibles, et semble tout hébété. Il veut chercher dans sa table de nuit un objet imaginaire, il manque de tomber; on veut le recoucher, mais il se débat et se raidit



dans une forte crise ; il faut cinq ou six hommes pour le maintenir.

Au bout de quelques instants, cette crise cesse, mais trois ou quatre autres comparables vont apparaître. Pendant une dizaine de jours, le malade reste dans le même état de stupeur, ne répondant pas aux questions, ou y répondant d'une façon incohérente ; il semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit — il est confus, abattu, dément, perdant urines et matières.

Une numération de sang faite dans le décours de la crise, mais alors qu'il était encore dans son état démentiel, donne les résultats suivants :

Valeur globulaire (Gowers) .	85 p. 100
Globules rouges . . . . .	4.120.000
Globules blancs . . . . .	15.000
Polynucléaires . . . . .	72
Lymphocytes types . . . . .	21
Moyens et grands mononucléaires . .	7

A la fin de février, moment où le délire s'est dissipé complètement, l'examen du sang donne une formule sanguine absolument normale.

Obs. III. — Dans notre troisième observation, c'est encore un homme âgé de trente-trois ans, entré le 30 mai 1911 à la salle Bichat.

Il nous est amené en plein coma épileptique.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 1911, il était soigné pour un mal perforant plantaire qui avait été opéré et très amélioré, dans le service de chirurgie du D<sup>r</sup> Thierry.

Son interrogatoire n'avait rien révélé de particulier ; c'était un éthylique, mais il n'avait pas parlé de crises d'épilepsie antérieures.

Le 31 mai 1911, à 7 heures du matin, le malade est pris brusquement, dans son lit, d'une crise convulsive succédant à un cri.

Ces crises se renouvellent fréquemment, toutes les dix minutes environ, sans que le malade reprenne connaissance ; c'est un véritable état de mal épileptique. Les contractions sont bilatérales avec prédominance cependant du côté droit, et particulièrement au bras droit. Mais la crise paraît caractéristique, la respiration est stertoreuse, la salive écume de la bouche, les urines et les matières sont émises.

A 9 h. 1/2, la température est à 37 degrés.

A 11 heures, la température est à 37 degrés.

*L'examen du sang* donne les résultats suivants :

Globules rouges . . . . .	5.560 000
Globules blancs . . . . .	20.500
Polynucléaires . . . . .	77
Lymphocytes . . . . .	14
Grands mononucléaires . . . . .	8
Eosinophiles . . . . .	0,35

Le malade ne reprend pas connaissance, ses cris disparaissent, les yeux se convulsent en haut, la respiration est stertoreuse, il n'y a ni hémiplegie, ni paralysie — pas de Babinski — le malade reste dans le coma et meurt quelques heures plus tard.

A l'autopsie, on trouve une hyperémie du cerveau et particulièrement dans la partie supérieure des circonvolutions, où, en avant de la scissure de Rolando, près de la dépression inter-hémisphérique du côté droit, on voit une zone ecchymotique répondant sensiblement à la frontale ascendante.

Les méninges sont d'épaisseur normale et se détachent facilement.

En somme, rien de spécial, sinon cette hyperémie cérébrale, que l'on trouve chez tout épileptique qui a succombé pendant l'état de mal.

Ces trois observations nous donnent des résultats identiques : pendant la phase délirante ou d'état de mal, la leucocytose atteint son maximum ; puis quand survient la guérison, elle diminue progressivement pour revenir à son chiffre habituel.

Ainsi, chez les deux malades qui ont survécu, le nombre des leucocytes est passé, pour l'un de 22.000 à 8.000 et pour l'autre de 15.000 à un taux normal. Notre troisième malade a succombé, mais à ce moment son sang renfermait 20.500 globules blancs.

Dans tous ces cas, il existait une augmentation notable des globules blancs. Cette augmentation n'est que passagère, c'est là le point essentiel sur lequel nous voulions attirer l'attention.

Nous avons recherché le rapport des différentes espèces de leucocytes, les résultats ne nous ont pas paru bien tranchés.

Quelquefois l'on constate une légère polynucléose, à laquelle succède souvent au moment de la convalescence une petite augmentation des lymphocytes. Plus nette est



la pauvreté remarquable en éosinophiles, et ceci confirme les recherches de Morselli et Pastore qui ont déjà signalé ce fait pendant les crises.

Enfin, dans la plupart des observations, le nombre des globules rouges est augmenté notablement : 5.600.000 dans l'une, 5.560.000 dans l'autre, et ceci répond à la formule sanguine trouvée dans le cas de délire transitoire dont nous avons déjà parlé, et qui atteignait 6.720.000 globules rouges, et revenait au moment de la guérison à 4.800.000.

Nous sommes donc en présence d'un fait certain, rigoureusement constaté, de modification passagère de la formule sanguine, en rapport avec l'état de mal et le délire confus.

*Comment interpréter ces troubles ?*

Mettons en garde tout d'abord contre deux causes d'erreur : on pourrait être tenté de faire jouer un rôle important à la température généralement très élevée dans l'état du mal. Mais une étude attentive de nos observations montre qu'il n'y a pas concordance absolue entre la température et la leucocytose.

Dans un cas, il n'y a pas eu de température ; dans l'autre, la température était au début à 37 degrés, alors que la leucocytose atteignait déjà 21.200 globules blancs.

La médication bromurée ne saurait non plus être invoquée, l'examen du sang a été fait chez deux des malades qui n'avaient pas pris de bromure depuis longtemps ; et nous avons pu vérifier, pour ainsi dire expérimentalement sur d'autres malades, l'inaction du bromure sur la formule sanguine.

*Dès lors comment interpréter ces faits ?*

Faut-il admettre que la simple concentration du sang et la cyanose qui marque l'attaque d'épilepsie puissent nous expliquer ces phénomènes ?

Cette hypothèse est séduisante ; elle peut suffire à nous expliquer l'augmentation passagère des globules rouges, mais elle ne saurait justifier la leucocytose : l'augmentation du nombre des globules blancs est en effet, toute proportion gardée, beaucoup plus considérable que celle des globules rouges.

On peut admettre encore que ces modifications du

sang, sont liées à l'état général, aux troubles de la nutrition et de l'alimentation qui sont la conséquence de la maladie nerveuse.

Il n'est pas impossible, il est même probable que ces troubles de la nutrition générale, toujours plus ou moins marqués chez les épileptiques, aient une certaine influence ; mais en ce cas on s'explique assez mal qu'il en résulte de la leucocytose.

D'autres maladies s'accompagnent de troubles de la nutrition générale bien plus prononcés, sans qu'on puisse noter un retentissement sur les éléments du sang.

Ces deux hypothèses peuvent donc avoir un certain rôle, mais elles sont insuffisantes à tout expliquer.

Restent deux opinions possibles :

L'intoxication ou la toxiinfection frappent le système nerveux en même temps que les organes modérateurs des globules blancs.

Ou bien,

Les troubles vaso-moteurs et circulatoires résultent d'un trouble nerveux primitif en rapport avec les attaques.

Il est vraisemblable que ces deux opinions renferment chacune une certaine part de vérité.

L'infection et l'intoxication jouent un rôle, et c'est même cette dernière qui, pour Morselli et Pastore, serait la cause principale, puisque ces auteurs croient que l'absence des globules blancs éosinophiles pendant l'attaque d'épilepsie tiendrait à l'existence d'une toxine à action cytolitique.

La théorie infectieuse a pour elle la fièvre qui existait dans deux de nos observations, mais nous avons déjà montré qu'il n'y avait pas concordance entre la température et la leucocytose. Il est naturel cependant de faire jouer un rôle à l'infection qui se traduit par la température, les troubles urinaires, etc., et à l'intoxication : l'on sait, en effet, que le sérum des épileptiques en état de mal est hypertoxique, qu'il tue rapidement le cobaye et peut même déterminer chez lui un véritable état de mal.

Le rôle de l'auto-intoxication trouve aussi une preuve dans les troubles des sécrétions internes des diverses glandes : corps thyroïde, hypophyse, ovaires, etc., qui



ont tout particulièrement attiré l'attention des auteurs dans ces dernières années.

La leucocytose pourrait n'être ainsi que le résultat de la lutte de l'organisme contre les éléments infectieux et toxiques; ce serait alors une leucocytose de défense, analogue à celle que l'on trouve dans la plupart des maladies infectieuses.

Cependant, pourquoi ne pas admettre que les seuls troubles de l'innervation liés à l'état d'excitation des centres nerveux ne soient suffisants à produire les manifestations hématologiques?

L'état du sang est alors la conséquence de la perturbation de l'activité nerveuse retentissant sur l'appareil vasculaire. On pourrait même concevoir une sorte de parallélisme entre la leucocytose et la gravité de l'excitation délirante et de l'état de mal.

La crise marquant la fin de la maladie serait le simple résultat de la cessation des troubles nerveux, ceux-ci fussent-ils même provoqués par une cause toxique ou infectieuse occasionnelle.

Cette théorie purement nerveuse trouve peut-être un appui dans les troubles vaso-moteurs nombreux chez les épileptiques : pâleur de la face, hémorragies conjonctivales, cutanées sur lesquelles insistaient Troussseau; dans les modifications de la tension artérielle, qui, très élevée pendant les premières périodes de la crise épileptique, retombe à la normale ou au-dessous, à la phase stertoreuse.

Tous ces phénomènes indiquent une réaction particulière du système cardio-vasculaire, ils nous expliquent qu'il puisse y avoir un retentissement sur l'état du sang.

Et, d'autre part, pourquoi ne pas admettre que le système nerveux, hyperexcité comme il l'est dans l'état du mal épileptique, soit capable de produire des modifications de l'état du sang, si l'on sait que chez les sujets simplement nerveux, au sens banal du mot, Goett a trouvé des modifications hématologiques qu'il explique par les changements extrarapides qui s'opèrent dans l'innervation vasculaire (vaso-constriction et vasodilatation).

De ces observations d'épileptiques en état de mal ou

en délire, nous croyons pouvoir rapprocher d'autres faits que nous avons étudiés récemment.

Il est assez inattendu de voir l'hystérie, ce type des névroses, nous en fournir un exemple : il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans, qui nous avait été adressée par le regretté D<sup>r</sup> Poulailhon.

Cette malade avait presque journellement des grandes crises d'hystérie et des accès de narcolepsie, l'examen du sang pratiqué à plusieurs reprises nous a montré une très forte leucocytose que rien ne pouvait expliquer ni l'examen des selles ni la recherche d'une infection latente.

La formule sanguine était :

Globules rouges . . . . .	5.075.000
Globules blancs . . . . .	17.420
Polynucléaires . . . . .	64
Lymphocytes . . . . .	33
Grands mononucléaires . . .	3
Eosinophiles . . . . .	0

Relatons aussi l'histoire d'une éclamptique morte récemment à la maternité de Tenon et dont l'examen du sang, que nous avons pu faire, grâce à l'obligeance de M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, nous a permis de déceler une leucocytose énorme : 48.500 globules blancs avec grosse prédominance de polynucléaires ; et cependant l'autopsie de cette femme et l'examen microscopique des organes n'ont révélé aucune lésion infectieuse suffisante.

Et tout récemment encore, entrainé à l'hôpital Tenon une femme de trente-deux ans en pleine crise d'éclampsie.

C'était une multipare enceinte de six mois, elle avait un peu d'albumine dans les urines, mais pas de température.

Nous avons examiné son sang, et nous avons trouvé :

Globules rouges . . . . .	5.200.000
Globules blancs . . . . .	28.000
Polynucléaires . . . . .	83
Lymphocytes . . . . .	10
Grands mononucléaires . . .	6
Eosinophiles . . . . .	0



Le lendemain, l'état de la malade avait nécessité l'intervention ; on avait dû provoquer l'accouchement, et vingt-quatre heures plus tard, alors que la malade avait repris connaissance et que son état général était devenu tout à fait rassurant, nous avons trouvé la formule sanguine suivante :

Globules rouges . . . . .	5.060.000
Globules blancs . . . . .	23.500
Polynucléaires . . . . .	85
Lymphocytes . . . . .	12
Grands mononucléaires . . . .	3
Eosinophiles . . . . .	0

Trois jours plus tard, le nombre des globules blancs était tombé à 12.500, et la formule sanguine était :

Globules rouges . . . . .	4.720.000
Globules blancs . . . . .	12.500
Polynucléaires . . . . .	77
Lymphocytes . . . . .	15
Grands mononucléaires . . . .	7
Eosinophiles . . . . .	0

Cette observation est intéressante ; car la modification sanguine, leucocytose avec polynucléose, ne peut être mise que sur le compte de l'éclampsie ; le premier examen du sang ayant été fait avant l'accouchement, alors que la malade était enceinte de six mois.

La malade est encore à l'hôpital Tenon et nous nous proposons de continuer l'examen du sang que nous pensons voir revenir à un taux normal.

Dans tous ces cas, qu'il s'agisse d'épileptiques en état de mal, de délires, d'éclamptiques, ou de simples névroses, l'on peut donc penser que les modifications sanguines relèvent en tout cas des troubles de l'innervation, liés à l'état d'excitation des centres nerveux.

Il faut alors admettre que les perturbations nerveuses vaso-motrices, soient capables de modifier le nombre apparent des éléments du sang. C'est une simple hypothèse, mais une hypothèse qui nous paraît fort vraisemblable, et qui pourrait expliquer les cas où l'on ne peut trouver une cause infectieuse ou toxique.

Cette modalité serait à opposer à l'action simultanée sur les organes hématopoiétiques et sur le système nerveux d'une infection ou d'une intoxication.

Le rôle des troubles vaso-moteurs étant admis pour une part importante, il resterait encore à préciser le mode d'action de ces troubles pour produire les lésions si complexes observées dans le sang.

C'est une question qu'on peut poser, mais qu'il est encore impossible de résoudre. Ce n'est qu'après de nouvelles recherches qu'il sera peut être possible de se faire une opinion ferme.

Ces modifications de la formule sanguine sont-elles exceptionnelles, ou bien se retrouvent-elles constamment dans les délires épileptiques ; c'est ce que l'avenir nous apprendra.

Mais, nous devons retenir, qu'il peut exister des variations marquées, transitoires et sous la dépendance du seul ébranlement nerveux que détermine la crise épileptique, et ceci vient confirmer les idées de l'un de nous sur l'existence d'une leucocytose passagère dans les délires transitoires.

Quant à la cause qui en est la déterminante, il est difficile d'avoir une opinion ferme, lorsqu'il s'agit d'une maladie comme l'épilepsie dont l'action et la pathogénie sont encore si peu connues.

#### DISCUSSION

M. MARCHAND. — L'épileptique en état de mal a-t-il été soumis à un traitement particulier ?

M. FEIL. — Les premiers examens hématologiques ont été pratiqués d'emblée, et avant l'application d'un traitement méthodique.

M. MARCHAND. — Le malade s'est-il alimenté ?

M. FEIL. — Il a été alimenté.

M. MARCHAND. — Dans la numération des éléments du sang chez les épileptiques en état de mal, il y a lieu de tenir compte des diverses causes qui peuvent agir sur le plasma et les éléments du sang. Je me rappelle avoir fait dans le service de M. Toulouse l'examen du sang d'une malade en état de mal ; j'ai pratiqué l'examen



du sang avant que cette malade, qui avait perdu connaissance, soit nourrie à la sonde et plusieurs heures après l'alimentation artificielle. J'ai trouvé, à quelques heures d'intervalle par conséquent, des variations notables dans la numération des globules rouges et des globules blancs. Après plusieurs examens du sang chez cette malade, je ne suis arrivé qu'à des résultats contradictoires. Dans les recherches de cette sorte, on doit pratiquer de nombreux examens et se mettre dans les mêmes conditions d'examen.

M. PIÉRON. — Dans les intéressantes observations qui viennent de nous être apportées, on peut se demander — et les auteurs se sont posé, je crois, la question — s'il s'agit de variations apparentes, dues à des réactions vasculaires modifiant la formule sanguine des capillaires, ou s'il s'agit de phénomènes d'hématopoïèse. En ce qui concerne le nombre absolu des éléments, il est bien certain que des variations qui n'ont rien d'excessif, ne peuvent être considérées comme ayant une grande valeur, étant donné qu'une vaso-constriction émotive, une vaso-dilatation dans la période digestive, peuvent entraîner d'énormes variations, le plasma sortant des capillaires plus facilement que les globules. Seulement, il paraît y avoir, par rapport au nombre des globules rouges, une proportion notablement plus forte de leucocytes. Et pour cette donnée, le problème du mécanisme peut alors se poser avec plus d'acuité, la réaction vasculaire ne permettant guère de l'expliquer. Quant à la proportion plus grande des polynucléaires, elle n'est apparue que dans un cas sur trois, et par conséquent, ne peut être considérée comme générale, si tant est qu'on puisse parler, même pour la leucocytose, de phénomènes généraux après ces quelques observations très intéressantes, mais qui ne font évidemment qu'amorcer la question.

M. KLIPPEL. — J'appelle votre attention sur le fait que, chez nos malades, des examens hématologiques successifs nous ont permis d'assister à une évolution de la composition du sang. Il s'agit donc de quelque chose de plus que d'avoir établi quelques formules sanguines en rapport avec un état clinique déterminé.

M. TRÉNEL. — Ces constatations sont fort intéres-

santes. Cependant, les phénomènes physio-pathologiques qu'elles nous permettent d'entrevoir, méritent d'être confirmés par des observations plus nombreuses, observations au sujet de chacune desquelles des examens hématologiques plus fréquents devront être pratiqués.

La séance est levée à 5 h. 30.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.



# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société clinique de médecine mentale

Séance du 20 novembre 1911.

I. — *Hallucinations, pseudo-hallucinations, phénomènes autoscopiques.* — M. *Beaussart* présente un malade atteint de délire de persécution systématisé, s'accompagnant d'hallucinations de l'ouïe et de quelques hallucinations de la vue; ce malade crée à volonté, et d'une façon continue, des images qu'il affirme voir devant ses yeux et qui ressembleraient aux véritables hallucinations qu'il a. Cependant, ces créations ne sont pas des hallucinations, comme on pourrait le croire tout d'abord, mais bien de simples interprétations délirantes qui ont eu leur point de départ dans les quelques hallucinations de la vue. Par le même mécanisme imaginaire, il se représente aussi son image devant les yeux. Il est arrivé à voir également ses organes internes depuis qu'il a lu un livre d'anatomie; le fait qu'il s'agit là de réminiscences est des plus probants. De riches hallucinations psycho-motrices viennent compléter le tableau clinique.

M. *Colin* insiste sur le fait que, chez ce malade, il était permis de prendre pour des hallucinations visuelles des interprétations psychiques. En réalité, il s'agit ici de pseudo-hallucinations spéculaires, cinématographiques, de soi-disant phénomènes d'autoscopie externe ou interne, le tout résultant d'un délire basé, lui, sur de véritables hallucinations auditives et cénesthésiques.

II. — *Syndrome labio-glosso-laryngé à évolution rapide.* *Présentation de pièce.* — MM. *Briand* et *Bonhomme* présentent l'observation clinique et les pièces d'une malade morte après avoir offert pendant deux ans les signes d'une paralysie bulbaire à début brusque, parole nasonnée, dysarthrie, dyspha-

gie. Les symptômes ne paraissent pas avoir progressé : la démence et la déchéance physique seules augmentèrent ; les signes paralytiques étaient peu intenses.

La malade mourut dans des crises épileptiformes. A l'autopsie, on trouva de nombreux foyers de ramollissement lacunaire, dans les noyaux gris centraux particulièrement. Dans la protubérance, une lacune de désintégration ancienne dans la moitié gauche ; dans la moitié droite, un foyer hémorragique récent. Les deux lésions symétriques siègent à la partie tout à fait supérieure de la protubérance en hauteur, et sur la ligne médiane dans le sens transversal. Malgré cette localisation, il n'y avait pas de signes d'altération du facial supérieur.

### III. — *Syndromes obsédants et impulsifs chez un dégénéré.*

*Présentation de malade.* — M. Fillassier présente un malade qui, parmi des syndromes obsédants et impulsifs multiples, présente une crainte extrême de la contagion ; il redoute que le défaut d'une propreté rigoureuse ne mette en danger la vie de ses enfants ; il ne peut voir un grain de poussière sans en éprouver une angoisse extrême ; un cheveu tombe-t-il de sa tête, il l'enveloppe dans un papier et va le porter sur un tas d'ordures. Il se rend compte du caractère morbide de ses préoccupations et en arrive à redouter de frapper les siens qui ne l'aident pas à les surmonter ; à plusieurs reprises, il a tenté de se tuer.

IV. — *Paralysie générale à évolution rapide. Présentation de pièces.* — MM. Demay et Bonhomme présentent l'observation clinique d'un malade mort rapidement avec des phénomènes d'infection aiguë. Un an auparavant, il avait eu des troubles oculaires traités par le « 606 » et le mercure. A son arrivée à l'asile, il est dans un état de manie violente avec légère inégalité pupillaire et exagération des réflexes rotuliens.

Peu de jours après son entrée, sa température s'élève, en même temps que l'agitation diminue, et le malade meurt dans le coma, sans signes de localisation infectieuse.

A l'autopsie, on constate que les méninges frontales sont oedématisées, épaissies et presque en symphyse dans la scissure interhémisphérique. L'hémisphère gauche présente un vaste ramollissement ayant détruit tous les noyaux centraux. On peut se demander s'il s'agit d'une paralysie générale à marche réellement rapide ou d'une infection intercurrente.

V. — *Présentation des dessins d'un dément précoce avec état maniaque.* — M. Leroy présenta un certain nombre de dessins



exécutés par un dément précoce avec état maniaque. Ces dessins sont caractérisés par du maniérisme, de l'incohérence, des stéréotypies, de l'automatisme et de la graphomanie. Ils montrent que, selon les thèmes envisagés, on peut considérer ces dessins comme l'œuvre, soit d'un dément précoce avec état maniaque, soit d'un maniaque chronique avec affaiblissement intellectuel.

*Séance du 18 décembre 1911.*

I. — *Auto-mutilations chez les aliénés. Présentation de trois malades.* — MM. Vigouroux et Prince présentent : 1° un paralytique général qui, au début de son affection, s'est amputé l'avant-bras au tiers inférieur. Il souffrait, dit-il, de la main, et il se considérait comme bon chirurgien, parce qu'il avait autrefois pénétré dans une salle d'opérations pour effectuer des réparations électriques.

2° Un dément précoce, à forme catatonique, qui s'est fait sur tout le corps, avec un bouton de chemise cassé entre ses dents, des tatouages sanglants intéressant toute l'épaisseur de la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. On distingue des croix, des flèches nombreuses et, en lettre d'imprimerie : battu par infirmiers, mais, casse-cou, Chavanne... etc. Ces dessins sont comparables à ceux que d'autres déments précoces font sur le papier.

3° Un dément précoce hébéphrénique qui, pour se rendre compte des souffrances qu'endurent les animaux, se précipitait la tête contre les murs avec une violence telle, qu'il écrasait des tuyaux métalliques. Il se mordait les lèvres et les mains dont il enlevait de grands lambeaux.

Chez ces trois malades, qui n'étaient pas des mélancoliques, les auto-mutilations ne sont pas dues à des hallucinations impératives ou à des impulsions : elles n'ont pas été pratiquées dans un but de suicide.

On peut observer la filiation psychologique.

II. — *Rhumatismes tuberculeux et stupeur. Présentation de malade.* — MM. Vigouroux et Prince montrent un jeune homme de dix-neuf ans, présentant une lourde hérédité tuberculeuse : atteint à huit ans de pelade tuberculeuse, à neuf ans d'adénite tuberculeuse cervicale suppurée, puis progressivement de polyarthrites multiples des tibio-tarsiennes, des coudes, des poignets, des doigts, sans suppuration. Il s'agit là de la

forme hypertrophique et ankylosante du rhumatisme tuberculeux déformant de Poncet.

Depuis quatre mois, ce malade est dans un état de stupeur complet.

Les auteurs considèrent qu'il y a là une localisation successive du processus tuberculeux ou seulement de ses toxines sur le cuir chevelu, sur les ganglions cervicaux, sur les articulations et enfin sur le cortex cérébral.

III. — *Amnésie chez une hystérique et organique ; perte temporaire de l'identité ; ictus ou choc moral. Présentation de malade.* — MM. de Clérambault et Vinchon présentent une malade âgée de soixante-trois ans, arrivée à l'infirmérie spéciale dans les circonstances suivantes : Elle est arrêtée sur le boulevard Malesherbes et elle est incapable de donner le moindre renseignement sur son identité. Elle raconte avoir été victime d'une agression sur les marches du Crédit lyonnais, s'être vue frappée par un individu, puis avoir perdu connaissance. Quelques bribes de souvenirs reviennent de temps à autre jusqu'au 26 septembre, date à laquelle ils reviennent en masse au cours d'un rêve. Elle a eu plusieurs accès analogues autrefois, consécutifs à des émotions comme celui-ci et se terminant à peu près de la même façon.

L'examen clinique nous apprend que la malade est porteuse de stigmates hystériques et qu'elle a présenté des crises hystéroriformes plus ou moins frustes à différentes périodes. Mais, d'autre part, elle présente les signes physiques d'une hémi-parésie gauche et, au point de vue mental, sa mémoire, en dehors des accès d'amnésie paroxystique, est généralement affaiblie.

Les auteurs se demandent si on ne se trouve pas là en présence d'une amnésie fonctionnelle ayant évolué sur un fond organique à la faveur d'un ictus, le récit de l'agression devant être mis sur le compte de la fabulation, ce qui est tout à fait vraisemblable chez cette malade.

IV. — *Accès intéressant de délire onirique chez une grande déséquilibrée hystérique après ablation des ovaires.* — M. Leroy communique l'observation d'une grande déséquilibrée, ayant subi une double ovariectomie, qui présente depuis quelques années des accès intermittents de délire onirique. Il discute à ce propos la question de l'hystérie et de l'auto-intoxication par suite de l'opération antérieure.

V. — *Une persécutée démoniaque. Présentation de malade.*



— M. *Capgras* montre une prédisposée héréditaire, à niveau intellectuel supérieur, qui fut atteinte, à trente-sept ans, d'un délire de persécution exclusivement interprétatif pendant trois ans. Survint ensuite une crise de démonopathie externe avec préoccupations d'ordre génital, hallucinations multiples, sauf de la vue, éclosion rapide d'idées de grandeur. Au bout de huit mois, la démonopathie fit place à la théomanie avec érotisme. Cette psychose qui, jusque-là, suivait la marche du délire chronique, se modifia vite. La théomanie dura peu et fut entièrement effacée par une démonopathie interne avec idées de possession. Actuellement, le délire est en voie de dissociation et l'intelligence s'affaiblit.

VI. — *Deux cerveaux d'apraxiques. Présentation de pièces.*

— M. *Truelle* montre les cerveaux de deux apraxiques présentées à la Société clinique le 23 mai 1910 et le 21 avril 1911.

Dans le premier cas (cas typique d'apraxie unilatérale gauche de la forme kinétique selon *Liepmann*), on trouva à l'autopsie un petit foyer linéaire sectionnant une partie des fibres calleuses au niveau du genou à son entrée dans l'hémisphère gauche, et aussi un ramollissement détruisant la moitié postérieure de T<sup>2</sup> et intéressant assez profondément la substance blanche sous-jacente.

L'une et l'autre de ces lésions correspondent à celles indiquées par *Liepmann* comme susceptibles de provoquer le syndrome apraxie idéokinétique, sans qu'il soit possible de dire en toute certitude celle qu'il faut incriminer dans l'espèce.

Dans le deuxième cas, cliniquement plus complexe, il y avait aussi de l'apraxie unilatérale gauche se rapprochant par certains côtés de la même forme idéokinétique de *Liepmann*, mais présentant par ailleurs des similitudes avec la forme idéomotrice de *Pick* (idéatoire de *Liepmann*) et surtout des signes d'apraxie kinétique ou motrice segmentaire. Ce syndrome complexe était dominé et vraisemblablement en grande partie régi par des troubles curieux de la perception des sensations limités au côté gauche. A l'autopsie, on trouva, à droite, un énorme ramollissement détruisant P<sup>1</sup>, P<sup>2</sup>, partie de P<sup>3</sup> et la presque totalité du lobe temporal; la substance blanche sous-jacente était en partie détruite. A gauche, il existait un autre ramollissement plus petit, mais très profond, limité à la moitié postérieure de T<sup>2</sup>.

VII. — *Amnésie de fixation chez un paralytique général. Présentation de pièces.* — M. *Vigouroux* montre les prépara-

tions d'un malade ayant présenté les signes physiques de la paralysie générale confirmée par l'autopsie et l'examen histologique avec, en plus, foyer d'encéphalite hémorragique. Léger affaiblissement intellectuel, mémoire des faits anciens bien conservée, amnésie de fixation complète portant sur une période de deux ans. Cette amnésie, qui était consciente, est comparable à celle qu'on observe dans la psychose polynévritique de Korsakoff.

VIII. — *Aliénés inventeurs.* — M. M. Ducosté présente les épreuves et les dessins de deux délirants. Le premier a « reconstitué », d'après ses seules hallucinations de la sensibilité générale, les appareils avec lesquels le torturent ses persécuteurs. Ces appareils, très compliqués, expliquent, chacun pour sa part, les diverses sensations du malade; c'est ainsi qu'une lunette astronomique permet de lire sa pensée à une distance quelconque, qu'un « graduateur » donne aux persécuteurs la latitude d'agrandir ou diminuer les images des personnes qu'ils surveillent, que cinquante-deux canons, actionnés par une force de 40 millions de volts, lancent des ondes brûlantes ou glacées, des odeurs infectes, transmettent des pressions formidables, etc. Ces divers appareils sont dessinés et leur mécanisme décrit par le malade avec un soin extrême.

L'autre sujet est un dément qui passe sa vie à inventer : il a dessiné des centaines de machines. Parmi ces inventions, une roue « génémobile » résout le problème du mouvement perpétuel.

*Séance du 15 janvier 1912.*

I. — *Un persécuté délirant à réactions dangereuses. Présentation de malade.* — MM. Vigouroux et Prince présentent un malade persécuté classique qui, depuis quelque temps, réclame pour ses enfants une rente viagère de 1.200 francs de son persécuteur parce que celui-ci le sachant fou lui a permis de se marier et de procréer des enfants dégénérés. Pour faire aboutir ses revendications, il a menacé de mort les médecins de l'asile. Immédiatement avant l'apparition des premiers troubles mentaux, ce malade a présenté une dyspepsie grave.

II. — *Tentative de suicide par ingestion de cailloux chez une mélancolique. Présentation de malade.* — M. Dupain montre une mélancolique obsédée par des idées de suicide. Elle a déjà eu des accès mélancoliques analogues, il y a plusieurs



années, avec une tentative de suicide par submersion. Le début de l'accès actuel remonte à trois mois, à la suite d'une scène de famille. Plusieurs tentatives de suicide ; la malade boit de la teinture d'iode, va se jeter à la Seine, essaie de se pendre. Admise dans le service et sous l'influence d'une idée de suicide plus impérieuse, elle avale des cailloux. Ces derniers, assez volumineux et malaisés à déglutir, furent évacués par les voies naturelles sans donner lieu à aucun incident.

M. A. Marie rappelle, à propos de l'observation de M. Dupain, trois cas analogues qu'il a observés lui-même : 1° aiguilles avalées au nombre de 100 par une hystérique morte par phlegmon iliaque (radiographie) ; 2° montre et écus de 5 francs avalés et rendus sans inconvénients par un dément précoce ; 3° cailloux et objets divers avalés par un mélancolique confus, mort de perforation intestinale.

III. — *Tentative de suicide précédée d'un double homicide. Présentation de malade.* — MM. Rogues de Fursac et Leroy présentent deux cas de mélancolie avec réaction suicide et homicide. La première malade a fait une très grave tentative de suicide, admirablement combinée, après avoir tué délibérément ses deux enfants. On ne constate chez elle ni dépression ni idées délirantes, ni anxiété, ni obsessions. Les auteurs se demandent si cette observation, qui ne rentre dans aucun cadre clinique naturel, ne doit pas être rangée dans une étiquette aujourd'hui oubliée : le *tædium vitæ*, le spleen, surtout étudié en Angleterre.

La deuxième malade a essayé, à plusieurs reprises, de se tuer et a voulu également tuer ses enfants, mais elle n'a fait qu'ébaucher l'acte. C'est une forme plus classique : psychasthénie avec dépression mélancolique intermittente et obsession. Ces deux malades ont des tendances réactionnelles à peu près semblables, le diagnostic et le pronostic diffèrent absolument chez chacune d'elles.

M. Colin critique le diagnostic de suicide attribué au spleen ou *tædium vitæ* dans le premier cas. Il s'agit d'une femme lourdement tarée au point de vue héréditaire : fille d'alcoolique et qui est elle-même une débile. Ce cas semblerait au contraire donner raison à la théorie d'Esquirol, d'après laquelle les individus enclins au suicide sont toujours suspects au point de vue de l'intégrité des facultés intellectuelles. Cette théorie est évidemment infirmée par de nombreux faits, mais ne paraît pas devoir l'être par l'observation actuelle.

M. A. Marie rappelle, à propos des suicides sans délire, les mélancolies légitimes de Lasègue et les suicides *a miseria* où l'ambiance prime l'état psychopathique intrinsèque.

IV. — *Le paludisme chronique avec épilepsie. Présentation de pièces et de préparations.* — MM. Vigouroux et Prince présentent le cerveau, le foie et les préparations histologiques des différents organes d'un alcoolique devenu dément lequel, avant sa mort, avait eu pendant des attaques épileptiques franches des bouffées hallucinatoires et plus tard une hémiparésie droite. Son foie était cirrhotique et adénomateux et son cerveau présente des lésions surtout sous-corticales : zone de sclérose péri-vasculaire, lacunes de désintégration.

V. — *Amnésie de fixation chez un paralytique général. Présentation de coupes histologiques.* — MM. Vigouroux et Prince montrent les préparations histologiques d'une méningo-encéphalite diffuse. La malade, pendant la vie, présentait comme principal symptôme morbide de l'amnésie de fixation. A l'examen, on constate des lésions banales de paralysie générale.



## BIBLIOGRAPHIE

*Deutsche Heil-und Pflegeanstalten für Psychischkranke im Wort und Bild* (Les établissements allemands pour le traitement et l'assistance des aliénés. Texte et illustrations). Ouvrage publié par le Dr Johannes Bresler. 1 vol. in-4°, cartonné. Halle a. S., Carl Marhold, 1910.

A l'occasion et en souvenir du quatrième Congrès international d'assistance des aliénés, qui s'est tenu à Berlin du 3 au 7 octobre 1910, notre distingué collègue, M. le Dr Bresler, a eu l'heureuse idée de nous donner une œuvre vraiment exceptionnelle, contenant la description des principaux asiles d'aliénés d'Allemagne. A cet effet, il s'est adressé aux médecins de ces établissements, qui se sont empressés de répondre à son appel, en lui envoyant, outre l'historique et la description détaillée des asiles qu'ils dirigent, des plans, des illustrations variées qui permettent au lecteur d'entrer en quelque sorte dans l'intimité des différents services d'aliénés décrits, de se faire une idée assez exacte de leur organisation intérieure. Je ne connais pas de lecture plus attachante et plus instructive pour un médecin aliéniste que ce gros volume in-folio bourré de figures qui, en vivifiant le texte, permettent de le lire avec plus d'intérêt et de profit.

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première est consacrée aux asiles proprement dits, au nombre de quarante-six, appartenant aux États, aux provinces ou aux villes ; la seconde, aux maisons de santé privées, au nombre de dix-neuf. C'est donc un ensemble de soixante-cinq monographies, constituant la description la meilleure, la plus vivante, de l'organisation des asiles d'aliénés en Allemagne.

Ce qui frappe tout d'abord en parcourant ce riche album, c'est qu'ils sont très rares les asiles ayant cet aspect monumental, tenant de la caserne ou du couvent, parfois même de la prison, qu'on observe trop souvent encore dans d'autres pays. En règle générale, on a adopté, chez nos voisins de l'Est, le

système des pavillons isolés, disséminés au milieu de la verdure, constituant avec les services généraux un véritable petit village dont rien n'indique la destination. Ce système semble bien être destiné à prédominer ; on l'applique partout où se construisent de nouveaux asiles, et l'on s'en trouve bien.

Le volume débute par l'asile d'Illenau, dans le grand-duché de Bade. Cet établissement, fondé par Roller, est bien connu en France depuis la description magistrale qu'en a donnée Falret père, il y a près de soixante-dix ans, et qu'on peut lire dans le volume de cet illustre aliéniste, intitulé : *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* (Paris, 1864, p. 601). Il appartenait au Dr H. Schüle, le deuxième successeur de Roller, aujourd'hui le doyen vénéré des médecins aliénistes allemands, de présenter cet asile au public ; son article est surtout un pieux éloge de son fondateur, derrière lequel il s'efface modestement ; mais il n'a garde d'oublier ses nombreux collaborateurs, devenus illustres, qui, soit comme assistants, soit comme volontaires, résidèrent à Illenau pour se perfectionner dans la connaissance des maladies mentales ; citons entre autres, Gudden, Krafft-Ebing, Kirn, Hagen, Kussmaul, Ludwig, tous noms qui honorent à juste titre la psychiatrie allemande ; Biffi, de Milan ; Frese, de Moscou, etc.

Outre Illenau, le grand-duché de Bade possède un autre grand établissement qui ne date que d'une dizaine d'années, c'est l'asile de Wiesloch. Son médecin-directeur, le Dr Max Fischer, s'est chargé de nous le présenter ; il s'est appliqué surtout à faire ressortir les nombreuses innovations qui y ont été introduites et qui font de cet asile un établissement modèle.

On en peut dire autant de celui de Rouffach, dans la Haute-Alsace, construit tout récemment, et que plusieurs de nos collègues des asiles de la Seine sont allés visiter. Ils en ont admiré la sage ordonnance, l'aspect gai et riant, qui fait un si vif contraste avec l'air quelque peu rébarbatif de maints de nos asiles français, anciens couvents ou vieilles casernes, transformés en établissements d'aliénés par mesure d'économie. Ils en ont apprécié aussi les heureuses distributions, ainsi que les détails de l'organisation intérieure des différents pavillons. On voit d'ailleurs dans le texte, qui est dû à la plume du Dr Gross, le médecin-directeur, que rien n'a été oublié pour mettre ce nouvel asile au niveau du progrès de la science. Puissent nos administrations, lorsqu'elles auront un nouvel établissement d'aliénés à construire, suivre cet exemple et tenir compte des



nécessités que l'évolution des idées en médecine mentale impose à tous ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent ou sont obligés de s'intéresser aux questions d'assistance et de traitement de ce genre de malades !

Il ne saurait être question, en un article bibliographique, de passer en revue les soixante-cinq asiles et maisons de santé décrits dans le bel ouvrage sur lequel nous appelons l'attention des lecteurs des *Annales*. La plupart de ces établissements sont déjà connus en France par la magistrale description qu'en a donnée M. Paul Sérieux dans son volume, si remarquable à tant d'égards, publié en 1903 et qui a pour titre : *L'Assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*. Plus récemment, notre distingué collaborateur M. le Dr G. Vernet a publié ses impressions *d'un voyage d'études dans les asiles-colonies d'Allemagne* (Broch. in-8°, Moulins, 1907). En une soixantaine de pages d'un style d'une élégante sobriété, l'auteur de cette brochure, qui n'est qu'un simple rapport adressé au Préfet de l'Allier, rend compte de ce qu'il a vu. Si, durant le cours de son voyage, il a visité une quinzaine d'asiles d'aliénés, il a particulièrement étudié ceux d'Alt-Scherbitz, de Galkhausen et d'Egfling, dont la vue lui a fait éprouver un véritable « sentiment d'admiratif étonnement ». Nous avons eu la curiosité de visiter à notre tour ces trois asiles dans le magnifique album du Dr Bresler avec, pour guide, le rapport de M. Vernet. Voici d'abord Alt-Scherbitz. L'article qui concerne cet établissement est dû à la plume du Dr Paetz, — « dont Alt-Scherbitz est l'œuvre, — l'autorité la moins contestée d'Allemagne sur tout ce qui a trait à l'assistance des aliénés dans les asiles-colonies » ; c'est M. Vernet qui parle. Malheureusement, M. Paetz n'a consacré à son œuvre si remarquable que deux pages, qui ne sont illustrées d'aucun plan et d'aucune gravure. Est-ce modestie ? Dans tous les cas, pour nous, c'est une désillusion : force nous est donc de nous contenter des descriptions — excellentes d'ailleurs — de M. Sérieux et de M. Vernet.

Nous sommes plus heureux avec les asiles d'Egfling et de Galkhausen. Ici, plans et gravures ne manquent pas ; même pour ce qui concerne le premier de ces établissements, les uns et les autres abondent. D'après tous ces documents, faits avec soin, il est permis d'affirmer que ces deux asiles, de même que ceux de Wiesloch et de Rouffach dont nous avons parlé plus haut, approchent de très près de la perfection, qu'ils semblent

vraiment réaliser l'idéal qu'on doit se faire aujourd'hui d'un établissement destiné au traitement et à l'assistance des aliénés.

Mais ce volume ne contient pas seulement de pittoresques vues à vol d'oiseau, des plans consciencieusement établis, des reproductions exactes d'intérieurs de pavillons, il nous fournit aussi des renseignements précieux sur des questions d'un très grand intérêt, telles que le coût de la construction des nouveaux asiles modèles, l'organisation du service médical, la proportion du personnel secondaire, etc. On y apprend aussi — ce que personne d'entre nous n'ignore — qu'en Allemagne, heureux pays ! on s'est bien gardé de séparer les fonctions médico-administratives. C'est en France, où elle est méconnue, qu'a été formulée la célèbre maxime : « Dans un asile d'aliénés, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et celles d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin » ; mais c'est à l'étranger qu'elle est appliquée dans son intégralité, et on s'en trouve bien.

A ce propos, il ne nous paraît pas superflu de rapporter une anecdote des plus significatives, racontée non sans humour par M. Vernet (V. son *Rapport*, page 33) : « Le hasard voulut que, le 19 mai 1906, ma visite à l'asile de Galkhausen coïncidât précisément avec celle qu'y venait faire dans le même but une mission de la Délégation d'Alsace-Lorraine. A cette occasion, le Landeshauptmann de la Province rhénane — fonctionnaire dont les attributions en matière d'assistance sont analogues à celles de nos préfets — était venu tout exprès de Düsseldorf pour faire aux membres de la Délégation les honneurs de l'établissement. Très aimablement, M. le médecin-directeur Herting voulut bien me prier de m'adjoindre au groupe de nos anciens compatriotes et je pus ainsi profiter de l'intéressante conférence dont il fit précéder la visite de ses services. La démonstration terminée, M. Herting s'étant mis à la disposition de ses auditeurs pour tous renseignements complémentaires qu'ils pourraient désirer, l'un d'eux lui posa entre autres questions celle de la division ou de la réunion des fonctions médico-administratives. M. Herting s'apprêta à répondre, lorsque le Landeshauptmann, intervenant, lui demanda de vouloir bien lui laisser à lui-même ce soin. Et alors, avec beaucoup de tact, mais aussi avec beaucoup de verve, avec des détails qui révélaient une connaissance profonde des hommes et des choses de notre pays, cet administrateur fit le procès de ce qu'il appela le « système français », du directeur administratif, car — et il insista sur



ce point — c'est en France et en France seulement que l'on peut voir cette « hérésie » d'un asile d'aliénés confié à d'autres mains qu'à celles d'un aliéniste. Non sans ironie, il remarqua que si, jusqu'à ce jour, l'idée et la chose étaient restées exclusivement françaises, c'était sans doute que les résultats n'en avaient pas paru à ce point brillants qu'aucune nation, pas plus en Europe qu'en Amérique, ait jamais pu songer à nous les emprunter. Et il termina en exprimant le vœu que, dans l'intérêt même du futur asile de Sarreguemines, la Délégation d'Alsace-Lorraine s'abstînt de tenter chez elle cette expérience et de s'engager dans une voie qui ne lui réserverait sans doute que des déboires. »

Les conseils de M. le Landeshauptmann étaient bons, et ils furent suivis. Je doute qu'ils reçoivent le même accueil en France, où se produit sur cette question, depuis quelques années, un véritable mouvement de recul. La séparation des fonctions médicales et administratives dans les asiles d'aliénés tend à y devenir la règle, et leur réunion, l'exception. Il ne serait pas difficile de trouver les raisons de ce mouvement, regrettable à tous égards ; mais ce n'est pas le lieu d'insister sur ce point capital de notre organisation des asiles d'aliénés.

La courte analyse que nous venons de faire, les réflexions que nous a suscitées la lecture de l'important recueil si heureusement mené à bien par notre collègue M. Bresler, nous prouvent qu'il a fait œuvre utile, en réunissant et publiant les monographies des plus importants asiles d'aliénés de son pays. Ce volume ne peut manquer d'avoir du succès auprès de tous les aliénistes ; sa place est marquée dans les bibliothèques de tous les asiles d'aliénés, où il devra être consulté non seulement par les médecins, mais aussi par les architectes qui y apprendront que pour adapter un établissement d'aliénés à ses fonctions, point n'est besoin d'édifier des monuments grandioses qui peuvent flatter l'œil extérieurement, mais ne rendent guère les services qu'on est en droit d'en attendre.

En terminant, félicitons le Dr Bresler du choix heureux de ses collaborateurs, dont les monographies, ainsi réunies, constituent une histoire vivante et vécue du régime des aliénés en Allemagne au commencement du xx<sup>e</sup> siècle ; félicitons aussi l'éditeur, M. Marhold : en apportant à son impression de rares qualités de bon goût, il a fait de ce grand et important ouvrage une publication vraiment artistique.

ANT. RITTI.

*La mimica del dolore* (La mimique de la douleur). Conférence donnée à Rome, le 2 mai 1908, sous les auspices de la Société des auteurs, par le professeur Giuseppe Antonini, d'Udine. Broch., grand in-8°. Extrait des *Conferenze e prolusioni*, 1908.

La douleur reconnaît pour cause un trouble des relations entre l'organisme et le monde extérieur; elle est plus ou moins ressentie suivant le degré de susceptibilité, laquelle est subordonnée aux conditions d'excitabilité des nerfs. Avant ou en même temps que la douleur se traduit à l'extérieur par des attitudes corporelles ou une mimique expressive, la douleur détermine un certain nombre de modifications physiologiques : ralentissement du cœur pouvant aller jusqu'à la syncope, ou augmentation de la fréquence du pouls avec modification du rythme, respiration anormale rapide ou lente, diminution notable de l'acide carbonique expiré et par conséquent diminution de l'énergie des échanges organiques pouvant aller jusqu'aux troubles de la nutrition générale si la douleur se prolonge.

Au point de vue des fonctions motrices, on observe deux modes de réaction à la douleur, suivant que la réaction est passive (dépression, arrêt ou suppression des mouvements) ou active (agitation, contorsions, convulsions); Filippo Lusanna a montré que les phénomènes spasmodiques caractérisent plutôt la douleur physique, et les phénomènes d'arrêt la douleur morale.

Quoi qu'il en soit, les expressions répondent à des règles, à des lois que l'étude des fonctions des muscles faciaux nous permet aujourd'hui d'exposer. La caractéristique de la douleur et de la souffrance morale est le rapprochement des sourcils et le froncement vertical du front par suite de la contraction du muscle sourcilier; la colère se caractérise par le froncement de la base du nez et l'abaissement de la moitié interne du sourcil grâce à la contraction du muscle pyramidal du nez; de même la douleur et les pleurs sont exprimés par la contraction du muscle petit zygomatique qui porte en haut et en dehors la lèvre supérieure; le muscle triangulaire des lèvres, en abaissant et en portant en dehors la commissure labiale, indique la tristesse et l'orbiculaire, en rétrécissant la bouche et en fronçant les lèvres, exprime la fâcherie. Tout ceci est vrai surtout de la



douleur physique; la douleur morale se traduit au contraire, en général du moins, par un relâchement musculaire analogue à celui qui est déterminé par la fatigue et qui montre la justesse de l'expression : le poids de la douleur. Mais tout ceci ne constitue qu'un des côtés de la douleur; on observe, en effet, en même temps, des modifications organiques principalement au niveau des muscles soustraits à l'action de la volonté. On pense aujourd'hui que les modifications physiques sont les premières en date, et que l'émotion n'est que la conscience des variations organiques; l'étude des phénomènes hystériques fournit la preuve expérimentale de cette assertion; il y a là tout un ensemble de faits qui sont anciennement connus et dont Darwin a donné la première synthèse il y a plus de vingt ans.

Tout ce que l'observation a appris aux aliénistes, aux anatomistes, aux physiologistes a été en quelque sorte deviné et mis à profit dans les œuvres d'art; certains artistes ont pu même parvenir à exprimer les émotions par des moyens fort simples qui montrent combien l'observation attentive permet de rendre fidèlement la réalité. L'auteur cite ainsi l'expression douloureuse des personnages de la *Descente de Croix* de Bellino, de la *Mater dolorosa* de Cesare da Gesto, de la *Madeleine* de Bassano, des *Anges de la Crucifixion* de Gaudenzio Ferrari; il s'excuse de n'avoir parlé que de tristesse et promet de parler plus tard de rire, de joie et de bonheur.

LUCIEN LAGRIFFE.

*La mimica della gioia* (La mimique de la joie). Conférence donnée à Milan, le 22 mai 1909, sous les auspices de l'Académie royale des beaux-arts de Brera, par le professeur Giuseppe Antonini. Broch. grand in-8°. Extrait des *Conferenze e prolusioni*, 1909.

Les modèles professionnels ne sont généralement d'aucun secours aux artistes qui veulent exprimer la mimique des émotions; mais l'observation de la vie réelle permet à ces artistes de trouver des éléments qui, coordonnés, les mettent en mesure d'exprimer leurs conceptions; pour cela, un certain travail préparatoire leur est nécessaire, qui peut ou qui pourrait leur être facilité par les observations scientifiques.

On peut, avec Epicure, considérer le plaisir comme résultant

de la satisfaction d'un désir, par suite de la cessation de la douleur, et de tout ce qui tend à s'opposer à l'extension de la vie ; il est donc permis de dire que le plaisir est la conscience de la vie elle-même. La joie, qui est la manifestation du plaisir, a pour conséquence une hyperactivité des muscles volontaires et une dilatation des vaisseaux sanguins.

L'exaltation fonctionnelle musculaire et nerveuse fait que l'homme joyeux se sent léger comme tous ceux dont les muscles sont puissants et reposés ; il en résulte, qu'une des conditions de la joie est la liberté ; il faut pour être joyeux que nous nous sentions libres, tant au point de vue physique qu'au point de vue moral. Cette joie se traduit par des expressions, par une mimique, par un jeu de physionomie, le rire. Le rire n'est cependant pas exclusivement constitué par une expression faciale, il s'accompagne d'une série de petites expirations successives avec effort, c'est-à-dire avec fermeture initiale de la glotte et contraction violente du diaphragme. Il en résulte une compression des viscères abdominaux et un afflux de sang vers le cerveau. En même temps, le muscle grand zygomatique et le muscle risorius de Santorini se contractent ; ce sont essentiellement les muscles de la joie ; leur contraction simultanée exprime le rire et la contraction isolée du risorius le sourire, qui est l'ébauche du rire. Lorsque le rire est arrivé à son maximum, l'hyperémie cérébrale devient telle qu'il en pourrait résulter du danger, alors les larmes viennent qui permettent la décongestion des centres.

La *Joconde*, de Léonard de Vinci, est le chef d'œuvre du sourire que certains considèrent non comme un portrait véritable, mais comme une création idéalisée pour laquelle la *Courtisane* du Musée de Chantilly et le carton de l'Ermitage de Saint-Petersbourg, auraient servi d'étude préliminaire. Si du sourire nous passons au rire, nous en trouvons un splendide exemple dans le buste d'un enfant par Donatello. A côté de ces deux œuvres qui sont les représentants de ce qu'on pourrait regarder comme l'aristocratie du genre, on peut citer les Flamands et les Hollandais, qui ont su exprimer avec un rare bonheur les joies et les plaisirs des humbles. Mais le véritable peintre de la joie reste encore Franz Hals avec l'*Homme joyeux* du Musée de Cassel, le *Gai mandoliniste* de la collection de Rothschild, la *Bohémienne* du Louvre.

Dans les asiles, qui sont chacun un microcosme, on retrouve toutes les expressions de la physionomie, où le rire et le sourire



ont aussi leur part ; mais il est bien rare que chez les aliénés et les déficients, ces manifestations de la joie ne soient pas accompagnées de caractéristiques qui constituent une sorte de signature pathologique et en marquent l'étrangeté. C'est presque toujours une joie morbide qui ne peut éveiller chez l'observateur que la pitié. Ainsi va la vie, succession perpétuelle de douleur et de joie, aussi variée dans ses manifestations que sont variées les émotions qui se succèdent dans le cœur humain.

LUCIEN LAGRIFFE.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A. PARIS. Asile public d'aliénés de Maréville. Rapport du médecin en chef du service de l'admission pour l'année 1910. 27 pages in-8°. Nancy. Imprimerie Berger-Levrault, 1911.

GARDI ITALO et PRIGIONE FRANCESCO. Ricerche sperimentali condotte col metodo dell'esamimento frazionato del potere anticorpo degli antisieri al fine di dimostrare la esistenza di principii abnormi specifici nel siero di sangue dei malati di mente. 8 pages in-8°. Extrait des *Rassegna di studi psichiatrici*, numéro de septembre-octobre 1911.

— Ricerche sperimentali sul meccanismo e sul valore dell'azione antiemolitica esplicata dal siero di sangue degli alienati. Nota preventiva. 6 pages in-8°. Extraits de *Rassegna di studi psichiatrici*, numéro de septembre-octobre 1911.

A. LECHA MARZO. Sobre el valor de la contribucion española al estudio de los métodos de identificación. 27 pages in-8°. Madrid, 1911.

— Los dibujos papilares de la palma de la mano como medio d'identificación. 10 pages in-8°. Extrait de la *Revista de medicina y cirugía prácticas*. Février 1911.

D. FEDERICO OLORIZ AGUILERA. Experimentos de identificación monodactilar en la Universidad de Madrid. 15 pages in-8°. Madrid, Hijos de Rens, 1910.

D. CABRED. Le D<sup>r</sup> Enrique E. del Arca. Discours prononcé dans l'acte de sa réception à l'Académie de médecine. 35 pages in-8°, Buenos-Aires. Imprimerie de l'hospice de las Mercedes, 1911.

## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de mars 1912* : M. le D<sup>r</sup> DANJEAN, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs) ;

M. le D<sup>r</sup> GASSIOT, premier du concours d'adjuvat 1912, est nommé médecin adjoint de l'asile de Quimper (Finistère) ;

M. le D<sup>r</sup> LERAT, deuxième du concours d'adjuvat de 1912, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Larocheqandon (Mayenne) ;

MM. les D<sup>rs</sup> LEVET, médecin de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre), et SANTENOISE, médecin en chef de l'asile de Saint-Ylie (Jura), sont promus à la 2<sup>e</sup> classe de leur grade (7.000 francs).

### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> PAUL BROUSSE. — Le D<sup>r</sup> Paul Brousse, membre de la Société Médico-Psychologique, est mort le 1<sup>er</sup> avril 1912 dans sa soixante-neuvième année. Ancien président du Conseil municipal, ancien député de Paris, il était le chef du parti socialiste qui porte son nom, le parti broussiste ou possibiliste, dont l'action a été souvent décisive au cours de l'évolution sociale de notre pays dans le dernier quart de siècle.

Il ne nous appartient pas de retracer ici la carrière politique du D<sup>r</sup> Brousse. Celui qui l'a remplacé à l'Hôtel de Ville et qui fut son élève préféré, M. Frédéric Brunet, dans des termes où l'élévation des sentiments ne le cédait qu'à la pitié émue du disciple, a dit le rôle considérable que notre collègue a joué dans l'histoire de notre pays depuis 1880.

Nous avons nous-même retracé sa carrière scientifique en le présentant aux suffrages des membres de la Société Médico-Psychologique, où il succéda à M. le sénateur Goujon (1). Comme nous le disions à cette époque, « le nom du D<sup>r</sup> Paul Brousse est inséparable des réformes qui, dans ces dernières années, ont si profondément modifié l'organisation des asiles d'aliénés du département de la Seine ».

(1) Voy. *Annales Médico-Psychologiques*, janvier-février, 1907.



Parmi les idées qui lui étaient chères, il en était une que Brousse ne cessait de développer, c'était la nécessité de dresser en face des formidables organisations financières ou industrielles modernes qui écrasent l'individu au profit d'une oligarchie, une organisation plus formidable encore des services publics au profit de la collectivité, et, partant, des individus qui la composent. La création de logements à bon marché que la Ville de Paris a résolu d'entreprendre, sur la proposition de M. Brunet, est une résultante de cette conception. Mais un pareil système n'a chance de réussir qu'autant que ces services publics seront organisés d'après les données les plus parfaites de la science guidée par l'expérimentation.

C'est pourquoi lorsqu'il fut nommé rapporteur général du budget du service des aliénés au Conseil général, Brousse s'empressa de mettre ses théories en pratique en réalisant sans relâche toutes les modifications, toutes les réformes qui lui parurent nécessaires pour améliorer la situation morale et matérielle de nos asiles.

Pour cet esprit cultivé, l'aliéné ne pouvait pas apparaître, ce qui est trop souvent le cas, comme un déchet social, comme le rebut de la société ; pour lui, au contraire, c'était souvent une victime de la vie sociale, de toutes façons, c'était toujours un malade ayant droit comme tous les malades à l'assistance et aux soins éclairés. Aussi un des premiers actes de Brousse, aidé en cela par son collègue le Dr Navarre, alors président du Conseil général, fut de provoquer la réunion d'une Commission mixte pour l'étude des questions intéressant l'hospitalisation des aliénés, Commission où l'on fit place à tous les médecins des asiles qui purent, pendant près d'une année, exposer librement et discuter les réformes qu'il leur semblait nécessaire de réaliser. C'était là une initiative heureuse, aussi la besogne fut-elle féconde en résultats.

Je ne veux pas revenir ici sur des faits que j'ai déjà exposés (1) : je rappellerai seulement que c'est au Dr Brousse encore que l'on doit la création du pavillon de chirurgie de l'asile clinique, de la Section pour aliénés difficiles, la réforme de l'enseignement des infirmiers et infirmières des asiles, etc., etc.

Comme député, notre collègue eut encore l'occasion de s'occuper de questions intéressant notre spécialité. Au cours de la discussion du projet sur la réforme de la loi de 1838, il fit adopter une disposition ordonnant l'inspection annuelle des prisons et des pénitenciers militaires pour l'examen des détenus atteints d'affections mentales. Il demanda aussi que les frais d'hospitalisation des aliénés indigents n'appartenant pas

(1) *Loc. cit.*

au département fissent retour à l'Etat. Cette réforme a depuis été réalisée, ce qui vaut au département de la Seine une économie de 500.000 francs par an.

Après avoir rempli des fonctions électives avec autant d'éclat que d'abnégation, le Dr Paul Brousse avait été nommé, il y a quelques mois, directeur de l'asile de Ville-Evrard. Ses travaux, ses connaissances spéciales le qualifiaient hautement pour occuper un poste qui le rattachait encore à nous.

J'arrête ici ce trop court exposé. Mais je ne saurais oublier la grande bonté de notre collègue, l'élévation de son caractère et cette philosophie souriante qui le rendaient indulgent pour les faiblesses ou l'ingratitude de certains. Esprit d'une finesse consommée, dégagé de toute croyance dogmatique, d'une subtilité politique étonnante, le Dr Paul Brousse, tout en restant inébranlable dans sa foi et ses principes politiques, avait su se concilier des amitiés inébranlables dans toutes les classes et dans tous les partis, tant à droite qu'à gauche.

His life was gentle ; and the elements  
So mix'd in him, that Nature might stand up,  
And say to all the world : *This was a man !*

a dit le poète. « C'était un homme. » Je ne saurais en faire un plus bel éloge, moi qui eus l'honneur et la joie d'être son ami.

HENRI COLIN.

#### ÉLECTION DES MÉDECINS ALIÉNISTES, MEMBRES DE LA COMMISSION SPÉCIALE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

La Commission chargée, en vertu de l'article 7 du décret du 2 février 1910, de dépouiller le scrutin pour la nomination des médecins en chef et des médecins adjoints appelés à faire partie de la Commission spéciale prévue à l'article 18 dudit décret, article modifié par le décret du 6 mars 1912, s'est réunie, le mercredi 27 mars 1912, au ministère de l'Intérieur.

Les résultats du dépouillement du scrutin sont les suivants :

#### 1° *Scrutin pour la nomination des médecins en chef.*

Électeurs inscrits, 103.

Votants, 70.

Bulletins blancs et nuls, 3.

Suffrages exprimés, 67.

Majorité absolue, 34.



Ont obtenu :

MM. le D <sup>r</sup> Vallon . . . . .	61 voix.
le D <sup>r</sup> Lallemant. . . . .	58 —
le D <sup>r</sup> Viallon. . . . .	50 —
le D <sup>r</sup> Charon . . . . .	39 —
le D <sup>r</sup> Dide . . . . .	6 —

MM. les D<sup>rs</sup> Alombert-Goget, Lagriffe, Levet, 4 voix chacun.

MM. les D<sup>rs</sup> Sérieux, Toy, 3 voix chacun.

Divers, 34.

En conséquence, MM. les D<sup>rs</sup> Vallon, Lallemant, Viallon et Charon sont élus pour trois années membres de ladite Commission; M. le D<sup>r</sup> Charon, membre suppléant.

## 2<sup>e</sup> Scrutin pour la nomination des médecins adjoints.

Électeurs inscrits, 58.

Votants, 35.

Majorité absolue, 18.

Ont obtenu :

MM. le D <sup>r</sup> Dromard . . . . .	28 voix.
le D <sup>r</sup> Olivier . . . . .	15 —
le D <sup>r</sup> Tissot. . . . .	13 —
le D <sup>r</sup> Dupouy. . . . .	8 —
le D <sup>r</sup> Perrens. . . . .	7 —

MM. les D<sup>rs</sup> Halberstadt et Brissot, 6 voix chacun.

MM. les D<sup>rs</sup> Nouet et Guiraud, 4 voix chacun.

MM. les D<sup>rs</sup> Courbon, Robert, Calmette, Chèze, Cornu, Latapie, Lévasort, 3 voix chacun.

Divers (1 ou 2 voix), 28.

En conséquence, M. le D<sup>r</sup> Dromard est élu pour trois années membre titulaire de ladite Commission.

Aucun des autres candidats n'ayant réuni un nombre de voix égal à la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits, il y a ballottage pour deux titulaires et un suppléant parmi les représentants des médecins adjoints. Il sera donc procédé, conformément à l'article 18 du décret susvisé, et dans les mêmes formes, à un second tour de scrutin.

La date d'ouverture de ce nouveau scrutin est fixée au 25 avril et sa clôture au 6 mai suivant :

REMARQUES. — Les résultats de ce double scrutin que nous

empruntons au *Journal officiel* (numéro du samedi 29 mars 1912) ont été l'objet, de la part de quelques-uns de nos confrères des asiles, de critiques très sérieuses et qui semblent justifiées.

Que dit, en effet, le paragraphe de l'article 18 du décret du 2 février 1910 qui concerne l'élection des membres de la Commission spéciale du ministère de l'Intérieur? Le voici textuellement, ce paragraphe : « L'élection des représentants du personnel médical a lieu au scrutin de liste, par correspondance. *Nul n'est élu s'il n'a obtenu, au premier tour de scrutin, la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits* ou, au deuxième tour, la moitié plus un des suffrages exprimés; au troisième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. »

C'est bien du *premier tour de scrutin* que le *Journal officiel* nous rend compte. Donc, ne peuvent être considérés comme élus que les médecins qui *ont obtenu la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits*. Or, la moitié plus un des médecins en chef et directeurs-médecins inscrits est 52 (103 électeurs inscrits, dont la moitié  $51 + 1 = 52$ ). Il en faut conclure que les D<sup>rs</sup> Viallon (50 voix) et Charron (39 voix) ne doivent pas être considérés comme élus, quoi qu'en dise l'*Officiel* qui, contrairement à l'article du décret, compte la majorité absolue d'après le nombre de suffrages exprimés.

La même observation doit être faite à propos du scrutin pour la nomination des médecins adjoints. La moitié plus un des médecins adjoints inscrits est 30 (58 électeurs inscrits, dont la moitié  $29 + 1 = 30$ ). M. Dromard qui n'a obtenu que 28 voix ne peut donc être considéré comme élu.

Si donc on veut s'en tenir à la lettre stricte du décret de 1910, il y a en réalité ballottage pour un titulaire et un suppléant de la Commission des médecins en chef et pour trois titulaires et un suppléant de la Commission des médecins adjoints.

Une dernière observation. En relisant avec soin la note du *Journal officiel*, on voit qu'elle donne raison elle-même à la critique de nos collègues. En parlant de la nécessité d'un ballottage pour l'élection des médecins adjoints, elle dit : « *Aucun des autres candidats n'ayant réuni un nombre de voix égal à la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits...* » Mais alors pourquoi dans les scrutins cités constituer la majorité absolue de la moitié plus un des suffrages exprimés? Il y a là une évidente contradiction dont les rédacteurs de la note ne semblent pas s'être rendu compte. Dans tous les cas, quelle que soit l'explication qu'on puisse donner de cette contradiction, les résultats du dépouillement du scrutin qui a eu lieu le mercredi 27 mars 1912 sont à réviser et nous sommes convaincu que l'Administration supérieure, sans attendre les protestations qui ne peu-



vent manquer de se produire, rectifiera d'elle-même les chiffres de ce scrutin en les conformant aux prescriptions du décret de 1910. Et ce sera justice (1).

#### LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

*Tentative de meurtre sur un médecin aliéniste.* — Le numéro du 30 mars 1912 de la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* rapporte un fait nouveau, bien douloureux, à ajouter à la liste déjà longue du martyrologe de la psychiatrie, et qu'il est de notre devoir de reproduire.

« On télégraphie de Lemberg (Galicie) au *Neuer Wiener Tageblatt* (Vienne, 16 mars 1912) :

« Après l'attentat commis, la semaine dernière, par l'aliéné Séraphin Ilnicki, ingénieur, interné à l'asile Kulparkow, sur un médecin, attentat qui n'eut heureusement aucune suite, il s'est produit dans l'après-midi d'aujourd'hui, dans le même asile, un semblable forfait qui eu des conséquences bien plus graves. Il y a quelques semaines, s'était évadé de l'asile un voleur d'habitude, Janik, qui y avait été placé par la justice. Depuis son évasion, il avait commis de nombreux vols jusqu'à hier où il fut arrêté dans la ville de Przemyłany par les gendarmes pour être réintégré aujourd'hui dans l'asile. Dans le trajet, il ne cessa de répéter qu'il tuerait le premier médecin qu'il rencontrerait sur son chemin. Aussi, dès sa réintégration à l'asile, fut-il attaché. Dans l'après-midi, on l'amena devant le médecin de service, le Dr Orczinski qui lui fit aussitôt enlever les liens. Le Dr Orczinski s'étant retourné un instant pour inscrire les renseignements indispensables sur le registre des entrées, Janik profita de ce moment, retira de son soulier un couteau et en porta deux coups profonds dans la région occipitale. Le Dr Orczinski s'étant retourné, reçut encore de ce fou furieux deux coups en pleine figure et perdit connaissance. A ce moment, parut un gardien qui se précipita aussitôt sur Janik, le renversa par terre et le maintint jusqu'à ce qu'à son appel accoururent plusieurs autres infirmiers qui attachèrent le meurtrier qui se débattait avec rage et le portèrent dans une cellule d'isolement. Le Dr Orczinski fut transporté dans son appartement. De l'avis des médecins, sa vie serait sérieusement en

(1) Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que l'Administration, reconnaissant l'erreur commise, fera procéder, le lundi 13 mai prochain, à un nouveau tour de scrutin pour les membres des deux Commissions qui, d'après le règlement, sont en ballottage.

danger. Janik avait à son entrée deux couteaux-poignards qui lui furent retirés ; quant au troisième, comme il était caché dans la tige de son soulier, on ne put le trouver. »

Nous ne saurions assez déplorer cet affreux attentat et nous adressons à notre distingué collègue, le D<sup>r</sup> Orczinski, nos bien vifs sentiments de condoléance avec nos vœux les plus sincères d'une prompte et complète guérison.

#### LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

*Vœux des Sociétés savantes.* — L'Académie de médecine, dans sa séance du mardi 26 mars 1912, a, sur la proposition du professeur Debove, voté à l'unanimité le vœu suivant :

« L'Académie de médecine émet le vœu que le vote des lois et l'exécution des mesures destinées à combattre l'alcoolisme soient accélérés. Elle attire de nouveau l'attention des pouvoirs publics sur un péril qui va grandissant et menace l'avenir de la nation. »

— La Société de médecine publique et de génie sanitaire a, dans sa séance du 28 février 1912, adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société de médecine publique et de génie sanitaire ;  
« Considérant qu'en renvoyant devant la Commission la proposition de loi relative à la limitation des débits de boissons, la Chambre des députés a paru se désintéresser du péril alcoolique, de plus en plus menaçant ;

« Emet le vœu que les représentants du pays veuillent bien envisager, avant tous autres, ses intérêts hygiéniques si étroitement liés à sa vie économique, à sa défense et à son développement. »

*La loi russe contre l'alcoolisme.* — Nous empruntons à une lettre du correspondant du *Temps* à Saint-Petersbourg (numéro du samedi 16 mars 1912), les renseignements et appréciations qui suivent sur la loi contre l'alcoolisme que vient de voter la Douma :

« Alors qu'en France la Chambre des députés a reculé devant les mesures radicales à prendre contre le fléau de l'alcoolisme, la Chambre russe n'a point eu de ces hésitations. Tout au contraire, elle a dépassé, ce nous semble, non pas le but qu'elle se proposait, mais les limites qui pouvaient donner à la loi qu'elle a mise sur pied les moyens de frapper à la tête le vice populaire tout en n'atteignant pas le commerce des boissons. Car c'est là la grande critique que l'on peut formuler sur la loi contre l'alcoolisme votée par la Douma. Elle est draconienne non seulement pour l'eau-de-vie, cette « vodka » perni-



cieuse qui fait tant de victimes dans les villes et dans les campagnes, mais encore pour toute espèce de boissons, bière, vin ou liqueurs de marque.

« Le paragraphe 13, contre lequel s'élèvent déjà de nombreuses critiques, dit en effet :

« La vente des boissons, aussi bien dans les débits de l'Etat (on sait que l'Etat a le monopole de la vente de l'eau-de-vie) que dans les établissements privés de tous genres, est interdite : 1° les samedis et la veille des jours fériés à partir de deux heures, à moins que les autorités locales ne fixent une heure plus matinale; 2° pendant toute la journée, les dimanches, les jours de grandes fêtes religieuses, de fêtes locales ou paroissiales; pendant les trois premiers jours de Pâques, les jours de fêtes de la famille impériale, lors du tirage au sort. »

« C'est là une interdiction qui s'étend sur près de 150 jours par an. Outre cela, l'article 13 prévoit encore les troubles, les grèves, les catastrophes, les réjouissances populaires. Ce seront tout autant de motifs pour les autorités locales d'interdire la vente des boissons.

« Nous venons de dire que cette fixation équivalait à interdire pendant plus d'un tiers de l'année au minimum la consommation dans un établissement quelconque de toute boisson alcoolisée, voire d'un innocent bock de bière. Un opuscule que nous avons sous les yeux fait remarquer judicieusement qu'il serait possible, en observant strictement la loi, de prohiber le débit pendant l'année ronde dans les grands centres. Il y a en effet dans ces centres un très grand nombre d'églises et, comme le paragraphe 13 le stipule, il sera loisible d'interdire la vente de l'alcool sous toutes ses formes lors de la fête de chacune de ces paroisses. La Douma n'avait certainement en vue que les fêtes rurales, c'était là l'esprit, seulement elle s'était mal exprimée dans la lettre.

« Maintenant, il faut avouer que pour avoir raison de l'alcoolisme proprement dit, on s'y est fort mal pris. Le malheureux qui est affligé de cette passion pourra la satisfaire quand même, au mépris de toutes les interdictions, en s'approvisionnant d'avance ou en faisant gorgées doubles aux jours de liesse légale. Donc, de ce côté, rien de changé. Les dispositions si exclusives de la loi frappent une catégorie d'honnêtes consommateurs qui n'abusent pas de la boisson, et jusqu'aux citadins, si rangés soient-ils, qui prennent leurs repas au restaurant. Or, en Russie, où dans les villes les distances sont immenses, où la classe moyenne ne fait qu'un repas par jour, cette catégorie représente une part notable de la population. On a frappé du même coup le restaurateur qui se verra obligé d'augmenter ses

prix, on frappe encore le producteur. Ici ce sont les brasseurs des provinces baltiques, les propriétaires viticulteurs de Crimée et du Caucase; c'est nous aussi, producteurs de France, ce sont nos viticulteurs et nos liquoristes qui sont atteints.

« Le baron Meyendorff avait proposé un amendement tendant à établir une différence entre la vodka, fée malfaisante du moujik, et les vins et les bières, voire les liqueurs de prix; son amendement a été repoussé.

« Le député Lierkhé, à qui nous demandions la raison de cette rigueur, nous dit :

« Nous avons voulu essayer d'enrayer l'abus effrayant d'alcool que font nos paysans et nos ouvriers. Il fallait, pour cela, ne pas employer de demi-mesure. Et c'est un peu sage, gestionnée par le but louable à atteindre que la Douma a été si sévère. Elle a interdit l'usage pour empêcher l'abus. Il est probable que la loi sera adoptée telle qu'elle sort de chez nous par le Conseil de l'empire; mais, à la vérité, on s'apercevra, en l'appliquant, qu'elle pêche par certains côtés, et on y apportera certainement plus tard des amendements, dans l'esprit de celui du baron Mayendorff, qui établiront nettement la différence à faire entre l'usage modéré des vins et spiritueux dans les établissements des villes et l'abus qu'en font les classes inférieures. »

« A notre sens, le Conseil de l'empire ne saurait suivre la Douma aussi loin que celle-ci s'est laissée entraîner. Outre les légitimes intérêts que nous signalons plus haut, des brasseurs des provinces baltiques et des viticulteurs de Crimée et du Caucase, il y a encore contre la loi nouvelle des considérations budgétaires qu'on ne saurait perdre de vue au ministère des Finances. Au moment où nous écrivons ces lignes, la Commission du budget examinant le chiffre des ressources du fisc par suite du monopole de l'alcool, recettes qui se montaient à près de 752 millions en 1911, a estimé qu'elles étaient, pour 1912, susceptibles d'une augmentation de 9 millions. Voilà de quoi refroidir le bel enthousiasme de la Douma ! »

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

32. *Tentative de meurtre.* — On télégraphie de Chalon-sur-Saône au *Journal* (numéro du 18 février 1912) :

Vers sept heures du matin, M. Coulon, négociant en volailles à Pierre-en-Bresse, pris d'un accès subit de folie furieuse, prit un revolver et en tira trois coups sur sa femme, qui était encore couchée.

Atteinte à la tête, M<sup>me</sup> Coulon ne perdit pas son sang-froid



et se réfugia chez des voisins. Le dément s'enfuit, revolver en main, menaçant de tuer tous ceux qu'il rencontrait. Heureusement, les gendarmes l'arrêtèrent, sans quoi d'autres malheurs eussent été à déplorer.

M<sup>me</sup> Coulon a été admise d'urgence à l'hôpital de Chalon ; une balle, après lui avoir crevé l'œil, s'est logée sous le cerveau. Le fou a été conduit à l'asile de Bourg.

33. *Actes de violence et suicide.* — On lit dans le *Journal* (numéro du 27 février 1912) :

Les habitants du petit village de Breuil, dans l'Oise, étaient mis en émoi, hier matin, par un vacarme épouvantable provenant de la maison habitée par les époux Devos.

Prise d'un accès de folie furieuse, M<sup>me</sup> Devos jetait par la fenêtre tout son mobilier, et déjà sur le sol gisaient brisés le lit, une armoire à glace, des tables et des chaises.

Quelques spectateurs voulurent appréhender la pauvre démente, mais celle-ci courut se réfugier dans son grenier. Les voisins se lancèrent sur ses trousseaux, mais au moment où ils s'apprêtaient à pénétrer dans le réduit, une détonation retentit. La pauvre folle venait de se tuer en se tirant un coup de revolver dans la tempe.

34. *Excentricités et suicide.* — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du 27 février 1912) :

Une vive émotion a régné ce soir, vers six heures, dans les couloirs de la Chambre des Communes.

Un individu assis dans le couloir central et portant le costume ecclésiastique protestant, s'est levé soudainement de sa place et a fait feu dans la direction du plafond. Des députés et d'autres personnes se sont enfuis dans les couloirs intérieurs. La police a arrêté l'ecclésiastique au moment où il s'apprêtait à tirer un second coup de son arme. Il a été reconnu qu'il avait tiré à blanc. Conduit au bureau du chef de police, le pasteur a déclaré qu'il était le Messie. Le pauvre fou se nomme Samuel Henry. Il est l'auteur d'un livre intitulé *Tolstoï et le Messie*.

— Une dépêche de Leominster, publiée par *Le Temps* (numéro du mardi 16 avril 1912), annonce que l'ecclésiastique Henry, qui tira un coup de revolver dans les couloirs de la Chambre des communes, le 26 février, a tenté de se suicider en se tirant deux coups de revolver dans la tête. Son état est grave. Sa femme a été en même temps trouvée morte, la gorge coupée.

35. *Double tentative de meurtre.* — Sous ce titre : « Un drame en Guinée », *Le Journal* (numéro du vendredi 1<sup>er</sup> mars 1912) relate le fait douloureux suivant :

A Kindia, M. Edwards, agent de culture, subitement devenu fou, a tiré un coup de fusil sur l'administrateur du cercle,

M. Le Cardunes, et l'a grièvement blessé. Le lieutenant Fouquet, venu au secours de l'administrateur, fut tué, à bout portant, par l'aliéné. M. Edwards, aussitôt entouré par des tirailleurs, se mit à les menacer, sur quoi l'un d'entre eux l'abattit d'un coup de revolver.

36. *Suicide*. — Le cocher Barillaud se présentait, hier matin, vers onze heures, devant M. Bouteiller, commissaire de police du quartier d'Auteuil, et déclarait que son client, M. Pierre Lévy, âgé de trente-huit ans, rentier, 12, rue Vignon, venait de se tuer dans son fiacre en se tirant un coup de revolver dans la bouche.

Le désespéré était monté dans la voiture, rue Lafayette, près de la rue Cadet, et avait dit à l'automédon de le conduire 26, rue Poussin.

Lorsque le véhicule arriva au carrefour de Provence, Barillaud crut entendre une détonation; mais, pensant que c'était un pneu qui venait d'éclater, il continua sa route, sans plus s'inquiéter.

Ce n'est qu'en arrivant à destination, et en ne voyant pas descendre le voyageur, que le cocher, inquiet, regarda dans la voiture et découvrit le cadavre ensanglanté de M. Lévy.

L'infortuné rentier souffrait depuis quelque temps de neurasthénie aiguë. (*Le Journal*, numéro du vendredi 1<sup>er</sup> mars 1912.)

37. *Double meurtre et suicide*. — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du samedi 2 mars 1912):

Un terrible drame de famille s'est produit aujourd'hui à Wickel. Dans un moment de folie, la femme Staniak a étranglé deux de ses enfants et s'est ensuite pendue.

Lorsque le mari revint de la mine où il travaille, il trouva la malheureuse râlant au pied du lit, pendant que sa fillette de cinq ans jouait entre les cadavres de ses deux frères.

38. *Suicide*. — On lit dans le *Journal* (numéro de lundi 4 mars 1912):

Le Dr Debie, médecin principal de 1<sup>re</sup> classe, directeur du service de santé des troupes débarquées au Maroc, chevalier de la Légion d'honneur, revenait récemment à Paris en congé de convalescence et allait habiter Auteuil, 14, rue Boileau.

Atteint de fièvres paludéennes et très anémié par sa rude campagne d'Afrique, le praticien, dont le moral était très affecté, ne tarda pas à tomber dans un profond abattement, qui donna de sérieuses inquiétudes à son entourage.

Le 13 février dernier, le Dr Debie ne reparut pas à son domicile, et toutes les recherches pour retrouver sa trace étaient jusqu'alors demeurées infructueuses, lorsque, hier, des marinières repêchaient, au quai de Javel, le cadavre du malheureux



médecin militaire. Dans un accès de neurasthénie aiguë le Dr Debrie avait mis fin à ses jours en se jetant dans la Seine.

Le corps de l'officier supérieur a été ramené dans son logement de la rue Boileau. Le défunt était âgé de cinquante-trois ans.

39. *Suicide*. — Atteint de neurasthénie, le garde champêtre de Painvrain. M. Jules Deschamps, âgé de cinquante-sept ans, demeurant à Corbeil, a tenté hier de se pendre par trois fois. Tout d'abord il s'enroula un fil de fer autour du cou ; mais sa femme ayant appelé des voisins, ceux-ci arrivèrent assez tôt pour arracher une première fois Deschamps à la mort. Peu après, il monta dans son grenier et se pendit avec une corde, on arriva encore à temps pour le dépendre une seconde fois. Une demi-heure ne s'était pas écoulée que le garde champêtre se pendit pour la troisième fois. Cette dernière fois lui coûta la vie. (*Le Matin*, numéro du jeudi 7 mars 1912.)

40. *Double homicide et suicide*. — Au cours d'une crise de neurasthénie, une jeune femme de vingt-cinq ans, M<sup>me</sup> Voise, née Eugénie Leroux, habitant avec son mari, cordonnier, dans un hôtel meublé, rue Nollet, 41, s'est suicidée hier en se jetant du haut de sa chambre située au cinquième étage. On l'a transportée à l'hôpital Beaujon dans un état désespéré. Avant de mettre à exécution sa résolution tragique, la malheureuse avait tué ses deux enfants, son fils Maurice, âgé de dix ans, et sa fillette Madeleine, en les frappant à coups de couteau. (*Le Temps*, numéro de samedi 30 mars 1912.)

#### TRIBUNAUX

*La séquestration de M. Bertie-Marriott*. — La première chambre de la cour d'appel, présidée par M. Bonnet, a statué hier sur un procès qui fit beaucoup de bruit au moment où il vint devant le tribunal, tant à raison des faits qui y avaient donné lieu qu'à raison de la qualité des parties en cause.

Il s'agit en effet du procès en responsabilité et en dommages-intérêts intenté par M. Bertie-Marriott, publiciste, de nationalité anglaise, à son beau-frère, M. Boudin, et au Dr Féré, pour prétendue séquestration arbitraire.

M. Bertie-Marriott se plaignait, on s'en souvient, d'avoir été interné, pendant six semaines, à la maison nationale de Charenton, sur une demande signée de M. Boudin, son beau-frère, et à la suite d'un certificat délivré par le Dr Féré, médecin de Bicêtre. Le certificat portait que M. Bertie-Marriott était atteint du « délire de la jalousie » et qu'il y avait urgence à le faire interner dans une maison spéciale.

Par jugement avant faire droit du 9 mars 1904, le tribunal civil de la Seine avait chargé les professeurs Brissaud, Joffroy et Raymond de procéder à une expertise à l'effet de rechercher si le D<sup>r</sup> Féré et M. Boudin avaient commis une faute, le premier en délivrant le certificat incriminé, le second en provoquant la délivrance de ce certificat et en requérant, sans motif, l'internement. Ce jugement a été frappé d'appel par toutes les parties.

L'affaire, à raison d'une caution *judicatum solvi*, ordonnée et que le demandeur eut beaucoup de peine à réunir, ne put venir utilement devant la première chambre de la cour d'appel que ces jours derniers, c'est-à-dire après un long temps écoulé. Entre temps, le D<sup>r</sup> Féré et M. Boudin étant décédés, l'instance a dû être reprise par leurs ayants droit respectifs.

La cour, après avoir entendu : M<sup>e</sup> Coulon, pour M. Bertie-Marriott ; M<sup>e</sup> Rocher, pour M<sup>me</sup> veuve Boudin ; M<sup>e</sup> Marais, pour M. et M<sup>me</sup> Hitier, et M<sup>e</sup> Chenu, pour M<sup>me</sup> veuve Féré, a, sur les conclusions de l'avocat général Servin, infirmé la décision du tribunal en rejetant *de plano* la demande de M. Bertie-Marriott.

L'arrêt est fondé principalement sur ce motif « qu'il est impossible de découvrir dans cette affaire, chez aucun de ceux qui y ont participé, un mobile intéressé ou des préoccupations inavouables ; que le placement de l'appelant à la Maison nationale de Charenton est uniquement dû à la sollicitude affectueuse et à l'inquiétude légitime de la dame Bertie-Marriott, et qu'il répondait à une nécessité impérieuse et pressante ». (*Le Temps*, numéro du samedi 16 mars 1912.)

*Condamnation d'un satyre.* — La cour d'assises de la Seine a condamné hier aux travaux forcés à perpétuité un journalier nommé Henri Demarez, âgé de vingt-quatre ans, qui après avoir abusé d'une fillette de quatre ans, l'avait ensuite étranglée. Le D<sup>r</sup> Vallon, qui a examiné l'état mental de l'accusé, a conclu à une responsabilité atténuée : l'assassin était fils d'alcoolique et lui-même alcoolique. (*Le Temps*, numéro du jeudi 28 mars 1912.)

#### FAITS DIVERS

*Suicide d'enfants en Allemagne.* — Nous avons signalé dans notre numéro de janvier dernier (page 126) une véritable épidémie de suicides d'enfants qui sévit en Allemagne. Cette épidémie est loin de s'éteindre si l'on en croit les renseignements suivants que publie *Le Temps* (numéro du lundi 1<sup>er</sup> avril 1912) et que lui télégraphie son correspondant de Berlin :

« Les suicides d'enfants se multiplient en Allemagne. Un



élève de première s'est blessé mortellement d'un coup de revolver à Bornn. A Goerlitz, un élève de troisième s'est suicidé dans la classe même d'une balle à la tempe. A Sarrebrück enfin, un élève de troisième s'est pendu. Ces trois enfants avaient échoué à l'examen qu'ils venaient de subir pour passer dans la classe supérieure.

« Les suicides d'enfants sont particulièrement fréquents en Allemagne à l'époque de ces examens, et l'auteur bien connu, M. Vedekind, y a même fait allusion dans son drame *Réveil de printemps*, donné il y a quelques années à Paris. »

*Aliénés et chiens de police.* — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du dimanche 25 février 1912) :

L'asile d'aliénés de Wickelborn (Westphalie) vient de décider l'emploi de chiens de police pour accompagner les gardiens. Cét asile ayant une section spéciale pour fous criminels, la direction a cru devoir recourir aux chiens pour venir en aide aux agents en cas d'attaque et pour suivre la trace des détenus qui s'évadent.

*Epidémie de suicides en Russie.* — Une épidémie qui sévit avec force depuis de longs mois et qui prend une tournure alarmante est celle des suicides parmi la jeunesse russe.

La quantité des suicides quotidiens dans les grands centres est effrayante. Pour tous, le motif est le même : la vie ne vaut pas d'être vécue. Les journaux consacrent des colonnes à cette névrose des jeunes gens. Des ligues où la mort est tirée au sort par les adhérents sont signalées à Saint-Petersbourg et à Moscou. La police fait des recherches pour les découvrir. (*Le Temps*, numéro du mercredi 13 mars 1912.)

*Etrange suicide.* — On télégraphie de Clermont (Oise) au *Petit Journal* (numéro du mardi 19 mars 1902) :

Ce matin, vers dix heures, un aliéné de l'asile de Clermont nommé Colombier, du département de Seine-et-Oise, qui, depuis quelques temps, était occupé à la serrurerie de l'établissement s'est donné la mort dans les tragiques circonstances suivantes.

Il fit rougir un morceau de fer dont il avait besoin au cours de son travail et il se l'enfonça dans le cou à l'endroit de la carotide. On se précipita au secours du dément qui expira quelques minutes après.

---

*Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.*

---

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## Chronique

**Le XXII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Tunis, avril 1912.**

Le Congrès de Tunis a obtenu un succès triomphal : de tous côtés sont accourus pour y assister des confrères ou collègues non seulement de France, mais encore de Belgique, de Suisse, d'Italie, de Hollande, même d'Angleterre et de Russie. Et ce succès, il le doit à l'ensemble, rarement aussi parfait, de ses éléments constitutifs : l'autorité des trois rapporteurs, l'importance des sujets choisis, l'attrait de notre si belle colonie africaine, la splendeur de son ciel et la douceur de son climat, enfin et surtout le talent d'organisation de son actif et dévoué secrétaire général, le D<sup>r</sup> Porot. Aussi est-ce avec joie que nous nous faisons ici l'écho de la profonde reconnaissance que nos collègues ont à cette occasion vouée au promoteur de ce Congrès, le

ANN. MÉD.-PSYCH., 10<sup>e</sup> série, t. I. Mai 1912.

1. 33



professeur Régis, et à son distingué collaborateur tunisien.

Grâce à eux, nous avons pu, sous le charme des yeux et des oreilles, nous instruire au triple point de vue scientifique, géographique et ethnique. Le professeur Régis nous a mis au courant de l'assistance des aliénés aux colonies, de son état actuel, précaire et coupable, et de ses progrès, urgents à réaliser. Avec ses élèves il a poussé, en faveur de nos colons indigènes atteints d'affections mentales, un généreux cri d'appel qui ne peut manquer d'être entendu des pouvoirs compétents. Nous avons conquis, annexé d'immenses territoires que couvre aujourd'hui notre drapeau ; nous imposons notre civilisation à leurs habitants ; nous les avons assurés de notre protection et de notre affection ; nous devons les assister en toute circonstance, nous devons soulager toutes leurs misères, hospitaliser tous leurs malades, sans pour cela les déporter comme des condamnés à la relégation. — M. Dupré nous a brossé, dans un tableau saisissant de touche et de clarté, les traits de ce malade si particulier qu'est le pervers ; avec cette finesse qui le personnifie il a analysé sa constitution, puis synthétisé les éléments de son caractère et les phases de sa vie. — M. Chavigny enfin, avec une concision et une clairvoyance toutes militaires, a renversé les fausses théories qui régnaient hier encore, corrigé les erreurs de ses devanciers et préparé la voie féconde dans laquelle les observateurs vont désormais s'engager pour l'étude des complications nerveuses et mentales du paludisme.

Dans nos excursions, d'autre part, nous avons visité notre magnifique conquête, notre France africaine si pittoresque, si fertile, en même temps si cordiale. Nous l'avons enfin connue autrement que par les livres, les cartes ou les récits, et nous pouvons maintenant l'aimer

avec un cœur nouveau, épris et reconnaissant. Qu'il nous soit permis, à ce sujet, d'adresser nos plus vifs remerciements à ceux qui nous ont reçus avec une affabilité et une cordialité qui nous ont tous profondément touchés, M. Alapetite, ministre plénipotentiaire, résident général de France à Tunis, M. Gallini, vice-président de la municipalité de Sousse, les Khalifats de Sfax et de Menzel, nos confrères français et italiens de Tunis, le Conseil d'administration de Korbous, etc.; sans oublier nos distingués et sympathiques collègues de l'hôpital Mustapha d'Alger.

Que dire maintenant de l'instruction ethnique que notre Congrès nous a donnée! Nous avons pénétré à travers cette vie arabe, si curieuse et si personnelle; nous avons admiré les merveilleuses mosquées de Kairouan, les riches souks de Tunis, la splendide oasis de Gabès, et Sousse, l'ancienne Hadrumète, et Sfax, et les troglodytes du désert..., puis les gorges sauvages de Constantine, et les palmeraies de Biskra, et les ruines de Timgad, et la si modernisée Alger... Nous avons connoyé les Musulmanes voilées, de noir à Tunis et de blanc à Alger, les Juives pantalonnées et obèses, et les Bédonnières rienses; nous avons franchi les seuils indigènes et accepté le café offert avec cet empressement souriant des Orientaux; nous avons assisté aux travaux du peuple tunisien, industriel et pasteur, à la confection des tapis éclatants de couleurs, au martelage des cuivres, au déconpage des cuirs, à la fécondation des palmiers, à la culture des oliviers, de la vigne et des céréales, à la garde des innombrables troupeaux de moutons, de chèvres et de chameaux; nous avons visité les palais beylicaux, le Dar-el-Bey et le Bardo, les hôpitaux et asiles indigènes, des tribunaux et des écoles arabes; nous avons vu des enfants apprendre à lire dans le Coran; nous nous sommes mêlés aux



badands rangés en cercle autour d'un charmeur de serpents et aux spectateurs suivant avec avidité les ondulations abdominales d'une danseuse.

Mais la vie musulmane et les restes de l'ancienne civilisation arabe ne suffisent pas encore à notre attention, à notre curiosité et à nos souvenirs. Rome réclame sa part; les fouilles de Carthage, les ruines de Dougga, les catacombes d'Hadrumète, le colisée d'El-Djem, pour ne parler que de la Tunisie, retiennent notre pensée et nous font évoquer les splendeurs éteintes et les gloires disparues.

Oh! l'inoubliable Congrès qui sut réunir tant d'intérêt et tant de charmes! L'ouverture solennelle de ce XII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française eut lieu le dimanche 31 mars, à l'hôtel des Sociétés françaises de Tunis, sous la présidence de M. G. Alapetite, résident général de France en Tunisie. Après les paroles officielles de M. Alapetite, de M. Granier, président du Comité des inspecteurs généraux, représentant le ministre de l'Intérieur, de MM. Simonin et Grall, délégués des ministres de la Guerre et des Colonies, le président du Congrès, le D<sup>r</sup> Mabilie, remercie les autorités de leur bienveillant accueil et traite, dans le discours d'usage, des rapports de l'apraxie et de la démence précoce.

L'après-midi, visite de Sidi-Bou-Saïd et de Carthage. Nous faisons connaissance avec les cafés maures et escaladons avec entrain la petite côte menant au phare, d'où l'on découvre superbement la vue de Tunis. Derrière le phare est ce petit coin que Loti a décrit si poétiquement et où se cueille l'asphodèle. La visite de Carthage, sous la savante direction du père Delattre, nous a permis d'admirer le magnifique Musée où sont entassés les vestiges de la grande cité: stèles, chapi-

teaux, lampes, amphores, bijoux d'or d'une parfaite conservation, rasoirs, navettes à filer, vases de toutes formes et de toutes dimensions, et, pour terminer, les sarcophages datant de l'époque punique que, très récemment, l'on a découverts dans des chambres mortuaires à 16 mètres de profondeur et que l'on a mis au jour après deux mille quatre cents ans d'un sommeil inviolé. Qu'Aridzabal nous pardonne cette exhumation, car c'est un culte nouveau qu'on lui rend, plein de respect et d'admiration ! Carthage ! Que de souvenirs viennent en foule surprendre celui qui se laisse égarer dans les salles du musée Lavignerie des Pères Blancs ou dans la campagne où se voient encore les citernes romaines, et qui contemple les fresques ornant la chapelle Saint-Louis, rappelant les épisodes de la Croisade où il devait trouver la mort ! Quelles visions sublimes de cette terre d'Afrique l'œil parcourt-il, émerveillé de la splendeur magique du ciel, de la mer et du site ! On comprend l'émotion dont a vibré la voluptueuse romancière Myriam Harry et les pages captivantes qu'elle lui a inspirées dans Tunis la blanche...

**Lundi 1<sup>er</sup> avril.** (Hôtel des Sociétés françaises) :

*Les perversions instinctives.* Rapport présenté par le D<sup>r</sup> DUPRÉ. — Tout le monde parle des perversions instinctives, le public comme l'aliéniste, le criminologiste, le légiste ou le biologiste, et cependant nulle part, en psychiatrie ni en médecine légale, on ne trouve d'ouvrage ni même de chapitre exclusivement consacré à ce sujet. Il était donc nécessaire, de toute évidence, de tenter la définition, le dénombrement et l'étude analytique de ces troubles si importants du caractère.

M. Dupré retrace rapidement l'historique des conceptions diverses qui se sont succédé sur cette question depuis la manie sans délire de Pinel, la moral insanity



de Pritchard, la manie instinctive de Morel, la folie lucide de Trélat, la folie raisonnante de J. Falret, etc., jusqu'à la compréhension moderne de ces mêmes états par Régis, Arnaud, Mairat et Enzière, Dubuisson et Vigouroux, en passant par la doctrine anthropologique de Lombroso. Quel que soit le vocable sous lequel on la désigne, la perversion instinctive se caractérise par « l'origine innée, la nature constitutionnelle, la durée permanente et le caractère irréductible des tendances que manifestent certains sujets à suivre une conduite anormale, à adopter des mœurs singulières, et surtout à commettre des actes contraires à la loi morale et à la sécurité publique, des actes préjudiciables à eux-mêmes et dangereux pour autrui, qui créent entre la loi pénale et ces êtres anti-sociaux un perpétuel état de conflit ». La conséquence quasi fatale de ces tendances anormales est une délinquance à répétition et une fréquente criminalité. C'est dire leur importance toute particulière au point de vue sociologique et médico-légal.

Les perversions instinctives étant définies les *anomalies constitutionnelles des tendances de l'individu, considéré dans son activité morale et sociale*, sont, comme les instincts, primitives, spontanées, antérieures à l'apparition de la conscience et de l'intelligence et expriment, par leur nature, leur degré et leurs formes, le fond même de la personnalité. Elles sont liées d'indéniable façon à l'existence dans l'hérédité des sujets de tares névro-psychopathiques, débilité ou déséquilibre psychiques, sous toutes leurs formes : mythomanie, hystérie, impulsivité motrice, instabilité mentale, émotivité pathologique, constitution paranoïaque, etc.

Le distingué rapporteur étudie successivement les perversions de l'instinct de conservation : instincts personnels, égoïstes, relatifs à la vie de l'individu ; de l'instinct de reproduction : instincts sexuels, génésiques,

relatifs à la vie de l'espèce ; de l'instinct d'association : instincts collectifs, altruistes, relatifs à la vie de la société.

I. — *Instinct de conservation.* A l'instinct de conservation se rattache la nutrition, particulièrement l'alimentation (appétits), la possession des moyens matériels et moraux de l'existence (instinct de propriété), enfin le sentiment de la personnalité, dans son importance, son extension et sa durée (égocentrisme, ambition, orgueil, vanité, etc.).

Citons parmi les principales perversions de l'instinct de nutrition, la voracité, la glotonnerie, la gourmandise, l'anorexie, les goûts bizarres ou répugnants, la coprophagie, l'ivrognerie et les toxicomanies. La perversion de l'instinct de propriété et d'épargne se révèle soit par défaut — prodigalité, oniomanie, dromomanie — soit par déviation — collectionnisme général ou électif — soit surtout par excès — avarice, mendicité thésaurisante, cupidité, passion du jeu.

L'instinct de conservation comprend, en dehors des instincts de nutrition et de propriété, la tendance au développement et à l'extension de l'individu. On peut désigner cette dernière tendance, essentiellement expansive, sous le nom de sentiment de la personnalité. Son absence ou son insuffisance excessive donne naissance à l'humilité pathologique, avec auto-dépréciation, passiveté, dépression mélancolique, tendance au suicide. Son hypertrophie, au contraire, se caractérise par l'autophilie morbide, l'orgueil excessif et la vanité. Celle-ci peut être sincère et constituer la manifestation d'un état mégalomane plus ou moins accusé par ailleurs, d'un tempérament paranoïaque, ou bien mensongère, fabulante ou simulée, c'est-à-dire se rattachant à la mythomanie et au délire imaginatif de grandeur. Le parallèle est intéressant entre l'orgueil paranoïaque et



la vanité mythopathique à laquelle on peut distinguer plusieurs types spécialisés : la hâblerie fantastique, l'auto-accusation criminelle, la fabulation — simulation d'attentats et de maladies.

II. — *Instinct de reproduction.* L'exagération de l'instinct sexuel ou érotisme peut conduire au crime indûment qualifié de sadique et dont le « type Soleilland » représente une espèce particulière. Les perversions de l'instinct génésique, constituées par la déviation des tendances fonctionnelles normales de la sexualité, sont extrêmement nombreuses et parfaitement connues aujourd'hui (inversion sexuelle, bestialité, nécrophilie, sadisme, masochisme, fétichisme, exhibitionnisme, onanisme, etc.). On peut enfin annexer à la série des troubles de l'instinct de reproduction les perversions de l'instinct familial, paternel ou maternel (abandon, martyre, meurtre de ses enfants, incestes), filial, etc.

III. — *Instincts d'association ou de sociabilité.* Ce sont les instincts sociaux, altruistes, relatifs à la vie collective, dérivant tous de l'instinct de sympathie, en vertu duquel l'individu se sent attiré vers ses semblables. La tendance égo-altruiste instinctive se traduit normalement par la bienveillance, la compassion, la pitié, le dévouement, etc. ; mais l'instinct de sympathie peut, comme tous les autres, être exagéré, insuffisant ou nul, ou au contraire inversé, c'est-à-dire remplacé par des instincts opposés. Dans ce groupe des perversions instinctives rentrent ainsi la zoophilie, l'égoïsme morbide avec hypertrophie du sentiment de la personnalité, indifférence affective et morale, tendance à la vie solitaire, la malignité constitutionnelle ou instinct de destructivité (clastomanie, krouomanie, etc.).

Les manifestations de cette malignité instinctive sont très différentes suivant le niveau mental du sujet et ses ressources psychologiques ; elles vont des violences

brutales de l'idiot, de sa bestialité sauvage et féroce, jusqu'aux taquineries, vexations, humiliations, médisances des pervers plus intellectuels, leurs attentats dissimulés contre le bonheur, la santé ou la vie des personnages de leur entourage, etc., jusqu'aux crimes aujourd'hui si fréquents de vandalisme, d'empoisonnement et d'incendie.

La malignité s'associe souvent chez l'enfant et le débile à la fabulation et à la simulation, donnant naissance à la malignité mythopathique, dont la mythomanie malicieuse et mystifiante constitue la forme la plus simple. Plus graves sont celles de l'accusation calomnieuse, anonyme ou non, de l'auto-hétéro-accusation génitale, du sadisme, de l'érostratisme, etc. Une autre forme de perversion de l'instinct de sympathie et de sociabilité, souvent associée d'ailleurs à la malignité, est constituée par la tendance instinctive à l'opposition, à la désobéissance, l'indocilité, la résistance et la contradiction, l'indiscipline, la révolte, etc. ; d'où résultent l'insociabilité du pervers et son incapacité de s'adapter à la vie sociale.

« *Associations pathologiques.* » Aux perversions instinctives s'associent toujours d'autres éléments morbides d'activité psychique qui jouent un rôle considérable dans le déterminisme de la conduite des pervers. Ces éléments, pour la plupart de nature congénitale, parfois cependant acquis et contingents, sont les degrés et les variétés de la débilité intellectuelle, les anomalies de la constitution psychique et du caractère, les tares, les maladies et les intoxications qu'on trouve chez les dégénérés, si souvent associées aux perversions instinctives. » Ce sont l'idiotie incomplète, l'imbécillité, la débilité mentale ; ce sont toutes les anomalies de la constitution psychique : la paranoïa et tout particulièrement la paranoïa persécutrice, la cyclothymie dont les



combinaisons aux perversions instinctives et à la paranoïa donnent naissance, suivant les proportions des divers éléments, aux formes agitées ou irritables et torpides ou apathiques de la folie morale, à la manie raisonnaute, à l'instabilité morale, à la manie coléreuse, l'émotivité chronique enfin qui se révèle par le caractère obsédant et impulsif de certaines perversions des appétits alimentaires ou sexuels, par la sollicitation impérieuse à l'accomplissement impulsif de certains actes immoraux ou criminels.

Toutes les combinaisons sont possibles entre les éléments du déséquilibre du sentiment et de l'action; mais « les différents types morbides du caractère, lorsqu'ils sont très accusés, aboutissent, par un mécanisme variable, à un ensemble de conséquences pratiques qui se résume en un mot : l'*inadaptabilité sociale*. Que ce soit par inertie, paresse et incapacité d'effort, ou par instabilité, indocilité et incapacité de la maîtrise de soi, le pervers ne peut s'adapter aux nécessités de l'éducation, de la discipline, de la vie commune, du travail personnel ou collectif, et il représente, selon la valeur et le degré de perversions instinctives associées aux anomalies de son caractère, un être *extrasocial*, *parasocial* ou plus souvent encore *antisocial* ». La mythomanie, l'instabilité, la paresse, l'hystérie, sont les tares constitutionnelles le plus fréquemment associées aux perversions instinctives.

Si maintenant, abandonnant la description méthodique des innombrables perversions instinctives, on s'attache à suivre l'odyssée des pervers, à étudier leur biographie comparée, on remarquera qu'un fait domine toute l'histoire des perversions instinctives, celui de l'incapacité sociale du pervers. Cette inadaptabilité se présente sous des formes un peu différentes suivant les périodes de la vie : infantile, adulte, conjugale,

sénile, etc., et suivant les milieux, familiaux, scolaires, professionnels, militaires ou sociaux proprement dits. La vie entière du pervers apparaît, en définitive, « comme une suite ininterrompue de bizarreries, d'extravagances, d'irrégularités, de fugues, d'engagements volontaires; de délits et de crimes, de condamnations et de non-lien, d'expertises, d'internements, d'incarcérations, d'évasions, de désertions, de simulations, de parasitisme des hôpitaux, des asiles et des dépôts, de faits de vagabondage, d'alcoolisme, etc. La caractéristique de telles existences est l'irréductibilité des tendances perverses, qui se traduit par le *récidivisme incessant de la faute, l'impossibilité de l'amendement du coupable* : en résumé, *l'incorrigibilité du pervers* ».

Les conclusions thérapeutiques et médico-légales découlent fatalement de cette conception constitutionnelle du pervers : celui-ci échappe à tout traitement, à toute pédagogie; son amendement moral est une illusion, une utopie; il est inintimidable et incorrigible, dangereux au surplus, car il se double souvent d'un délinquant et d'un criminel d'habitude; il n'est, en résumé, justiciable que de l'asile de sûreté dont la création s'impose d'urgence.

*Discussion.* — M. ANGLADE veut qu'on s'affranchisse définitivement de la tutelle des conceptions surannées de la dégénérescence et de l'hystérie; à côté des troubles du caractère, de ses vices et de sa mythomanie, le pervers présente des anomalies de la motilité et de la sensibilité, de l'excitation et de l'instabilité motrice, des perversions sensorielles. Il signale, d'autre part, les perversis séniles devenus, après une vie normale que termine l'involution, des vicieux et plus particulièrement des érotomanes. Peut-on enfin établir la limite de la responsabilité des pervers et améliorer ceux-ci? M. Anglade prône la bonne éducation, l'in-



fluence du milieu et de l'exemple ; il s'élève avec force contre les colonies pénitenciaires, véritables écoles du vice. — M. RÉGIS ne s'associe pas entièrement aux conclusions pessimistes de M. Dupré : l'amendement du pervers n'est pas chose impossible ni illusoire ; l'on doit espérer d'heureux résultats avec de bonnes méthodes d'orthopédie mentale et morale. Le pervers est un pervers scolaire et militaire avant d'être un pervers social. Or, une scission doit s'établir entre les arriérés intellectuels et les amoraux intelligents parmi lesquels se recrutent la plupart des criminels juvéniles. Pas d'asiles-prisons pour ceux-ci ; ces établissements doivent être réservés pour ces demi-aliénés et demi-criminels, à la fois délinquants et malades ; ils ne doivent jamais recevoir des enfants. L'éducation morale du pervers commencera, si possible, dès l'âge de quatre ou cinq ans, dans un « réformatoire » comme il en existe en Angleterre, avec des méthodes appropriées où collaborent étroitement l'élément pénitentiaire et l'élément médical. — M. VIGOUROUX parle comme M. Régis. Il estime qu'il faut attendre les preuves de l'intimidabilité d'un sujet avant de le mettre dans un asile-prison. Il vante les résultats obtenus à l'école de Montesson (fondation Th. Roussel) et à la colonie de Vaucluse. Il insiste sur le rôle de la puberté dans la genèse des actes qui conduisent les pervers à l'internement et sur l'amélioration possible de ceux-ci après la crise pubérale. — M. CLAPARÈDE signale une colonie libre tenue par M<sup>lle</sup> Francia près de Bologne et les résultats étonnants obtenus par cette jeune fille sur une vingtaine de jeunes bandits. Il faut, dit-il, des établissements de ce genre et, pour les diriger, des personnes particulièrement douées comme pédagogues, des *éducateurs* plutôt que des *instructeurs*. — M. PACTET insiste sur l'intimidabilité du pervers et la responsabilité sociale de l'aliéné. L'internement lui-même n'est

qu'une mesure de préservation sociale envers un sujet reconnu dangereux. Actuellement, la durée du séjour à l'asile des pervers envoyés par l'autorité administrative après non-lieu judiciaire est forcément courte lorsqu'elle n'est pas encore abrégée par une évasion. Il importerait que la magistrature intervînt dans le placement. En raison de leur inadaptabilité au milieu social et du danger permanent qu'ils constituent pour la société, les pervers devraient, pour la sécurité de celle-ci, être retenus dans un établissement spécial d'où leur sortie pourrait être autorisée par la magistrature, d'après un avis conforme du médecin ; mais leur internement deviendrait définitif si les essais ainsi tentés de vie libre se montraient infructueux. — M. LEY demande l'éducation préventive des pervers dans une série d'écoles avec séparation des sujets suivant leur degré de perversion. Il a personnellement observé des cas de régénération, tout au moins d'éducation morale. — M. VOISIN cite l'école de réforme de la Salpêtrière et les succès obtenus dans l'éducation et la moralité des enfants qui y ont été traités. Il existe, d'autre part, à Paris, un certain nombre d'écoles d'anormaux attachées aux écoles communales : il faut les encourager. — M. DARMON répond au vœu de M. Pactet : la justice, dans l'état actuel des textes, ne peut prendre les mesures souhaitées par l'orateur. — M. GILBERT BALLEST est pessimiste comme M. Dupré, mais il estime qu'il ne faut pas trop le proclamer. Tout le problème de la criminalité se trouve suspendu à cette question des perversions instinctives et sa solution est difficile à trouver car elle entraînerait le bouleversement des vieilles théories régnantes. La société a le droit de se préserver, quel que soit le mobile de l'acte criminel, et elle ne saurait établir de cloison étanche entre ceux qui bénéficient de l'article 64 du Code pénal et les autres criminels. Il ne



doit être question que de la protection de la société vis-à-vis des pervers, au prorata de leur nocuité, et non pas de punition, suivant le terme consacré de la vieille métaphysique. Au point de vue de la protection et de la prophylaxie sociales, il y aurait enfin un immense intérêt à ce que l'étude de la psychologie criminelle fût faite désormais dans de bonnes conditions. — M. VALLON s'associe aux idées de M. G. Ballet. Il préconise l'asile-prison. En prison, il n'y a plus d'observations médicales possibles ; à l'asile-prison et sous une direction médicale, on pourrait prendre, au contraire, des observations du plus haut intérêt sociologique. — M. GILBERT BALLEST. C'est le magistrat qui seul a le droit d'envoyer un sujet dans un asile-prison et de le priver ainsi de sa liberté.

A l'issue de la séance, visite des soukhs, sortes de galeries couvertes où s'ouvrent latéralement les logettes des marchands et dont chacun a son aspect et son cachet propres, certains ornés de colonnes torsées et colorées, d'autres laissant filtrer entre les planches qui les recouvrent de joyeux rais de soleil, soukhs des étoffes, de la soie, de la laine et du coton, soukhs des cuirs ou des selliers, des armes, des libraires, des tapis, des bijoux, des parfums... Chacun parmi nous s'arrête, étudie curieusement ces marchés et ce décor des Mille et une Nuits, fait son choix, ses commandes et ses emplettes, ravi d'emporter en France quelques souvenirs matériels ; les collectionneurs se révèlent dans leurs spécialités ou dans leur éclectisme. Dans ces soukhs, le cœur même de la ville arabe, l'Européen croise une foule indigène, femmes voilées, mais risquant assez hardiment un œil et quelquefois les deux sur notre passage, hommes entortillés dans un burnous point toujours très propre ou seulement vêtus d'une petite veste

très courte et d'une culotte serrée au genou et bouffante du fond, ou encore sordidement couverts d'un sac rapiécé et troué de partout et de cordes mal ajustées, gamins demi-nus piaillant pour avoir un sou... ; toute cette horde grouille, se bouscule, s'interpelle (bara! bara!), toutes ces guenilles s'agitent, pendant que, placides, graves, impassibles, des marchands accroupis à l'orientale devant leur échoppe attendent le client, que d'autres se font raser la face et le crâne, et que d'autres encore boivent à petites gorgées le caoua sirupeux, savamment préparé sous la braise.

L'après-midi débute par la réception des congressistes à la Résidence Générale, où était dressé à leur intention un buffet généreusement garni. A trois heures, nous entendons le rapport de l'éminent Maître de Bordeaux.

*L'assistance des aliénés aux colonies.* Rapport présenté par les D<sup>rs</sup> H. REBOUL et E. RÉGIS. — Ce rapport est divisé en trois parties : la première est consacrée à l'historique et à l'exposé général de la question ; la seconde fait connaître l'état actuel de l'assistance des aliénés, dans chacune de nos principales colonies, anciennes et nouvelles ; la troisième énumère, en une large esquisse, les principales réformes à réaliser dès aujourd'hui.

A de très rares exceptions près, aucune de nos colonies n'a encore sérieusement organisé, sur ses véritables bases, le traitement médical et légal de l'aliénation mentale. Presque toutes en sont réduites à des installations de fortune, tout à fait déplorables, ou à évacuer sur les asiles de la Métropole leurs aliénés ; et ces malheureux, après une traversée souvent des plus longues et des plus pénibles, trouvent seulement l'abri que leur doit notre civilisation sur une terre entièrement étrangère à leurs mœurs et à leurs coutumes, sous un



ciel souvent inclément et même meurtrier pour eux, au milieu d'êtres qui ne parlent pas leur langue et ne les comprennent point, toutes conditions ennemies du but à poursuivre, le soulagement sinon la guérison du malade qu'on hospitalise. Et cependant, si nous n'avons pas d'asiles coloniaux, ce ne sont point les malades qui manquent... ni même les exemples ; car dans les colonies étrangères voisines des nôtres et peuplées des mêmes races, il y a des asiles remarquablement aménagés et remplis de malades. La Hollande s'est préoccupée de ses aliénés et leur a assuré les soins nécessaires ; l'Angleterre possède 74 asiles d'aliénés coloniaux, sans compter ceux qu'elle développe dans ses pays de protectorat comme l'Égypte.

Le parallèle entre l'état actuel de l'assistance des aliénés dans les colonies françaises et dans les colonies étrangères, celles notamment hollandaises et anglaises, est navrant et humiliant pour nous. Lors même que la colonie prend à cœur de faire traiter ses malades, le mode de traitement qu'elle a à sa disposition, c'est-à-dire le transfèrement, dans un asile métropolitain, donne les résultats les plus décourageants. Le pourcentage, par exemple, des Arabes d'Algérie guéris en France est infime et les raisons abondent pour expliquer ce fait. « Ce pourcentage si faible dans les guérisons des aliénés arabes à l'asile d'Aix, écrivent les rapporteurs, est principalement dû : 1° A ce qu'on n'envoie en France que les malades qui n'ont pas rapidement guéri dans les locaux d'attente des hôpitaux de l'Algérie ; 2° Au retard dans le début du traitement ; 3° Au changement de milieu, de coutumes ; 4° A l'éloignement de la famille et de toute consolation morale ; 5° A l'impossibilité de se faire comprendre ; 6° A l'absence forcée de tout traitement méthodique ; 7° A l'action du climat français et à l'énorme morta-

lité des Arabes à l'asile d'Aix surtout par tuberculose.»

La population algérienne est cependant des plus importantes, puisqu'elle compte environ 5 millions d'habitants; la proportion des aliénés est pareillement loin d'être négligeable; Livet fixe de 4.000 à 6.000 le nombre des aliénés à hospitaliser actuellement, pour toute l'Algérie. On s'explique donc difficilement l'absence d'asiles algériens et l'histoire des échecs successifs des propositions et des tentatives faites pour en établir est une bien triste leçon de choses... administratives et politiques.

En Tunisie, sous le protectorat français, il n'existe, de même, aucun asile. Et pourtant, lorsque florissait la civilisation arabe, nous apprend le distingué secrétaire général de notre Congrès, le D<sup>r</sup> Porot, les affections mentales étaient étudiées par les médecins célèbres de l'époque et un moristan, fondé en 1663 à Tunis et analogue à ceux de Fez et du Caire, avait été consacré au traitement des aliénés. Le caractère pathologique des musulmans aliénés n'est donc méconnu de personne; le Coran lui-même les traite d'*ineptes*, et les jurisconsultes musulmans savent prononcer leur interdiction et leur irresponsabilité pénale.

Point d'asile, naturellement, dans l'Afrique occidentale, ni dans l'Afrique équatoriale françaises. En revanche, Madagascar possède depuis 1905 un asile d'aliénés à Itaosy. Reconnu insuffisant, on en construit un autre, plus grand, à Ambohidratrimo; on aménage, en outre, un établissement spécial pour aliénés à l'hôpital de Farafangana.

L'Indo-Chine, malgré ses 18 millions d'habitants, n'est dotée d'aucun asile. Et cependant, « la construction d'un asile d'aliénés s'impose. Les fous sont nombreux en Cochinchine... » (D<sup>r</sup> Flandrin, vice-président du Conseil colonial). Aussi les malades ne sont-ils pas



soignés ; on essaie seulement de se préserver des plus dangereux. En Annam, par exemple, « les autorités indigènes, suivant le code annamite, laissent les aliénés à la garde de leur famille ou font entraver les malheureux déments. On construit alors une véritable cage à bêtes fauves, en bambou, à deux compartiments séparés par une cloison mobile et l'on fait passer l'interné d'un compartiment dans l'autre pour procéder au nettoyage. C'est le système employé dans les ménageries. Le procédé le plus fréquemment en usage, c'est l'entrave mise soit à l'un des membres inférieurs, soit aux deux réunis ». Ailleurs, au Cambodge, au Laos, l'aliéné est, de même façon, enchaîné dans sa maison et sous la surveillance de sa famille, ou enfermé dans une cellule de la prison municipale ou militaire.

Des colonies du Pacifique, la plus importante est la Nouvelle-Calédonie qui, en raison de ses établissements pénitentiaires, possède à l'île Nou des bâtiments spéciaux pour les bagnards aliénés. (Le criminel est, comme dans la Métropole, l'objet permanent de la sollicitude gouvernementale!)

Les colonies des Antilles sont, par exception, favorisées. La Martinique avait un asile à Saint-Pierre, malheureusement disparu dans la catastrophe du Mont Pelé en 1902. La Guadeloupe possède un asile d'aliénés, celui du Camp-Jacob, près de Basse-Terre. L'assistance des aliénés de la Guyane se fait : pour la population libre, à l'hospice du camp Saint-Denis, à Cayenne ; pour les militaires et fonctionnaires des diverses administrations, à l'hôpital colonial de Cayenne ; pour la population pénale, à l'hospice et à l'asile des îles du Salut.

Des autres colonies, peu de chose à dire, sinon que La Réunion possède un asile d'aliénés à Saint-Paul.

La troisième partie du rapport, et la conclusion même

de cet exposé de la situation lamentable des aliénés de nos colonies, montre le programme à réaliser, dont la discussion doit porter sur les points principaux suivants :

- 1° Formation de psychiatres coloniaux ;
- 2° Établissement aux colonies d'une législation sur les aliénés ;
- 3° Création et organisation aux colonies, d'établissements spéciaux pour les aliénés ;
- 4° Rapatriement et transport des aliénés coloniaux en France ;
- 5° Assistance des aliénés des troupes coloniales, en temps de paix, en temps de guerre ;
- 6° Lutte préventive contre les psychoses coloniales. L'alcoolisme aux colonies.

Le point le plus important peut-être de ce programme est la création d'asiles d'aliénés coloniaux. Voici quelques-uns des desiderata des rapporteurs auxquels nous nous associons pleinement : « ... Ils devront être situés (ces asiles), autant que possible, auprès des grands centres, en communication facile à la fois avec l'intérieur, pour recevoir les aliénés provenant des formations de première ligne, et avec l'extérieur, en vue des rapatriements... Ces asiles, du type pavillonnaire, suivant le principe aujourd'hui généralement adopté, viseront surtout à être simples et pratiques... L'asile d'aliénés colonial doit, comme partout où il existe déjà, être un asile mixte, c'est-à-dire en état de recevoir non pas seulement les indigènes, auxquels il est surtout destiné, mais aussi les Européens... Le médecin en chef, choisi parmi les experts psychiatres des colonies, militaires ou civils, dirigera l'asile, médicalement et administrativement, sans coexistence d'un directeur, rouage inutile et coûteux, dont on peut et on doit faire ici l'économie... A notre avis, sept asiles d'aliénés



devraient, sans tarder, être construits dans nos colonies : trois en Algérie, un pour chacun de ses trois départements, comme cela existe en France, et comme on en avait conçu à un moment l'idée en Algérie même ; un en Tunisie, de préférence à caractère international, ainsi que le propose Porot ; un en Afrique occidentale française ; un à Madagascar, un enfin en Indo-Chine. »

Quant au transport des indigènes, nous laissons là encore la parole au professeur Régis et à son collaborateur, le D<sup>r</sup> Reboul : « Il faut absolument que leur transport des colonies en France cesse au plus tôt. Il n'est pas décent, il n'est pas humain, il n'est pas digne de la France, d'arracher à leur pays, à leur famille, à leurs coutumes, des malheureux privés de raison qui, convoyés misérablement en des traversées plus ou moins longues et pénibles, viennent échouer dans des asiles où ils ne retrouvent ni leur climat, ni leur nourriture, ni leurs vêtements, ni leur religion, ni leur langue, où personne ne les comprend, où ils ne peuvent être traités efficacement, et où la plupart finissent par mourir de la maladie de misère morale et physique par excellence : la tuberculose. »

*Discussion.* — M. A. MARIE rappelle la législation en vigueur en Egypte où les aliénés sont traités à l'asile du Caire, dirigé par le D<sup>r</sup> Warnock. Il apporte des documents intéressants sur l'asile moderne, à système pavillonnaire, édifié récemment en ce pays, sur le recrutement du personnel infirmier aux colonies (infirmiers noirs pour les hommes, nurses doublées de femmes indigènes pour les femmes), des tableaux statistiques enfin émanant du Colonial Office. — M. GRALL, au nom du corps colonial français, adresse au professeur Régis des remerciements pour l'œuvre qu'il a entreprise. — M. G. MARTIN fournit des détails sur l'enseignement donné à l'Ecole de la Marine à Toulon. — M. BLANC indique les

difficultés d'ordre budgétaire et social, qui font retarder à Tunis la création d'un asile d'aliénés. Il préconise l'établissement d'un asile musulman et d'un asile israélite distincts et signale un décret en préparation permettant le maintien légal des malades en observation dans le pavillon actuel des nerveux, à l'hôpital français. — M. VITAL ROBERT explique en détail l'organisation du service d'assistance aux aliénés à Madagascar. — M. MANHEIMER-GOMMÈS prône l'assistance familiale des aliénés aux colonies. — M. DUPRÉ insiste sur les dangers de l'alcool pourvoyeur de la folie et du crime, aussi bien en France qu'aux colonies, et émet le vœu que le Parlement comprenne enfin que son devoir le plus urgent serait de prendre les mesures prophylactiques nécessaires. — M. SIMONIN s'occupe plus particulièrement des malades en temps de guerre. Il ne retient pas, dans la discussion, les malades qui doivent être évacués définitivement, c'est-à-dire les chroniques. Les psychoses aiguës sont de deux ordres, les psychoses de choc, psychoses émotionnelles, confusions mentales passagères, et les psychoses d'épuisement et d'intoxication. Les malades atteints de troubles mentaux appartenant à cette catégorie pourraient être soignés dans des formations sanitaires plus ou moins rapprochées des ambulances de première ligne, et pour leur traitement on pourrait utiliser avec avantage les psychiatres de carrière et les infirmiers d'asile. — MM. CAZANOVE et G. MARTIN vantent, comme M. Robert, le personnel noir infirmier de l'Afrique occidentale française. — M. LEVET parle contre l'exportation en France des aliénés coloniaux. La situation des claustrés de la Thékia est encore meilleure que celle des indigènes déportés dans les asiles de la métropole. Il demande instamment que soient dénoncés les traités passés entre ces asiles et les colonies pour le traitement de leurs aliénés. — M. GRALL. On doit créer



dans le plus bref délai possible des établissements d'hospitalisation et de culture agricole sur place pour les indigènes aliénés des colonies lointaines. Mais le rapatriement s'impose pour les Européens tombés malades aux colonies. Les indigènes d'Extrême-Orient, au surplus, constituent comme les noirs de l'Afrique occidentale d'excellents infirmiers. — M. DESOURTEAUX réclame l'installation par les compagnies de navigation de cabines matelassées sur le pont pour l'évacuation des malades, qui seront accompagnés d'un infirmier de carrière, et des évacuations régulières, à date fixe. — M. CAZANOVE donne des détails circonstanciés d'un puissant intérêt sur la folie aux colonies, dont les principaux facteurs sont l'engagement, la vie de poste, avec ses privations et la tension intellectuelle qu'elle réclame, les maladies intercurrentes et l'alcoolisme. Il expose les dangers, militaires et administratifs, que présentent les aliénés aux colonies. Il traite la question des aliénés dans les colonies pénitentiaires. Il expose enfin les formes cliniques que revêt la folie chez les indigènes de l'Afrique occidentale française. La formule de leur délire est presque toujours diabolique ou divine ; on y retrouve l'influence de la sorcellerie et le parallèle s'impose avec les délires du moyen âge. Beaucoup de malades offrent de la lycanthropie, ou plutôt de la zoanthropie, ils se croient transformés en panthères, en léopards, en caïmans : ils se jettent sur les habitants, les déchirent et vont jusqu'à les manger. Ces délires prennent fréquemment des allures collectives et épidémiques que favorisent puissamment des réunions secrètes et mystiques, des pratiques fétichistes, l'homosexualité rituelle, etc. — M. JACQUIN appuie le vœu antialcoolique proposé à l'occasion des deux rapports de M. Dupré et du professeur Régis. — M. BLANC fait remarquer que les Tunisiens respectent la coutume du rhamadan,

ce qui les oblige à cesser toute pratique alcoolique pendant trois mois au moins par an. — M. VITAL ROBERT dénonce le progrès de l'alcoolisme à Madagascar. — M. RÉGIS tient enfin à signaler l'heureuse initiative prise tout récemment en Algérie pour prohiber la vente de l'alcool et des boissons alcooliques.

A l'issue de cette séance, le vœu suivant proposé par M. Dupré est voté à l'unanimité :

« Le Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française réunis à Tunis le 1<sup>er</sup> avril 1912, après avoir discuté les questions à l'ordre du jour et notamment les causes des perversions instinctives et de la criminalité, ainsi que de l'aliénation mentale dans les colonies françaises, signale à l'opinion publique le péril croissant de l'alcoolisme, grand agent du crime et de la folie, et rappelle au Parlement que son devoir le plus urgent est d'enrayer par tous les moyens le progrès d'un empoisonnement mortel pour la nation. »

La discussion close, nous filons en voiture à l'hôpital civil français, où M. Alapetite devait inaugurer le pavillon spécial des maladies nerveuses et mentales que M. Porot a eu le grand mérite de faire établir, et où les malades sont traités avec tout le confort et les ménagements souhaitables, en des salles spacieuses et claires, par un personnel remarquablement choisi.

La journée s'achève enfin après la réception du Congrès par le corps médical tunisien.

**Mardi 2 avril.** — Discussion des rapports. Communications diverses. Visite en voiture des dispensaires de la ville et de l'hôpital Sadiki, où le D<sup>r</sup> Brunswick Le Bihan nous retraça l'histoire de ses salles, jadis occupées par des aliénés et dont Guy de Maupassant a laissé une description saisissante de réalisme, transformées



aujourd'hui et aménagées au gré de l'hygiène et de la chirurgie modernes. L'après-midi, séance à l'hôtel des Sociétés françaises.

*Complications nerveuses et mentales du paludisme.*  
Rapport présenté par le Dr CHAVIGNY. — La délimitation des complications du paludisme est difficile, et l'on risque bien souvent d'y englober des maladies intercurrentes. Il faudrait, dit le rapporteur, réserver le nom de complications aux symptômes, syndromes ou maladies survenues à l'occasion du développement de l'hématozoaire, sans que cependant elles en relèvent directement, uniquement.

M. Chavigny étudie d'abord la pathogénie des symptômes et des complications du paludisme. Or, celle-ci n'est pas encore complètement élucidée et quatre théories principales sont ou peuvent être invoquées. Suivant les auteurs, les accidents observés sont rapportés :

1° A une action mécanique directe ou indirecte des hématozoaires sur les organes ou appareils ;

2° A une action des toxines que sécréterait l'hématozoaire ;

3° A une action chimique des déchets provenant de la destruction des globules rouges ;

4° A une intoxication par insuffisance rénale et hépatique et par insuffisance des émonctoires en général.

La théorie toxique est certes la plus séduisante, et des expériences encore inédites de Dopter viennent la renforcer singulièrement. Injectant du sérum de paludéen au voisinage du sciatique de cobayes, il a obtenu chez plusieurs animaux des accidents de nécrose segmentaire périaxile, accidents qu'il ne notait jamais après l'injection du sérum humain normal. L'injection intra-arachnoïdienne du même sérum provoquait une chromatolyse très manifeste des grandes cellules pyramidales de l'écorce.

A la base de toute complication d'une infection, on retrouve toujours, il ne faut pas l'oublier, les prédispositions latentes ; et souvent l'on peut démontrer qu'antérieurement aux manifestations graves compliquant des accès palustres, le sujet présentait déjà, mais atténués et bénins, ces mêmes syndromes cliniques. D'autre part, un certain nombre de malades sont à la fois paludéens, alcooliques et syphilitiques, et la part que prend respectivement chacun des trois facteurs en présence dans la genèse du trouble observé est bien malaisée à établir.

Les complications du paludisme portant sur le système nerveux périphérique sont principalement des névralgies, surtout celle du trijumeau, des névrites et myélites. Celles ayant pour siège les centres nerveux, l'aphasie, l'hémi ou la paraplégie.

Les complications mentales du paludisme, de même que les nerveuses, relèvent rarement d'une origine palustre absolument pure ; il faut le plus souvent lui adjoindre un autre facteur pour le moins aussi puissant, l'alcoolisme ou l'hérédité vésanique, parfois même les deux. Les formes les plus communément observées sont l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthémie, les psychonévroses avec asthénie, aboulie, torpeur, onirisme hallucinatoire, idées fixes (Régis), enfin des psychoses confusionnelles pouvant revêtir des formes très variables, maniaques, stupides, délirantes, etc., suivant l'acuité du processus, sa chronicité et son évolution dementielle possible.

*Discussion.* — M. DUMOLARD (d'Alger) s'est attaché spécialement à l'étude des manifestations nerveuses du paludisme aigu. Malgré l'abondance apparente des documents sur la question, bien peu, comme l'a dit le rapporteur, sont utilisables. La documentation clinique doit donc être reprise par la base, c'est-à-dire par



l'étude du paludisme aigu. Sur 200 paludéens aigus, l'auteur a relevé 11 fois des manifestations nerveuses diverses, dont la publication détaillée paraîtra prochainement à la Société de neurologie. En outre, dans 20 cas de paludisme aigu grave sans manifestations cliniques nerveuses, il a pratiqué systématiquement la ponction lombaire et 4 fois il a observé une réaction lymphocytaire. Les manifestations nerveuses aiguës du paludisme ont une physionomie particulière qui les rapproche de l'accès pernicieux cérébral ; elles sont caractérisées par leur brusquerie d'apparition, la variabilité des signes cliniques, la rapidité d'évolution soit vers la mort, soit vers la guérison complète. Elles paraissent être plus souvent centrales que périphériques (l'auteur n'a observé aucun cas de névralgie), elles sont en rapport avec l'intensité des phénomènes congestifs et avec l'encombrement des capillaires par l'hématozoaire et son pigment. Les lésions curables peuvent aboutir dans quelques cas à des hémorragies ou à des thromboses capables de déterminer des séquelles nerveuses définitives. De même que les phénomènes délirants, elles peuvent se montrer chez des sujets qui n'ont aucune trace d'intoxication alcoolique. A la lumière de ces faits, on peut entrevoir le rôle étiologique du paludisme dans certaines affections nerveuses dont les causes sont encore mal connues, telles certaines formes de syringomyélie, de sclérose en plaques, de Parkinson... — M. GRALL insiste plus particulièrement sur les polynévrites paludéennes entrevues déjà par le médecin de la marine Segond. — M. RÉGIS critique l'ancienne théorie accusant l'alcool de tous les délires hallucinatoires aigus. L'alcool n'a pas ce monopole. Toutes les intoxications exo ou endogènes, toutes les infections peuvent déterminer un délire analogue à celui de l'alcool. Le paludisme peut, comme le saturnisme ou la

pneumonie, provoquer des psychoses et du délire ; le travail de Hesnard en rapporte de nombreux exemples, absolument probants. La difficulté diagnostique est que souvent les paludéens sont en même temps des alcooliques et parfois aussi des vésaniques avec association de paludisme. L'orateur rappelle l'opinion de Klippel sur le rôle primordial de l'insuffisance des émonctoires dans la genèse des délires toxiques. On peut cependant retrouver quelques caractères différentiels entre les psychoses alcooliques et les paludéennes. Celles-ci sont marquées surtout par la déchéance, par l'usure physique et mentale, par un fléchissement général de l'organisme avec asthénie, aboulie, dépression psychique, dysmnésie et amnésie, se rapprochant ainsi davantage des psychoses infectieuses que des psychoses toxiques. Ces caractères cliniques ont une grande valeur dans les affaires si importantes et si délicates de la médecine légale coloniale. — M. HESNARD traite des psychoses palustres prolongées. — MM. VIGOUROUX et PRINCE apportent : 1° une statistique montrant l'association de l'infection paludéenne avec l'alcoolisme et la syphilis chez 14 paralytiques généraux sur 60 paralytiques actuellement dans le service des hommes de Vaucluse ; 2° l'observation clinique et anatomo-pathologique d'un paludique chronique porteur d'une rate de 990 grammes, qui présenta plusieurs accès de confusion mentale profonde allant jusqu'à un état sub-comateux et chez lequel les troubles mentaux semblent devoir être rattachés à l'auto-intoxication due à leur insuffisance du foie, du rein et des autres émonctoires. L'examen histologique confirme cette hypothèse. — M. SIMONIN détaille deux observations de psychose paludéenne des plus intéressantes au point de vue médico-légal. — M. ANGLADE demande que soit précisé ce qu'on appelle syndrome toxique. Il établit, d'autre part,



un parallèle saisissant entre les psychoses puerpérales et les psychoses paludéennes.

La question s'élargit à ce moment, en portant sur les psychoses toxiques et infectieuses en général et du débat auquel prennent part MM. ANGLADE, RÉGIS, DUPRÉ et VIGOUROUX se dégagent ces deux conclusions, à savoir que des modifications physiques et chimiques de l'urine jugent et signent en quelque sorte les psychopathies d'origine toxique (Régis) et que le paludisme ne saurait être écarté *a priori* de l'étiologie de la paralysie générale (Vigouroux).

L'Assemblée générale clôtura la séance de travail. On vote d'abord le vœu suivant émis par le professeur Régis :

*Les membres du XXII<sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réunis à Tunis,*

*Considérant qu'il y a nécessité et urgence à organiser convenablement l'assistance des aliénés dans les Colonies françaises et les pays de Protectorat ;*

*S'associent complètement aux considérations développées dans le rapport présenté au Congrès par M. Régis et M. Reboul et émettent particulièrement le vœu que soient réalisés, dans les conditions indiquées dans ce rapport :*

*1<sup>o</sup> La formation de psychiatres coloniaux spécialisés, militaires et civils ;*

*2<sup>o</sup> Une législation sur les aliénés aux Colonies ayant pour base les principes communs avec réglementations spéciales suivant les conditions locales ;*

*3<sup>o</sup> Des locaux et établissements pour délirants et aliénés constituant, pour chaque colonie, une sorte de réseau d'assistance psychiatrique avec organismes périphériques très simples et postes centraux plus ou moins importants suivant le cas, asiles d'aliénés si possible,*

*ces derniers étant toujours dirigés par un médecin psychiatre français assisté de médecins indigènes et d'un personnel infirmier également indigène.*

4° *Ils demandent en outre que le transport des aliénés indigènes dans les asiles de la France continentale cesse entièrement d'ici trois ans, et que le rapatriement des aliénés européens, civils et militaires, soit effectué dans des conditions plus satisfaisantes que celles qui existent actuellement.*

5° *Ils demandent enfin qu'en vue de la prévention de la folie aux Colonies, une sélection mentale des Européens civils et militaires soit autant que possible opérée et surtout que l'alcoolisme, grand producteur de psychoses, y soit immédiatement combattu par les mesures les plus énergiques, au lieu d'être encouragé et favorisé comme il l'est aujourd'hui.*

Les médecins belges, présents au Congrès, expriment le désir que les vœux précédents, votés à l'unanimité par le Congrès, soient rendus applicables à la Belgique.

L'Assemblée s'associe à ce désir.

On remplace ensuite dans le Comité permanent les deux membres sortants, MM. Deny et Arnaud, par MM. Klippel et Vallon; on acclame la future présidence de M. Dupré et le siège à Luxembourg du 24<sup>e</sup> Congrès. Rappelons que le 23<sup>e</sup> doit se tenir en août 1913 au Puy avec le programme suivant :

*Président : M. ARNAUD.*

*Secrétaire général : M. SUTTEL.*

*Rapporteurs : M. LAGRIFFE. Les troubles du mouvement dans la démence précoce;*

*M. MONIER-VINARD. De l'anesthésie dans l'hémiplégie cérébrale;*

*M. PICQUÉ. Conditions de l'intervention chirurgicale*



*chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal.*

L'Assemblée générale terminée, des voitures nous prennent et nous conduisent au Musée du Bardo, ancienne résidence des beys de Tunis, où dans un cadre admirable sont pieusement conservés d'incalculables trésors, mosaïques, lampes, stèles, chapiteaux, faïences, et tout particulièrement des bronzes et des marbres arrachés récemment à la mer, près de Mahdia, où un navire grec, venant d'Athènes, avait fait naufrage avec tout son chargement de vases et de statues, retrouvés à peu près intacts après 2.000 ans de séjour dans la bonne sous-marine.

**Mercredi 3 avril.** — Excursion en automobile aux ruines romaines de Dougga, dont la plus belle et la plus célèbre est sans contredit le temple aux six colonnes dédié à Jupiter Capitolin.

**Jeudi 4 avril.** — Communications diverses dont nous pouvons ici seulement donner les titres :

SIMONIN. *La débilité mentale dans l'armée. Débiles simples et débiles délinquants (Étude clinique et médico-légale).*

HAURY. *Les apaches dans l'armée.*

LEVASSORT. *Dégénérescence et perversions instinctives. Folie morale familiale, parricide, crime collectif.*

G. PETIT. 1° *Sur une variété de pseudo-hallucinations; les auto-représentations mentales aperceptives dans les délires hallucinatoires chroniques.*

2° *Des rémissions dans les délires hallucinatoires chroniques.*

A. LEY. *La psychologie clinique expérimentale.*

R. MIGNOT et F. ADAM. 1° *Psychose syphilitique chez un vieillard de soixante et onze ans.*

2° *Néphrite aiguë avec état mélancolique et hyperlymphocytose rachidienne.*

ANDRÉ COLLIN. *Recherches chez les petites hérédotuberculeuses de l'hypersuggestibilité mise en évidence par la conservation des attitudes et jointe à la mythomanie.*

AMELINE. *Note sur la résistance de l'organisme à l'action de la dégénérescence mentale héréditaire et de l'infection tuberculeuse avec l'âge.*

GELMA. 1° *Délire de persécution à forme hypochondriaque ;*

2° *Tremblement rythmé oscillatoire.*

HESNARD. *Note sur les fumeurs de chanvre en Orient.*

BÉRIEL. *Psychopathies et insuffisance rénale.*

BENON. *Neurasthénie traumatique suivie de manie.*

LEFÈVRE. *Les Aïssaouas. Note sur un cas de psychose religieuse collective.*

MANHEIMER-GOMMÈS. *L'assistance psychiatrique à domicile.*

FRAIKIN et GRENIER DE CARDENAL. *Psychose par dysthyroïdie chez une goitreuse ; guérison par le traitement thyroïdien.*

JACQUIN. *Conclusions de trois années de pratique médico-pédagogique dans une école de perfectionnement type externat.*

Les travaux psychiatriques du Congrès sont dès lors terminés, mais nullement son intérêt scientifique. La visite de la Tekia et l'excursion à Korbous en sont les premiers exemples.

La Tekia est un établissement indigène tenant à la fois de Nanterre et du Dépôt ; des aliénés y sont hospitalisés, et parmi eux j'ai pu voir des fumeurs de chanvre, plus exactement de kief et de chira. Quant à Korbous, c'est une station thermale à eau chaude



(dépassant 50 degrés), située sur le golfe de Tunis, à 48 kilomètres de la ville et à laquelle on accède par une route en corniche de toute beauté. Cette station, connue des Romains et des Carthaginois, est de date très ancienne. On peut y observer les vieilles coutumes indigènes, les macérations aromatiques dont se servent les Arabes, leurs bains primitifs, en même temps que les plus récentes et les plus parfaites installations balnéothérapiques.

Le 5 avril, nous commençons la magnifique excursion dans le Sud-Tunisien dont nous ne pouvons à notre gré détailler les merveilles. C'est Sousse, avec son port établi en eau profonde sur une mer incomparablement bleue et où se pêche avec une heureuse abondance le mérot si prisé des gourmets du Congrès, sa ville arabe bâtie en amphithéâtre, ses blanches murailles crénelées, ses rues étroites et tortueuses, ses soukhs où s'accumulent toutes les marchandises du Sud-Tunisien, son imposante Kasbah dont la salle d'honneur jouit d'une vue unique sur la mer et sur le Sahel, ses catacombes et sa nécropole romaine, enfin son hôtel de ville, de style mauresque, où notre Congrès fut si sympathiquement reçu par le vice-président de sa municipalité, M. Gallini, au milieu des rutilantes fleurs des bougainvilliers.

C'est Kairouan, la ville sainte, aux hautes murailles, la grande cité musulmane où la vie arabe est surprise dans son intimité, sans fard ni apprêts. Et le grand charmeur de serpents, faisant sur la place publique de mystérieuses incantations avant de dresser son cobra, le con gonflé, les yeux dardés sur son maître, qui frappe inlassablement d'un tambourin au son félé et lui parle avec animation, comme s'il devait s'en faire comprendre; les danses du Café maure, les Ouled-Naïls, peintes

et parées ; les Aissaouas frénétiques, les bruyants joueurs de dominos, et ceux silencieux de dames, les porteurs d'eau, les marchands de dattes et de piments..., tous poursuivent leur vie sans rien changer de ses traditions, sans aucunement la déformer par des emprunts maladroits aux coutumes européennes. Aussi est-ce avec une émotion non encore ressentie que nous procédons à sa visite, et avec un pieux respect que nous foulons la dalle des mosquées, aux coupoles élégantes, aux multiples piliers surmontés de chapiteaux byzantins, aux murs incrustés de dentelles de stuc, aux antiques et célèbres tapis usés par les prières, aux mosaïques presque millénaires.

C'est El-Djem et son amphithéâtre colossal qui pouvait contenir 70.000 personnes. C'est Sfax et son quartier arabe, flanqué d'une enceinte crénelée jusqu'où jadis montait la mer. C'est Gabès, l'oasis luxuriante et chaude, sillonnée d'oueds bienfaisants, avec sa végétation tropicale, ses palmiers orgueilleux, ses grenadiers sanglants, ses rouges ibiscus, ses champs verdoyants ; Gabès, la ville des joyeux, la gardienne du désert, dont l'on voit la nudité s'étendre à perte de vue, l'opulente voisine de cette misérable cité souterraine des troglodytes de Matmata.

A peine rentrés à Tunis, nous repartons pour l'Algérie ; le train nous emporte à travers la riante vallée de la Medjerdah, et nous mène à Constantine, aux gorges terrifiantes du Rhumel, toutes peuplées de faucons et de pigeons, ceux-ci nourrissant ceux-là. Vision sublime : la ville arabe, teintée de bleu vif par ses habitants, surplombe le ravin profond où coule le Rhumel ; ses premières maisons sont juchées sur le faite même du roc, qui semble les hausser vers le ciel. Et quand, sous l'effort du temps, croule la pierre, la maison avec elle s'abîme dans le torrent. Des ponts vertigineux, ceux



notamment d'El-Kantara et de Sidi M' Cid, reliant les deux flancs du ravin et, de leur hauteur, la pensée s'envole à travers les âges en se posant tour à tour sur les vestiges des arcades romaines qui remontent à Justinien, sur le rocher du Sac d'où les Arabes précipitaient les femmes adultères (la pierre du bas en est tout usée!), sur la brèche par où nos soldats passèrent lors de la prise de Constantine.

Après Constantine, c'est Batna que nous visitons, et Lambèse, l'ancien quartier général des légions romaines, et Timgad, au pied du massif de l'Aurès. Les fouilles font peu à peu revivre l'ancienne Thamugadi, mettant à jour ses temples, ses voies, ses colonnes, ses arcs, son marché, sa bibliothèque municipale, ses thermes, ses basiliques chrétiennes et son baptistère byzantin, dont les mosaïques sont remarquablement conservées, avec leurs dessins naïfs et leurs vives couleurs. Puis Biskra nous charme par la douceur de son climat et la richesse de ses palmeraies, par le pittoresque de ses environs, le vieux Biskra et l'oasis de Sidi-Okba, la capitale religieuse des Zibans, dont le caïd Bou-Aziz s'assit à la table d'un d'entre nous. C'est enfin Sétif et son château d'eau, datant de l'époque romaine, et Alger, avec sa ville arabe construite en escaliers, ses faubourgs verdoyants, Mustapha, Saint-Eugène, Birmandréis, Bouzaréa, et plus loin Blida, les gorges de la Chiffa et le ruisseau des singes.

C'est la dernière étape. Les derniers survivants du Congrès sont reçus à bras ouverts par les distingués médecins de l'hôpital Mustapha, qui leur font visiter le modeste service où les aliénés sont placés en observation, dans l'attente, s'ils tardent trop à guérir, de leur transfert dans les asiles de la métropole; ils nous convient généreusement à une excursion en automobile à Cherchell, l'ancienne Césarée, et à Tipaza, par une route

en corniche où la vue plonge avec ravissement dans une mer idéalement bleue, sous un ciel de féerie.

Et c'est le départ. Le *Timgad* nous attend, mugissant son signal, et, tandis que nos aimables hôtes nous adressent un dernier salut de leur barque qui danse autour de lui, lentement il s'ébranle et nous emporte.

Notre XXII<sup>e</sup> Congrès a vécu, mais sa vie, ainsi qu'on voit, fut bien remplie et sa place brillera avec éclat dans les fastes de nos annales. Son souvenir illuminera notre vie d'aliéniste et nous permettra peut-être d'oublier les misères de notre profession qui nous guettent, hélas ! sitôt franchi le seuil de la demeure administrative.

ROGER DUPOTY.

En 1906, nous retrouvons notre malade à Paris, au nom de P... (nommé P...), sujet britannique, âgé de 60 ans, quant à nous, nous sommes à la clinique des maladies mentales dans les cinq premiers jours de novembre. P... se promenant à 3 heures du soir dans les rues de Toulouse, vêtu d'une veste décolorée, sans chaussures, l'interrogeant. Il fit des réponses qui parurent initialement satisfaisantes, sur la répétition du commissaire de police, fut admis à la clinique. Le 26 novembre, P... demandait à tous ceux qu'il rencontrait, on le laissait dans un quartier, on l'hospitalisait en l'absence. Il affirmait avoir déjà subi la même épreuve et n'être pas d'origine française, mais qu'il était né en France. A nos questions sur son lieu de naissance et son domicile, il répondit très courtoisement qu'il était Anglais. On lui parla anglais, mais il ne comprenait rien. On lui expliqua que le français, il ne comprenait pas, mais qu'il était malade et qu'il devait aller à l'hôpital. Il avait fait quelques courses en ville et ne comprenait pas pourquoi il se trouvait au Fort Saint-Jean. Quand il ne répondait rien, on le conduisit à l'hôpital. L'attitude de P... était celle d'un homme



## Pathologie.

## NOTE

**SUR**

## UN CAS DE FUGUE DE NATURE ÉPILEPTIQUE

## CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL

PAR LES DOCTEURS

**A. RÉMOND** (de Metz) et **Juliette LÉVÈQUE**

Professeur    Aide de clinique  
du service des maladies mentales à la Faculté de médecine  
de Toulouse.

Le nommé P..., Auguste, sujet britannique, âgé de cinquante-neuf ans, fut amené à la clinique des maladies mentales dans les circonstances suivantes. Le lundi 25 novembre, P... se promenait à 3 heures du soir dans les rues de Toulouse vêtu d'une veste déchirée, sans pantalon, pieds nus. Interrogé, il fit des réponses qui parurent inintelligibles et, sur la requête du commissaire de police, fut admis à La Grave.

Le 26 novembre, P... demandait à tous ceux qui l'approchaient pourquoi on l'avait mis en quarantaine à l'hôpital ou au lazaret. Il affirmait avoir déjà subi la visite sanitaire et n'être suspect d'aucune maladie contagieuse s'opposant à son débarquement. A nos questions sur son lieu de naissance et son domicile, il répondit très correctement qu'il était Anglais, né à Malte. Comme on lui parlait anglais, il nous dit qu'il ne connaissait que le français. Il nous expliqua qu'il était matelot et arrivé depuis la veille au port de Marseille. Il avait fait quelques courses en ville et ne comprenait pas comment il se trouvait au Fort-Saint-Jean.

Le premier jour, l'attitude de P... est celle d'un homme

étonné. Malgré ses réponses précises, il a l'air un peu égaré. Deux ou trois jours après, son inquiétude a complètement disparu. On est arrivé à le convaincre qu'il est à Toulouse sans qu'il sache comment il y est venu. Il constate alors dans l'histoire de sa vie une lacune de quatre jours qu'il ne peut remplir avec aucun fait dont il ait le souvenir. Le malade répond nettement à toutes les interrogations.

Son père a succombé dans l'Himalaya à un accès de paludisme. Sa mère est morte à soixante-dix-neuf ans sans avoir présenté de troubles mentaux. Il n'a pas eu de frères ni de sœurs. Lui-même n'a pas eu de maladies graves dans son enfance. A l'âge de douze ans, il s'embarqua comme mousse et voyagea six ans. A dix-huit ans, il s'engagea dans la légion étrangère en Algérie, il servit ensuite en Cochinchine. Il eut alors une crise de dysenterie. Libéré après cinq ans, il fit de nombreux voyages, notamment comme matelot de Guy de Maupassant, ou en compagnie de Loti, dans les Indes et en Perse. Il contracta les fièvres paludéennes en même temps que son père en travaillant au Canal de Suez. Les accès furent graves et fréquents, s'accompagnant de troubles cérébraux. Le médecin persuada au malade d'abandonner cette région, craignant pour sa vie.

En 1900, nous retrouvons notre malade à Paris, autour des fortifications, montrant un ours aux visiteurs de l'Exposition. L'année écoulée, il voyage de nouveau sans incidents marquants, jusqu'à la fugue qui l'a conduit dans notre service.

Le malade nie toute affection vénérienne. Il ne semble pas qu'il ait abusé de l'alcool et des spiritueux de façon excessive. Il ne buvait que lorsqu'il descendait à terre, à intervalles très irréguliers, soumis dans l'intervalle à une sobriété professionnelle.

Voici comment il nous raconte les faits : Arrivé à Marseille le lundi, le capitaine chargea P... de lui amener un de ses camarades qu'il devait trouver dans une auberge sur le port. Il se mit à sa recherche, mais ne le rencontra pas. En revenant de l'Estaque, il fut attaqué, dit-il, par des serpents et des rats blancs qui lui montaient aux jambes et c'est pourquoi il dut quitter son pantalon pour les chasser. (Il quitta ses habits dans les rues de Toulouse.) Les douaniers (les agents de ville) le prirent ensuite et l'amenèrent au bureau (au poste), d'où on l'a dirigé vers l'hôpital qu'il prend pour le lazaret et d'où il écrit la lettre suivante, d'une main très ferme et très lisible :



« Monsieur Martin,

« Je ne sais pourquoi l'on me donne une feuille de papier portant ou plutôt voulant faire croire que je suis à Toulouse. On me répète à satiété que je suis à Toulouse. A Toulouse, pourquoi pas à Paris?...

« Je ne sais à quoi attribuer ce je m'enfoutisme vraiment maladif de vouloir me tromper et de me prendre pour un pestiféré.

« Je n'ai trouvé Farinacci ni à bord du *Natal*, ni à l'Estaque, personne ne l'avait vu à bord. Dans les cafés où il va d'habitude je n'ai rien pu savoir non plus.

« En revenant de l'Estaque, j'ai été attaqué par des serpents et des rats blancs, toute la route en était remplie. Les serpents me montaient aux jambes, j'ai dû ôter mes pantalons. Aux abattoirs, des douaniers m'ont arrêté et conduit à un poste de douane. Je crois que c'était à la place d'Afrique. J'y suis resté plusieurs heures et là les douaniers écrivaient, écrivaient toujours. J'entends Farinacci qui crie et chante à tue-tête. Je demande à le voir, on m'en empêche. On me fait monter en voiture. La voiture passe à La Joliette, remonte le boulevard des Dames, le boulevard de la Paix, le boulevard d'Alger, arrive à la rue Noailles et descend la Canebière. Dans la voiture, il y a plusieurs douaniers avec moi. Au fort Saint-Jean, on doit m'avoir embarqué et conduit au Lazaret du Frioul.

« Pourquoi me mettre en quarantaine au Lazaret?... Je ne suis pas pestiféré, ni cholérique non plus.

« Et on me dit toujours que je suis à Toulouse et non à Marseille, que je me trompe. Ce qui m'arrive est bizarre, fantastique et vraiment abracadabrante. Que veut-on faire de moi, je me le demande avec angoisse?

« Monsieur Martin, soyez assez bon de venir le plus vite possible me chercher. Je ne sais comment vous faire parvenir cette lettre, n'ayant pas d'enveloppe. J'attends votre visite avec impatience. »

Notre malade demanda si l'on n'avait point trouvé sur lui une somme de 650 francs dont il expliqua très bien la provenance. Il n'y avait plus rien dans les habits, mais la poche intérieure de la veste déchirée ainsi que la doublure témoignaient du vol qui avait dépossédé P... de cet argent. Dans une autre poche étaient deux cartes de restaurants de La Rochelle et de Bordeaux. Il était en effet, comme notre enquête nous l'a

prouvé, à La Rochelle du jeudi au vendredi, diverses personnes causèrent avec lui sans découvrir rien d'anormal en ses paroles. Il leur donna des détails sur sa vie antérieure et fut accueilli au Consulat d'Angleterre de cette ville. Le vendredi, à midi dix-neuf, il partit pour Bordeaux, et ce n'est que le samedi soir qu'on l'enferma à Toulouse.

P... est un homme vigoureux, de haute taille, au teint bronzé. On ne constate rien de grave à l'examen des viscères. Cependant, léger état suburral. Le foie est un peu gros, dépassant d'un travers de doigt les fausses côtes. *La rate est perceptible à la percussion.* L'auscultation du cœur nous révèle un souffle systolique à la pointe, se propageant sous l'aisselle, ainsi que du retentissement du second bruit aortique.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. On relève peu de signes de dégénérescence chez ce malade. Le diamètre antéro-postérieur du crâne est de 16 centimètres, le bitemporal est de 15 centimètres, ainsi que le maximum transverse. Il y a de l'asymétrie crânienne assez marquée par aplatissement du pariétal gauche. L'angle auriculo-temporal est légèrement exagéré.

L'examen des réflexes nous fait constater qu'il y a de l'exagération des réflexes tendineux rotuliens très nette à gauche. Conservation des réflexes cutanés. Pas de signe de Babinski. On ne peut déceler aucun trouble de la sensibilité ni du sens musculaire. Il n'existe pas d'anesthésie des muqueuses ni de rétrécissement du champ visuel.

A l'examen des yeux, on constate une légère mydriase à gauche. Les réflexes pupillaires sont conservés.

Le malade a du tremblement fibrillaire de la langue et il présente des troubles appréciables de la parole. Il a de l'hésitation dans la prononciation de certaines syllabes, il ne peut articuler des mots difficiles. En même temps, on constate encore quelques troubles de la mémoire du mot qui échappe parfois à l'idée. P... s'est aperçu depuis quelque temps que sa langue s'embarrasse. On observe aussi un tremblement très léger des membres supérieurs. L'incoordination motrice légère est mieux manifestée par l'exécution d'un mouvement délicat tel que celui de boutonner son gilet. La démarche présente une légère spasmodicité à gauche. Le membre inférieur gauche talonne un peu. Le malade ne peut se tenir en équilibre à cloche-pied sur le membre inférieur gauche et il a constaté lui-même que cette jambe se fatigue rapidement depuis quelques mois.



Nous nous trouvons en présence d'un malade ayant fait une fugue et présentant des symptômes somatiques assez nets. Deux faits doivent être particulièrement signalés : d'une part l'amnésie totale qui a suivi la période d'automatisme ambulateur, d'autre part les hallucinations visuelles caractéristiques d'un état onirique, accusées par le malade et dont il garde un vague souvenir mais qu'il localise mal dans le temps et dans l'espace.

L'état légèrement confusionnel qui l'a suivi, les troubles de la parole, le tremblement, l'inégalité pupillaire, l'incoordination motrice légère rapprochent notre malade du cadre de la paralysie générale.

Quelques jours s'écoulèrent. Le malade très calme et entièrement lucide allait être rapatrié lorsque des manifestations délirantes se produisirent après une demi-journée de liberté. Etat confusionnel avec excitation, hallucinations visuelles, verbigération. Le malade vit dans les souvenirs du passé : Il cause avec « La Duse, Séverine, qu'il ne peut faire entrer dans le jardin à cause de tel écrivain célèbre (Dubut de la Forest) qu'il nomme qui est en train de tirer au revolver ». L'embarras de la parole est alors très marqué, le tremblement intense se généralise et le malade est dirigé vers l'asile.

Nous assistons ici à l'évolution des premiers symptômes mentaux qui se sont produits chez ce sujet. Sa vie antérieure, très remplie d'aventures qui l'ont soumis à bien des influences pathogènes, est exempte de faits dénotant un trouble psychique quelconque.

Nous avons affaire à un homme de condition obscure mais intelligent, dont les facultés intellectuelles semblent avoir été développées par le milieu littéraire dans lequel il s'est trouvé à diverses reprises. Il réfléchit pendant son séjour à l'hôpital à l'accident qui lui est

arrivé, dont-il comprend l'importance et s'inquiète au sujet de l'avenir. Rien en lui ne révèle le déséquilibré, on ne trouve pas de stigmates de dégénérescence mentale ; en dehors de ses accès palustres, il n'a jamais présenté de troubles délirants.

A ce propos, il est intéressant de rappeler que lors de la crise d'excitation au cours de laquelle il a quitté l'hôpital, il est impossible de rappeler à sa mémoire les états antérieurs correspondant à la fugue précédente. Pas d'état second cohérent, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'hystérie avec automatisme ambulateur d'origine palustre. L'examen clinique ne nous a fait d'ailleurs découvrir aucun des stigmates d'hystérie.

Il est important de signaler également l'obnubilation intellectuelle, l'amnésie des faits récents. Dans le cours de la période délirante, ce sont les souvenirs du temps où il fréquentait d'Annunzio, Loti, Maupassant, qui réapparaissent au premier plan de la conscience.

On peut donc conclure par la discussion de faits à des phénomènes d'automatisme ambulateur, équivalents, épileptiques, dont la genèse, au point de vue comitial, est un accident méningo-encéphalitique placé sous la dépendance du paludisme. Il s'agit donc ici d'une fugue épileptique chez un pseudo-paralytique général d'origine palustre. Il ne faut point s'étonner de l'apparente conservation de l'intellectualité du sujet pendant sa fugue et de la complexité du trajet qu'il a décrit en période d'automatisme, car nous avons affaire à un sujet indemne de tares névropathiques et, comme l'a dit Joffroy : « Les impulsions croissent en dignité à mesure que s'élève le niveau intellectuel. »



## Médecine légale

### UN MÉDECIN SATYRE

Par le Dr Georges VERNET

Médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne).

Il y aura bientôt deux ans, sous ce titre en gros caractères, un journal de province publiait l'entre-filet suivant :

« Sur mandat d'amener de M. le Juge d'instruction de M..., la gendarmerie a procédé à l'arrestation de M. X..., médecin, exerçant à S... depuis plusieurs années déjà.

« Le docteur serait inculpé d'outrages publics à la pudeur ; les faits, extrêmement nombreux, se seraient succédé depuis plusieurs années.

« Cette répugnante affaire comporte un nombre considérable de témoins, parmi lesquels se trouvent de jeunes enfants des deux sexes.

« X... se livrait, paraît-il, à ses tristes exploits, où et quand l'occasion se présentait, tant chez lui que partout où l'appelait l'exercice de sa profession.

« Transféré à M..., le docteur a comparu devant M. le Juge d'instruction. Il aurait prétendu ne se souvenir de rien.

« X... sera examiné par un médecin aliéniste. »

De fait, nous fûmes commis, deux de mes confrères et moi, à l'effet de procéder à l'examen mental du

D<sup>r</sup> X..., et voici quelques extraits du rapport que je fus amené à rédiger à cette occasion et dont mes confrères voulurent bien approuver la teneur et les conclusions.

### I. — FAITS.

Le 30 mars 1910, une lettre signée d'une croix dénonçait à M. le Procureur de la République près le Tribunal de M..., « les agissements » et les « mœurs déplorables » du D<sup>r</sup> X..., médecin arménien, en résidence à S... L'auteur de la plainte anonyme ne se montrait pas davantage explicite sur les faits; mais il désignait nommément un certain nombre de jeunes filles de la localité comme capables, si elles le voulaient, de renseigner la justice en connaissance de cause.

Une enquête discrète fut ordonnée par le parquet de M... : elle parut confirmer les accusations portées par la lettre anonyme. Une instruction fut alors ouverte, au cours de laquelle onze jeunes filles ou jeunes femmes, de quatorze à vingt ans, et un jeune garçon de quinze ans, déclarèrent avoir été victimes, de la part du D<sup>r</sup> X..., et dans le cours des trois ou quatre dernières années, d'actes ou de propositions obscènes.

D'après les dires des témoins, les faits que l'on devrait retenir à la charge du D<sup>r</sup> X... seraient de plusieurs ordres.

D'abord, des exhibitions simples. En différentes reprises, le docteur se serait présenté aux plaignantes déculotté, la chemise relevée, les organes génitaux à nu; la verge, cependant, restait flasque et ne marquait pas la moindre ébauche d'érection. Les circonstances du fait variaient suivant les cas : tantôt l'exhibition se produisait à distance, — X... se tenant debout dans sa chambre à coucher, alors que les jeunes filles à la vue desquelles il proposait ses organes génitaux se trouvaient aux fenêtres d'une maison voisine (dépositions B... et D..., Marie); tantôt la manœuvre avait lieu dans l'officine ou dans le cabinet du docteur à l'occasion d'une consultation ou de la vente d'un médicament (dépositions S... femme A..., P... Alice, M... Augus-



tine, H... Marguerite); ou bien encore la scène se passait dans un jardin privé (déposition N..., Marie); sous un hangar (déposition S... femme N...); dans la voiture du médecin (déposition B..., Francine).

Dans un autre groupe de faits, l'exhibition se serait compliquée de manœuvres lubriques. Au cours d'un examen, d'une intervention (extraction dentaire, par exemple), X..., écartant sous un prétexte quelconque l'entourage et se plaçant de manière à n'être vu que de la seule malade, se déboutonnait, exhibait ses organes génitaux et plaçait sa verge dans la main de la jeune fille. Suivant les témoins, le docteur se livrait à ces manœuvres aussi bien au lit de ses clientes (dépositions B... Louise, M... Marie) qu'à son propre domicile (déposition D..., Francine), ou même, au gré d'une rencontre, sur la grande route, au bord d'un fossé (déposition B... Louise). Contrairement à ce qui avait lieu pour ses exhibitions — qui restaient toujours silencieuses — X..., lorsqu'il se livrait à ces attouchements, adressait la parole à ses patientes et s'entretenait avec elles, en général pour leur recommander de tenir ces actes secrets.

Dans un cas — celui du jeune garçon — il y aurait eu de la part de l'inculpé recherche et tentative d'attouchements réciproques, X... manipulant les organes génitaux du jeune homme en même temps qu'il lui faisait saisir sa propre verge à pleines mains (déposition D... Eugène).

Enfin, de la déclaration du témoin B..., Francine, il semblerait résulter que X..., après une exhibition simple, aurait essayé d'entraîner la jeune fille sur une chaise longue placée dans son cabinet et n'aurait d'ailleurs pas insisté devant la résistance qui lui était opposée.

## II. — INTERROGATOIRE ET EXAMEN.

Interrogé sur ces faits par le magistrat instructeur et confronté avec les témoins, le D<sup>r</sup> X... se déclara surpris des accusations portées contre lui; il fit ressortir l'in vraisemblance des dépositions qui le représentaient comme se livrant à des obscénités dans son officine ouverte à tout venant ou dans son cabinet de consul-

tation en communication directe et facile avec ses appartements particuliers. Il s'étonna que les familles des plaignants, que les plaignants eux-mêmes aient pu lui continuer jusqu'à ces tous derniers temps leur confiance, alors que, d'après leurs dires, la plupart des faits incriminés remonteraient à trois ou quatre années déjà, c'est-à-dire au moment même de son installation à S... Au surplus, il affirma catégoriquement n'avoir gardé aucun souvenir des actes qui lui étaient reprochés et même ne pas reconnaître quelques-unes de ses soi-disant victimes.

S'appuyant sur ces déclarations de son client, le défenseur du D<sup>r</sup> X... sollicita de M. le Juge d'instruction près le tribunal de M... un examen mental du prévenu. Par ordonnance en date du 3 juin 1910, cet examen nous fut confié et c'est à la maison d'arrêt de M..., où le D<sup>r</sup> X... est détenu, que, du 6 juin 1910 à ce jour, nous y avons procédé.

Tout en nous faisant remarquer qu'il n'avait pas provoqué lui-même notre expertise, le D<sup>r</sup> X... s'y prêta de très bonne grâce et consentit, sur notre demande, à rédiger une sorte d'auto-observation personnelle à laquelle nous serons appelés à faire, au cours de notre rapport, de nombreux emprunts.

Ainsi qu'il l'avait déjà déclaré à M. le Juge d'instruction, le D<sup>r</sup> X... nous redit tout d'abord qu'il n'arrivait pas à comprendre comment il aurait pu accomplir les actes qu'on lui reproche, tant ils lui paraissent en dehors et de son caractère et de ses tendances habituelles! S'il faut cependant tenir de tels actes pour réels (il n'en conserve, quant à lui, nulle souvenance), l'on doit, à son avis, en chercher l'explication dans un état pathologique vague et assez mal défini qui, depuis deux ans environ, lui paraît avoir porté une atteinte sérieuse à l'intégrité de ses facultés mentales.

C'est de sa mémoire surtout, laquelle il avait autrefois très brillante et très sûre, que le D<sup>r</sup> X... a d'abord noté les défaillances et l'affaiblissement : il oublie les visites à faire à des malades en cours de traitement, les rendez-vous pris avec ses clients ; il néglige de remettre en temps utile les remèdes par lui prescrits ; il ne retrouve que difficilement et avec peine les notions les plus élémentaires des sciences usuelles : par exemple il a pres-



que totalement oublié la table de multiplication et il est obligé d'avoir recours, pour les opérations les plus simples de l'arithmétique, à de petits artifices de calcul. Chose plus grave : il perd la mémoire des lieux ; il lui arrive de s'égarer dans les chemins de S..., qui pourtant lui sont familiers, et, il y a deux ans environ, il a été victime d'une mésaventure particulièrement significative à cet égard. Au cours d'un voyage, se trouvant de passage à Athènes, l'idée lui vint de pousser jusqu'à Phalère. A son grand étonnement, sa femme, qui l'accompagnait, lui sembla se diriger et s'orienter dans ce petit port comme en pays connu. Il ne put s'empêcher de lui en témoigner sa surprise. « Mais, lui fut-il répondu, n'y sommes-nous pas venus ensemble hier soir ? » De cette promenade de la veille, aujourd'hui encore il doit faire effort pour le croire, il avait donc perdu tout souvenir !

Cet incident l'a d'autant plus vivement ému qu'il ne peut s'empêcher de le rapprocher d'un certain nombre de troubles et de malaises nerveux dont il a souffert dans le cours de ces deux dernières années et qui ne laissent pas de le préoccuper : céphalées à répétition, insomnies tenaces, cauchemars nocturnes, lassitude générale et pesanteur de tête au réveil, tendances invincibles au sommeil pendant la journée, inaptitude au travail, etc...

D'ailleurs, et sans doute en raison de cet amoindrissement intellectuel, il est devenu depuis quelques mois dans l'exercice de sa profession d'une timidité, d'une pusillanimité insolites ; il se prend sans cesse à hésiter, il a perdu toute confiance en son diagnostic ; toujours hanté par la crainte de nuire ou de commettre des erreurs de posologie, il a limité sa thérapeutique à quelques médicaments anodins ; il refuse systématiquement tous les accouchements qui se présentent, de peur d'avoir à pratiquer une application de forceps, instrument que naguère il maniait fort bien. A chaque instant, pour les cas les plus simples, il se croit obligé de provoquer la consultation de confrères, il n'ose plus assumer aucune responsabilité. Aussi, et bien avant les récents événements, s'était-il résolu à abandonner l'exercice de la médecine, et, décidé à céder son poste,

il avait fait paraître à cet effet des annonces dans les journaux spéciaux.

De cet état nerveux particulier, le D<sup>r</sup> X... croit apercevoir la cause prochaine dans une séance d'hypnotisation à laquelle il se serait livré dans un but thérapeutique sur un de ses clients et qui aurait produit sur lui-même une très forte impression. Quant aux causes profondes, il les découvre dans ses tares héréditaires, dans son passé pathologique personnel très chargé et dans un surmenage intellectuel et physique intense et trop longtemps prolongé.

Dans ses antécédents héréditaires, le D<sup>r</sup> X... relève un grand-père et deux oncles paternels alcooliques, une mère facilement irritable et ayant présenté, à l'occasion de la ménopause, quelques troubles nerveux ; une cousine germaine atteinte de strabisme convergent consécutif à des accidents méningitiques. Des deux frères qui lui restent — l'aîné étant mort en bas âge de convulsions — l'un, le cadet, est un instable qui, après avoir exercé la pharmacie à Constantinople, a été successivement marchand de bois, éleveur de volailles, et serait actuellement loueur de voitures à Java ; l'autre, plus jeune, également instable, avec en plus des tendances kleptomaniaques, aurait un jeune enfant atteint de paralysie.

Personnellement, le D<sup>r</sup> X... se présente avec un dossier pathologique bien garni :

Vers l'âge de dix-douze ans, fracture du coude droit ayant laissé une ankylose incomplète de l'articulation ;

A quatorze ans, pneumonie du sommet droit ;

Vers dix-huit, dix-neuf ans, chute sur la tête d'une hauteur de 3, 4 mètres environ, ayant produit une profonde blessure, dont la trace reste encore visible sous forme d'une dépression au-dessus de l'arcade sourcilière droite. (Le D<sup>r</sup> X... attache à ce traumatisme une certaine importance et lui attribue une grande influence sur sa vie ; il l'aurait, suivant son expression, partagée en deux : avant, il était vif, pétulant, turbulent ; après, il serait resté sérieux, calme et réfléchi.)

Enfin, dans le cours de ces quinze dernières années, hémoptysies répétées et crachats hémoptoïques, liés, de



l'avis du docteur, à des lésions pulmonaires de nature tuberculeuse et peut-être aussi à une affection cardiaque.

Cet état de santé si précaire devait imposer au D<sup>r</sup> X... une certaine réserve et lui interdire tous excès ; de fait, il resta toujours d'une sobriété exemplaire, mangeant peu, ne fumant jamais, se contentant de 15 à 20 centilitres de vin par jour et n'abusant que d'une seule boisson, le café, dont il prenait quotidiennement huit et dix tasses. Cependant les circonstances l'obligèrent à fournir depuis de longues années un labeur considérable. Aussi loin que ses souvenirs le reportent, il se voit toujours travaillant ; à Constantinople d'abord, où il est né en 1872, il se montre — écolier appliqué et précoce — capable dès l'âge de sept ans, de lire couramment quatre langues : arménien, turc, grec, français ; au lycée, à la Faculté turque de médecine, au prix d'efforts opiniâtres, il se classe toujours au premier rang ; venu à Paris en 1894 pour y poursuivre ses études médicales, il y mène pendant six années la dure vie de l'étudiant pauvre et laborieux, si bien qu'à plusieurs reprises surmené, fourbu, il dut, sur le conseil de ses maîtres, prendre du repos, s'arrêter ; arrivé enfin au doctorat en 19... et impatient de gagner sa vie, il s'installe à G... d'abord, puis à S..., où il connaît la rude existence du médecin de campagne, qui achève de compromettre et de ruiner sa santé.

« Ce qui m'étonne, déclare le D<sup>r</sup> X..., c'est d'avoir pu supporter les fatigues physiques, morales et intellectuelles de dix années de médecine de campagne... Faire la voiture, la bicyclette, tenir un rayon de 10 kilomètres, être tour à tour pharmacien, dentiste, vétérinaire, médecin, chirurgien, accoucheur, sans repas réguliers, sans repos complet la nuit, comment ne serais-je pas devenu névropathe au point où je le suis ? » « Et, d'un autre côté, ajoute-t-il avec philosophie, il était peut-être temps que cette mésaventure m'arrivât : sans quoi, je me serais tué avant peu. »

Ce qui nous a frappés en effet au cours de cette première entrevue avec le D<sup>r</sup> X..., ce fut son attitude indifférente, résignée, empreinte d'un fatalisme tout oriental. Des accusations auxquelles il était en butte,

des conséquences morales que devait entraîner pour lui l'inculpation dont il était l'objet, il ne nous parut avoir souci, ni cure. La seule préoccupation qu'il avouât se rapportait à l'état de sa santé physique : « Je sens, nous écrivait-il à la date du 11 juin 1910, c'est-à-dire une semaine à peine après son incarcération, je sens que ces quelques jours de prévention ont produit un effet salubre sur mon esprit. Je me trouve heureux de m'asseoir sur la chaise, de regarder le mur et de ne penser à rien... Cet isolement, le calme complet, ne rien avoir comme mobilier qu'un lit, une table et une chaise me reposent l'esprit... Ceci étonne mon avocat, mes gardiens; ces pauvres gens à l'esprit étroit (sauf mon avocat) ne peuvent pas comprendre que je puisse chercher du repos dans le calme absolu. Et ceci ne s'obtient que dans la situation où je suis : enfermé, privé de toutes communications. J'en profite pour faire une cure de repos et, si peu que cela dure encore, j'en sortirai absolument guéri. »

A dire vrai, le D<sup>r</sup> X... ne restait pas intellectuellement aussi inactif qu'il voulait bien l'écrire et il devait tirer de sa séquestration et de ses loisirs forcés un autre bénéfice et de nouveaux profits. « Ceci me permet, nous écrivait-il en effet quelques jours après, de découvrir un procédé de traitement que je cherche depuis un an et auquel mes préoccupations habituelles et des distractions de famille ne m'avaient pas jusqu'alors permis de songer à tête reposée. Dans ce calme de quelques jours, j'ai déjà trouvé deux procédés qui, je pense, donneront l'un ou l'autre de bons résultats. » Il s'agit de deux méthodes nouvelles d'épilation, — « ne laissant pas de cicatrices indélébiles comme l'électrolyse et n'enlevant pas le velouté de la peau comme les pâtes, » — et qui pour cette double raison ne manqueront assurément pas d'être appréciées des dames turques à l'usage desquelles le docteur les destine. Mis dans l'obligation de renoncer à l'exercice de son art, n'était-il pas logique qu'il cherchât à utiliser ses connaissances spéciales et à se créer de nouveaux moyens d'existence en exploitant commercialement ses découvertes ?

Quelques jours après, lors d'un nouvel entretien, nous eûmes la surprise de trouver le D<sup>r</sup> X... dans un état



d'esprit tout différent. Triste, déprimé, amer, il nous dit combien il avait été douloureusement affecté de l'hostilité, jusque-là insoupçonnée, qu'avaient révélée à son égard les témoignages produits à l'instruction. Il nous confia sa déception d'avoir été si mal récompensé de son dévouement et de ses peines ; il nous fit un tableau désenchanté de la médiocrité de la vie paysanne, se rappelant la difficulté qu'il avait eue, très supérieur à son milieu, de s'y accommoder. Dans son affaire actuelle, il ne voulait voir qu'une coalition d'amours-propres froissés, de rancunes inavouables et de mesquines jalousies. Comment d'ailleurs s'empêcher de songer sans angoisse à sa carrière brisée, à sa situation si pénible vis-à-vis de sa famille, qui devait encore tout ignorer des événements actuels et qui ne pouvait manquer maintenant d'en être bientôt informée ? Enfin, dans le cas d'une pénalité, était-il bien certain que sa santé si fragile pût supporter le régime rigoureux des condamnés ? Et, ce jour-là, avant de nous quitter, le D<sup>r</sup> X... pleura abondamment.

Par la suite, et depuis lors jusqu'à notre dernier entretien, le D<sup>r</sup> X... nous parut avoir reconquis son plein et entier équilibre intellectuel et affectif ; également éloigné de la résignation optimiste du début et de la dépression consécutive, il nous sembla apprécier plus sagement sa situation et être rentré en possession de tous ses moyens.

Comme il avait tenté de le faire devant le magistrat instructeur, il essaya alors et à nouveau de nous prouver l'impossibilité matérielle de certains des faits à lui reprochés. Il reprit et discuta devant nous les dépositions produites à l'instruction et il nous fournit avec précision tous les éclaircissements que nous pouvions désirer sur certains points restés pour nous obscurs. Nous avions noté, par exemple, au cours de notre étude du dossier, ce fait que le D<sup>r</sup> X... avait cru devoir se livrer à un examen minutieux des organes génitaux d'un jeune homme qui était venu le consulter pour une affection de la main ; le docteur nous expliqua qu'un premier examen de la lésion lui ayant fait soupçonner l'existence de la gale, il avait été amené à rechercher les symptômes et l'agent causal de la maladie à leur siège de prédilection, c'est-à-dire en l'espèce aux organes génitaux. Et nous ne

pouvons que reconnaître que telle est bien en effet la conduite à tenir par tout médecin en pareil cas.

Au cours de ce même entretien, le D<sup>r</sup> X... entreprit encore de nous démontrer combien il était moralement invraisemblable qu'il ait pu commettre des obscénités. De pareilles tendances lui sont absolument étrangères, et l'on étonnerait fort tous ceux qui le connaissent en le représentant comme un « génital ». Bien au contraire, il est toujours resté à ce point de vue un « modéré » ; adolescent, ses désirs sexuels ne s'éveillèrent que tardivement et il ne s'adonna que raisonnablement à la masturbation ; jeune homme, il ne connut la femme que lors de son arrivée à Paris, c'est-à-dire à vingt-deux ans, et il n'en usa jamais par la suite qu'avec discrétion. Il sut rester exempt de toute maladie vénérienne, et depuis son mariage, contracté il y a cinq ans et demeuré stérile, il s'est borné à remplir très exactement et normalement ses devoirs conjugaux. Ce n'est pas cependant qu'à lui, comme à tout médecin, des « occasions » nombreuses ne se soient offertes : il n'en a jamais profité. Il s'est trouvé en contact, dans l'exercice de la profession, avec des « clientes faciles » : il n'a jamais poussé trop loin ses avantages. D'ailleurs, sa timidité naturelle, son manque absolu de confiance en soi le rendaient peu entreprenant vis-à-vis des femmes et ne lui ont jamais valu près d'elles beaucoup de succès. Enfin, il s'est toujours montré d'une excessive pudeur, au point qu'il n'a jamais pu uriner en présence d'une personne quelconque, fût-ce sa propre femme.

Si donc, contre toute vraisemblance, il était démontré qu'il eût commis les actes honteux dont on l'accuse et dont il n'a gardé, il le répète encore, aucun souvenir, ce ne pourrait être qu'en conséquence d'un état morbide particulier. Or, depuis son incarcération, il a eu tous loisirs de se livrer à cet égard à des recherches et de diriger en ce sens ses réflexions. Et s'il n'est pas arrivé jusqu'à ce jour à se faire une opinion bien précise sur son propre cas, à tout le moins, récapitulant les symptômes morbides qu'il a pu présenter et les interprétant à la lumière de son aventure actuelle, il en est venu à se demander s'il ne serait pas atteint d'une affection nerveuse, d'une névrose, qui serait la cause unique de tous



ses désagréments ; et, sans que le D<sup>r</sup> X... ait formulé à cet égard un diagnostic ferme, tout en évitant même de prononcer le mot, il est visible que dans cet ordre d'idées ses préférences iraient à l'hystérie. En tout cas, avec d'excellents arguments, — et, disons-le tout de suite, à notre sens avec infiniment de raison, — le D<sup>r</sup> X... croit devoir éliminer toute hypothèse d'une affection organique du système nerveux, dont il ne présente et dont il ne s'est découvert jusqu'à ce jour aucun symptôme.

Réserves faites sur l'exactitude de ces déclarations et sur le bien-fondé de ce diagnostic, c'est bien évidemment dans cette troisième phase de notre observation que le D<sup>r</sup> X... s'est montré à nous tel qu'il est en réalité, c'est-à-dire comme un homme d'un niveau mental beaucoup plus élevé et d'une intelligence beaucoup plus vive que ne pourraient le faire supposer *a priori* sa physionomie peu expressive et l'atonie de son regard. S'exprimant, qu'il parle ou qu'il écrive, en une langue facile et, somme toute, assez correcte, il fait preuve dans la conversation et dans la discussion, d'un jugement droit, de connaissances étendues et variées, de grandes ressources dialectiques et d'une certaine finesse d'observation et d'analyse. Il ne nous a pas paru, en particulier, que sa mémoire le desservît autant qu'il voulait bien le prétendre, et nous avons été unanimes à penser qu'il se calomniait ou qu'il faisait montre d'une extrême modestie en considérant ses facultés intellectuelles comme insuffisantes ou affaiblies.

De même, nous ne pouvons voir dans les préoccupations qu'il nous a manifestées relativement à sa santé physique que l'exagération d'une tendance hypochondriaque, fréquente parmi les médecins. Assurément l'état général chez lui est défectueux, le fonctionnement du tube digestif laisse peut-être à désirer et l'un des poumons présente bien quelques signes d'infiltration tuberculeuse. Mais ces lésions nous ont paru beaucoup moins accusées que le docteur ne le paraît croire et quant aux autres organes, — le cœur y compris, — ils doivent être tenus, à notre avis, pour absolument sains. En ce qui concerne le système nerveux particulièrement, les résultats de notre examen sont restés à peu près négatifs :

légère exagération du réflexe rotulien du côté gauche, sensibilité à la douleur un peu plus vive de ce même côté, tic de la face intéressant les muscles du nez et des lèvres du côté droit.

Les seules anomalies évidentes que nous ayons pu relever sont d'ordre morphologique, celles-ci, il est vrai, assez nombreuses. Sans parler de l'ankylose du coude droit et du méplat sus-orbitaire déjà signalés, relignons deux de traumatismes anciens, nous avons noté : une asymétrie cranio-faciale très apparente ; une asymétrie des oreilles, la droite plus grande que la gauche, l'une et l'autre ayant d'ailleurs la conformation dite « en anse » ; une asymétrie de coloration des iris, le gauche étant plus fortement pigmenté que le droit ; une conformation particulière des paupières inférieures telle que, leur extrémité interne présentant une légère bride, leur bord libre paraît horizontal ; un léger chevauchement des arcades dentaires par prognathisme supérieur. Remarquons enfin, pour clore cette partie de notre examen, que les organes génitaux, de volume normal, sont régulièrement conformés.

### III. — DISCUSSION.

*Première question.* — X... était-il, au moment des actes à lui reprochés, en état de démence dans le sens de l'article 64 du Code pénal ?

On peut poser en règle très générale que les faits d'outrages publics à la pudeur d'ordre nettement pathologique, c'est-à-dire relevant de la démence au sens juridique de ce mot, se rapportent à deux catégories distinctes d'états mentaux. Conscients, ils apparaissent comme la conséquence d'une idée obsédante qui s'impose à la volonté avec une force telle que le sujet se sent irrésistiblement poussé à l'acte. Inconscients, — en totalité ou pour partie, — ils se rattachent à des états d'affaiblissement définitif ou d'obnubilation passagère de l'intelligence, symptomatiques de lésions graves du système nerveux : démence sénile, paralysie générale, épilepsie, par exemple.

Si nous examinons de ce point de vue les actes reprochés au D<sup>r</sup> X..., tels qu'ils ressortent des témoi-



gnages produits à l'instruction et si nous cherchons à les caractériser, nous sommes dans l'obligation de reconnaître que ces actes se présentent avec toutes les apparences de la conscience et de la lucidité. L'étalage des organes génitaux, qu'il y ait en ou non adjonction de manœuvres lubriques, ne s'est en aucun cas produit au hasard, dans un endroit quelconque, devant des passants quels qu'ils soient. Il y a eu, bien au contraire, élection des lieux, choix des sujets, précautions prises pour éviter les regards indiscrets, prétextes employés pour écarter les témoins gênants, recommandations faites de garder le secret et enfin, dans quelques cas, invite à la récidive.

Cette seule étude de l'acte, considéré en soi, nous permet donc d'éliminer d'emblée l'hypothèse qu'il ait pu s'agir, en l'espèce, d'un de ces états d'obnubilation ou d'affaiblissement intellectuels, révélateurs d'affections sévères des centres nerveux.

Nous serions d'ailleurs, s'il en était besoin, confirmés dans cette opinion par les résultats de notre examen de la personne même du D<sup>r</sup> X..., chez lequel, nous l'avons dit, nous n'avons relevé traces d'aucune des lésions qui conditionnent à l'habitude de pareils états.

D'autre part, ces actes, qui se présentent avec tous les dehors de la conscience et de la lucidité, ne sauraient nous apparaître ni comme la conséquence d'une obsession pathologique ni comme le résultat d'une impulsion morbide. En pareil cas, en effet, lequel est celui des exhibitionnistes proprement dits, nous devrions en retrouver chez l'auteur un souvenir précis jusque dans les moindres détails. Or, tant à l'instruction qu'au cours de notre expertise, le D<sup>r</sup> X... n'a cessé d'affirmer qu'il n'en était resté aucune impression dans sa mémoire.

Nous sommes donc amenés à reconnaître que le cas du D<sup>r</sup> X... ne rentre pas dans le cadre ordinaire des faits d'outrages publics à la pudeur d'ordre pathologique, puisqu'il ne correspond à aucune des données établies ni des notions classiques en pareille matière.

Mais nous avons vu que le D<sup>r</sup> X..., scrutant lui-même son propre cas, a voulu en trouver l'explication dans un état névropathique particulier, qu'il s'est

abstenu de déterminer explicitement, mais à propos duquel il nous a suggéré l'idée qu'il pourrait bien s'agir d'hystérie : nous devons donc examiner la valeur de cette hypothèse et rechercher si elle se peut adapter aux faits tels que nous les avons exposés.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer tout d'abord que la plupart des symptômes morbides (céphalée, lassitude au réveil, inaptitude au travail, etc.) invoqués par l'inculpé à l'appui de sa proposition sont d'ordre purement subjectif, par suite non vérifiables, ou bien se rapportent à des faits (variabilité d'humeur, insomnie, envies irrésistibles de dormir, accès de rires ou de pleurs immotivés, incident de Phalère, etc.) qui échappent complètement à notre contrôle direct. Nous ne saurions donc en faire état qu'avec la plus extrême réserve.

Mais, leur réalité même nous fût-elle absolument démontrée, ils resteraient encore, à notre avis, insuffisants pour étayer un diagnostic ferme et précis de névrose. Aucun d'eux ne nous paraît, en effet, pathognomonique et, en l'absence avouée de tout accident convulsif, ne nous semble de nature à entraîner la conviction. C'est d'ailleurs ce dont a bien voulu convenir, après discussion, le D<sup>r</sup> X... lui-même, lequel est certainement très averti en la matière.

A supposer cependant que nous considérions comme certaine l'existence chez le D<sup>r</sup> X... d'un état névropathique et que nous acceptions l'idée qu'il s'agit dans son cas d'hystérie à forme très fruste, s'ensuivrait-il que nous devions *ipso facto* trouver dans cette notion une explication suffisante des actes à lui reprochés et de l'amnésie totale qui leur a fait suite? En aucune façon.

Pour concevoir, en effet, que de pareils actes aient pu s'accompagner de pareille amnésie, nous serions dans la nécessité de faire intervenir une hypothèse *a priori* bien invraisemblable, à savoir : la production réitérée, autant de fois renouvelée qu'il y eut d'actes commis, d'un de ces états de conscience très particuliers, connus sous le nom d'*états d'automatisme psychologique*, d'*états somnambuliques*, d'*états seconds*, qui se rencontrent à titre d'accidents ou d'épiphénomènes dans certaines



formes graves d'hystérie et qui dénotent toujours un trouble profond de la personnalité. Certes, l'existence même de pareils états, — de quelque manière qu'on les dénomme et quelque pathogénie qu'on leur attribue, — paraît à l'heure actuelle hors de conteste. Ils ont acquis en clinique droit de cité, et l'on n'a pas manqué de les invoquer en médecine légale, où ils peuvent effectivement donner la clef de quelques faits étranges et en apparence paradoxaux. Mais, en l'espèce, que l'on veuille bien se rappeler avec quels caractères se présentent et dans quelles circonstances se sont produits les actes incriminés, que l'on veuille bien considérer surtout qu'ils s'espacent et s'échelonnent sur une période de plusieurs années, et l'on conviendra qu'il faudrait avoir une foi robuste pour admettre la possibilité de cette production répétée, opportune, tranchons le mot : complaisante, d'une série de ces « états seconds » survenant à point nommé et disparaissant dès qu'inutiles. Nous nous refusons en tout cas à entrer, en ce qui nous concerne, dans cette voie, et nous rejetons absolument pareille hypothèse.

X... donc, fût-il hystérique, — et nous sommes peu enclins à le penser, — ne saurait, à notre avis, arguer de sa névrose pour attribuer un caractère pathologique aux actes dont il est accusé. Nous nous sommes trouvés d'autre part dans l'impossibilité de superposer de tels actes à aucune forme mentale connue. Nous nous croyons, en conséquence, autorisés à répondre par la négative à la première question qui nous est posée, à savoir : que le D<sup>r</sup> X... n'était pas en état de démence, au sens de l'article 64 du Code pénal, au moment des actes qui lui sont reprochés.

*Deuxième et troisième questions.* — « L'examen psychiatrique et biologique révèle-t-il chez X... des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité ? »

« A quelle maladie mentale correspondent ces anomalies ? »

Si nous nous en tenons aux résultats stricts de notre examen personnel, les symptômes pathologiques d'ordre mental relevés par nous chez le D<sup>r</sup> X... apparaissent des plus minimes : le seul vraiment digne d'être noté,

serait cette saute d'humeur, cette brusque alternance de dépression et d'euphorie qui marqua, nous l'avons dit, nos premiers entretiens.

Quant aux troubles subjectifs allégués par l'inculpé, ils nous semblent devoir être rapportés, — en les supposant réels, — beaucoup moins à la névrose hystérique qu'à un état neurasthénique léger. Cette neurasthénie, d'ailleurs, pourrait trouver son explication naturelle dans le surmenage intensif auquel paraît s'être livré le docteur.

Par contre, le nombre considérable d'anomalies physiques que nous avons signalées nous paraît de nature à retenir l'attention : la réunion chez un même sujet d'un tic de la face et de malformations aussi multiples et aussi variées, doit nous induire en de fortes présomptions d'un état corrélatif de dégénérescence mentale. Cette notion, d'ailleurs, remarquons-le, n'est nullement incompatible avec la constatation que nous avons faite du niveau élevé de l'intelligence : elle doit être entendue simplement dans le sens d'un manque d'équilibre et d'harmonie entre des facultés intellectuelles brillamment développées et des facultés morales restées rudimentaires ou atrophiées. Pour prendre un exemple, il est clair que les projets à nous exposés par le D<sup>r</sup> X... sur l'exploitation commerciale qu'il se proposait de faire de ses découvertes en matière d'épilation, s'ils révèlent chez leur auteur une indiscutable ingéniosité, ne dénotent pas précisément chez notre confrère, une conception très haute de notre profession. Et nous devons à la vérité de dire que cette même impression s'est reproduite chez nous à plusieurs reprises au cours de nos conversations. Faut-il faire intervenir ici des différences de races, de mœurs, d'éducation, pour expliquer, dans une certaine mesure, l'opposition ou la divergence de nos conceptions éthiques ? La chose est possible. Nous croyons cependant que, dans la genèse de ce défaut d'acuité du sens moral, la meilleure part revient dans le cas particulier à un état congénital de dégénérescence dont nous pourrions ici encore saisir la raison dans une lourde hérédité pathologique. Et c'est à notre avis, de cette tare originelle bien plutôt que d'une affection mentale problématique qu'il serait légitime de tenir



compte au D<sup>r</sup> X..., pour atténuer sa responsabilité dans les actes à lui reprochés.

#### CONCLUSIONS

1° X... n'était pas en état de démence, au sens de l'article 64 du Code pénal, au moment des actes à lui reprochés ;

2° C'est un dégénéré dont la responsabilité doit être considérée comme atténuée.

A l'audience, X... eut une attitude humble, déprimée, et répondit à voix basse et par monosyllabes à toutes les questions qui lui furent posées. Il ne discuta pas les dépositions des témoins, se bornant à déclarer qu'il ne se souvenait de rien.

Il fut condamné à trois mois de prison et 16 francs d'amende.

Comme conséquence de cette condamnation, le D<sup>r</sup> X..., sa peine expirée, devait être expulsé du territoire français.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 AVRIL 1912

**Présidence de M. KLIPPEL, président.**

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

MM. Delmas, Dupouy et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du secrétaire général du premier Congrès international de pathologie comparée, invitant les membres de la Société à prendre part aux travaux de ce Congrès qui se tiendra à Paris, du 17 au 23 octobre 1912 ;

2° Une lettre de M. James Chaubert, coéditeur du *Journal of mental Science*, directeur de la Maison de santé de Priory, à Rochampton près Barnes (Angleterre), qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Picqué et Semelaigne, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Vlavianos, professeur agrégé à l'Université d'Athènes, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Capgras, Mignot et Juquelier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend une brochure contenant l'ordre du jour du cinquantième Congrès des Sociétés savantes.



*Mort de M. Paul Brousse.*

M. KLIPPEL. — Messieurs, la Société médico-psychologique déplore aujourd'hui la perte de M. le Dr Paul Brousse, qui fut conseiller général, président du Conseil municipal et directeur de l'établissement de Ville-Evrard.

Son ardente activité ne l'avait point engagé dans la carrière d'aliéniste ou de neurologiste. Mais la part qu'il fit dans ses longs travaux à toutes les questions relatives à l'administration des Asiles avait justifié la place de membre titulaire que nous lui donnions il y a peu d'années.

Le temps ne lui a pas entièrement manqué pour prendre part à nos discussions.

Notre collègue comptait parmi nous des amis dévoués et fidèles, ce qui, en soulignant ses mérites incontestables, augmente encore nos regrets, dont nous prions sa famille d'agréer l'expression respectueuse.

*Rapport de la Commission du prix Aubanel.*

M. CAPGRAS. — Vous avez chargé une Commission composée de MM. Briand, Kéraval, Picqué, Vurpas et Capgras, rapporteur, d'examiner le seul mémoire qui ait été déposé pour le prix Aubanel, celui du Dr Benon, de Nantes.

La question posée était la suivante : *Les troubles psychiques au cours des polynévrites*. Dans son travail, exclusivement clinique, basé sur treize observations personnelles prises avec soin, l'auteur s'est attaché à utiliser surtout les faits qu'il a directement constatés, et à n'exposer que ses conceptions. Il élimine donc de son sujet l'historique, la pathogénie, l'anatomie pathologique. Il consacre pourtant une dizaine de lignes au diagnostic étiologique : énumération très sommaire des facteurs toxiques, infectieux ou organiques. Ces omissions lui permettent d'insister, à maintes reprises, sur les symptômes fondamentaux qu'il met en relief dans chaque chapitre de son mémoire et qui, à son sens,

constituent la triade quasi pathognomonique de la psycho-polynévrite : amnésie, fabulations, fausses reconnaissances.

M. Benon décrit les troubles psychiques des polynévrites d'abord d'après leur évolution, ensuite d'après la prédominance d'un ou plusieurs symptômes.

D'après l'évolution, il distingue trois formes : 1° Une forme moyenne qu'il prend pour type et où il analyse longuement la triade psycho-symptomatique. A titre de symptômes de second plan, il note la désorientation, les hallucinations, l'euphorie. Il reconnaît une période de début généralement lente, une période d'état et une période de chronicité ou de démence caractérisée par un état d'affaiblissement partiel des facultés intellectuelles : à prédominance amnésique ; 2° une forme légère généralement curable ; 3° une forme grave, confusionnelle et mortelle.

Au point de vue symptomatique, il divise les psycho-polynévrites en amnésique, fabulante, délirante, confusionnelle, émotionnelle et démentielle.

L'auteur s'efforce de différencier la psycho-polynévrite de la confusion mentale. Sa conception, intéressante et confirmée par ses observations, me semble pourtant un peu étroite. Elle tendrait à laisser croire que les polynévrites s'accompagnent de troubles psychiques spécifiques, alors qu'en réalité ces derniers, appartenant au groupe des psychoses toxiques, se traduisent souvent par de la confusion mentale simple ou du délire onirique. La triade psycho-polynévritique n'est donc qu'une variété de confusion.

Plus conforme à la réalité est la distinction entre la démence polynévritique et la presbyophrénie, forme de démence sénile. Là encore pourtant le diagnostic est souvent malaisé. D'après Wernicke, le tableau morbide de la presbyophrénie est presque identique à celui de psychose polynévritique ; pour Dupré, certaines presbyophrénies seraient d'anciennes psycho-polynévrites. L'auteur, fidèle à son plan, s'est contenté d'une brève allusion à « ces faits d'actualité ». En revanche, il analyse avec beaucoup de pénétration les nuances qui permettent de séparer les deux maladies.

Il effleure également le diagnostic avec la paralysie



générale et s'abstient de parler de la pseudo-paralysie générale névritique, régressive.

En résumé, M. Benon n'a pas voulu passer en revue tous les troubles psychiques susceptibles d'apparaître au cours des polynévrites. Il a préféré dégager de ses observations un syndrome nettement caractérisé et que l'on doit considérer, en effet, comme le type le plus net et le plus fréquent de la psycho-polynévrite. Il en a tracé une description claire, précise et cliniquement exacte. Son travail, très consciencieux et accompagné d'une longue bibliographie, mérite d'être récompensé. Votre Commission vous propose de lui accorder le prix Aubanel.

Quant à la question à poser pour le prix Aubanel, à décerner en 1914, la Commission propose la suivante : « *Les Démences traumatiques à l'exclusion de la paralysie générale progressive* ».

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées, et M. Benon est proclamé lauréat de la Société médico-psychologique pour le prix Aubanel.

#### DIVORCE ET ALIÉNATION

Suite (1).

**Sur la guérison tardive des accès d'aliénation mentale : à propos du projet de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale,**

par M. CALMETTES, médecin de l'asile de Naugeat.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société médico-psychologique quelques cas de guérison tardive d'accès d'aliénation mentale. Ce mot de guérison peut, à juste titre, passer pour exagéré, car la plupart de nos malades rentrent dans le cadre de la manie dépressive.

Sans aller dire, avec l'école allemande, que tous ces malades doivent nécessairement récidiver, nous admettons très bien que la guérison de ces malades n'est

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, p. 91; de mars-avril, p. 274; de mai-juin, p. 449 et 481, et de septembre-octobre 1911, p. 262; de janvier, p. 65 et 77, et de février 1912, p. 339.

peut-être que temporaire et qu'ils pourront rechuter dans un avenir plus ou moins éloigné : cependant, il nous a paru intéressant de signaler que quelques malades avaient quitté l'asile après un séjour variant entre six et quatorze ans. On tend à admettre qu'après une durée de trois ans, la maladie est incurable : la règle générale est toujours vraie, elle n'en comporte pas moins des exceptions qui n'infirmement pas d'ailleurs la règle générale.

Ce n'est pas, d'ailleurs, la durée seule du séjour à l'asile qui fait la gravité du cas, c'est surtout l'évolution de la maladie ; ce qui fait l'intérêt des cas que nous présentons, c'est que les malades ont présenté pendant longtemps des signes d'affaiblissement intellectuel et qu'ils ont été considérés comme des chroniques plus ou moins déments : si la question de divorce s'était posée pour ces malades, le médecin aurait pu conclure de bonne foi que la maladie présentait peu de chances de guérison, et cependant, quelque temps après, les malades guérissaient et pouvaient reprendre place à leur foyer.

Nous voulons attirer l'attention sur ces surprises possibles, de façon que si la loi sur le divorce pour cause de folie est votée, le praticien n'ait pas une tendance à diagnostiquer trop tôt l'incurabilité.

Nous avons dit que ces malades rentraient dans le cadre de la maniaco-dépressive : quatre sont des cas de manie assez franche, deux ont présenté les signes de la folie à double forme : ces six malades appartiennent au sexe féminin ; la septième observation se rapporte à un homme qui paraît avoir guéri d'une démence précoce.

Nous allons faire l'exposé de ces observations, nous réservant de faire, à propos de chacune d'elles, les réflexions qu'elle comporte.

OBS. I. — La malade entre à l'asile en 1895, à l'âge de quarante-cinq ans ; elle sort en 1909 le 16 juin, c'est-à-dire quatorze ans après.

Le diagnostic porté à l'entrée est celui de manie aiguë : la malade a fait d'ailleurs, à l'âge de vingt-quatre ans, un séjour de quelques mois à l'asile pour la même maladie ; elle est sortie complètement guérie.

Pendant les trois premières années de son séjour, la malade



fait quelques rémissions qui permettent de l'occuper quelques jours par mois, mais trois ans après son entrée, elle passe à l'état chronique; le diagnostic de manie chronique est porté: le désordre des idées et des actes est continu, le verbiage incessant; il est impossible de fixer l'attention de la malade et d'avoir des réponses précises.

L'agitation motrice a une recrudescence au moment des époques menstruelles.

Ce n'est que treize ans après son entrée que la malade se calme; on peut s'apercevoir alors que ses facultés ne sont pas affaiblies malgré la longue durée de la maladie.

La malade sort en 1909; deux ans après, elle est encore bien portante; la rémission de la maladie, sinon la guérison, a coïncidé avec la ménopause.

Dans le cas particulier, il aurait été difficile de ne pas porter un pronostic très sombre si la question du divorce s'était posée: les cas de manie chronique sont considérés comme incurables par tous les classiques.

OBS. II. — Entrée le 4 octobre 1905, sortie le 21 mai 1911. Durée du séjour, six ans. Age, quarante ans à son entrée. Diagnostic, manie aiguë (deuxième accès), le premier a eu lieu en 1895 et a duré un an.

A son entrée, elle est atteinte de manie aiguë avec désordre des idées et des actes, insomnie: très désordonnée. Cet état persiste pendant deux ans sans aucune modification, à ce moment on signale le passage à l'état chronique; elle n'a pas un moment de lucidité, elle est très désordonnée et très violente, il est impossible de fixer son attention: son mari la trompe, il est avec des cocottes, elle a dix-huit enfants, elle a été porte-croix, puis bannière des capucins. Puis elle parle de pigeons lâchés, de culture de pommes de terre; à mesure que ses discours se prolongent, la malade devient de plus en plus incohérente.

En 1908, même état; malade excitée, crieuse, désordonnée, violente; mais déjà elle fait une rémission de quelques jours et écrit pendant ce temps une lettre assez bien ordonnée.

En 1909, les rémissions deviennent plus fréquentes, mais on constate pendant les périodes de calme un certain déficit intellectuel. Elle s'oriente mal, elle ignore les dates principales de son existence, elle a de plus des idées de persécution: elle a peur qu'on ne l'empoisonne, souvent même elle a la certitude qu'on a introduit des toxiques dans ses aliments; elle est apathique, indifférente, cependant les lettres de sa famille semblent encore

lui faire plaisir; ce déficit intellectuel fait songer à l'incurabilité.

En 1910, la malade a une hémorragie intestinale très abondante due à une rupture de veines hémorroïdales. Depuis, les périodes d'excitation n'ont pas reparu, les idées d'empoisonnement n'existent plus; la malade bien qu'affaiblie est rentrée chez elle en mai 1911. Elle s'est très bien comportée depuis; cependant, elle a un peu d'affaiblissement intellectuel qui ne l'empêche pas d'ailleurs de remplir très bien ses devoirs de mère de famille.

En résumé, cette malade sort après six ans de séjour à l'asile; elle est restée près de cinq ans considérée comme incurable à cause de ses poussées d'excitation et surtout de son affaiblissement intellectuel. On ne peut considérer cette malade comme complètement guérie; mais la diminution intellectuelle n'étant pas très prononcée, la malade peut vivre au dehors et reprendre place au foyer familial où son mari et ses enfants ont été très contents de la retrouver. Nous ne pouvons que nous associer à ce que disait Foville (*Ann. médico-psychol.*, janvier 1883): « Si des malades après un séjour prolongé dans les asiles d'aliénés cessent complètement de délirer, si leur débilité intellectuelle reste latente, s'ils reprennent des allures régulières et s'ils peuvent être rendus à la vie commune, nous pensons que ce n'est pas les méconnaître que de les considérer comme légalement guéris et de maintenir en leur faveur la persistance d'un mariage contracté avant le début de leur folie. »

Nous croyons comme lui qu'un léger degré d'affaiblissement intellectuel ne doit pas autoriser à prononcer le divorce pour cause d'aliénation mentale.

Les deux observations qui vont suivre présentent des caractères particuliers, de ce fait que ce sont des idées délirantes qui ont retardé la guérison des accès maniaques. On voit, en effet, des malades peu ou prou guéris de leur excitation garder des idées délirantes qui peuvent les faire prendre pour des persécutés, de véritables délirants chroniques.

Le pronostic de ces états est de ce fait très aggravé; mais au cours de la maladie, le malade garde toujours une certaine excitation, une sorte d'hypomanie qui fait



rattacher la maladie à sa véritable origine. Ces cas nous paraissent rentrer dans le cadre de la manie chronique avec délire systématisé secondaire, dans la *paranoia secundaria*; le pronostic de cette affection serait très grave, ce serait d'ailleurs la systématisation plus ou moins grave du délire qui en ferait la gravité. Dans nos cas, cette systématisation était peu nette et c'est peut-être pour cela que les idées délirantes sont arrivées à disparaître; chez les deux malades dont l'observation suit, nous avons les éléments de pronostic suivant: très longue durée d'excitation, idées de persécution et de grandeur, affaiblissement intellectuel; avec ces trois éléments, on pouvait porter un pronostic sombre qui aurait été très préjudiciable aux malades si la question du divorce pour cause d'aliénation mentale s'était posée.

OBS. III. — Entre à l'asile le 17 juin 1905, à l'âge de trente et un ans, sort le 22 mai 1911. *Durée du séjour, six ans.*

A son entrée, la malade présente un état d'excitation très grande, incohérence des propos, loquacité exagérée; il est difficile d'obtenir des réponses précises. On ne peut fixer son attention, vagues idées de persécution; on l'a beaucoup fait souffrir, on l'a trahie.

Deux mois après son entrée, son état paraît amélioré; la malade est plus calme et demande à voir ses parents, mais cette rémission ne dure que quelques semaines, l'excitation reprend et nous la voyons en 1905 excitée, impulsive, complètement désordonnée, gâteuse; elle est reléguée dans un quartier de chroniques et considérée comme incurable. Elle y reste quatre ans toujours excitée, désordonnée et gâteuse.

Le diagnostic porté est celui de manie chronique.

Nous la voyons en 1909, elle est calme depuis quelques semaines, elle répond aux questions que nous lui posons: J'ai trente-huit ans, je suis née en 1873, je suis ici depuis le mois de juin 1904 (en réalité 1905), nous sommes en août 1909 (exact), je suis mariée, mon mari était maçon, je vais un peu mieux.

Avez-vous des enfants? — Non, mais je crois en avoir eu un pendant ma maladie, je crois que celle-ci va toucher à sa fin: j'ai eu un enfant ici, vous m'avez attachée, je me rappelle très bien qu'il n'était pas à terme, il avait cinq mois. Je me rappelle parfaitement que mon mari est venu chercher le gosse, puis j'ai été très malade, on m'a donné les sacrements, j'ai vu un curé: c'est à la morgue qu'on a dû faire cette opération, puis vous savez, malgré vos piqûres d'éther, de morphine, je

ne suis pas folle. Oui ! on m'a enlevé mes yeux, je n'y voyais plus, je ne sais pas comment ils sont revenus. (Inutile de dire que tous ces faits sont inexacts, ils nous paraissent être le résultat de troubles oniriques.)

La malade s'améliore progressivement. Quand on lui rappelle le récit précédent, elle dit : J'avais rêvé. Pendant l'année 1910, la malade a encore des poussées d'excitation, mais celles-ci durent à peine une semaine; la malade a toujours l'humeur d'une persécutée; on lui en veut, les infirmières la frappent, on cherche à l'empoisonner, mais elle ne systématise pas son délire.

En 1911, la malade n'a plus de poussées d'excitation, elle est toujours, d'ailleurs, un peu irritable, mais peu à peu cette irritabilité disparaît. Calme, elle sort en juin 1911. Abandonnée par son mari, elle s'est placée et ses maîtres sont très contents d'elle (décembre 1911).

Pendant quatre ans, cette malade a présenté un état qui devait faire penser à l'incurabilité. Son mari, qui s'intéressait à elle au début de la maladie, déclare qu'elle ne peut guérir après cinq ans de traitement. Il prend une maîtresse et fuit en Belgique pour ne pas revenir avec sa femme quand celle-ci quitte l'asile guérie.

**Obs. IV.** — Agée de quarante ans, entrée en traitement en 1904, à l'asile; elle s'y trouve encore, quoique guérie.

Elle y reste encore, parce qu'elle n'a personne pour s'occuper d'elle et qu'elle attend la guérison de son fils interné dans l'établissement.

*Durée de la maladie, sept ans.*

A son entrée, elle a l'aspect d'une maniaque aiguë. Désordre des idées et des actes, cris, chants, danses, loquacité intarissable et incohérence des propos; insomnie. Cet état persiste jusqu'en 1908 sans rémission aucune. L'observation signale toujours le désordre des idées et des actes, l'insomnie, propos décousus, illusions de personnes; désigne comme étant l'ancien évêque de Limoges qui l'a confirmée, une malade qui est couchée à côté d'elle.

Au milieu de ce désordre des idées, apparaissent avec une certaine régularité des hallucinations et des idées de persécution. Elle entend des voix auxquelles elle est obligée d'obéir. On la pique par derrière et par devant, elle est persécutée; tout le monde dans son pays prétendait qu'elle avait une mauvaise conduite. A mesure que le désordre des idées et des actes disparaît, les idées délirantes prennent une prépondérance de plus en plus marquée.

Un certificat délivré en 1907 porte les phénomènes suivants : est atteinte de délire chronique avec hallucinations et illusions



sensorielles. Le certificat ajoute : les facultés intellectuelles sont très affaiblies, d'autres moments l'excitation reprend, et la malade est qualifiée alors de manie chronique. Pendant les années 1908, 1909, 1910, la malade est tantôt considérée comme une maniaque chronique, tantôt comme une dégénérée avec hallucinations et troubles délirants. Tous les médecins qui l'examinent la considèrent en général comme incurable.

En 1911, cette malade s'améliore beaucoup ; elle avait, les années précédentes, en même temps que des idées de persécution, des idées de grandeur, des idées hypocondriaques, — l'humeur de l'hypomane. Elle plaisantait, était gouailleuse, se moquait de tout et de tout le monde. Cette humeur disparaît, la malade devient calme, réservée. Puis ses idées délirantes disparaissent, elle parle du temps où elle était folle, des hallucinations qu'elle avait et qui lui commandaient de mal se conduire, d'injurier les gens. Elle demande pardon des actes qu'elle a commis et de la peine qu'elle a donnée ; elle attend seulement pour sortir que ses conditions sociales s'améliorent.

Les deux observations qui suivent se rapportent à des cas de folie à double forme.

**OBS. V.** — Entrée le 13 novembre 1903, à l'âge de vingt-cinq ans, sortie le 24 janvier 1909. Durée du séjour à l'asile, cinq ans.

A son entrée, la malade présente un état d'anxiété très grande, elle s'accuse de toutes sortes de méfaits méritant un châtement ; elle est dominée, dit-elle ; sous l'influence de ses idées tristes, elle a fait plusieurs tentatives de suicide.

Peu à peu l'anxiété disparaît, mais la malade tombe dans un état de stupeur très grande, elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose, semble ne pas comprendre ce qu'on lui dit, et ses réponses consistent en un bredouillement sans suite. Elle sort cependant de cet état de torpeur cinq mois après ; elle n'a plus d'idées de suicide, mais elle est toujours déprimée ; en 1905, l'observation nous montre que les facultés intellectuelles paraissent affaiblies ; toujours mêmes idées tristes, idées mystiques. La malade passe tout son temps en prières, mais, soit qu'elle soit absorbée par son délire, soit que ses facultés soient affaiblies, elle ne donne plus que des réponses hésitantes dénotant une obtusion intellectuelle marquée ; elle n'a que très imparfaitement conscience de sa situation et du lieu où elle se trouve. Cet état dure toute l'année 1905.

En 1906, poussée d'excitation maniaque avec désordre des idées, des actes, insomnie. Vers le milieu de l'année, l'excitation se calme et fait place à une période de stupeur qui se rapproche de la stupidité. La malade n'a plus d'idées délirantes, elle reste

apathique, indifférente, sans initiative aucune; elle ne demande pas sa sortie, ne parle pas de sa famille, les réponses qu'elle donne sont peu précises, elle ne répond qu'à des questions très simples; elle ne s'occupe pas. Les facultés intellectuelles sont affaiblies, disent les bulletins de santé envoyés à la famille. On pense à l'incurabilité (la malade est dans le quartier des chroniques); cet état se prolonge encore pendant deux ans. Chez elle, la longue évolution de la maladie, dont chaque accès aigu semble laisser après lui un certain degré d'affaiblissement intellectuel, pouvait logiquement faire prévoir l'incurabilité: il n'en est cependant rien; à la fin de 1908, la malade se réveille de sa torpeur, s'occupe, répond aux questions qu'on lui pose et sort le 24 janvier 1909.

Depuis, trois ans après, la guérison s'est maintenue.

Cette malade a paru démente pendant les années 1907 et 1908, elle était entrée en 1903; si la question du divorce s'était posée, on aurait pensé à l'incurabilité; nous croyons cependant qu'il aurait été téméraire de déclarer la malade totalement incurable; cette malade était atteinte de folie à double forme, nous savons combien cette maladie a une longue durée, une marche irrégulière et combien, dans ces cas, la stupeur est facile à confondre avec la stupidité.

OBS. VI. — Entrée à l'asile en 1898; sortie en 1907. Durée du séjour, neuf ans.

*Diagnostic à l'entrée.* Débilité mentale, et excitation maniaque; désordre des idées et des actes. Toute l'année 1898, excitation très prononcée suivie de périodes de dépression. En 1899, intervalle lucide qui dure quelques semaines, la malade quitte l'asile, mais on est obligé de la ramener avant l'expiration de son mois de congé. Depuis sa rentrée, la malade ne cesse d'être malade; dans les premiers temps, elle avait encore des périodes de dépression, puis peu à peu s'installe une période d'agitation continue avec verbigération constante; tenue désordonnée, gâtisme, déficit intellectuel apparent; la malade est reléguée dans un quartier de chroniques et considérée comme incurable.

Cependant, en 1907, neuf ans après son entrée, alors qu'elle est considérée comme incurable depuis huit ans, la malade se réveille, se calme, répond bien aux questions qu'on lui pose; elle sort de l'asile et reprend sa place à son foyer.

Il nous reste à signaler l'observation d'un malade que



nous n'avons pas observé, mais dont nous avons pu constater actuellement l'intégrité mentale.

Il a été considéré pendant longtemps comme incurable, et le personnel se souvient de lui, comme d'un malade très impulsif et très dangereux; il est sorti depuis dix ans de l'asile, s'est marié et a fondé une famille.

Le diagnostic rétrospectif est assez difficile, car nous n'avons pas eu beaucoup de détails sur sa maladie. Est-ce un cas de folie à double forme? est-ce un cas de catatonie de Kahlbaum? nous dirions actuellement de démence précoce; nous ne pourrions l'affirmer! Cependant, l'observation nous a paru intéressante à signaler.

OBS. VII. — B..., trente-cinq ans à son entrée à l'asile le 14 mars 1896, sorti guéri le 18 juillet 1902; il reste donc six ans à l'asile.

En 1898, 1899, 1900, il paraît incurable.

A son arrivée, il est déprimé, les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine portent : mélancolie avec idées de persécution; il est triste, déprimé, répond avec lenteur aux questions qu'on lui pose; ses conceptions sont lentes; depuis longtemps, il a remarqué qu'on volait chez lui; on a voulu mettre le feu à sa maison; son logeur ne lui parlait pas, ses camarades l'injuriaient, on lui dérangeait ses pinceaux; malgré cela, il est assez tranquille, il ne proteste pas contre son internement, il ne réagit pas; il est plutôt apathique, indifférent; il s'occupe un peu et jouit d'une certaine liberté, après deux ou trois mois de séjour. Mais, à ce moment-là, il commet un acte de dément; il coupe toutes les feuilles des rosiers sous prétexte de donner plus de vitalité aux arbustes. Réintégré dans la section, le malade devient de plus en plus apathique : il refuse de répondre aux questions qu'on lui pose, il s'isole dans un coin : il faut lutter avec lui pour l'obliger à laisser tailler sa barbe et ses cheveux; il a aussi des poussées d'excitation fréquentes au cours desquelles il est très injurieux dans ses discours, très désordonné dans sa tenue. Six mois après son entrée, un certificat délivré à l'autorité militaire prévoit l'incurabilité et indique que ce malade peut être réformé.

En 1897, l'état semble s'améliorer pendant deux ou trois mois au cours desquels il est employé à des travaux de peinture; mais l'état d'apathie, le mutisme reprennent; les poussées d'excitation sont nombreuses, il a des impulsions violentes; il passe dans un quartier de malades chroniques à réactions violentes où il restera jusqu'à quelques mois avant sa sortie.

Pendant les années 1898, 1899, 1900, les notes mensuelles, les bulletins de santé adressés à la famille nous montrent que l'état est toujours le même : apathie, indifférence émotionnelle, mutisme, avec de temps à autre des poussées d'excitation et des impulsions violentes. Quand on arrive à pouvoir converser avec lui, on voit qu'il a abandonné ses anciennes idées délirantes, il ne manifeste plus d'idées de persécution. L'état mental est celui d'un dément précoce.

En 1901, les poussées d'excitation disparaissent, le malade est considéré comme plus calme; il paraît s'intéresser un peu mieux à ce qui se passe autour de lui : il répond d'une façon assez précise aux questions qu'on lui pose, il garde quelques idées de persécution, mais celles-ci sont peu précises : cependant la crainte de ses réactions violentes le fait maintenir dans un quartier de chroniques.

Au mois de mai 1902, ce malade s'évade; il reste un mois dehors et s'occupe régulièrement; il est cependant réintégré, mais il sort au mois de juillet. Depuis dix ans, sa guérison s'est maintenue, le malade s'est marié, a fondé une famille, et rien ne ferait soupçonner qu'il a été considéré pendant trois ans comme incurable.

En résumé, nous présentons sept observations de malades guéris après un séjour à l'asile variant entre cinq et quatorze ans. Toutes nos observations, sauf peut-être la dernière, rentrent dans le cadre de la folie maniaque-dépressive. Sur sept observations, il y a six femmes, ce qui nous confirme la règle classique que les folies maniaques dépressives sont plus longues chez la femme que chez l'homme; ces malades ont présenté pendant longtemps des signes d'incurabilité, et le praticien aurait été logiquement porté à donner un diagnostic très sombre. Dans les cas particuliers, si la question du divorce s'était posée, le médecin, en portant un sombre pronostic, aurait pu être très nuisible au malade.

Nous savons que ces cas ne sont que des exceptions et qu'ils n'infirmement en rien la règle générale. Nous avons voulu faire un pourcentage de ces cas de guérison tardive; mais les résultats auxquels nous sommes arrivés n'étaient pas concluants, parce que nous avons des observations très incomplètes. Disons seulement que nous en avons observé personnellement cinq cas en quatre ans.



De tous ces faits, nous pouvons tirer les conclusions suivantes : pour les cas de folie maniaco-dépressive, il ne faut pas se hâter de prononcer l'incurabilité; ceci est surtout vrai pour les femmes qui peuvent guérir malgré que la maladie dure très longtemps; un léger degré d'affaiblissement intellectuel arrivant à la suite de ces accès prolongés (affaiblissement d'ailleurs dû souvent à la sénilité) ne doit pas permettre au praticien d'autoriser la rupture du lien conjugal.

Au point de vue spécial de la loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale, il semble que l'on ne devrait pas faire la même législation pour tous les cas; pour la folie maniaco-dépressive, en particulier, il semble que le délai de trois ans doive être reculé.

#### DISCUSSION

M. TRÉNEL. — M. Calmettes nous communique des observations dont l'intérêt nous paraît grand, à cause du débat ouvert ici depuis plus d'une année. Mais il s'agit, dans la très grande majorité des cas, de malades atteints de folie périodique. Oserait-on dire qu'ils sont guéris, et aurait-on, si on les avait examinés en pleine activité morbide, osé affirmer qu'ils n'auraient jamais présenté l'intermission actuelle? Nous savons, en effet, que les périodiques sont les malades chez qui on observe le plus souvent peut-être ces sortes de guérisons tardives; c'est lorsqu'elles se produisent d'ailleurs qu'on fait parfois le diagnostic véritable.

M. CALMETTES. — J'ai précisément désiré insister sur l'état des malades qui avaient été considérés comme des incurables, et rappeler les dangers — en se plaçant en particulier au point de vue du divorce — d'un pronostic trop précoce.

M. BRIAND. — De telles observations montrent une fois de plus que nous ne pouvons pas encore nous appuyer sur un ensemble de symptômes nets pour affirmer la chronicité et l'incurabilité d'une psychose. Si la loi nous demande demain de nous prononcer au sujet du divorce des aliénés, nous serons bien embarrassés.

M. TRÉNEL. — Dans les pays où l'aliénation mentale,

à des conditions déterminées, est une cause de divorce, il faut bien que les experts interviennent ; et leur intervention est utile ; lorsque, par hasard, ils ne peuvent se prononcer, ils le disent, et la décision est ajournée.

**Sur la remise à l'aliéné de citations à comparaître, en matière de divorce,**

par M. TRÉNEL.

Le premier acte de procédure qui suit l'introduction d'une demande en divorce est la citation à comparaître en conciliation. Quand l'époux contre lequel cette demande est formée est un aliéné interné, deux points sont à envisager dans cette question :

1° Y a-t-il lieu de permettre à l'huissier de donner cette citation parlant à la personne ?

2° Quelle suite doit être donnée à cette citation ?

En ce qui concerne la remise de la citation, l'art. 237 du Code civil édicte que :

« La requête et l'ordonnance sont signifiées, en tête de la citation donnée à l'époux défendeur trois jours au moins avant le jour fixé pour la comparution, outre les délais de distance, le tout à peine de nullité.

« Cette citation est délivrée par huissier commis et sous pli fermé. »

Nous remarquerons que les termes de la loi n'impliquent pas que la citation doive être donnée parlant à la personne.

Il semble donc que, contrairement à ce qui a lieu dans le cas d'interdiction, cette citation ne doit pas être obligatoirement remise par l'huissier à la malade et que ce soin puisse être laissé à l'administration de l'asile ; celle-ci agirait alors d'après les indications du médecin, afin d'éviter cette émotion brutale à la malade. Néanmoins, le président du tribunal du ressort duquel dépend l'asile de Maison-Blanche a donné oralement ordre que cette communication soit faite par l'huissier parlant à la personne, la procédure engagée concernant la personne même, comme dans l'interdiction. Si cette remise par huissier parlant à la personne est sinon légalement



obligatoire, du moins ordonnée par l'autorité judiciaire, elle est médicalement discutable pour des raisons de pure humanité que le Code civil ignore.

Nous n'avons pas eu l'occasion de rédiger de certificat concluant à la possibilité ou non de faire comparaître le malade ; il paraîtrait que le cas s'est présenté, que l'un de nos collègues a déclaré qu'un malade était en état de comparaître personnellement en conciliation, et que dans ce cas le malade a été envoyé au palais entre deux infirmiers.

Dans d'autres circonstances, le président du tribunal a donné commission pour entendre le malade à l'asile (en application de l'art. 238), ainsi que cela a lieu dans la procédure d'interdiction. Il serait intéressant de connaître le détail de semblables comparutions et leur résultat.

Dans le cas qui motive cette note, le malade était hors d'état de répondre à aucune question, en raison de la confusion de ses idées et sa demi-stupeur.

#### DISCUSSION

**M. ARNAUD.** — Sans tenir compte des difficultés d'ordre médical et des inconvénients pour les malades que peut entraîner leur exigence, les magistrats insistent fréquemment auprès de nous pour que les pièces de procédure en général (il me paraît bon d'étendre le débat que vient de soulever M. Trénel) soient communiquées aux malades eux-mêmes. Malgré cette insistance, je me suis souvent opposé à la remise directe des significations d'huissier, lorsque les inconvénients de cette remise me paraissaient sérieux. A propos d'un cas litigieux, j'ai correspondu avec le parquet, et le Procureur de la République m'a simplement demandé de l'aviser lorsque j'estimais que la communication était impossible.

**M. BRIAND.** — L'exigence des magistrats, en ce qui concerne la communication des pièces de procédure à nos malades aliénés, est parfois excessive, surtout lorsqu'on songe qu'à la suite de l'arrestation d'un mal-facteur blessé, le commissaire de police ou le juge d'instruction n'insistent jamais pour procéder à un

interrogatoire immédiat, si le médecin déclare que le blessé n'est pas en état de répondre. Je pense comme M. Arnaud qu'il y a lieu d'étendre à d'autres questions qu'au divorce la discussion amorcée par la communication de M. Trénel; il serait bon que nous examinions ensemble ce que nous croyons devoir faire pour concilier l'intérêt immédiat des malades (l'intérêt de leur santé) avec la nécessité de l'accomplissement des formalités judiciaires, celles-ci répondant d'ailleurs souvent à d'autres intérêts de nos malades.

M. LEGRAIN. — Dans les asiles de la Seine, l'administration — après consultation de la Commission de surveillance — a cru devoir enjoindre de laisser communiquer les pièces de procédure aux malades, à la suite d'un incident survenu au pensionnat de Ville-Evrard. Lorsque j'étais médecin de ce pensionnat, à un moment donné je dus échanger une longue correspondance, parfois vive, avec un avoué parisien qui insistait pour atteindre par son huissier un malade de mon service que j'aurais préféré qu'on laissât tranquille. La question fut portée devant la Commission qui se prononça pour le respect de la forme judiciaire, malgré les inconvénients médicaux, quelquefois énormes; et la décision administrative suivit.

Au sujet de la seconde question posée par M. Trénel, je rappelle encore qu'un persécuté dont je proposais la maintenance fut, après avoir plaidé sa propre cause, élargi par le tribunal qui l'avait fait comparaître devant lui. Il me semble qu'ici nous ne devons nous prononcer que sur la possibilité du déplacement, comme nous le ferions à propos de tout transfert.

M. BRIAND. — On pourrait objecter que lorsque le médecin traitant s'oppose à la communication d'une pièce de procédure à un de ses malades, c'est qu'il a un intérêt quelconque à refuser cette communication. Pourquoi, dans les cas délicats, un expert ne serait-il pas commis pour résoudre la difficulté?

M. VIGOUROUX. — La question que nous discutons actuellement a fait l'objet d'une discussion antérieure à la Société des médecins des asiles de la Seine; alors j'ai consulté à ce sujet un membre de la Commission de surveillance des asiles, dont l'opinion me semblait



très intéressante à connaître, et j'ai obtenu la réponse suivante : « Quand un huissier vient de la part du procureur de la République, vous devez lui réserver auprès des malades l'accès auquel a droit le Procureur lui-même. » Voilà donc au moins un cas dans lequel nous ne pouvons nous dérober à la nécessité de la communication des pièces de procédure. Il faut bien dire que les difficultés soulevées par ces questions sont plus ou moins grandes suivant la forme des relations entre le parquet et l'asile.

M. TRUELLE. — Les instructions administratives sont parfois contradictoires : Comment concilier, par exemple, celles qui nous recommandent de mettre les pièces de procédure entre les mains des malades, avec celles plus récentes qui nous prescrivent de transmettre ces pièces dans les vingt-quatre heures à la tutelle des aliénés ?

M. LWOFF. — A l'asile de Maison-Blanche, à une époque où je faisais fonction de directeur, j'ai reçu une note de l'administration me prescrivant de communiquer les pièces de procédure aux malades ; je sais que cette note avait été provoquée par une observation du parquet de Pontoise. Il fallait s'incliner, mais j'ai fait remarquer que cette manière de procéder pouvait présenter de graves inconvénients.

M. RITTI. — Pourquoi, à l'asile public, n'adresserait-on pas toutes les pièces de procédure à l'administration provisoire ? ce serait le bon moyen de garantir, et les intérêts du malade, et la régularité de la série des opérations judiciaires, puisque l'administrateur est légalement le représentant des aliénés. En ce qui concerne les inconvénients de la communication des exploits d'huissiers à certains malades, j'ai présente à la mémoire l'observation suivante :

Peu de temps après qu'une circulaire du garde des Sceaux, je crois, eût prescrit la communication à tous les malades des pièces de procédure les concernant, le directeur de la Maison nationale de Charenton dut laisser pénétrer auprès d'une maniaque un huissier chargé de signifier à cette malade l'ouverture contre elle d'une procédure en interdiction. Il en résulta un accès de fureur qui fit époque dans les annales de l'éta-

blissement, et au cours duquel la malade réduisit en miettes tout ce qui lui tomba sous la main.

Le directeur saisit de l'incident le ministre de l'Intérieur et demanda si, à l'avenir, il ne serait pas bon de prendre l'avis du médecin dans les cas analogues... Il n'obtint pas de réponse.

M. DUPAIN. — Il s'agit, à mon sens, de questions d'espèce. Il faudrait connaître positivement quels sont les cas où, sous peine de nullité, l'huissier a l'obligation d'être mis en présence de l'aliéné pour parler « à sa personne ». N'est-il pas suffisant dans la majorité des cas, pour que la procédure soit valable, que l'huissier inscrive sur son exploit : « parlant à la personne de l'administrateur provisoire » ?

M. TRÉNEL. — Je ne retiens, pour ne pas prolonger indéfiniment la discussion, que quelques-unes des observations qui viennent d'être faites à propos de cette communication. Dans un cas, dit M. Arnaud, le Procureur de la République a demandé d'être avisé des raisons pour lesquelles les pièces de procédure n'étaient pas communiquées au malade : rien ne semble plus légitime, et il suffirait peut-être de généraliser cette pratique pour tout arranger. A la comparaison citée par M. Briand, on peut objecter qu'ici, c'est au nom des intérêts du malade lui-même que les magistrats nous obligent à lui laisser connaître les exploits et significations le concernant. Il est vrai que souvent, pour ne pas risquer d'interrompre ou d'annuler une procédure, en cas de non-communication directe, l'huissier peut dresser régulièrement constat du fait que l'accès auprès du malade lui a été refusé et donner à ce constat la publicité nécessaire. Dans les deux cas, soit en avisant lui-même le parquet, soit en donnant acte de son refus, le médecin ne pourrait être suspecté d'agir contre les intérêts du malade.

La séance est levée à 6 heures.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.



# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société clinique de médecine mentale.

Séance du 19 février 1912.

I. — *Débilité mentale et désir obsédant de visiter l'Algérie. Départ soudain à l'occasion d'un vol compliqué d'abus de confiance, expertise médico-légale, non-lieu, internement. Présentation de malade.* — MM. Legras, Juquelier et Sengès présentent un débile de vingt-deux ans qui fut interné après avoir été l'objet d'une longue observation médico-légale à l'occasion d'une inculpation d'abus de confiance. Préoccupé de devenir un explorateur célèbre, d'être le continuateur de de Brazza et de Flatters, T..., qui n'obtint qu'à quinze ans son certificat d'études et qui, maintes fois, changea de profession, étant à peu près incapable d'en exercer aucune correctement, part pour Marseille et l'Algérie un jour qu'il est chargé d'encaisser 1.500 francs. Il mène pendant quelques semaines la vie d'un riche voyageur, est déçu à la vue des vestiges romains de Biskra, objet principal de ses rêves de débile, se fait voler par un guide indigène, et, à bout de ressources, se constitue prisonnier. Deux autres fois, antérieurement, T... était parti dans le but de satisfaire son désir d'exploration ; à seize ans, il était allé jusqu'à Orléans, mais n'avait pu dépasser cette ville faute de ressources ; la seconde fois, il avait volé 600 francs et avait déjà gagné Alger ; à l'occasion de cette deuxième escapade, il avait été condamné à six mois de prison avec sursis ; car il n'avait pas eu d'examen médical.

Les auteurs font remarquer que l'acte de T... (départ précipité après un vol) ne saurait être assimilé à une fugue au sens pathologique du mot, et que l'irresponsabilité pénale résulte ici non des caractères intrinsèques du délit, mais de la grande débilité intellectuelle et morale du sujet.

II. — *Un cas de dysarthrie pure. Présentation de malade.* — M. Legrain montre un vieil alcoolique, âgé de cinquante ans, interné deux fois en quatre ans, la première fois à la suite d'un accès de délire hallucinatoire très court, compliqué d'obnubilation et de confusion. A ce moment, pas de troubles de la parole, si ce n'est une prononciation spéciale qui laisse croire à une origine alsacienne.

Deux nouveaux ictus surviennent dans l'espace de quelques mois ; ils se traduisent : la première fois, par une paralysie incomplète des membres supérieurs (point de reliquat) ; la seconde fois, par une paralysie généralisée avec état demi-comateux. Point de reliquat, ni moteur ni physique, si ce n'est une dysarthrie très accentuée.

Le malade est perdu de vue pendant trois ans. Il s'occupe régulièrement, ne donne pas de signes importants d'affaiblissement des facultés. Seule la dysarthrie fait des progrès au point que le malade devient tout à fait incompréhensible.

Interné, pour la seconde fois, à la suite de nouveaux excès de boisson, ayant accentué un délire de jalousie déjà ancien et provoqué des violences. L'examen ne révèle aucun phénomène, ni moteur ni sensitif, en dehors de la dysarthrie.

III. — *Trois cas de démence précoce. Présentation de malades.* — L'étude clinique de la démence précoce étant mise à l'ordre du jour de la Société, MM. Vigouroux et Prince présentent trois malades dont l'histoire est susceptible de contribuer à éclairer certains points encore obscurs concernant le cadre, l'évolution, la pathogénie de la maladie. Ils ne mettent pas en doute la réalité clinique de la démence précoce.

Le premier malade, âgé de vingt-huit ans, dont l'hérédité est extrêmement lourde, a eu son premier accès de dépression avec apathie à l'âge de douze ans. Il a présenté successivement de l'excitation, des idées de grandeur, des impulsions motrices, de la catatonie, etc. Interné depuis douze ans, il est depuis cinq ans dans un état de démence apathique complet.

Le deuxième malade, âgé de trente-deux ans, sans hérédité connue, malade et interné depuis l'âge de vingt-deux ans, a présenté un délire très polymorphe, accompagné de stéréotypies, d'attitudes catatoniques et de troubles profonds des sentiments. Son intelligence est encore bien conservée.

Le troisième, âgé de vingt-cinq ans, malade depuis dix-huit mois, sujet intelligent et instruit, présente un délire de persécution et de grandeur. La pauvreté de la systématisation du



délire, la niaiserie des conceptions vaniteuses, la lenteur de l'idéation, les troubles de l'activité volontaire montrent l'affaiblissement mental et justifient le diagnostic de démence précoce paranoïde.

IV. — *Un idiot microcéphale; un arriéré physique et intellectuel. Présentation de photographies.* — M. Maurice Brissot montre à la Société les photographies de deux enfants atteints, l'un d'idiotie avec microcéphalie, l'autre d'arriération physique et intellectuelle. Ces deux enfants sont complètement illettrés; mais l'auteur considère que le second, malgré sa dégénérescence profonde, est susceptible d'être éduqué, tandis que le premier ne donne aucun espoir de perfectibilité intellectuelle.

V. — *Corne cutanée de la face chez une femme. Présentation de photographies.* — MM. Ricoux et Brissot soumettent la photographie d'une femme de soixante-quinze ans, ancienne délirante mélancolique, chez qui l'on constate à la face une corne de 0 m. 06 de longueur, en tous points semblable à celle des ruminants. Cette production cornée du tégument, qui a quatre années d'existence, a succédé à une autre corne, située exactement au même endroit, mais de dimensions beaucoup moindres.

VI. — *Néoplasme du corps calleux. Présentation de pièces.* — M. Legrain montre les pièces d'un malade atteint d'une tumeur exactement limitée à la partie centrale du corps calleux, laissant libre le genou et la partie postérieure. Latéralement, elle vient confiner au ventricule. L'aspect est celui d'un gliome. Symptomatologie très obscure où l'on relève : 1° Un affaiblissement progressif très lent (vingt années) des facultés; 2° inhabileté progressive des mouvements (surtout professionnels); effondrement du malade au milieu de la marche; 3° disparition de la sensibilité générale sous ses divers modes.

#### *Séance du 18 mars 1912.*

I. — *Paralysie générale amaurotique. Présentation de malade.* — MM. Trénel et Puillet présentent un nouveau cas de paralysie générale amaurotique et signalent une fois de plus, dans les cas de ce genre, la coïncidence d'un état hallucinatoire avec une amaurose.

II. — *Impulsions ou épilepsie larvée. Présentation de malade.* — M. Beaussart présente un malade du service de M. Colin, malade à antécédents héréditaires très chargés,

interné dès l'âge de quinze ans pour perversions instinctives et instabilité, et qui, évadé de l'asile à vingt et un ans, s'est engagé aux zouaves. Réformé au bout de trois ans, il a vécu une année chez une sœur qui a été obligée de le faire arrêter et de le faire interner parce qu'il s'était livré sur elle à des violences et voulait la violer. La brusquerie de l'acte, l'amnésie consécutive font penser à un épisode d'épilepsie larvée malgré un appoint alcoolique qui vient compliquer le problème.

Depuis un an, le malade a eu, à l'asile, de fréquentes impulsions parmi lesquelles on peut distinguer des impulsions habituelles aux dégénérés ou même dues au caractère irritable des épileptiques, et des impulsions violentes et dangereuses, s'accompagnant d'hallucinations, d'amnésie et de confusion qui sont la traduction de la névrose comitiale (épilepsie larvée). Une observation attentive du malade n'a pu déceler de manifestations convulsives, si minimes soient-elles; toutefois, le malade aurait présenté de ces manifestations il y a plusieurs années.

Le diagnostic de la nature des impulsions est délicat à établir et ici se pose le difficile problème de la sortie de ces malades.

III. — *Débile intellectuel atteint de délire de persécution et d'ambition. Présentation de malade.* — MM. Roubinovitch et Fillassier présentent un malade persécuté-persécuteur, arrêté plus de vingt fois, interné à plusieurs reprises, et dont le délire remonte à de longues années. Ce délire, exclusivement interprétatif et imaginatif, dépourvu de tout élément hallucinatoire, accompagné de tendances agressives contre tous ceux qui ne partagent pas les convictions mégalomaniaques, absurdes, mais inébranlables, du malade, le rend particulièrement dangereux.

IV. — *Corps étrangers trouvés chez les aliénés. Présentation de pièces.* — M. Picqué montre une série de corps étrangers qu'il a recueillis au cours d'interventions sur des aliénés (corps étrangers de l'œsophage, du rectum, de l'oreille, de la vessie).

V. — *Hémorragie surrénale traumatique et troubles mentaux. Présentation de pièces.* — M. Guiraud (de Tours) présente les coupes histologiques d'une hémorragie de la capsule surrénale droite. Cette hémorragie est consécutive à un traumatisme survenu six jours avant l'entrée du malade à l'asile. Confusion, hallucinations et agitation. Syndrome surrénal aigu. Mort rapide.

VI. — *Ostéome de la dure-mère chez un épileptique. Présentation de pièces.* — MM. Maurice Ducosté et Soury présen-



tent le cerveau et les méninges d'un épileptique chez lequel l'autopsie révéla quatre ostéomes volumineux de la dure-mère, situés au niveau des lobes frontaux, du lobe occipital gauche et dans la faux du cerveau. Un de ces ostéomes, large de 6 centimètres et long de 4, avait comprimé la première et la sixième occipitales qui se montraient ratatinées, plissées sur elles-mêmes et atrophiées. Ces formations osseuses pathologiques semblent être constituées aux dépens du feuillet interne de la dure-mère; aucun signe précis n'en a révélé l'existence pendant la vie du malade, et leur rôle dans la production et l'évolution des attaques épileptiques demeure obscur.

*Séance du 15 avril 1912.*

I. — *Délire onirique à systématisation secondaire chez un débile. Présentation de malade.* — M. Légrain présente un malade de cinquante-huit ans, vieil alcoolique, ayant de nombreux stigmates de sénilité précoce, par conséquent réelle. Interné il y a trois ans, comme suite probable d'un ictus apoplectiforme, suivi d'un délire onirique très intense, où la fabulation seule a joué un rôle. Jamais il n'y a eu d'hallucination. A l'asile, le malade a vécu sur les reliquats mnésiques de cette rêvasserie, d'où il a extrait tous les éléments d'un délire systématisé de persécution, se constituant une nouvelle personnalité. L'affaiblissement de ses facultés seul l'a empêché de rectifier ses chimères et de combler l'énorme lacune contemporaine de son ictus. Du reste, ses souvenirs antérieurs à l'ictus sont très précis. Bien qu'ayant des lacunes de mémoire actuelles, le malade n'oublie pas ses néo-conceptions délirantes, et, depuis deux ans, il ne varie jamais dans ses déclarations, conformant ses réactions à la nature même de ses idées délirantes.

II. — *Impulsion homicide et impulsion suicide d'origine alcoolique. Présentation de malade.* — M. Truelle montre une femme de quarante-neuf ans, internée à trente-cinq ans à la suite d'une tentative de meurtre par impulsion subite, mnésique et consciente, provoquée, en dehors de tout état d'ivresse ou de délire proprement dit, par des excès de boisson.

Mise en liberté après quatorze mois de séjour à l'asile, elle reprend ses excès et commet une tentative de suicide dans une sorte d'accès d'automatisme vigilambulique analogue au premier.

Pas d'autres phénomènes morbides ni avant ni après. De-

puis 1900, la malade, totalement privée d'alcool, est apparemment normale. L'opportunité d'une mise en liberté doit-elle être envisagée?

III. — *Délire spirite et graphorée paroxystique. Présentation de malade.* — MM. Capgras et Terrien présentent une dégénérée de quarante-cinq ans qui, à la suite d'un délire érotique d'interprétation avec réaction de persécutrice amoureuse, a consulté un grand nombre de somnambules et acheté un appareil magique qui lui permet de prédire l'avenir. Sous cette influence, elle arrive à se prendre elle-même pour un médium et manifeste des idées ambitieuses et mystiques mal systématisées. Au cours de ce délire, elle présente des crises de graphorée impulsive, sans autre phénomène d'excitation. Les écrits, par leur contenu et leur forme, se rapprochent de l'écriture médiamnique, mais en diffèrent par l'absence d'état second, d'automatisme et d'amnésie.

IV. — *Un cas de délire d'imagination. Présentation de malade.* — MM. Trénel et Crinon présentent une malade qui, ayant quitté subitement son domicile, s'est fait arrêter au pied de la statue de Jeanne d'Arc en cherchant à dételer un cheval pour l'enfourcher. Au moment de son arrestation, elle se déclare Jeanne d'Arc et appelée à rétablir la paix en France. A l'asile, elle manifeste des hallucinations psycho-motrices, et peut-être auditives; mais ce qui domine le tableau, ce sont des récits fabuleusement extraordinaires. Elle est d'une haute naissance, elle a été enlevée, a fait des voyages en Amérique, au Maroc; il lui est arrivé des accidents multiples, chute de cheval, enlèvement, etc. Les récits ne paraissent pas conditionnés par les hallucinations.

V. — *Diagnostic étiologique des fugues. Présentation de malade.* — MM. Colin et Livet présentent l'observation d'une malade, alcoolique invétérée qui, à plusieurs fois, a quitté son domicile. La plus récente et la plus importante de ses fugues l'a amenée à Paris où la police l'a recueillie. L'intérêt de cette observation réside en ce que le facies de cette malade, couuré de cicatrices, sa langue qui présente une encoche sur son bord droit, ses énergiques dénégations au point de vue alcoolique peuvent la faire, au premier abord, considérer comme épileptique. En réalité, tous les renseignements recueillis à son sujet viennent confirmer le premier diagnostic en la présentant comme une alcoolique de longue date.

VI. — *Accès périodiques et atypiques d'alcoolisme subaigu.*



*Présentation de malade.* — M. Demay présente un malade de cinquante-huit ans, sujet depuis six ans, chaque année et à la même époque, à des accès subaigus à forme spéciale (tendances catatoniques, mutisme, automatisme verbal) et durant seulement deux à trois jours. Il s'agirait de poussées atypiques d'alcoolisme subaigu chez un dégénéré ne présentant par ailleurs aucun signe d'excitation chronique.

## JOURNAUX ESPAGNOLS

### Archivos de Psiquiatria y Criminologia.

ANNÉE 1908.

I. — *Folie, simulation et criminalité* ; par le Dr Ingegnieros (numéro de janvier-février). — Histoire d'un dégénéré simulateur, fils d'alcoolique chronique, alcoolique rémittent lui-même, ayant perdu tout sens moral et atteint d'accès passagers d'excitation (non périodiques), avec impulsions homicides. Exonéré du service militaire pour dégénérescence mentale, puis émigré en République Argentine, il commet plusieurs délits graves. Arrêté à la suite d'un meurtre, il tente de se suicider, et simule de l'excitation maniaque avec amnésie, idées puériles de persécution, illusions et hallucinations. La supercherie découverte, il est condamné. Ayant fait appel du jugement, il simule à nouveau la folie sous forme d'excitation maniaque avec confusion mentale et est encore condamné. En prison, il tue un de ses codétenus. M. Ingegnieros estime que ce sujet n'est pas à sa place en prison, où il est aussi dangereux qu'il l'était dans la société, et qu'on doit l'interner pour la vie dans un asile d'aliénés criminels.

II. — *Comment doivent être les asiles d'aliénés* ; par le Dr A. Galceran Granès (numéro de janvier-février). — Les asiles se sont perfectionnés en abandonnant le plan d'uniformité fonctionnelle et de régularité architecturale des manicomes généraux, pour adopter la division en pavillons parallèles qu'unit un bâtiment perpendiculaire destiné aux services généraux, ou en pavillons complètement isolés, communiquant par une simple galerie. Après énumération des défauts graves que présen-

taient les manicomes généraux à divers points de vue (hygiène, surveillance, psychothérapie, technique manicomiale, discipline), l'auteur s'arrête aux inconvénients qui résultent de l'uniformité des conditions légales d'admission. Les psychopathes se rangent dans trois groupes : les *psychonévropathes* (*paraphréniques*, *névrosiques* et *paranoïques*) ; les *agénésiques* (*phrénasthéniques*, *aliénés*, *imbéciles* et *idiots*, etc.) ; les *fous* proprement dits, c'est-à-dire les malades de la conscience, qui méconnaissent leur état pathologique et ne dirigent plus leurs volitions. Ces derniers seuls doivent être internés dans le manicomie, à condition qu'ils soient curables et qu'ils ne puissent être traités dans leur famille. Le manicomie, hôpital de traitements, ne doit pas recevoir d'incurables. Les formalités de l'internement doivent s'inspirer de deux principes : toutes facilités pour l'admission, qui est volontaire pour les psychopathes non aliénés, protection vigilante de l'État à l'égard des internés.

Les asiles formés de sections distinctes ne contenant chacune que des malades de même ordre, malgré le progrès technique qu'ils réalisent, ont ce défaut d'un plan uniforme pour toutes les sections, et d'un régime identique pour tous les malades.

L'auteur accorde ses préférences, dans l'état actuel, au système de l'asile-village, qu'il a réalisé successivement dans les asiles de San Baudilio del Llobregat et de Reus, et qui attribue à chaque grand groupe de malades des constructions appropriées : école et hôpital pour les agénésiques, hôpital d'alitement pour les déments et les incurables, locaux pourvus de grands espaces et de chambres individuelles pour les agités ; enfin, pour les tranquilles, un manicomie monumental, qui établit la transition entre la vie claustrale et la vie en société, et permet en même temps la double assistance familiale et asilaire.

Dans l'avenir, il n'y aura plus que des asiles spécialisés pour chaque catégorie mentale : 1° le sanatorium pour psychonévrotiques, permettant la vie isolée et la vie de famille, et comportant la plus large liberté, sans aucune formalité pour l'entrée ou la sortie ; 2° l'asile d'épileptiques, avec trois sections : épileptiques simples, impulsifs, vésaniques ; 3° l'asile-école pour agénésiques, avec trois sections (malpropres, adultes, enfants), et un régime distinct, claustral pour la première, mixte pour les deux autres ; 4° le manicomie destiné aux aliénés avec trois divisions (curables, incurables, convalescents récidivants) ; régime hospitalier et internement d'office ; 5° l'établissement de



réforme pour dégénérés amoraux et aliénés délinquants, avec, suivant les cas, le régime de l'école, de l'atelier ou de l'hôpital.

III. — *Asiles de buveurs*; par Pedro Dorado (numéro de janvier-février) (1). — Après avoir rappelé combien est diversement appréciée par les criminalistes la responsabilité pénale des délinquants en état d'ivresse, et établi, avec l'aide de la statistique, la grosse importance de l'alcoolisme comme facteur de criminalité, l'auteur montre que la seule solution efficace du problème de l'alcoolisme, tant au point de vue pénal qu'au point de vue social, consiste dans la création d'asiles pour les buveurs d'habitude, admis sur leur demande ou placés d'office par les tribunaux. L'argument tiré du respect de la liberté individuelle tombe devant l'utilité sociale de ces établissements. De cette revue générale sur les asiles de buveurs des divers pays et sur les différentes législations relatives à l'alcoolisme, M. Pedro Dorado conclut que ces établissements donnent en général de bons résultats, en rapport direct avec la durée du séjour des malades.

IV. — *Importance des sentiments dans la genèse du délire de persécution*; par le Dr Peon del Valle (numéro de mars-avril). — Très intéressant travail où l'auteur expose sa conception personnelle de la psychologie pathologique du délire de persécution, basée sur une analyse très fine des éléments de la paranoïa et des caractères des sentiments. Le délire de persécution est le résultat d'une lésion de l'instinct de conservation. Les émotions et tous les phénomènes de la sphère des sentiments, jouent dans ce délire un rôle beaucoup plus important que les troubles, exclusivement intellectuels, qui sont postérieurs en date aux altérations des sentiments.

Dans une première partie, clinique, de sa démonstration M. Peon del Valle insiste: 1° sur l'imprécision des idées de persécution en incubation, et l'incertitude du malade, qui émet d'abord une simple hypothèse; 2° sur l'ignorance où est le sujet du moment et du mode d'apparition des idées de persécution dans son esprit; 3° sur le caractère secondaire des hallucinations qui n'ont d'autre rôle que de transformer le doute initial en une

---

(1) Une première partie de cette étude a été publiée dans le numéro de novembre-décembre 1907. Pour éviter d'en scinder l'analyse, nous avons préféré la réserver, quand nous avons rendu compte de l'année 1907 de ce périodique.

conviction inébranlable, tandis que l'interprétation délirante modèle le délire et lui donne sa forme.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, consacrée à la psychologie pathologique du délire de persécution, l'auteur établit d'abord le rôle des sentiments dans la vie psychique normale. Le sentiment produit en nous un état de croyance ou d'incroyance, ou encore un état intermédiaire qui est le doute. Etant donné que les idées ne déterminent nos actes qu'en développant en nous un sentiment, on conçoit facilement quelle importance prennent les sentiments dans nos jugements en y faisant intervenir des *valeurs* : dans un raisonnement purement intellectuel (mathématiques, par exemple), tous les termes employés ont un sens identique pour tous ; quand un sentiment intervient dans un jugement, aussitôt apparaît un *terme-valeur*, dont le sens varie suivant l'état affectif du sujet et ses tendances dominantes. L'importance des valeurs est considérable, si l'on remarque qu'elles apparaissent dans l'immense majorité des raisonnements quotidiens. D'autre part, dans les raisonnements à base affective, la conclusion est un véritable postulat, accepté comme certain avant que soient exposées les idées qui le justifient (à l'inverse du mécanisme d'un raisonnement mathématique, exclusivement intellectuel). Dès lors, les termes du raisonnement paraissent accumulés au hasard, juxtaposés à la conclusion même, au lieu de former une chaîne continue dont celle-ci soit le dernier chaînon. L'analyse faite par Dugas et par Ribot du processus psychologique de l'intuition des timides, de la pénétration des jaloux, met en lumière le rôle des valeurs : le jaloux, d'abord hostile, mais sur de simples impressions, accepte bientôt les actes, les paroles, le silence même comme des preuves qui justifient ses suppositions ; il fait un raisonnement de *découverte*. Dans la deuxième période de cristallisation, s'accumulent des associations d'idées à base affective, des jugements de valeurs positifs ou négatifs, mais tendant à une même fin.

Il y a analogie complète entre le mode de raisonner de l'individu sain que domine la timidité ou la jalousie, et celui de l'aliéné atteint de délire de persécution. Les premières manifestations morbides, chez le paranoïaque, sont du domaine affectif ; pas une seule idée de persécution qui n'ait pour base un sentiment : le malade *se sent* persécuté, mais ignore s'il l'est vraiment. Il ne le saura certainement qu'après l'entrée en scène des hallucinations. Autre preuve de ce caractère affectif : les



idées pures sont transmissibles, mais non les sentiments. Or un persécuté ne peut transmettre à autrui sa conviction délirante. L'existence d'un état affectif dans la période d'incubation du délire étant établie, on voit que toutes les preuves apportées par le malade à l'appui de ses soupçons sont de simples appréciations de faits, qui ont un sens très différent suivant les sentiments du sujet : ce sont par définition des *jugements-valeurs*.

Dans la période d'état du délire, même influence des sentiments, mêmes jugements-valeurs justifiant la conviction délirante. Ces jugements ne sont pas liés les uns aux autres, mais parfaitement indépendants, et simplement juxtaposés : lorsqu'on pourra convaincre un aliéné de la fausseté de l'un de ses arguments, les autres conserveront leur valeur intégrale. Les hallucinations, qui contribuent à la transformation du doute initial en certitude, ne sont pourtant pas nécessaires (délire d'interprétation).

L'intervention de phénomènes affectifs dans les délires de persécution est admise par les aliénistes anglais, mais avec une légère restriction portant sur les cas à début brusque (paranoïa aiguë, etc...) où les troubles fonctionnels de l'intelligence pourraient être primitifs. Selon M. Peon del Valle, ce n'est qu'une apparence : le trouble affectif existe aussi dans ces cas, mais si léger qu'il n'est pas appréciable.

De cette théorie de psychologie pathologique découlent naturellement des règles générales pour le traitement moral du délire de persécution. Loin de combattre les idées morbides par un raisonnement rationnel, c'est aux sentiments du malade qu'il faut s'adresser. On sait combien s'atténuent souvent les idées de persécution quand le malade devient mégalomane. Pour l'auteur, tout persécuté porte en germe dès le début de sa maladie les idées de grandeur, qui procèdent de l'égocentricité du malade, de sa confiance en lui-même, et se lient à l'altération du sentiment d'ambition, dérivé naturel du sentiment de conservation. On pourra combattre le délire en essayant de développer les idées de satisfaction pour les rendre prédominantes, de façon à diminuer les tourments du persécuté et à le rendre moins dangereux. En même temps, il est utile de lui montrer le défaut de réalisation des menaces de ses ennemis, et la disproportion entre le mal qu'ils lui ont fait et celui qu'ils auraient voulu lui causer. En se basant sur ce fait qu'un sentiment quelconque (peur, colère, etc...) s'évanouit quand on l'analyse, on peut pousser l'aliéné à examiner ses sentiments

comme s'il était un simple spectateur en face de son état affectif, en un mot l'habituer à l'introspection. On doit enfin le détourner de l'emploi des réactions défensives, en lui démontrant leur inefficacité.

V. — *Considérations sur l'obsession du regard*; par le Dr Rius y Matas (numéro de mars-avril). — Résumé de l'article de M. Hartenberg sur la « Phobie du regard », paru dans les *Archives de Neurologie*.

VI. — *Les types endophasiques*; par Julio del C. Moreno (numéro de mars-avril). — L'auteur désigne sous le nom d'endophasie la prédominance de l'un ou de l'autre type de mémoire dans les diverses manifestations du langage intérieur. Il distingue les types endophasiques suivants : verbo-moteur, verbo-auditif, visuel, visuel-auditif. Du type visuel il détache un type secondaire, le type visuel-moteur, dans lequel prédomine, dans une égale mesure, les images visuelles et motrices.

L'auto-examen et l'expérimentation directe, poursuivies pendant neuf mois sur une classe de l'école annexe à l'Université de La Plata, ont donné les résultats suivants :

1° Les divers types endophasiques se rencontrent dans les proportions suivantes : verbo-moteurs, 19,35 p. 100; verbo-auditifs, 6,45 p. 100; verbo-visuels, 32,26 p. 100; visuels-auditifs, 25,81 p. 100; visuels-moteurs, 16,13 p. 100.

2° Le type visuel prédomine à l'âge de treize ans, période caractéristique du passage de la motricité à la visualisation. Les visuels lisent avec la vue, se rendent compte de l'endroit de la page, et se représentent soit intérieurement, soit extérieurement les particularités de l'objet. Pour mieux comprendre, ils ont recours aux schémas et aux graphiques. Les idées abstraites doivent être concrétisées. Dans leurs compositions prédominent les idées relatives à la forme, aux couleurs, aux détails. Ils créent des images plus facilement que les auditifs. Ils sont généralement intelligents. Le type visuel est le type des dessinateurs, des peintres, des sculpteurs.

3° Le type verbo-auditif exige la lecture à haute voix; pour apprendre facilement, le sujet répète à haute voix, comme en se parlant à lui-même. Il apprend mieux à l'aide d'explications. Les sujets de ce type sont généralement aptes à raisonner : le type verbo-auditif est un type d'adaptation.

4° Le verbo-moteur évolue vers la transformation en verbo-visuel.

5° Quant aux applications pédagogiques, il faut poser en



principe que la variété des types entraîne la variété des méthodes didactiques, qui doivent s'adapter à l'endophasie de chaque élève. Aux visuels conviennent les cartes géographiques, les gravures, les schémas et graphiques ; aux auditifs, les exposés oraux et les récitations ; aux verbo-moteurs, le dialogue, la conversation. Les visuels-auditifs sont dans les meilleures conditions pour apprendre par n'importe quel procédé ; mais l'emploi d'une méthode uniforme est préjudiciable à un grand nombre d'élèves.

VII. — *Délire systématisé alcoolique avec idées délirantes de méfiance, de persécution et de jalousie* ; par les D<sup>rs</sup> Jorge Blanco Villalta et Eudoro Cisneros (numéro de mars-avril). — Rapport médico-légal concernant un individu qui avait tiré des coups de revolver sur sa femme après avoir introduit une instance en divorce : simple réaction morbide relevant d'un délire systématisé alcoolique avec idées de persécution et de jalousie, qui fut considéré comme curable.

VIII. — *Kystes hydatiques du cerveau* ; par le D<sup>r</sup> Daniel J. Cranwell (numéro de mai-juin). — L'auteur apporte deux cas personnels de kystes hydatiques du lobe frontal, avec autopsie, chez deux malades âgés respectivement de vingt-six et quatorze ans. Le premier présentait des symptômes généraux de tumeur cérébrale sans qu'on pût diagnostiquer le siège et la nature de la lésion. Après une amélioration passagère par le traitement spécifique, l'évolution, très rapide, se termina par la mort. Chez le deuxième malade on observa également le syndrome habituel des tumeurs cérébrales avec signes de réaction méningée. Une hémiparésie droite fit rectifier le diagnostic initial de tumeur cérébelleuse. Mort en quelques heures, après une craniectomie de la région rolandique droite restée sans résultats. Dans une revue générale de cette affection, particulièrement fréquente en République Argentine, surtout chez les enfants de moins de quinze ans, l'auteur insiste sur l'impossibilité de préciser le siège du kyste. Les troubles mentaux, s'ils peuvent au début faire soupçonner une tumeur frontale, ne doivent jamais être considérés comme une preuve de localisation dans le lobe frontal, parce qu'ils sont dus probablement à des altérations diffuses de l'écorce. Malgré l'absence de signes pathognomoniques révélant la nature parasitaire de la tumeur, trois symptômes permettent, quand ils sont réunis, de faire, chez l'enfant, un diagnostic de probabilité : la douleur spontanée ou provoquée par la pression en un point limité du crâne, le bruit de pot

fêlé à la percussion du côté lésé, l'amincissement de la paroi crânienne donnant dans une région étroite une sensation de parchemin. Les malades qu'on n'opère pas sont enlevés par compression cérébrale, par syncope respiratoire, ou par la mort subite. L'intervention chirurgicale n'améliore pas le pronostic ; même quand le danger immédiat est conjuré, le ramollissement cérébral ou la récurrence du kyste sont à redouter comme complications tardives. L'injection de formol à 1 p. 100, préconisée préventivement contre la récurrence, est dangereuse pour le cerveau, et l'auteur la déconseille. On ne peut espérer modifier le pronostic et les résultats thérapeutiques que lorsqu'on sera en mesure de faire un diagnostic précoce.

IX. — *Sur l'étiologie du tabes et son traitement mercuriel* ; par le Dr Juan José Viton (numéro de mai-juin). — Après avoir reproduit les preuves, aujourd'hui classiques, de l'origine syphilitique du tabes, l'auteur conclut à l'utilité du traitement mercuriel à condition qu'on n'attende pas de lui la *restitutio ad integrum* fonctionnelle et anatomique. Parfois, il améliore ou guérit nombre de symptômes de date récente, ou même modifie favorablement des symptômes déjà anciens. Souvent, il arrête la marche progressive de l'affection, exerçant ainsi une action préventive contre les accidents ultérieurs. Il est d'autant plus utile qu'institué plus précocement. S'il doit être énergique et persévérant, il doit aussi être conduit avec prudence en tenant compte de degré de tolérance de l'organisme et de sa façon de réagir au mercure.

X. — *Les enfants vendeurs de journaux et la délinquance précoce* ; par le Dr José Ingegneros (numéro de mai-juin). — L'auteur, apportant les résultats de son enquête menée au double point de vue social et pénal, dénonce le danger que constituent, pour la société, les mineurs exerçant ce métier : tandis que 15 p. 100 aident leur famille à subsister, et que 10 p. 100 seulement restent, plus tard, honnêtes et travailleurs, 90 p. 100 au contraire tombent de bonne heure dans le vagabondage et la criminalité. L'interdiction de l'emploi des enfants dans cette profession, et la protection légale du travail des enfants sont les mesures rationnelles qui pourront diminuer la délinquance précoce.

XI. — *Notes de psychotérapie* ; par le Dr Bravo y Moreno (numéro de mai-juin). — L'auteur cite des exemples des diverses méthodes du « traitement de l'esprit » par l'émotion, par la persuasion, par la distraction, par la suggestion, par l'éducation.



XII. — *Sur l'incapacité civile rétrospective*; par les D<sup>rs</sup> L. Ayarragaray, J. M. Ramos Trejia et J. M. Acuña (numéro de juillet-août). — L'état mental et, par suite, la capacité civile de l'auteur d'un testament sont toujours très délicats à apprécier rétrospectivement. Dans ce cas particulier, l'instance en nullité du testament invoquait la suggestibilité pathologique, l'alcoolisme et la dipsomanie du testateur, qui fut reconnu dément six ans après la rédaction du testament. Les experts démontrent que l'alcoolisme invétéré ne peut être une cause d'incapacité civile, et que l'état de suggestibilité morbide ne peut être actuellement déterminé, puisque l'on ignore à quel moment a débuté l'affaiblissement intellectuel; l'état de prospérité de la maison de commerce du testateur prouve que l'intelligence n'était pas visiblement altérée à l'époque où fut rédigé cet acte. Mais, en l'absence d'éléments cliniques d'appréciation, ils se défendent de formuler un diagnostic rétrospectif précis.

XIII. — *Psychothérapie et rééducation psychique*; par le D<sup>r</sup> Juan Antonio Agrelo (numéro de juillet-août). — Cette revue générale prend comme point de départ les idées de Grasset sur le polygone inférieur et le centre psychique supérieur. La psychothérapie est double, suivant qu'elle agit exclusivement sur le psychisme inférieur du sujet par l'hypnose, ou sur le centre psychique supérieur par la rééducation psychique. L'hypnotisme, caractérisé par l'existence d'un état de suggestibilité, c'est-à-dire par la dissociation suprapolygonale et par la malléabilité du polygone, agit par suggestion, en remplaçant, bouleversant ou corrigeant l'idée morbide polygonale. Ces considérations de psychologie aboutissent à cette conclusion : l'hypnothérapie trouve sa principale indication dans les accidents persistants et rebelles de l'hystérie. La psychothérapie supérieure se base sur ce principe établi par Bernheim : toute idée acceptée par le cerveau tend à se convertir en acte. Cette méthode de traitement convient surtout aux affections où l'on peut reconnaître l'influence des représentations mentales : psychonévroses ou états psychasthéniques, neurasthénie. La rééducation psychique, la rééducation motrice, la rééducation sensorielle et organique, sont successivement étudiées, dans ce travail, dans leur mécanisme psychologique et leurs indications.

XIV. — *Classification des délires de métamorphose*; par le D<sup>r</sup> José Ingegnieros (numéro de septembre-octobre). — Ce travail a été communiqué par l'auteur à la Société de Psychologie de Paris. Au point de vue de la psychologie clinique, les

délires se classent d'après leur contenu et d'après les modifications de la personnalité en elle-même et dans ses rapports avec le milieu. Le délire de métamorphose est un système d'idées morbides indépendant des rapports de la personnalité du sujet avec le milieu, et qui affecte plutôt la représentation du moi que le sentiment de la personnalité. Il se distingue des délires par perturbation totale de cette connaissance du moi (délire métabolique, états de double conscience, délires de possession, dans lesquels se forme un nouveau moi); en ce que l'altération de la conscience n'est que partielle : la notion de l'identité du moi n'est pas modifiée dans ce délire, mais seulement l'interprétation des caractères du moi. Tantôt quelques parties seulement sont changées (délire de métamorphose, zooanthropie, lycanthropie, etc.), tantôt la conscience de l'unité et de l'intégrité physique primitive du moi se transforme (délire hypocondriaque, délire allégorique de transformation partielle, etc.).

Les délires de métamorphose se constituent par trois processus psychopathologiques distincts : 1° par inférence, au moyen d'un raisonnement continu et logique dans son développement, mais avec un point de départ faux et des jugements incorrects. Tantôt le délire est primitif (délire d'infantilisme chez une jeune hystérique), tantôt il est secondaire à un délire chronique systématisé; 2° par interprétations morbides d'illusions ou d'hallucinations; l'auteur en cite deux cas chez des sujets atteints de dégénérescence mentale; 3° par perturbation du symbolisme verbal : le délire se constitue par de simples associations morbides entre certaines paroles auxquelles le sujet attribue une signification spéciale (cas d'un dégénéré qui fait un délire de zooanthropie par associations par consonances en partant du mot « Centaure »).

XV. — *Les aliénés délinquants et leur traitement dans la République Argentine*; par le Dr Helvio Fernandez (numéro de septembre-octobre). — M. Fernandez, médecin de l'Hospice de la Merci (Buenos-Ayres), chargé du service des aliénés délinquants, décrit l'installation du pavillon « Lucio Melendez », créé en 1898, où sont traités ces malades dans les meilleures conditions scientifiques, humanitaires et économiques. L'auteur se félicite des heureux résultats pratiques obtenus.

XVI. — *L'introspection volontaire. Contribution à l'étude des illusions de « déjà éprouvé »*; par le Dr Juan Peon del Valle (numéro de septembre-octobre). — L'auteur estime que l'illusion de fausse reconnaissance et celle de « déjà éprouvé » sont un



seul et même phénomène : l'illusion du déjà vu peut, en effet, se rencontrer chez l'homme normal aussi bien que chez les aliénés ; le trouble du jugement qui entretient l'erreur n'est pas l'origine de l'illusion, mais un phénomène secondaire, surajouté. En second lieu, quand nous croyons reconnaître une personne, cette erreur porte avec précision sur cette personne seulement, par suite de l'altération du jugement qui accompagne et prolonge l'illusion de fausse reconnaissance. Cette illusion est par elle-même aussi imprécise que celle du « déjà éprouvé ». Ces deux phénomènes n'en forment qu'un, dont la modalité clinique varie suivant qu'on l'observe chez l'aliéné ou chez l'homme normal.

Quelle est la genèse psychologique du phénomène de fausse reconnaissance ? La reconnaissance est un acte intellectuel qui exige la superposition de deux images, un acte d'introspection à l'aide duquel, parmi les impressions emmagasinées, nous cherchons à laquelle correspond une perception actuelle. Quel est le mécanisme de cette introspection ? Les modifications ressenties par un centre psychique supérieur ne peuvent être analysées par ce centre lui-même ; celui-ci peut seulement apprécier leur retentissement sur les centres de projection. Si nous voulons analyser une perception, nous essayerons de faire imprimer par notre centre supérieur des modifications dans le centre de projection correspondant ; celles-ci seront la matière de l'introspection. Cette introspection est involontaire et le plus souvent incomplète dans l'état de distraction (déviation de l'attention qui observe les faits intérieurs à la conscience). Tous les auteurs s'accordent à admettre, en se basant sur la clinique et l'auto-observation, que les illusions de fausse reconnaissance se produisent dans un état de distraction. Chez un sujet, placé dans cet état, qui reçoit une sensation ou un ensemble de sensations n'arrivant pas clairement à la conscience, l'introspection involontaire qui s'exerce à ce moment, fait que les centres psychiques projettent leur influence sur les centres de projection. Le sujet aura le sentiment que ses centres sensitifs ou de projection ont fonctionné sous l'influence d'un excitant venu de l'intérieur ; comme c'est précisément la condition du souvenir, il se produira dans la conscience la certitude qu'il existe un souvenir identique à la sensation reçue du dehors au même instant.

Cette explication donne aussi la clef de quelques faits de prévision ou de pressentiment ; si la perception venue du dehors

est renforcée par quelque circonstance extérieure, elle se transforme en un élément fort, et l'image plus ou moins diffuse que nous donnait le mirage de l'introspection, convertie en élément faible, prend une certaine analogie avec un souvenir vague.

XVII. — *Inconvénients du positivisme pénal dans la législation actuelle*; par le Dr José Ingegnieros (numéro de novembre-décembre). — Dans l'état actuel du Code pénal, la doctrine déterministe de l'école positiviste est inapplicable. Sa conséquence logique devrait être l'irresponsabilité de tout accusé. En profiter pour faire acquitter celui-ci serait, dans la pratique, enlever toute autorité à la médecine légale psychiatrique. L'existence d'anomalies psychiques ou de déséquilibre mental, ne doit pas être alléguée comme preuve de l'état de folie du délinquant; ces troubles ne doivent pas être interprétés comme une altération du jugement ou de l'intelligence non imputable au sujet. Sinon, la dégénérescence mentale profonde, qui fait les délinquants les plus redoutables, deviendrait le meilleur argument de la défense pour établir l'atténuation de la responsabilité pénale. Pour assurer la défense sociale, ce qui est le but pratique de la justice, la dégénérescence mentale profonde d'un délinquant ne doit être ni un motif d'acquiescement, ni une circonstance atténuante. Sa « redoutabilité » étant plus grande, la répression pénale devrait être d'autant plus énergique, vu l'impossibilité actuelle de concilier les deux critères scientifiques et pénal.

XVIII. — *Les glossolalies ou estoglossies infantiles; leur interprétation psychologique. Fonction des estoglossies dans le langage*; par le Dr Rodolfo Senet (numéro de novembre-décembre). — Les glossolalies (automatismes phonétiques qui prennent ou qui tendent à prendre la forme d'une langue ou d'un idiome distinct de celui dont se sert le sujet à l'état normal) sont d'ordre pathologique. Chez l'adulte, elles ne sont que l'exagération des glossolalies physiologiques de l'enfance. Ces dernières, dont les refrains de chansons ou de rondes enfantines fournissent maints exemples, sont un phénomène universel, et se caractérisent par leur cachet sexuel (chaque sexe ayant les siennes propres), et par leur nature affectivo-émotionnelle : elles ne représentent aucune idée, mais seulement des émotions et des sentiments. Ce dernier caractère les différencie des dysphasies motrices, dans lesquelles on a coutume de les ranger, des dyslogies et des dysarthries. C'est en partant de leur origine émotive que M. Senet leur attribue le



nom d'*estoglossies*, les considérant comme une forme d'*estokinésie*. Intenses chez l'enfant, elles ne disparaissent pas toujours complètement chez l'adulte, mais s'effacent dans la vieillesse, par suite de la tendance du langage émotionnel à se transformer en langage rationnel. Quelle explication psychologique peut-on donner de ce phénomène? Selon M. Senet, l'évolution du langage chez l'individu et la formation des langues chez les divers peuples suivent une marche parallèle, divisée en deux grandes périodes : émotionnelle et rationnelle. La phase glossolalique, deuxième étape de cette évolution, débute vers la deuxième enfance : l'enfant prononce des noms concrets, des onomatopées formées à l'aide de sensations apportées non seulement par l'oreille, mais par les divers sens. Les mots se composent d'un nombre variable de ces onomatopées élémentaires, et les étapes suivantes de la formation du langage correspondent à la synthèse progressive de ces onomatopées. La période estoglossique de l'enfance est formée par l'isolement des onomatopées de leurs sensations correspondantes et par leur groupement; les glossolalies proprement dites se composent exclusivement de noms qui se mélangent et s'associent d'une façon diverse dans un langage très souple pour donner à la chanson enfantine toute sa valeur. Quelques enfants ont une tendance marquée à créer des néologismes estoglossiques, s'accordant avec l'impression provoquée par les sensations qui les engendrent. M. Senet les classe ainsi : phasogénocousies, traduisant des sensations auditives; phasogénokinésies, les plus fréquentes; phasogénopsies, phasogénesthésies et phasogénalgies, phasogénogueusies, phasogénosmies. Cette classification n'a que la valeur d'un schéma, chaque excitation périphérique provoquant le plus souvent un ensemble de sensations très complexe (audition colorée, etc...), dont le plus fréquemment réalisé est celui de l'audition kinétique. Les estoglossies sont, en dernière analyse, les symboles verbaux correspondant aux sensations auditives, visuelles, musculaires, olfactives, etc., ou à leurs combinaisons, mais sans relation aucune avec une idée. Le langage des enfants est d'un symbolisme rudimentaire, qui se manifeste par des estoglossies : c'est celui des peuples primitifs. Suivant la marche progressive des civilisations, les estoglossies tendent vers une évolution supérieure : celle-ci se réalise dans les productions des écrivains les plus éminents, créateurs de néologismes qui traduisent dans la langue littéraire leur manière propre de sentir.

XIX. — *Neurasthénie et colite*; par le Dr Julio Mendez (numéro de novembre-décembre). — La neurasthénie est un état psychique provoqué par des affections légères de l'intestin grêle (dénommées colite par les médecins de la République argentine), qui agissent sur les divers appareils de l'organisme pour déterminer des congestions réflexes plus ou moins fugaces, ou des altérations de la nutrition (modifications de l'endo ou de l'exosmose), par l'intermédiaire de réflexes du système nerveux végétatif, dont les centres principaux sont dans la cavité abdominale (ganglions sympathiques). Ainsi comprise, la neurasthénie de Beard et des auteurs contemporains n'est que l'ancienne hypocondrie *cum materia*. Le succès de la médication par le bismuth à hautes doses prouve la réalité de cette pathogénie.

XX. — *Nouvelle méthode graphique pour fixer l'hérédité*; par le Dr Luis Agote (numéro de novembre-décembre). — Au procédé graphique courant, l'auteur propose de substituer un système basé sur l'emploi de cercles concentriques correspondant aux diverses générations d'une famille, et de diverses notations graphiques conventionnelles.

L. ARSIMOLES.

## JOURNAUX AMÉRICAINS

### Journal of Abnormal Psychology.

3<sup>e</sup> année (avril 1908-février 1909).

I. — *Une étude expérimentale du sommeil*; par le Dr Boris Sidis (numéros d'avril, juin et août). — Les théories du sommeil sont nombreuses : Sidis commence par les passer brièvement en revue. Il les repousse presque toutes. La théorie de la congestion passive (Challer, J. Muller, Hartley, Mosso, etc.), malgré les observations sur le vivant, n'est pas admise par les partisans de la congestion active (Brown, Czerny, Broadman), ni par ceux de l'anémie (Durham, Cl. Bernard, Kussmaul, Howell, Lehman, de Fleury), avec des objections de valeur apparente égale. La théorie chimique de la diminution d'oxydation des tissus (diminution du quotient respiratoire de Pettenkofer et Voit), admise par Pflüger, Sommer, etc., semble à Sidis faire du sommeil un état pathologique, comme celle de l'accumulation d'acide lactique (auto-intoxication de Obersteiner et Freyer),

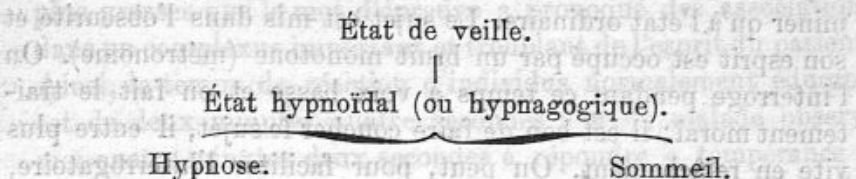
ANN. MÉD.-PSYCH., 10<sup>e</sup> série, t. I. Mai 1912.

7. 39



ou carbonique (Dubois), et il la rejette malgré l'autorité de Binz, Errero, Bouchard, Breisacker, etc., partisans de l'auto-intoxication, et aussi de Marshall Hall qui est conduit à faire du sommeil une sorte d'épilepsie. De même paraît convenir seulement aux phénomènes pathologiques, pour Sidis, la théorie histologique de M. Duval, Pupin, Demoor, Berger, ou de Ramon y Cajal, qui fait jouer un rôle aux cellules névrogliques dans la séparation des neurones. Sidis reconnaît avoir, avec Verworn, adopté la théorie de Duval, mais uniquement pour des états tout à fait anormaux : il se rangerait plutôt du côté de l'ancienne opinion de Purkinje, reprise par Mautner, Warlomont, Oppenheim, etc., de l'interruption de la conductibilité entre l'écorce et le reste du cerveau, conductibilité dont la variation, selon les processus d'assimilation et de désassimilation, élèverait ou non le niveau de l'énergie des neurones (Verworn, Van Gieson et Sidis). Sidis examine ensuite les théories psychologiques : le sommeil est le repos de la conscience (opinion simple et antique rééditée par Manaceine) ; le sommeil est dû à l'inhibition de l'activité cérébrale (Brown-Séquard, Wundt, Siemens, Forel, O. Vogt) ; Heubel (de Kiew) ajoute que cette inhibition serait plutôt une absence de stimulation par les sensations périphériques disparues. Sidis reconnaît là une part de vérité, mais il partage aussi l'opinion de Claparède qui explique biologiquement le sommeil par l'exercice d'un instinct actif : « Ce n'est pas parce que nous sommes intoxiqués ou épuisés que nous dormons, mais nous dormons pour ne pas l'être. » En effet, pour Sidis, il y a là un acte volontaire, décidé. D'après Sidis, le cerveau se persuaderait, en quelque sorte, du besoin de dormir et y acquiescerait. Ce serait une sorte d'auto-suggestion. Sidis, dans ses expériences sur les grenouilles, les cobayes, les tout jeunes chiens et chats, les nouveau-nés et les enfants, n'a cherché qu'à réaliser un état intermédiaire entre la veille et le sommeil, état particulièrement instable, intermédiaire aussi entre le sommeil vrai et l'hypnose : cet état, appelé par l'auteur *hypnoïdal*, n'est autre que l'état hypnagogique. Cet état est réalisé par la limitation des mouvements, la monotonie des sensations périphériques (soit en les supprimant, soit en n'en donnant que de monotones) : chez l'enfant nouveau-né, les sensations périphériques étant uniquement intestinales et digestives, l'immobilisation du ventre est nécessaire, ou le bercement qui produit une sensation monotone. Le ralentissement du pouls et de la respiration est ainsi obtenu, avec un relâche-

ment musculaire, sans catalepsie qui serait de l'hypnose. La simple fermeture des yeux suffit parfois à produire l'état hypnoïdal : cet état est bien de la suggestion en partie, car (par exemple, chez les petits chiens) le changement d'expérimentateur retarde l'entrée en cet état. Voici le schéma de Sidis figurant sa conception :



Il ajoute que, dans l'hypnose, les inhibitions normales sont supprimées, tandis qu'elles sont intensifiées dans le sommeil.

II. — *Expériences pour déterminer l'idéation co-consciente (subconsciente)*; par le D<sup>r</sup> Morton Prince (numéro d'avril). — Expériences sur un sujet présentant deux personnalités A et B (B connaît A, mais A est complètement ignorant de B; B peut être hypnotisé et mis dans un état *b* ignoré de B et de A).

III. — *Le galvanomètre en psychologie*; par le D<sup>r</sup> F. Peterson (numéro d'avril). Renseignements sur la technique de la mesure de la résistance électrique employée par Veraguth. (Voir numéro de février 1907.)

IV. — *Pensée colorée*; par le D<sup>r</sup> Fraser Harris (numéro de juin). — Auto-observation de pensée (et non d'audition) colorée datant de l'enfance; un frère de l'auteur et le fils de ce frère sont atteints également de psychochromie.

V. — *Expériences sur les réactions psycho-galvaniques d'idées co-conscientes (subconscientes) dans un cas de multiples personnalités*; par les D<sup>rs</sup> Morton Prince et F. Peterson (numéro de juin). — Recherches sur la diminution de résistance électrique causée par des mots d'épreuve chez un sujet pendant ses trois personnalité et les trois états d'hypnose respectivement correspondants; il y a une certaine indépendance des effets électriques produits selon que le sujet est dans l'un de ces six états. Les auteurs reconnaissent que l'explication de ces différences est « difficile à attraper », tout en leur paraissant possible.

VI. — *Manifestations normales prototypes d'états mentaux pathologiques*; par le D<sup>r</sup> Th.-H. Kellog (numéro d'août). — Toute l'histoire du genre humain montre la facile transition de



états psychiques normaux aux anormaux. Ces derniers ne créent rien, ils modifient.

VII. — *L'hypnoïdisation dans le traitement des psychoses fonctionnelles*; par le D<sup>r</sup> J.-E. Donley (numéro d'août). — C'est la méthode de Sidis qu'emploie Donley comme plus pratique que l'hynose et rendant le malade plus facile à convaincre et à examiner qu'à l'état ordinaire. Le sujet est mis dans l'obscurité et son esprit est occupé par un bruit monotone (métronome). On l'interroge pendant ce temps à voix basse et on fait le traitement moral; il est bon de faire coucher le sujet, il entre plus vite en relâchement. On peut, pour faciliter l'interrogatoire, demander au malade de répondre par un mot à chaque mot d'une série : le temps mis à trouver la réponse s'allonge quand le mot d'épreuve correspond à un ordre d'idées émotionnant fortement le malade. Donley a réussi à améliorer l'état de trois obsédés, d'un hystéro-traumatisme et d'un cas d'idées de suicide.

VIII. — *La Ratiocination dans la vie quotidienne*; par le D<sup>r</sup> E. Jones (numéro d'août). — L'auteur insiste sur l'opinion de Freud: que de nombreux processus mentaux ont une origine inconnue et insuspectée de l'individu. D'abord, on nie souvent que son propre état d'esprit ait une cause parce qu'on admet l'illusion de la volonté. Ensuite, il arrive que l'on donne bien une cause à telle évolution d'esprit, mais que ce n'est point la vraie : ainsi, beaucoup de conversions n'ont d'autre origine que l'exemple, et le converti s'évertue à en donner un tas de raisons qu'il juge « raisonnables ». Dans les actes politiques, le mariage, etc., il en est de même et aussi dans nombre d'explications demi-scientifiques, en thérapeutique par exemple.

IX. — *Des facteurs psychologiques dans la démence précoce*; par le D<sup>r</sup> A. Brill (numéro d'octobre). — Délire polymorphe (hallucinations auditives et visuelles, idées de richesse et mégalomaniaques mystiques, érotisme; excès de boissons, débilité mentale), auquel est accolée l'étiquette chère à une certaine école qui se contente d'examens superficiels. Toutefois, Brill indique la nécessité de faire plus attention à la psychologie individuelle que ne le fait l'école de Kraepelin. En France, l'interrogatoire minutieusement poussé est la méthode choisie et préférée à cause de sa souplesse et de sa commodité. L'Ecole de Zurich emploie avec zèle les méthodes psycho-analytiques de Freud. Ces méthodes peuvent quelquefois seulement être très utiles quand on a affaire à un malade peu causeur et réticent, mais faut-il encore qu'il se prête à l'examen.

La technique de Jung employée par Brill est la suivante : On énonce un par un des mots au malade qui doit répondre par le premier mot qui lui vient à l'esprit : d'où un temps de réaction ; puis on fait répéter la liste des mots d'épreuve après l'expérience : on constate des inexactitudes. Or, les temps de réaction sont d'autant plus considérables et les inexactitudes plus grosses que le mot d'épreuve a provoqué des associations dans un complexe important et troublant de l'esprit du patient. Ainsi, le temps de réaction d'individus normalement éduqués est de deux minutes quatre secondes : or, le malade observé met quatre minutes deux secondes à répondre « tempérance » au mot « modéré », quatre minutes quatre secondes à répondre « breuvage » au mot « café » et trois minutes quatre secondes pour répondre « soif » au mot d'épreuve « boire » ; on lui fait avouer en effet qu'il a commis des excès alcooliques. On réussit ainsi à trouver des idées de richesse et à soupçonner des rapports avec un jeune enfant, sans qu'on puisse savoir si cet enfant est son fils naturel ou s'il a eu avec lui des rapports contre nature. La méthode ne remplace donc pas entièrement l'interrogatoire, mais elle permet de contrôler quelque peu les dires du malade. Il faut savoir que normalement, selon Freud, les associations chez la femme sont érotiques, et chez l'homme, érotiques et ambitieuses ; encore celles-ci ont souvent un point de départ érotique.

X. — *Ma vie de personnalité dissociée* ; par B. C. A., présentée par le Dr Prince (octobre). — Auto-observation d'un malade que certains rangeraient dans les « cyclothymiques » : La personnalité A est déprimée, fatiguée, scrupuleuse, tandis que la personnalité B est exaltée, obsédée, pas du tout neurasthénique ; dans l'hypnose s'est manifestée une personnalité normale C qui a persisté au réveil. On pourrait donc dire que c'est là un cas de cyclothymie guérie ou améliorée par la suggestion. La confession du malade a été rédigée dans la phase d'exaltation (personnalité B). Ce malade est celui déjà étudié dans les numéros d'avril et de juin 1908.

XI. — *L'inconscient* ; par le Dr Morton Prince (octobre, décembre et février). — On distingue ordinairement mal l'inconscient du subconscient. Prince fait cette distinction : si un état mental agit, se manifeste, nous pouvons percevoir cet état mental (il est conscient), ou l'ignorer (il est subconscient, ou mieux, ainsi que dit Prince, co-conscient) ; mais si cet état mental est inactif, il est inconscient : ce n'est qu'un « résidu » physiologique



déposé dans les neurones, un ensemble d'idées dormantes ou latentes pouvant occasionnellement se reproduire (mémoire). Enfin, ces mémoires peuvent reproduire des résidus cérébraux ou spinaux. Le langage ordinaire confond donc le co-conscient et l'inconscient proprement dit : cela tient à ce que, « objectivement », la distinction en est difficile; on sait qu'un animal sans cerveau avale, marche ou vole, nage, comme l'animal ordinaire. Prince admet donc une mémoire physiologique distincte de la mémoire psychologique et base son opinion sur les expériences de Paulow : les variations des sécrétions salivaires sont les mêmes chez le chien, soit que des aliments variables sont mis dans la gueule, soit qu'ils sont simplement montrés à distance. Les méthodes psycho-analytiques manifestent, en particulier, l'existence de semblables résidus réunis en complexes, sortes de « constellations » psychiques, germes des psychoses et des névroses d'association, toutes affections pathologiques où le « moi », la conscience, la volonté libre sont supprimés. Prince reconnaît d'ailleurs que ces distinctions peuvent, au fond, n'avoir aucune différence essentielle ni de caractères tranchés.

XII.— *Une application de la méthode psycho-analytique à la psychothérapie*; par le Dr W. D. Scott (février). — Traitement d'une phobie (nosophobie).

XIII.— *Le siège de la conscience*; par le Dr F. Peterson (décembre). — Ce serait dans les ganglions centraux, probablement les corps striés.

XIV.— *L'expression émotionnelle des éléments précoces*; par le Dr de Bruyn (février). — Sur 177 cas, 121 n'ont aucune émotion provoquée.

XV.— *Causes mentales de malaise corporel*; par le Dr Williams (février). — La plus fréquente cause de l'indigestion nerveuse serait une idée fausse d'incapacité de digérer qui apparaît à la suite de fatigue cérébrale.

AMELINE.

## JOURNAUX ITALIENS

**Cronaca del manicomio di Alessandria.**

ANNÉE 1911. — N° 1 (Août).

Après une éclipse de plusieurs années, voici que revient au jour la *Chronique de l'asile d'Alexandrie*. La nouvelle révolution de cette revue scientifique sera longue; il suffit de voir à sa tête l'énergique, patient et persévérant professeur Frigerio pour comprendre qu'il ne peut en être autrement. Nous pourrions donc nous dispenser, si la courtoisie ne nous faisait pas un plaisir de ce devoir, de souhaiter prospérité et longue vie aux nouvelles annales scientifiques alexandrines. Sans viser à être l'organe d'une école ou d'une doctrine, la *Chronique* se propose simplement d'être comme une sorte de reflet de la vie de l'asile d'Alexandrie; elle sera donc essentiellement pratique et elle l'est dès son premier numéro.

I. — *Les certificats médicaux et la statistique nationale des asiles*; par le D<sup>r</sup> Maragnani. — Les autorités se contentent, pour ordonner l'internement des personnes, de certificats médicaux rudimentaires, de telle façon que dès le premier instant le médecin de l'asile est privé de tout renseignement anamnestique, ceci au mépris de l'article 39 du règlement des asiles qui prescrit la marche à suivre pour l'établissement des certificats médicaux. Cette manière de faire est préjudiciable au traitement des malades et à l'établissement des statistiques. Ce dernier point ne vous paraît-il pas négligeable, car les statistiques, n'est-ce pas..., mais le premier point est capital, nous en savons quelque chose en France où les choses ne se passent guère mieux qu'en Italie. Il y a un remède, il est employé dans la Haute-Garonne, depuis longtemps, dans l'Yonne depuis peu : aucun placement d'office n'est prononcé par le préfet si la demande formulée par le maire n'est accompagnée d'un certificat médical rédigé sur un questionnaire fourni par l'administration. Le médecin n'a qu'à remplir des blancs. C'est un procédé commode qui ne demande pour donner des résultats qu'un peu de patience, beaucoup d'énergie et du temps.

II. — *La folie dans la province d'Alexandrie*; par le D<sup>r</sup> Lorenzo Gualino. — Les recherches de l'auteur ont porté



sur un espace de temps compris entre 1811 et 1910. C'est la revue du centenaire. De 16 malades au 1<sup>er</sup> janvier 1811, l'asile est passé à 590 malades au 1<sup>er</sup> janvier 1910; il n'est pas douteux que s'il faut attribuer cet accroissement à l'augmentation absolue du nombre des cas de folie, il faut l'attribuer aussi à ce fait que les fous internables deviennent plus nombreux parce que le diagnostic de folie se fait plus facilement qu'autrefois et parce qu'aujourd'hui on ne peut se dispenser d'enfermer certaines catégories d'aliénés qui jadis pouvaient sans inconvénients vivre au dehors. L'auteur croit d'ailleurs qu'un moment viendra où une sorte d'équilibre pourra s'établir et où le chiffre des admissions deviendra à peu près constant.

III. — *Le séro-diagnostic de Wassermann et le « 606 » d'Ehrlich-Hata*; par le D<sup>r</sup> Gualino. — Le séro-diagnostic essayé dans huit cas a donné à l'auteur des résultats discordants.

IV. — *Des délires non vésaniques*; par le professeur Frigerio. — A propos des cas assez nombreux où, par suite d'une erreur d'interprétation, est provoqué l'internement d'individus atteints de délire fébrile ou par intoxication, l'auteur insiste sur le diagnostic différentiel entre les délires non vésaniques et les délires vésaniques : les premiers ordinairement précédés de prodromes et ne débutant pas brusquement; les autres, au contraire, à début rapide, à généralisation précoce.

LUCIEN LAGRIFFE.

## BIBLIOGRAPHIE

*Psychotherapeutische Richtungen* (Indications psychothérapiques) ; par le Dr Julius Donath, de Budapest. Broch. in-8°. Extrait de la *Medizinische Klinik*, année 1911, n° 43.

La psychothérapie et la suggestion ne sont pas des procédés nouveaux. L'auteur en voit des exemples et des effets déjà dans certains miracles mentionnés par l'Evangile, ainsi que dans les guérisons merveilleuses obtenues dans les temples d'Epidaure et de Cos, et aussi dans les lieux de pèlerinage célèbres au moyen âge, et, de nos jours, à Lourdes, sous le contrôle tout à fait moderne de médecins attachés au sanctuaire. C'est avec Wundt, le créateur de la psychologie expérimentale que la neuro-psychothérapie fait, parallèlement avec la neuro-psychopathologie, de réels progrès, et entre dans une voie scientifique. Elle a un agent précieux dans l'hypnotisme qui, déjà pratiqué par les fakirs de l'Inde, atteint tout son développement avec Charcot et son école, en passant par les étapes marquées par le magnétisme animal avec Mesmer et par le braïdisme avec le médecin de Manchester.

Le pas décisif a été fait dans cette voie par Liébault et Bernheim, qui ont bien mis en vue cet état de demi-sommeil où le sujet reste néanmoins en rapport avec l'hypnotiseur et peut continuer à percevoir des sensations et à les élaborer dans le subconscient, et où il est à la merci de l'hypnotiseur, qui même par simple suggestion verbale, peut pénétrer dans sa personnalité psychique et découvrir ses pensées subconscientes et même celles qu'il cacherait intentionnellement.

Pour Breuer et Freud, qui voient la cause des manifestations hystériques dans des représentations désagréables, et surtout dans des rêves psychiques sexuels retenus dans le subconscient, et exerçant sur la vie psychique du sujet, à son insu, une influence néfaste, il y avait là un moyen de découvrir, par l'hypnose, ces rêves retenus subconsciemment, et de poursuivre la guérison de la psychonévrose consécutive en en débarrassant le sujet au moyen de la suggestion. Cette théorie repose en fait



sur une erreur. Les psychonévroses, l'hystérie notamment, loin d'être causées exclusivement par des rêves sexuels, ont leur origine dans une prédisposition héréditaire à l'égard de laquelle un shock, un trauma psychique peut jouer le rôle d'agent provocateur. Sans doute, ce shock peut être accidentellement d'origine sexuelle, mais les névroses traumatiques prouvent qu'il peut avoir un autre caractère. D'autre part, la suggestion n'apparaît pas à l'auteur comme le procédé le plus heureux pour obtenir la guérison; et ici il oppose à la méthode suggestive de Breuer et Freud, la méthode psychothérapique rationnelle de Dubois, de Berne, méthode démonstrative, éducative, par laquelle on s'applique à prouver au malade qu'il n'est point atteint d'une affection organique du système nerveux, mais d'une anomalie constitutionnelle psychique, d'un trouble primaire de la vie psychique; qu'il n'a besoin, ni de remèdes héroïques, ni d'intervention chirurgicale, et qu'il peut guérir définitivement par la force de sa volonté. Si la suggestion peut être considérée comme un corps étranger psychique susceptible d'être éliminé à la première occasion, la démonstration, la persuasion, est au contraire psychiquement élaborée et définitivement assimilée. Pieux mensonge que son but rend excusable, la suggestion, proposée à un médecin malade, serait sans doute accueillie avec un rire d'augure, alors que les hommes, à tous les degrés de culture, sont accessibles à la persuasion.

C'est une méthode dialectique qui exige de la part du médecin beaucoup de douceur, de patience, de persévérance et d'énergie pour lutter contre les autosuggestions et les raisonnements contraires du sujet; elle exige l'isolement, et Dubois, selon le cas, y ajoute l'alitement et la suralimentation.

L'auteur ne va pas, comme Dubois, jusqu'à rejeter toute autre médication, pourvu que la psychothérapie reste l'arme principale, les médicaments n'étant jamais considérés que comme des adjuvants dont il est légitime de faire usage, puisque aussi bien, dans tous les autres domaines de la médecine, ainsi qu'en chirurgie, on appelle à l'aide la psychothérapie, conjointement avec les diverses médications, pour lutter contre la douleur, élément psychique commun à toutes les maladies; et l'on voit ainsi se resserrer les anciens rapports entre la médecine, la psychologie et la philosophie pratiques.

D<sup>r</sup> ADAM.

*Manuel de médecine mentale à l'usage des praticiens et des étudiants*; par le Dr L. Marchand. 1 vol. in-18 cart., Paris, O. Doim, 1908.

Comme son *Manuel de neurologie*, le *Manuel de médecine mentale* de M. Marchand est utile aux étudiants par sa concision et sa précision, il peut servir de « memorandum à tous les aliénistes »; mais il est bien plus intéressant à un autre point de vue. Il constitue un essai de classification moderne des maladies mentales; il nous montre que, par comparaison avec les autres branches de la médecine, nous avons encore bien peu de connaissances positives en psychiatrie. La cause de cette différence réside seulement dans la difficulté extrême du sujet. Le but de la pathologie doit être la description des maladies, c'est-à-dire d'un ensemble de réactions cliniques résultant d'un agent pathogène et de lésions déterminées. On n'est arrivé que difficilement à cette connaissance à la fois étiologique, anatomo-pathologique et clinique. En psychiatrie, comme on ne possède que des notions vagues sur l'étiologie et l'anatomie pathologique, on doit se borner à la description des syndromes, description déjà rendue peu commode par la nature spéciale des symptômes observés. On n'est jamais sûr qu'il ne faudra pas, avec les progrès de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, démembrer ou réunir des syndromes traditionnels.

D'ailleurs, l'étude clinique elle-même, conduit à des classifications différentes suivant qu'elle est pratiquée dans un esprit analytique ou synthétique. Par exemple, la doctrine de la dégénérescence mentale a permis de réunir une foule d'anciennes monomanies. De même, la méthode de Kraepelin, s'attachant surtout à suivre le malade pendant toute sa vie, constitue une réaction — sans doute excessive — contre les anciennes tendances analytiques qui ont rendu de grands services en permettant la description détaillée des symptômes. Analytiques ou synthétiques, les classifications exclusivement cliniques ne sont que provisoires... Seulement, il est à craindre que ce provisoire ne dure longtemps. Quoi qu'il en soit, M. Marchand a eu la bonne idée de faire avec sincérité le bilan de nos connaissances actuelles.

Il expose d'abord les symptômes : troubles des sens, de la mémoire, de l'imagination, etc., puis les troubles du fonds



intellectuel : affaiblissement congénital ou acquis et enfin les troubles organiques secondaires aux troubles psychiques : troubles des actes, de la tenue, des fonctions organiques.

Dans la deuxième partie, il décrit, après les avoir classés, les divers syndromes mentaux.

La troisième est consacrée à l'étiologie générale et terminée par un bref exposé critique de la doctrine de la dégénérescence mentale.

L'anatomie pathologique des syndromes mentaux est traitée de façon très personnelle. M. Marchand fait remarquer avec raison que, d'après l'examen d'un cerveau d'aliéné, même présentant des lésions très nettes, il est impossible de découvrir les symptômes présentés par le malade. La physiologie normale et pathologique de presque tout le cerveau est encore inconnue. Cependant, pour M. Marchand, chaque fois qu'on constate la diminution ou la disparition des fibres tangentielles, on peut affirmer que le fonds intellectuel était lésé.

L'ouvrage est terminé par d'intéressantes considérations sur la thérapeutique et la médecine légale des aliénés.

Le seul souhait à formuler pour l'édition prochaine est que l'auteur cite en entier la loi de 1838... si elle est encore en vigueur.

PAUL GUIRAUD.

*Le psicosi dislogiche* (Les psychoses dyslogiques); par le D<sup>r</sup> G. Lucangeli. Broch. in-8°. Extrait du *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, Ferrara, 1911.

Les classifications des maladies mentales, en dehors de celles qui servent à la statistique ou à l'enseignement, sont actuellement vouées à un échec certain en raison de l'insuffisance de nos connaissances psychiatriques. Toute séduisante que soit la définition de Kraepelin, qui fait des maladies mentales des affections du cortex, trop peu nombreuses sont encore les observations qui réussissent à mettre en évidence les relations existant entre les lésions de telle région cérébrale et tels troubles psychiques; et, mieux encore vaut-il s'en tenir à la conception de Morselli suivant laquelle il importe de voir dans la folie surtout une altération de la personnalité considérée comme la synthèse organique de l'être sentant et réagissant.

Les délires systématisés sont une preuve évidente de la dif-

ficulté que l'on éprouve à grouper et à classer certaines formes morbides. Tout en accordant le caractère artificiel d'une dissociation entre les troubles de l'intelligence et ceux des sentiments, en réalité inséparables, l'auteur estime cependant qu'en pratique il est possible de distinguer les délires suivant la prédominance des troubles de tel ou tel ordre.

1° Délires à prédominance intellectuelle, accompagnés immédiatement ou presque de troubles sensoriels variés ; dans les délires de cet ordre, on remarque un contraste frappant entre la personnalité actuelle et la personnalité antérieure ; ordinairement systématisés, ces délires évoluent parfois par poussées, ils sont souvent invraisemblables et absurdes, semblent plutôt être une sorte de jeu de l'imagination et peuvent être rapprochés de la pseudologie fantastique. Ces manifestations se rencontrent principalement dans l'amentia et la démence.

2° Délires à prédominance affective reposant sur cette base de lourdes tares dégénératives héréditaires qui caractérise la constitution paranoïaque. Ici, il n'y a pas de rupture avec le passé ; peu à peu se dessine un état affectif d'attente qui, lorsqu'il est arrivé à son maximum d'intensité, prend un caractère anxieux dû aux représentations obsédantes dont le malade n'aperçoit pas la nature morbide. Ces manifestations délirantes se rencontrent chez les paranoïaques, quérulents, processifs, persécutés-persécuteurs, chez tous ceux enfin qui présentent ce que Wernicke a appelé des idées prévalentes ou prédominantes.

3° Entre les deux prennent place les délires idéo-affectifs qui se développent eux aussi sur un fond paranoïaque, mais très accentué, avec tares héréditaires et stigmates dégénératifs. Sur ce terrain, la personnalité primitive persistant, se développent lentement quelques troubles intellectuels et émotifs essentiellement caractérisés par une exagération anormale des émotions fondamentales. Ces troubles rétrécissent le champ de la conscience et modifient le ton général de l'humeur ; ils favorisent ainsi la formation d'un système de convictions délirantes faisant suite à des interprétations erronées mais vraisemblables. Cet ensemble forme un tout qui n'aboutit jamais à un contraste véritable entre la personnalité d'avant le délire et la personnalité d'après le délire. Ces délires s'observent dans la paranoïa originaire ou paranoïa chronique simple ; ils sont essentiellement caractérisés par les convictions délirantes.

Enfin, à côté des troubles essentiels de l'idéation précédemment décrits, auxquels correspond le nom générique de délire,



prend place un groupe déjà décrit de délires abstraits ou excentriques qui se caractérisent par des conceptions paradoxales.

Toutes ces considérations permettent de grouper provisoirement comme suit, et suivant le degré d'affinité, les psychoses dyslogiques : 1° délires symptomatiques des démences et de l'amentia ; 2° démence précoce paranoïde ; 3° syndromes paranoïdes ; 4° paranoïa chronique simple ; 5° syndromes délirants dégénératifs ; 6° psychoses à idées prévalentes ; 7° neuro-psychoses constitutionnelles.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Le tabes et les maladies systématisées de la moelle* ; par le Dr E. de Massary, 1 vol. in-12, cart., de l'*Encyclopédie scientifique*, publié sous la direction du Dr Toulouse. Paris, Oct. Doin et fils, 1909.

En un volume de 400 pages, M. de Massary ne pouvait guère donner une description complète du tabes et des autres maladies systématisées de la moelle. Avec raison, il s'est attaché à faire une œuvre non d'érudition mais de pratique. Il dit très bien dans sa préface : « Que faut-il donc en pratique, sinon connaître quelques types purs autour desquels viendront se grouper ces cas complexes d'observation courante ? C'est précisément la description de ces cas d'étude qui a été notre but exclusif. »

Nul ne pouvait être mieux choisi que M. de Massary pour exposer dans l'*Encyclopédie scientifique* ces maladies systématisées de la moelle. C'est lui qui, avec Brissaud, a considéré le tabes comme une dégénérescence des protoneurones sensitifs. Cette conception facilite singulièrement la description et le classement de la symptomatologie si complexe du tabes, elle pourrait servir de moyen mnémotechnique permettant de retrouver les symptômes oubliés. Ces avantages de clarté schématique expliquent pourquoi les pathologistes tiennent tant à la théorie du neurone. Les histologistes peuvent refuser au neurone une unité anatomique, physiologique ou embryologique, il reste une merveilleuse unité didactique.

L'observation démontre qu'un système de neurones peut dégénérer isolément, cette dégénérescence provoque un syndrome nettement défini. Ainsi se constitue la maladie systé-

matique avec un « substratum anatomique et une extériorisation clinique » spécifiques.

Dans la voie centripète, on observe la dégénérescence isolée du seul protoneurone sensitif : c'est le tabes.

Dans la voie motrice, la maladie de Little est le type de l'agénésie du neurone moteur central (faisceau pyramidal). Quant au tabes dorsal spasmodique, il constitue non une maladie, mais un syndrome s'observant à l'état de pureté « dans des affections aussi nombreuses que diverses », il doit donc disparaître de la nosographie et ne figurer qu'en sémiologie sous le titre de paraplégie spasmodique.

Des maladies systématiques peuvent aussi être constituées par la dégénérescence simultanée de plusieurs systèmes de neurones, par exemple la sclérose latérale amyotrophique dans laquelle tout le système moteur est lésé : faisceau pyramidal, système d'association et neurones moteurs périphériques.

Enfin, il peut y avoir à la fois lésion systématique de la voie centripète et de la voie centrifuge. La maladie de Friedreich, en effet, est caractérisée par l'arrêt de développement du protoneurone centripète, du second neurone sensitif dont le corps cellulaire se trouve dans la colonne de Clarke et qui se termine au cervelet et enfin par la dégénérescence du faisceau pyramidal.

Comme dans les autres ouvrages de la même collection, la clarté du texte est mise en relief par une excellente exécution typographique, une bibliographie commode et de nombreuses tables de matières.

PAUL GUIRAUD.

*Sémiologie nerveuse*; par les professeurs Achard, Pierre Marie, Gilbert Ballet, etc. 1 vol. grand in-8° du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, publié sous la direction des professeurs A. Gilbert et L. Thoinot. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1911.

Ce nouveau fascicule du grand *Traité de médecine* serait mieux nommé « Questions diverses de sémiologie nerveuse ». C'est un recueil de sujets nouveaux ou à l'ordre du jour, rédigés par divers auteurs; on n'y trouve aucun chapitre sur les troubles de la sensibilité, le délire est étudié au milieu des syndromes moteurs entre la paraplégie et les convulsions. Cette manière



de faire permet de réserver plus de place à quelques questions intéressantes. Les ouvrages complets et systématiques de sémiologie nerveuse sont d'ailleurs assez nombreux.

La partie la plus importante du volume, plus de 200 pages, est consacrée à l'aphasie par MM. Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine. Le chapitre est une revue générale très complète, très impartiale de cette question, actuellement si controversée. Les auteurs décrivent d'abord la technique sémiologique, ce qui les conduit à faire un exposé analytique de tous les symptômes de l'aphasie. Ils en profitent pour mettre au point les syndromes agnosie et apraxie, qui ont des rapports si étroits avec les troubles du langage. Vient ensuite l'étude des types cliniques de Broca et de Wernicke. Dans l'anatomie pathologique, ils montrent comment on doit faire l'examen d'un cerveau d'aphasique, et enfin décrivent les lésions qui correspondent aux types cliniques d'aphasie. Les théories de l'aphasie sont divisées en trois groupes : classique, radical de P. Marie, éclectique. Les auteurs semblent se ranger dans le groupe des éclectiques qui admettent la localisation anatomique de Wernicke, « discutent le centre de Broca et se défient de la légitimité des variétés trop nombreuses d'aphasie ». Ils mettent justement en garde contre la tendance à conclure du siège d'une lésion provoquant un symptôme aphasique à la localisation en ce siège de la fonction correspondante ; en effet, « le symptôme, signe de perturbation de fonction, est essentiellement le même quel que soit le point du système fonctionnel lésé ». La lecture de l'article donne l'impression que l'accord n'est pas près de se faire : radicaux et classiques ne s'entendent pas sur les lésions d'un cerveau donné, à plus forte raison sur l'interprétation de ces lésions.

A la suite de l'aphasie, sont décrits les troubles de la motilité : hémiplégie, paraplégie, convulsions, etc., puis les troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Cette dernière partie est intéressante, parce qu'elle met au point des syndromes rares, dont la description complète n'est pas courante, tels que : syndrome de Quincke, hydarthrose périodique, trophœdème chronique de Meige, hémiatrophie et hémihypertrophie faciale.

PAUL GUIRAUD.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AUG. LEY et PAUL MENZERATH. L'étude expérimentale de l'association des idées dans les maladies mentales. Rapport de psychologie présenté au VI<sup>e</sup> Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. Bruges 1911. 1 vol. de 200 pages. Gand, imprimerie A. Vander Haeghen, 1911.

L. SCHOLZ. Anomale Kinder. 1 vol. in-8° de 442 pages. Berlin, S. Karger, 1912.

EWALD STIER. Untersuchungen über Linkshändigkeit und die funktionellen Differenzen der Hirnhälften, nebst einem Anhang : « Über Linkshändigkeit in der deutschen Armee ». 1 vol. in-8° de 352-59 avec tableaux et figures. Iéna, Gustav Fischer, 1911.

TH. ZIEHEN. Die Erkennung der psychopathischen Konstitutionen (krankhaften seelischen Veranlagungen) und die öffentliche Fürsorge für psychopathisch veranlagte Kinder. 34 pages in-8°. Berlin, S. Karger, 1912.

BÖDEKER et FALKENBERG. IV internationaler Kongress zur Fürsorge für Geisteskranke. Berlin, October 1910. Offizieller Bericht. 1 vol. in-8° de 1.026 pages. Halle a. S., Carl Marhold, 1911.

E. DESSART. Monographie des écritures comptables d'un sanatorium pouvant s'appliquer aux maisons de santé, cliniques, pensionnats, hôtels, etc. 72 pages in-8°. Paris, H. Dunod et E. Pinat. S. D.

L. GOUDARD. Pau, station climatique. Climatologie, climatothérapie, hygiène. 82 pages in-8°. Pau, Imprimerie-stéréotypie Garet, 1912.

A. LUI et M. BACCELLI. Alcune esperienze della fissazione del complemento nei pellagrosi. 10 pages in-8°. Extrait de la *Riforma Medica*, 1911.

ROGER DUPOUY. Les opiomanes, mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. Etude clinique et médico-littéraire. Préface du professeur Régis. 1 vol. in-8° de 323 pages. Paris, Félix Alcan, 1912.

A. J. ROSANOFF et FLORENCE J. ORR. A study of heredity in insanity in the light of the Mendelian theory. 41 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*. Octobre 1911.

In memoria del Prof. Cav. Paolo Funaioli. 62 pages avec portrait. S. l. n. d.

MAX FISCHER. Jahresbericht der grossherzoglich badischen



Heil-und Pflegeanstalt bei Wiesloch, für die Jahre 1909 und 1910. 60 pages in-8°, avec plans. Karlsruhe, 1911.

J. GARDI et F. PRIGIONE. Sul valore clinico dei principali metodi siero-diagnostici per la diagnosi di sifilide. 59 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*. Pesaro, 1911.

Evangelische Heilanstalt Sonnenholde für weibliche Gemütskranke Riehen. Elfter Jahresbericht (1 September 1910 bis 31 August 1911). 20 pages in-8°. Basel, 1911.

RENÉ SEMELAIGNE. Aliénistes et philanthropes. Les Pinel et les Tuke. 1 vol. in-8° de 548 pages, avec 7 eaux-fortes de Ch. Gallet. Paris, G. Steinheil, 1912.

P.-L. LADAME. Un prophète cévenol à Genève (Procès criminel de Jean-Jacques Doladille, mystique érotomane). 62 pages in-8°. Extrait des *Archives d'Anthropologie criminelle*, 1911.

JULIEN DONATH. Psychotherapeutische Richtungen. 8 pages in-8°. Extrait de la *Medizinische Klinik*. Berlin, 1911, n° 43.

AUG. CHATELAIN. Vingt-cinq siècles la médecine. Discours prononcé à l'Université de Neuchâtel, le 17 octobre 1911. 31 pages in-8°. Neuchâtel, Attinger frères, 1911.

A. RÉMOND (de Metz) et PAUL VOIVENEL. Le génie littéraire. 1 vol. in-8° de 304 pages de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1912.

J. ROUBINOVITCH. Sur la physionomie et la mimique des aliénés. Conférence faite à l'hôpital de Lariboisière. *Le Bulletin médical*, numéro du mercredi 27 décembre 1911.

VICTOR DELFINO. El ojo en la serie animal. *La Semana medica* de Buenos-Aires, numéro du 7 décembre 1911.

Le D<sup>r</sup> Doutrebente (1844-1911), 34 pages in-8° avec portrait. Paris, imprimerie J. Dumoulin. S. d.

LEREDDE. La réaction de Wassermann, sa valeur dans le diagnostic et le traitement de la syphilis. 43 pages in-8°. Paris, A. Maloine, 1912.

L. MARCHAND et G. PETIT. La « paralysie générale » du chien (Formes dementielle et épileptique). 10 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société centrale de médecine vétérinaire*, séance du 30 novembre 1911.

PAUL-L. LADAME. Suicide et chorée de Huntington, 8 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, numéro de novembre 1911.

The one hundred and fourteenth annual report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane, near Catonsville, Baltimore country. November, 1911. 42 pages in-8° avec planches, Baltimore Presse of James Young, 1911.

G. L. LUCANGELI. Isteria e nevrosi. 12 pages in-8°. Extrait des *Rassegna di studi psichiatrici*, novembre-décembre 1911.

## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés d'avril 1912 :* MM. les D<sup>rs</sup> DROMARD, médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise); PASTUREL, médecin adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne); LEVASSORT, médecin adjoint de l'asile de Caen (Calvados); HALBERSTADT, médecin adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), et CHARPENTIER (Joseph), médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.500 francs);

MM. les D<sup>rs</sup> CALMETTES, médecin adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne); NOUET, médecin adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), et DUCOSTÉ, médecin adjoint de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), sont promus à la 1<sup>re</sup> classe de leur grade (4.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> PRINCE, reçu le troisième au concours de l'adjuvat de 1912, est nommé médecin adjoint de l'asile de Limoux (Aude);

M. le D<sup>r</sup> CHARUEL, médecin-directeur de l'asile de Châlons (Marne), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (8.000 francs);

M. le D<sup>r</sup> ALOMBERT-GOGET, médecin en chef de l'asile de Marseille, est promu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (7.000 francs).

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts :* M. le D<sup>r</sup> TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est nommé officier d'académie.

— M. HENRI PIÉRON, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes, est nommé directeur du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne, en remplacement de M. Alfred Binet, décédé.

M. le D<sup>r</sup> JEAN PHILIPPE est nommé directeur-adjoint du même laboratoire.

### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> LÉON ROLLAND. — Nous apprenons avec regret la mort du D<sup>r</sup> Léon Rolland, sénateur, président du Conseil général de Tarn-et-Garonne, qui, malade depuis longtemps, a succombé, le 1<sup>er</sup> mai 1912, dans sa quatre-vingt-deuxième année.



Léon Rolland était né à Mas-Grenier (Tarn-et-Garonne), le 7 janvier 1831. Il fit de solides études classiques aux collèges de Castelsarrasin et de Montauban, puis alla étudier la médecine dans les Facultés de Toulouse, Strasbourg et Paris.

Muni de son doctorat, il fut appelé à remplir pendant quelques années les fonctions de médecin auxiliaire à l'hôpital du Gros-Caillou. Puis la nostalgie du pays natal le ramena à Verdun-sur-Garonne, où il s'établit en qualité de docteur-médecin.

Bientôt maire de Verdun, il exerça ses fonctions pendant dix-sept années, et, par une administration intelligente, il présida à l'embellissement de cette cité.

En 1875, une terrible inondation ravagea Verdun et ses environs. Jour et nuit, le maire médecin organisa les secours et s'efforça d'atténuer les terribles conséquences du désastre. Quelques-uns de ses administrés, hésitant à s'embarquer pour aller arracher des êtres humains à une mort certaine, M. Rolland donna l'exemple du courage civique, et, avec l'aide de quelques compagnons, il alla sur une frêle embarcation au milieu des éléments déchaînés. Soixante-dix personnes furent ainsi sauvées.

Ce dévouement valut à M. le Dr Rolland la croix de la Légion d'honneur, noblement gagnée en secourant ses concitoyens, en sauvant ses semblables.

Notre confrère, quoique faisant partie du Conseil général de son département, fut nommé, le 1<sup>er</sup> janvier 1880, médecin en chef du quartier des aliénés annexé à l'hospice Saint-Jacques de Montauban. Il occupa ces fonctions jusqu'en 1891, date de son entrée au Sénat, qu'il ne devait plus quitter. Il fut, en effet, réélu aux renouvellements de 1900 et de 1909.

Il ne nous appartient pas d'apprécier ici le rôle joué par notre confrère dans sa longue carrière politique. Nous devons rappeler toutefois qu'il fut, au Sénat, le président de la Commission chargée d'étudier la loi sur les aliénés, votée par la Chambre des députés. Nos lecteurs connaissent cette loi, destinée à reviser celle de 1898; elle porte avec raison le nom de loi Dubief, du nom de l'honorable député qui la conçut et la défendit devant la Chambre. Comme on l'a remarqué, elle est loin de répondre aux desiderata de la science et aux intérêts si divers des malades. C'est ce qu'avait très bien su voir le Dr Rolland, et il était partisan, avec la grande majorité de la Commission qu'il présidait, d'apporter d'importantes modifications à l'œuvre de la Chambre des députés. Pour s'éclairer, la Commission sénatoriale se livra à une véritable enquête et appela devant elle des médecins aliénistes et même des administrateurs, dont la longue expérience pouvait être d'un grand

secours en un sujet si délicat. Tous ceux qui ont été appelés à donner leur avis n'oublieront pas l'aimable courtoisie du président de cette Commission, son tact, son grand bon sens, ramenant toujours les questions sur le terrain pratique. Nous ignorons encore quelles sont les mesures adoptées par la Commission sénatoriale sur cette importante question de la législation des aliénés; mais nous sommes sûrs que son président, avec son incontestable compétence en la matière, l'aura maintenue dans la bonne voie, celle indiquée par les grands aliénistes du dernier siècle.

A ce point de vue, il était de notre devoir de rendre un suprême hommage à ce confrère distingué, à cet homme de bien qui s'est concilié l'estime de tous ceux qui l'ont approché.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

41. *Tentatives d'homicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du mercredi 10 avril 1912) :

Atteint depuis quelque temps de troubles cérébraux, un garçon de magasin, Louis Thomin, âgé de trente ans, demeurant rue Compans, se présentait hier dans un tel état de surexcitation chez ses beaux-parents, 42, rue des Bois, qu'il se vit refuser l'entrée de la maison.

Pris alors d'une crise de folie furieuse, le dément enfonça la porte d'un coup d'épaule et, brandissant un couteau, il se rua sur sa belle-mère, M<sup>me</sup> Michel, soixante ans, et sur son cousin, M. René Cret, vingt-trois ans, qu'il frappa, la première à l'épaule, le second à l'épaule et au bras.

Des agents accourus aux cris des victimes durent entamer une lutte furieuse pour maîtriser le forcené qui, solidement ligoté, fut transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

L'état des deux blessés n'est heureusement pas grave.

42. *Suicide.* — Neurasthénique à vingt-cinq ans, hantée par l'idée du suicide, M<sup>lle</sup> Gasburger avait dû être dirigée jadis sur une maison de santé des environs de Colmar, pays d'origine des siens.

Elle en sortait ces temps derniers, et, il y a trois jours à peine, elle venait se fixer chez son frère, 33, rue de Tolbiac. Du balcon du cinquième étage, la pauvre jeune fille avait déjà mesuré la distance qui la séparait du trottoir.

— C'est haut..., avait-elle murmuré.

Mais pouvait-on prêter attention à ce propos banal?

Mardi soir, M<sup>lle</sup> Gasburger joua aux dames avec sa belle-sœur. Elle était gaie. A neuf heures et demie, elle gagnait sa chambre et se couchait, mais, lorsque tout fut endormi dans la



maison, elle devait se relever et, vêtue seulement d'un jupon, se diriger vers la fenêtre qui surplombe la rue du Dessous-des-Berges. Elle prit farouchement son élan et vint se broyer les jambes au milieu même de la chaussée.

A minuit et demi, son cadavre était relevé par des passants, et, au matin, dès leur réveil, M. et M<sup>me</sup> Gasburger reconnaissent avec douleur le corps de leur malheureuse parente. (*Le Journal*, numéro du jeudi 11 avril 1912.)

43. *Parricide et suicide*. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 15 avril 1912) :

Notre correspondant de Montpellier nous télégraphie qu'un propriétaire de Montbazin, M. Emile Angles, âgé de quarante-deux ans, a tenté hier matin, dans un accès de folie, de tuer son charretier à coup de bâton. S'armant ensuite d'un revolver, il blessa mortellement sa mère. Sa femme et ses deux filles n'ont dû leur salut qu'à la fuite.

Resté seul, le meurtrier s'est tué d'un coup de revolver.

44. *Tentative d'homicide*. — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du mardi 16 avril 1912) :

Le crime d'un fou a épouvanté la population de Nottingham ce matin. Un allumeur de réverbères, nommé Spowage, qui était depuis quelque temps en traitement, profita de l'absence de sa femme, qu'il avait envoyée en commission, pour pendre sa fillette, âgé de dix ans. Il lui passa au cou une corde et la descendit dans la rue par la fenêtre.

Les passants terrifiés se précipitèrent pour saisir l'enfant, mais le misérable remonta la fillette, qui se débattait faiblement. Enfin, en faisant la courte échelle, un homme fut assez heureux pour saisir la corde et, soutenant la pauvre enfant, la libéra du nœud coulant à temps pour lui sauver la vie.

Les policiers ont pu s'emparer du forcené après une lutte désespérée.

45. *Agression violente*. — Un artiste peintre, M. Georges Brasseur, âgé de quarante et un an, demeurant à Montrouge, 128, avenue de la République, donnait depuis quelque temps, et à la suite de surmenage intellectuel, des marques de dérangement cérébral.

Hier matin, à huit heures, devenu soudain furieux, il se mit à pousser des cris sauvages, à briser son mobilier, sous les yeux de sa femme qui, terrorisée, n'osait intervenir, et à jeter par la fenêtre de l'appartement, situé au troisième étage, tout ce qui lui tombait sous la main.

Un pot de fleurs lancé avec violence frôla dans sa chute le képi du sergent Cayenne, du fort de Montrouge, qui passait devant la maison.

On courut aviser les agents. Le sous-brigadier Gagneux

arriva avec deux de ses hommes. Tandis que ces deux hommes demeuraient dans la rue pour maintenir les curieux, leur supérieur gravissait lestement les étages et parvenait après d'assez difficiles pourparlers avec l'énergumène à se faire ouvrir la porte.

Aussitôt le fou se jeta sur le sous-brigadier, le terrassa et le mordit cruellement à un doigt. Au cours du corps à corps qui s'ensuivit, le sous-brigadier se contusionna l'épaule gauche. Il parvint néanmoins à maintenir le dément jusqu'à l'arrivée de ses collègues.

M. Brasseur fut ligoté, puis placé dans une voiture, et conduit au commissariat de Montrouge, d'où M. Compagnon, commissaire de police, l'a dirigé sur l'infirmerie du Dépôt.

Le magistrat a signalé au préfet de police la courageuse conduite du sous-brigadier Gagneux, qui est déjà titulaire de deux médailles. (*Le Petit Journal*, numéro du samedi 27 avril 1912.)

46. *Agression violente.* — Depuis plusieurs mois déjà, M. Jean-Baptiste Langeron, couliissier-remisier, âgé de 35 ans, demeurant 19, avenue d'Eylau, donnait des signes de dérangement cérébral.

Un labeur excessif et des opérations malheureuses avaient fini par déséquilibrer son cerveau. A maintes reprises, le financier, en proie à des crises de neurasthénie aiguë, avait ému son entourage ; à des périodes de torpeur et d'abattement, succédaient des colères inquiétantes. Depuis quelques jours, ces dernières crises avaient été particulièrement fréquentes.

Vendredi soir, après avoir reçu à leur table quelques amis, le couliissier et sa femme se mirent tranquillement au lit. Mais le sommeil ne venait pas pour M. Langeron, qui gesticulait avec énervement, tandis que sa jeune femme, justement inquiète, se tenait éveillée et l'observait.

Soudain, vers trois heures du matin, M. Langeron fut pris d'une crise de folie furieuse. Il se leva, se saisit prestement d'un nerf de bœuf qui servait à battre les tapis et, le brandissant, se précipita sur sa femme qu'il tenta d'assommer. Fort heureusement, M<sup>me</sup> Langeron, qui avait prévu le geste, parvint à se sauver en chemise dans le salon. Dans sa fuite dans l'obscurité, elle buta contre des meubles, tomba sur une peau de chèvre de Mongolie, mais put heureusement se relever et elle parvint à gagner ainsi l'escalier.

Le dément, qui avait poursuivi M<sup>me</sup> Langeron et avait aperçu sa silhouette blanche au moment de la chute sur le tapis, ne la vit pas se relever et, dans son égarement, se mit à frapper sur la peau de chèvre à tour de bras.



Pendant ce temps, M<sup>me</sup> Langeron avait gagné, affolée, la loge des concierges, les époux Feydel.

Ayant fini par s'apercevoir de sa méprise, le dément, en chemise lui aussi, descendit à son tour l'escalier et arriva à la loge en poussant des cris de rage.

M. Feydel sauta de son lit et tenta d'empêcher son locataire d'avancer.

Il reçut aussitôt un coup de nerf de bœuf sur le crâne. Le cuir chevelu avait été fendu sur une longueur de 15 centimètres et le sang ruissela sur le visage du concierge.

Cependant, M. Langeron continuait à faire des moulinets avec son arme; des vitres volèrent en éclats atteignant de nouveau M. Feydel, qui fut sérieusement blessé à la jambe gauche.

M<sup>me</sup> Feydel fut à son tour atteinte de plusieurs coups. Attirée par le bruit, une domestique accourut vers la loge et, voyant ce qui s'y passait, cria dans l'escalier.

— Au secours! on tue nos concierges.

Un locataire, M. Mettetal, avocat, âgé de vingt-huit ans, passa une robe de chambre, pris son revolver et descendit.

Arrivé devant la loge, il tira un coup en l'air dans le but d'effrayer l'agresseur — mais celui-ci, le bras levé, se précipita sur son voisin. Se jugeant en état de légitime défense, ce dernier pressa deux fois sur la détente. Atteint à l'abdomen et au bras droit, M. Langeron s'abattit comme une masse.

Tandis qu'on courait aviser M. Landel, commissaire de police du quartier, un médecin, mandé en hâte, vint prodiguer les premiers soins au blessé, que, quelques minutes plus tard, l'on transportait dans une ambulance automobile, à l'hôpital Beaujon. L'état de M. Langeron, quoique très sérieux, ne paraît pas désespéré. (*Le Petit Journal*, numéro du dimanche 28 avril 1912.)

47. *Parricide*. — On télégraphie de Béthune au *Petit Journal* (numéro du samedi 2 mai 1912).

M. Roset, juge d'instruction, va rendre incessamment une ordonnance de non-lieu en faveur d'Augustin Delliste qui, le 18 mars dernier, égorga, avec un couteau de poche, son père Augustin Delliste, dit Marin, âgé de cinquante-six ans.

Les gendarmes avaient dû se livrer à un véritable siège de la ferme, pour s'emparer du parricide que l'on avait vu, peu avant, armé d'un fusil.

On découvrit, en même temps que l'assassin, le corps presque décapité de la victime.

L'ordonnance de non-lieu sera motivée par le rapport très détaillé que le D<sup>r</sup> Cortyl, médecin-aliéniste de la prison, vient de fournir sur le parricide. Celui-ci doit être, d'après le prati-

cien, considéré comme absolument irresponsable de ses actes, et interné dans un asile d'aliénés.

Il sera incessamment dirigé sur Lommelet, près de Lille.

48. *Homicide et suicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du samedi 4 mai 1912) :

M. Célestin-Emile Lemoine, âgé de cinquante-trois ans, représentant d'une importante maison de cafés du Havre, occupait depuis plusieurs années, avec sa femme Hélène, de six ans plus jeune que lui, un coquet appartement au n° 5 de la rue de Lyon. Uni et très à l'aise, le ménage jouissait de la meilleure considération.

Il y a quelques mois, le caractère de M. Lemoine vint à s'aggraver quelque peu. Redoutant avec raison la neurasthénie pour son mari, M<sup>me</sup> Lemoine le pria de se retirer des affaires. Sur ses instances, il finit par y consentir.

Hier matin, vers cinq heures, des détonations retentissaient au troisième étage, chez les époux Lemoine.

Quand, vers sept heures et demie, la femme de ménage sonna comme de coutume, elle fut fort étonnée de ne pas obtenir de réponse. Redoutant quelque malheur, la brave femme fit part de ses craintes à la concierge. Un agent et un serrurier, requis en hâte, forcèrent la porte de l'appartement. Un effroyable spectacle s'offrit à la vue des assistants dans la chambre à coucher.

Au pied du lit, la tempe droite trouée par une balle, M. Lemoine gisait sans vie. Sur le lit, la figure couverte de sang et de matière cérébrale s'échappant d'une plaie béante, les traits empreints d'une indicible expression de douleur et d'effroi, M<sup>me</sup> Lemoine respirait encore faiblement.

Sur le tapis, à côté du défunt, officier de territoriale, un revolver d'ordonnance, dégarni de trois balles, indiquait la nature de l'arme choisie.

Dans une crise aiguë de neurasthénie, de folie presque, le malheureux représentant avait voulu se suicider, et ne voulant pas se séparer de sa fidèle compagne, même dans la mort, dans son sommeil il avait au préalable tiré sur elle deux balles de revolver.

M<sup>me</sup> Lemoine, transportée à l'hôpital Saint-Antoine, y fut admise dans un état jugé des plus alarmants.

#### L'ALCOOLISME DANS LA PROVINCE DE PADOUE

On lit dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du mardi 23 avril 1912) :

Les chiffres ci-dessous, que nous empruntons à la *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* (4 avril 1912, n° 41), sont inté-



ressants à signaler comme documents confirmatifs de faits hélas ! trop connus parce que trop généraux.

En 1904, les établissements publics pour le débit des boissons alcooliques étaient au nombre de 2.733 dans toute la province de Padoue, soit 1 pour 166 habitants ; ils s'élevèrent progressivement à 2.761 en 1905, 2.819 en 1906, 2.880 en 1907, 2.952 en 1908, enfin en 1900 il y en avait 2.955, soit 1 pour 157 habitants.

Le nombre des décès par alcoolisme chronique, qui était de 15 en 1887, arriva à être, après une série d'oscillations très marquées, de 20 en 1905, de 25 en 1906, de 21 en 1907, de 28 en 1908. Et si l'on considère la Vénétie tout entière, le nombre des décès par alcoolisme chronique s'éleva de 79 en 1887, à 157 en 1908.

Les aliénés par alcoolisme recueillis à l'asile provincial, dont le nombre variait annuellement de 1 à 9 de 1890 à 1898, passèrent à 11 en 1899, 12 en 1900, 15 en 1901, 21 en 1902, 17 en 1903, 23 en 1904, 19 en 1905, 19 en 1906, 42 en 1907, 38 en 1908 et 100 en 1909 ! Et pendant ce temps le chiffre total des admissions à l'asile provincial passait de 486 en 1890, à 619 en 1909.

#### LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

*Vœux des Sociétés savantes.* — La Société médicale du XI<sup>e</sup> arrondissement a voté l'ordre du jour suivant, que nous reproduisons à titre de document :

« Considérant que la limitation des débits de boissons est essentiellement une question de régénération nationale ;

« Que la guerre contre l'alcoolisme est une des meilleures mesures à préconiser pour la lutte contre la tuberculose et la folie ;

« Que rien n'a été encore tenté en ce sens ;

« Constatant avec une surprise indignée que parmi la majorité opposée à ce projet se trouvent des députés du groupe médical parlementaire ;

« Blâmant vigoureusement ces derniers de leur attitude incompréhensible ;

« Emet le vœu que l'Académie de médecine formule son avis ;

« Réclame avec énergie un nouvel examen de la loi renvoyée à la commission et la suppression simple du privilège honteux des bouilleurs de cru. »

*Une nouvelle œuvre antialcoolique au Canada.* — On lit dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du jeudi 25 avril 1912) :

« Le journal canadien *La Patrie*, qui paraît à Montréal, annonce que, avec l'autorisation de la législature et l'approbation de Mgr l'archevêque, les religieuses du Bon-Pasteur, viennent de fonder à leur maison de la rue Sherbrooke-Est, une retraite pour les femmes victimes de l'alcoolisme et de la morphinomanie. L'œuvre porte le nom de « Pension Sainte-Euphrasie » et sera sous la direction immédiate des religieuses. Des spécialistes accorderont tous les soins nécessaires à ces malades et un prêtre les visitera régulièrement pour les consoler, les relever, soigner leur âme. L'œuvre est évidemment belle si l'on songe à l'étendue qu'a prise, chez la femme, cette plaie sociale. Des chambres très confortables seront mises à la disposition des malades, ainsi qu'un salon, salle de musique, de lecture, une bibliothèque, des jardins, etc.

La discrétion la plus complète sera assurée aux malades et à leurs familles : les noms des patientes ne seront connus que de la directrice. L'institution sera à la disposition des femmes riches et pauvres.

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt considérable qu'il y aurait à voir des œuvres identiques se multiplier, notamment en France?

A. G.

#### TRIBUNAUX.

*Un procès en séquestration arbitraire.* — On lit dans le *Journal* (numéro du jeudi 2 mai 1912) :

A MM. les juges composant la cinquième Chambre du tribunal, M. Alphonse Worms, exerçant le commerce de lapidaire, adressait hier la supplique que voici :

« Attendu qu'il y a quatre ans des dissentiments s'étaient élevés entre lui et sa femme au sujet d'une question d'argent ;

« Qu'en novembre 1908, le Dr Hazard, sans avoir vu le demandeur, fournit à M<sup>me</sup> Worms une attestation qui permit à cette dernière de machiner l'internement de son mari dans une maison de santé ;

« Que, le jeudi 12 novembre, M. Worms, ayant eu à se plaindre au sujet du dépôt de certaines valeurs d'argent, se rendit chez le commissaire de police du quartier pour lui exposer ses griefs ;

« Que M<sup>me</sup> Worms, se servant de l'attestation du Dr Hazard, provoqua de la part du commissaire de police l'arrestation immédiate de M. Worms, qui fut ensuite dirigé sur l'infirmerie du Dépôt, où il demeura trois jours ;

« Qu'aussitôt après, conduit dans une maison de santé d'Epinay-sur-Seine, il dut à l'intervention de son beau-père et du parquet, qui avait ouvert une enquête, d'être relâché... »



Et M. Worms, par ces motifs, de conclure à la condamnation du D<sup>r</sup> Hazard, l'auteur, d'après lui, de sa séquestration arbitraire, au paiement d'une somme de 20.000 francs à titre de dommages-intérêts.

— Il est hors de doute, a plaidé M<sup>e</sup> Henri Coulon, chargé de développer la requête du lapidaire, que mon client n'a jamais présenté de symptômes d'aliénation mentale ni même de maladie nerveuse de nature à justifier la mesure prise contre lui. En fournissant à sa femme, contrairement à la réalité et sans avoir même examiné M. Worms, une attestation qui a pu lui permettre de faire ainsi enfermer son mari, le D<sup>r</sup> Hazard a commis une faute lourde dans l'exercice de sa profession.

Mais, a répondu de l'autre côté de la barre, M<sup>e</sup> Gatineau, une telle demande ne peut pas être admise.

— C'est à tort, tout d'abord, que M. Worms prétend qu'il aurait été interné en vertu d'un certificat médical du D<sup>r</sup> Hazard. En effet, mon client, qui connaissait l'état du lapidaire par les observations personnelles qu'il avait pu faire, et notamment la veille de la délivrance dudit certificat, s'est borné à délivrer une attestation très succincte pour constater un état de surexcitation réel, sur le vu duquel le commissaire de police crut devoir, dans un intérêt de sauvegarde publique, faire conduire M. Worms à l'infirmerie du Dépôt. Ce fut seulement après avoir été examiné, et en vertu d'un certificat du D<sup>r</sup> Dupré, que M. Worms fut interné dans une maison de santé.

On ne saurait donc reprocher au D<sup>r</sup> Hazard d'avoir, par son imprudence, commis une erreur de diagnostic constituant une faute lourde.

Tel a été aussi, en dernière analyse, le sentiment du tribunal, que présidait M. Hugot :

Attendu que l'état signalé par le D<sup>r</sup> Hazard est pleinement confirmé par le certificat délivré par le D<sup>r</sup> Dupré ; qu'aucune faute ne peut être relevée contre Hazard, et qu'au surplus l'internement qui aurait porté préjudice à Worms a été provoqué par le D<sup>r</sup> Dupré et non par le défendeur...

Le tribunal a, en conséquence, repoussé la demande du lapidaire.

#### FAITS DIVERS

*Les meurtres rituels de Louisiane.* — Une négresse, arrêtée à Lafayette (Louisiane), Clémentine Barnabet, qui se disait « prêtresse de l'église du sacrifice et du serpent sacré » et pratiquait le culte du Vaudoux, forme du fétichisme africain subsistant encore chez les nègres d'Amérique, a avoué avoir immolé de sa main dix-sept personnes de sa race.

Le meurtre, dans ces derniers temps, par groupe de cinq, de trente-sept individus de couleur, avait causé une vive émotion dans la région des rizières et terrorisé la population nègre. C'est la prêtresse et ses acolytes qui en seraient les auteurs. Leur secte, a-t-elle déclaré, professe cette doctrine, qu'il importe, pour le développement de la race noire, que toutes les familles de cette couleur comptant cinq membres et plus soient exterminées. Armée de fétiches, elle faisait irruption, à minuit, avec ses complices, dans les maisons des familles condamnées. Elle endormait les habitants avec des narcotiques, et à coups de hache elle massacrait les malheureux. Les assassins ne laissaient d'autres traces qu'une inscription mystérieuse signée : « Les cinq humains. »

La prêtresse refuse de dénoncer ses compagnons et le « grand-prêtre » du Vaudoux dont elle tenait les fétiches qui devaient la protéger devant la loi. (*Le Temps*, numéro du vendredi 5 avril 1912.)

*Les dépositions mensongères des enfants.* — M. Henri Carbone, âgé de quarante ans, directeur d'un pensionnat à Pierrefitte, était accusé, le 8 avril dernier, par six de ses élèves, âgés de neuf à onze ans, d'actes d'immoralité. Il était mis en état d'arrestation et son établissement était fermé. M. Bourdeaux, juge d'inscription chargé de l'affaire, vient de remettre en liberté le malheureux instituteur. Ses petits accusateurs, pris en flagrant délit de mensonge, se sont tous rétractés et ont avoué qu'ils avaient agi à l'instigation d'un « grand ». Ce dernier, âgé de quatorze ans, a reconnu à son tour être l'auteur de la cabale. Il a déclaré qu'il avait voulu se venger de son directeur parce que celui-ci avait augmenté sa pension de dix francs par mois. (*Le Temps*, numéro du lundi 6 mai 1912.)

**MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.** — *Consultations gratuites pour épileptiques.* — Traitement, régime alimentaire et général, conseils pour les soins dans la famille, l'instruction, le placement professionnel et l'assistance dans les établissements hospitaliers, par les D<sup>rs</sup> TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et MARCHAND, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Cette consultation, réservée aux épileptiques indigents, a lieu les mercredis, à 2 heures, à l'Institution nationale des sourds-muets, 252 bis, rue Saint-Jacques.



## PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

ANNÉE 1913.

**PRIX BELHOMME.** — 1.000 francs. — Question : *De la démence chez les épileptiques.*

**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 (1).

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, 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 1910, dans les facultés de médecine de France, sur un projet de pathologie mentale et nerveuse.

ANNÉE 1914.

**PRIX AUBANEL.** — 1.500 francs. — Question : *Les démences traumatiques à l'exclusion de la paralysie générale.*

**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 (1).

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

(1) *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 production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

**PRIX SEMELAIGNE.** — 300 francs. — Ce prix est attribué à la meilleure thèse soutenue au cours des trois années précédentes, par un interne des asiles de la Seine ou des hôpitaux de Paris, sur un sujet de médecine mentale, concernant de préférence l'histoire, la législation de la médecine légale.

**NOTA.** — Les mémoires manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1912 pour les prix à décerner en 1913, et le 31 décembre 1913 pour les prix à décerner en 1914, 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 adresse des auteurs.

**CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES DE MÉDECIN EN CHEF DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.**

Le lundi 1<sup>er</sup> juillet 1912, à deux heures précises, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine à Paris et dans les conditions prescrites par le décret du 12 décembre 1907, un concours pour deux places de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés (1<sup>er</sup> bureau), annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi, et de deux à cinq heures, du lundi 20 mai au samedi 8 juin 1912 inclusivement.

*Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir.*

— Sont admis à prendre part au concours : 1<sup>o</sup> les directeurs-médecins et médecins en chef des colonies d'aliénés de la Seine et des asiles publics de toute la France ; 2<sup>o</sup> les médecins adjoints

3<sup>o</sup> Faire parvenir au secrétaire 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.



ayant subi avec succès le concours d'adjuvat, les chefs de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, ayant été, par décisions antérieures, assimilés aux médecins adjoints reçus auxdits concours, à la condition qu'ils justifient de l'occupation effective pendant une période d'au moins deux années d'un poste, soit dans les colonies d'aliénés de la Seine, soit dans les asiles publics d'aliénés et qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de cinquante ans à la date de l'ouverture du concours.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° Expédition d'acte de naissance;

2° Certificat d'exercice prescrit par l'article 4 du décret du 12 décembre 1907. (Ce certificat doit être délivré par le Préfet du département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions.)

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (service des aliénés), sous pli cacheté, revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury, en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le ministre de l'Intérieur recevront une convocation pour prendre part aux épreuves.

*Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.*

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

## L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## Pathologie.

## LES PSYCHOSES ASSOCIÉES

(PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE ET DÉLIRE D'INTERPRÉTATION)

Par le Dr René MASSELON

Médecin directeur de l'asile de Prémontéré.

On ne saurait trop analyser les diverses formes cliniques des psychoses constitutionnelles.

En montrant qu'un grand nombre d'états morbides ressortissent à la constitution individuelle, Morel et Magnan ont fait entrer la science psychiatrique dans une voie féconde en résultats.

Mais il est nécessaire, sous peine de voir toutes les espèces morbides se confondre en une espèce unique, de tracer des subdivisions dans le grand groupe nosographique décrit par Magnan.

Or, parmi toutes les variétés de délire qui germent



sur le terrain dégénératif, — et ce terrain me paraît à la fois plus vaste et plus étroit que ne le prétend M. Magnan, — aucune ne paraît plus difficile à classer que celle des *délires multiples*, qui ne présentent aucun caractère positif, aussi bien au point de vue de la symptomatologie qu'à celui de l'évolution.

Entendons-nous bien ! Je ne veux pas parler ici de tous les délires multiples, tels qu'ils ont été conçus par leur auteur.

L'on peut déjà, à la lueur de nos classifications plus modernes, distinguer, en effet, parmi ces délires, des espèces qui appartiennent à des groupes morbides assez bien déterminés. Si l'on étudie avec soin les observations publiées par M. Magnan, on y découvre facilement :

1° Des cas de *démence précoce* ;

2° Des cas de *démence paranoïde* (comprise dans le sens que j'ai indiqué dans un article précédent) (1).

3° Des *états mixtes de psychose maniaque-dépressive*.

Éliminons les uns et les autres. Que reste-t-il ? Des délires, sans évolution fixe, formés d'idées délirantes polymorphes, souvent assez mal systématisées, instables, à base d'interprétations, chez des sujets qui présentent soit des états d'excitation, soit des états de dépression, et qui, tantôt apparaissent sous forme d'accès, de *bouffées délirantes*, comme dit M. Magnan, tantôt prennent une allure chronique, sans aboutir néanmoins à un état très marqué d'affaiblissement intellectuel. Il me semble que le diagnostic que portent encore beaucoup d'aliénistes sur ces états : *dégénérescence mentale avec délire polymorphe*..., n'en éclaire ni la nature, ni le mécanisme, ni l'évolution : ni la nature, puisqu'on les confond pêle-mêle avec d'autres qui ne leur ressemblent pas (obsessions, délires systématisés d'emblée, délires

(1) Les délires hallucinatoires chroniques. *Encéphale*, mars 1912.

des persécutés-persécuteurs, etc.) ; ni le mécanisme, car la notion de dégénérescence est incapable à elle seule de nous montrer la genèse des faits observés ; ni l'évolution, puisque leur conception même éloigne de leur définition tout déterminisme.

Les nouvelles conceptions de Kraepelin sont-elles capables de les faire mieux comprendre ?

Oui et non tout à la fois. Oui, parce que, prévoyant des types plus nombreux, elles permettent de séparer et de classer une foule de cas, qui s'étonnaient jadis de se trouver ensemble ; non, parce que, trop schématiques à leur tour, elles ne tiennent pas un compte suffisant de toute la masse des faits intermédiaires.

Les types morbides que nous envisageons ici se trouvent groupés par Kraepelin soit dans la *psychose maniaque-dépressive*, soit dans le *délire d'interprétation*, et il est bien certain qu'un grand nombre d'entre eux se placent naturellement dans l'une ou l'autre de ces grandes subdivisions nosographiques.

Mais il en est d'autres qui se laissent assez difficilement réduire à ces deux psychoses, soit qu'un luxe exubérant d'idées délirantes se développe sur un fond maniaque-dépressif manifeste, soit qu'aux interprétations se surajoutent des états d'excitation ou de dépression, qu'elles n'expliquent pas et qui en modifient l'aspect.

Avant d'entrer dans l'examen de ces faits complexes je vais d'abord relater une observation particulièrement significative, car on y trouve réunis les deux ordres de phénomènes auxquels je viens de faire allusion : l'addition d'interprétations délirantes à des accès périodiques d'excitation maniaque et la coexistence d'états hypomaniaques et d'un véritable délire d'interprétation.

Il s'agit d'une femme de soixante-dix ans, M<sup>me</sup> B..., femme L..., entrée à la colonie de Dun-sur-Auron en mars 1909.



M<sup>me</sup> B... se présente sous l'aspect d'une petite vieille, assez soignée, peu loquace, aimant peu à parler de ses affaires et ayant tous les dehors d'une personne normale. A Dun, où elle vit chez des nourriciers, elle vient très rarement nous trouver et seulement dans les cas où elle doit changer de logement. Très réservée, assez hautaine, elle n'est pas de celles qui réclament sans cesse et qui viennent se plaindre de manque d'égards réels ou de mauvais traitements imaginaires. On sent d'ailleurs que, par fierté, elle préférerait se taire que de gémir sur son malheureux sort, et le sourire plein de réticences qui accompagne ses protestations de bien-être en dit autant sur ses pensées secrètes que de longs discours. Elle s'occupe, fait des fleurs artificielles, des couronnes, de menus bibelots, améliore son existence autant qu'elle le peut, et tient sa chambre avec un ordre et une propreté remarquables.

M<sup>me</sup> B... ne refuse pas d'ailleurs de se prêter aux entretiens multiples que nous lui demandons. Assez réticente tout d'abord, peu à peu les confidences lui montent aux lèvres ; elle s'échauffe au feu de son propre récit et, passant pour ainsi dire de la narration à l'acte, elle prend un ton déclamatoire, mélodramatique, et ne parle plus d'elle-même qu'à la troisième personne. Maintenant ce n'est plus elle, ce sont les puissances supérieures qui se sont emparées d'elle et qui la font agir, qui parlent par sa bouche.

« Nous lui faisons faire ce qu'elle doit, prononce-t-elle d'un ton sentencieux ; nous la soutenons nuit et jour ; si elle verse une larme, nous sommes là pour la consoler » ; et encore : « Elle a récolté la souffrance, on la prenait, on s'en servait. » Interrogée sur le sens de ces paroles mystérieuses, elle déclare l'ignorer. Ce sont eux qui la font parler, ils vont répondre s'il leur convient.

Et nous apprenons ainsi, toujours sous la même forme impersonnelle et sentencieuse, qu'elle a perdu son libre arbitre et qu'elle est entre les mains de ceux qui tiennent la science. Ces êtres la guident, la conseillent, la secourent, mais l'obligent à accomplir toutes sortes d'actes bizarres dont la portée lui échappe. C'est ainsi que tout à coup elle se lève et, d'un ton solennel, avec une attitude théâtrale, elle prononce quelques mots sans suite qu'elle se déclare tout à fait incapable d'expliquer quand elle est calmée.

A examiner ce délire sous cet aspect purement extérieur, il nous apparaît donc comme un délire systématisé de domination,

basé surtout sur des hallucinations psycho-motrices, et combiné à des phénomènes d'excitation maniaque, qui expliquent les incohérences passagères dans les propos et dans les actes.

Et il ne laisserait pas de nous rendre fort perplexe sur sa nature véritable si d'une part nous n'en connaissions pas l'évolution, et si, d'autre part, nous n'analysions pas le caractère réel des phénomènes sur lesquels il est basé.

Or, d'après les renseignements que nous donne M<sup>me</sup> B... elle-même, et surtout d'après ceux que nous a fournis M. le Dr Capgras (1), qui l'a suivie et étudiée très minutieusement pendant longtemps, il est facile de reconstituer l'histoire de la maladie et de jeter la lumière sur des points qui jusqu'ici sont encore fort obscurs.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de congestion pulmonaire.

Mère morte à soixante-dix ans, d'asthme (?).

Une sœur présenterait de fréquents érysipèles.

Pas d'antécédents nerveux ni mentaux (?).

*Antécédents personnels.* — Bien portante dans son enfance et sa jeunesse.

A reçu une instruction primaire.

A toujours eu un caractère un peu sombre et méfiant.

Mariée à vingt et un ans, sans enfants, elle n'a pas eu de bonheur en ménage, car elle apprit peu de temps après son mariage que son mari l'avait trompée et avait un enfant. Elle se résigna cependant; mais, plus tard, après la mort de son mari, espérant sans doute trouver le bonheur qui l'avait fuie, elle s'amouracha d'un peintre en bâtiments, avec qui elle vécut maritalement.

Elle avait été bien portante jusqu'en 1892, lorsqu'à l'âge de cinquante ans (la ménopause est survenue à cinquante-quatre ans), elle devient subitement jalouse, s'imaginer que son amant fréquente une jeune fille, court les rues à sa recherche, et le suit partout en secret; parfois elle croit le reconnaître sous les traits d'un passant, d'un cocher. Peu à peu elle s'excite, se promène en gesticulant, se livre à des actes bizarres, jette par la fenêtre son porte-monnaie, une chemise, un édredon.

---

(1) Je remercie tout particulièrement ici M. le Dr Capgras qui a bien voulu me communiquer les notes qu'il avait jadis prises sur cette malade; c'est à son obligeance que je dois d'avoir pu reconstituer toute son histoire.



don, donne tout ce qu'elle possède au premier venu, veut se précipiter elle-même par la croisée. C'est dans son esprit un défilé continu de souvenirs et d'images. Elle a des hallucinations psychiques, des pensées surgissent en elle qui ne lui appartiennent pas, « on lui parle dans le cerveau ». Il ne semble pas qu'elle ait eu à cette époque d'hallucinations de l'ouïe, mais elle paraît avoir présenté des hallucinations de la vue. Un jour, elle voit des bluettes de feu tomber près d'une commode; un autre jour, une main détachée du corps près d'une porte; un autre jour encore, de nombreux chats près de la rampe d'un escalier, et, pour conjurer le mauvais sort qu'ils représentent à ses yeux, elle urine à côté d'eux.

Internée à l'asile Saint-Pierre à Marseille, elle traverse une période de confusion dont elle a perdu complètement le souvenir; elle se souvient seulement qu'elle était très excitée, et qu'elle avait de nombreuses hallucinations de l'ouïe, mais c'était un « chaos » auquel elle ne comprenait rien.

Cet état se termine par la guérison. Elle sort de l'asile au bout de quatre mois, la durée totale de l'accès ayant été de sept mois.

Au bout de six mois, brusquement, l'excitation reparait, se traduisant surtout par de la logorrhée. M<sup>me</sup> B... ouvrait sa fenêtre et y tenait de longs discours, parfois pendant plusieurs heures sans s'arrêter. A l'asile Saint-Pierre, où elle entre de nouveau, elle passe la plus grande partie de la journée à discourir à voix très haute. Elle commence, à cette époque, à se sentir poussée à dire certaines choses qu'elle n'aurait pas voulu raconter. Hallucinations de l'ouïe sous forme de conversation mentale : elle entend deux voix différentes qui parlent d'elle.

La guérison survient brusquement : l'accès a duré cinq mois.

Six mois après, tout à coup, voyant passer une Société de musique, elle se met à sa tête, un drapeau noir à la main, et va s'agenouiller au milieu du chœur d'une église en criant : « C'est pour les petits et les grands que j'implore... » Elle se livre ensuite à une foule d'excentricités, fait des achats considérés, bref, est internée de nouveau à l'asile Saint-Pierre.

C'est alors qu'elle commence à se rendre compte qu'elle a perdu son libre arbitre : on lui disait intérieurement que l'être humain n'avait pas une volonté libre ; ces paroles intérieures, elle les entendait au niveau du cœur. « On aurait dit que ma

pensée était déplacée, et qu'au lieu d'être au cerveau, elle était au cœur. » Tout d'abord, elle se refusait à croire à tout ce qu'elle entendait ainsi. Mais un jour la voix lui dit : « Nous te prouverons que tu n'as pas ton libre arbitre », et elle ajouta : « Tu vois cette timbale près de cette femme, tu passeras à côté et tu l'enverras au milieu de la cour ». « En entendant ces paroles, poursuit la malade, j'eus un mouvement de protestation, je serrai mes mains contre mon corps pour ne pas toucher à la timbale; puis, pour montrer ma volonté, je passai à côté d'elle; mais voilà qu'arrivée à côté, à ma grande stupéfaction, mon pied part, je ne sais comment, et j'envoie rouler la timbale à quelques mètres; au même instant je reçois une gifle et je me dis que je ne l'ai pas volée. » Ce nouvel accès a duré cinq ou six mois et s'est terminé par la guérison complète.

Celle-ci s'est maintenue six ou sept mois. Puis tout à coup l'idée lui vient de donner tout ce qu'elle a : à l'aide d'une corde tendue à travers la rue, elle fait passer à une voisine ses dentelles, ses habits. Pendant six mois, elle a ainsi donné tout ce qu'elle possédait. En même temps, elle discourait à sa fenêtre, plaidant pour Dreyfus, prédisant l'incendie du bazar de la Charité. « C'était, dit-elle, quelqu'un qui parlait par ma bouche, car je tenais des discours bien au-dessus de ma condition. » De nouveau conduite à l'asile Saint-Pierre, elle y reste treize mois et la guérison se maintient après sa sortie pendant un an environ. C'est alors qu'elle vient à Paris, et c'est à partir de cette époque que nous avons sur notre malade des renseignements de première main.

Le nouvel accès (le cinquième) débute par des promenades sans but à travers Paris. Amenée à Sainte-Anne le 22 mars 1901, elle se présente, quoique beaucoup plus excitée, avec les mêmes idées délirantes qu'aujourd'hui.

Elle parle à la troisième personne et prononce parfois des mots sans suite : « Le chapeau... le mouchoir blanc... le cadre... le vaccin vaginal... la mort de Sadi-Carnot. » Ou bien elle entame une conversation avec elle-même, où elle fait les demandes et les réponses : « Pourquoi ris-tu? — On me force à rire. » Elle déclare alors qu'elle n'a plus son libre arbitre : elle est un outil entre les mains de ceux qui tiennent la science; on veut qu'elle ait l'air d'une folle; on lui impose ses pensées, on la fait sauter d'une idée à une autre; pas un de ses mouvements n'est volontaire; tout lui est commandé. Ceux qui la guident d'ailleurs parlent par sa bouche, elle n'a plus de voix



maintenant, elle n'en a plus depuis Marseille : ce sont des impulsions qui la font agir ; c'est la « science infuse ».

En mai, la malade est complètement guérie. Ses gestes, ses propos sont redevenus normaux ; elle s'occupe dans le service, ne commet jamais la moindre extravagance. Elle ne manifeste aucune trace d'affaiblissement intellectuel. Malgré une instruction très peu poussée, elle s'exprime avec facilité. Elle témoigne de sentiments encore très actifs et d'une grande activité d'esprit.

Elle sort de Sainte-Anne le 5 juin.

Cet état ne dure pas longtemps, car, le 18 octobre suivant, elle rentre à Sainte-Anne, en proie au même délire. Elle est toujours sous la domination d'êtres invisibles qui la guident et la font agir ; elle leur obéit d'ailleurs avec plaisir ; on lui fait comprendre que le mobile des actions auxquelles on la pousse est noble, on l'éclaire, on la conseille. A sa sortie, si elle a paru guérie, c'est que les actes qu'on lui commandait étaient en accord avec son intérêt particulier. Mais depuis six semaines, on a cessé de faire coïncider son intérêt avec l'intérêt commun. A partir de ce jour, elle a remarqué qu'elle était sous l'œil de la Préfecture ; les agents de la sûreté suivaient tous ses pas et observaient tous ses actes. On lui fait accomplir toutes sortes d'actions dont elle ne comprend pas le but : est-elle occupée à coudre, par exemple, on la force à se lever, à regarder par la fenêtre, à lire quelques lignes au hasard, à mettre à la croisée un oreiller, des étoffes diverses ; on l'oblige à acheter quantité de journaux, à faire des dépenses de toutes sortes. Tout cela peut paraître absurde, mais elle sent au cœur une voix qui lui dit qu'elle travaille pour le bien de la cause.

Pas d'hallucinations de l'ouïe : M<sup>me</sup> B... est très affirmative à ce sujet ; elle a eu des voix autrefois, elle sait ce que c'est ; mais aujourd'hui, ce qu'elle éprouve est tout différent, cela ne peut s'appeler que la « science infuse ».

Au contraire, elle présente des hallucinations psycho-motrices — ou ce que l'on est convenu d'appeler de ce nom — j'en rechercherai la nature dans un instant. — C'est au cœur que ses invisibles lui parlent toujours. Il y a quelque temps on lui faisait venir des pensées et en même temps ses lèvres et sa langue remuaient malgré elle.

L'excitation intellectuelle est moins grande qu'à sa précédente entrée, quoiqu'elle parle toujours à la troisième personne et qu'elle prononce des suites de mots incohérents ou des séries

de lettres dont il est impossible de comprendre le sens :  
« M<sup>me</sup> Leblanc va vous parler. C. K. C. P. »

Cet état persiste très longtemps avec des intervalles de calme relatif, pendant lequel cependant elle n'abandonne pas ses idées délirantes, avec des recrudescences d'agitation, au cours desquelles elle crie et déclame d'un ton théâtral et mélodramatique, parlant toujours d'elle-même à la troisième personne.

A partir d'août 1904, elle se calme cependant et peut sortir guérie le 8 novembre 1904.

Quelques mois après, en janvier 1905, elle rentre dans le même état et, depuis cette époque, tous les certificats qui sont délivrés dans les divers services où elle a passé mentionnent un délire systématisé avec hallucinations psycho-motrices et altérations de la sensibilité.

L'excitation a en partie disparu, du moins dans la mesure que nous indiquions au début de cette observation, et il ne subsiste plus que les troubles délirants que j'ai longuement énumérés ci-dessus.

Telle est l'histoire de cette malade. Comment doit-on l'interpréter ?

A première vue, et si l'on s'en tenait au seul examen immédiat, sans tenir compte des anamnétiques, on pourrait croire à un *délire systématisé* : et en fait, c'est bien là ce que l'on observe actuellement. Mais quel est ce délire ? Comment est-il né ?

Pour l'établir, résumons notre trop longue observation.

On peut y distinguer trois phases bien distinctes :

1° D'abord, M<sup>me</sup> B... présente des accès d'excitation maniaque typique, accompagnée d'illusions et de troubles sensoriels mal systématisés : elle est alors atteinte de *folie périodique* ou de *psychose maniaque dépressive* ;

2° Puis au troisième accès, au milieu des phénomènes d'excitation, s'ébauche un commencement de systématisation dans les idées délirantes : M<sup>me</sup> B... commence à croire qu'elle a perdu son libre arbitre. Elle est alors



atteinte d'un *délire polymorphe formé surtout d'idées de domination*.

3<sup>e</sup> Enfin, après toute une série d'accès entrecoupés de phases de guérison, elle aboutit à un véritable *délire systématisé* qui persiste sans rémission depuis sept années consécutives.

D'après les certificats délivrés par la plupart des aliénistes qui ont eu l'occasion d'observer cette malade, elle serait atteinte d'un *délire hallucinatoire*, formé surtout d'*hallucinations psycho-motrices*. Je le veux bien, mais à la condition que l'on s'entende.

Comment, en effet, le délire est-il apparu? M<sup>me</sup> B... a eu le sentiment qu'elle ne s'appartenait plus, qu'elle avait perdu son libre arbitre. Elle parlait, elle agissait et elle avait conscience que ce n'était plus sa volonté qui dirigeait ses paroles et ses actes. Or, est-ce là autre chose qu'une interprétation de son excitation intérieure? Je ne le crois pas.

M<sup>me</sup> B..., personne jusque-là pondérée, raisonnable, se livre un beau jour à des actes extravagants et, comme elle a conservé la conscience de ce qu'était sa personnalité passée, ces actes lui paraissent si extraordinaires qu'elle ne se reconnaît plus en eux. Elle en conclut immédiatement qu'ils lui sont étrangers, qu'ils lui sont imposés par une force qui la domine, et, comme elle ne nourrit pour elle-même que des sentiments empreints de la plus grande bienveillance et de la plus haute estime, elle ne peut concevoir cette force que sous les espèces d'êtres supérieurs qui la dirigent vers un but inconnu, mais dont elle ne peut douter de l'excellence.

Nous trouvons donc dans l'excitation intellectuelle même, le secret des altérations de la personnalité que présente notre malade. Cette excitation intellectuelle déclanche d'ailleurs toute une poussée de pensées, de

souvenirs accompagnés de leur expression verbale et même, comme il arrive si souvent chez les maniaques, lui fait prononcer des mots sans suite, dont elle ne reconnaît pas l'origine. Elle les considère comme le résultat d'une véritable domination qui la pousse à penser et à parler malgré elle.

Si ce sont là des hallucinations psycho-motrices, je veux bien que M<sup>me</sup> B... présente ce phénomène. Mais avant de résoudre définitivement cette question, voyons dans quelles conditions ces phénomènes se produisent.

Au début de toute conversation, M<sup>me</sup> B..., très calme, parle correctement, s'entretient avec son interlocuteur d'une façon presque normale. On la met sur la voie de son délire et peu à peu elle s'anime, sa voix change, la tonalité en devient plus profonde, elle prend une attitude solennelle ou tragique, puis ne parle plus d'elle qu'à la troisième personne. Dès lors, ce n'est plus M<sup>me</sup> B... que nous avons sous les yeux, mais les êtres puissants qui la font agir et qui s'expriment par sa bouche.

On le voit, la prétendue hallucination psycho-motrice est bien ici l'effet de l'excitation. Bien plus, elle n'est rien autre chose que cette excitation même. M<sup>me</sup> B... n'a pas d'hallucinations en dehors de ses périodes d'excitation. C'est grâce à elles, c'est sur elles que se développe son délire. Les prétendus phénomènes hallucinatoires ne sont pas le résultat de l'éréthisme d'un centre cérébral déterminé, ils sont l'effet de l'éréthisme général de l'activité intellectuelle tout entière : ils ne sont pas autre chose que ces phénomènes d'excitation mal reconnus et interprétés. Bref, il ne s'agit pas là d'hallucinations, mais d'interprétations délirantes.

Je crois d'ailleurs que les considérations que je développe ici à propos d'un cas particulier peuvent s'appliquer d'une façon générale à beaucoup d'autres



cas et que certains phénomènes, étiquetés à tort hallucinations psycho-motrices, ne reconnaissent souvent pas d'autre origine. Il en est ainsi de nombre de *délires de médiumnité* ou de *possession* que l'on considère bien à tort comme des *délires hallucinatoires* et qui ne sont que des *délires d'interprétation*.

Mais ce sont des délires d'interprétation d'une nature spéciale et sur lesquels, que je sache, l'on n'a pas encore jusqu'à ce jour beaucoup attiré l'attention. A l'inverse en effet de la plupart des interprétateurs, qui cherchent dans les incidents les plus insignifiants du monde extérieur les justifications de leurs préoccupations dominantes, M<sup>me</sup> B... ne s'attache qu'aux événements de son propre monde intérieur. C'est le reliquat de son excitation de jadis, c'est un état fréquent d'hypomanie qui alimente son délire. Elle est atteinte d'un *délire d'interprétation à base d'excitation mentale*.

La légitimité de cette assertion peut être contrôlée par l'étude de faits analogues, quoique de formule inverse. A côté d'un délire d'interprétation à base d'excitation mentale, on peut concevoir un *délire d'interprétation à base de dépression mentale*, formé surtout d'idées de domination édifiées sur les phénomènes de ralentissement psychique, sur les troubles de l'évocation des idées consciemment perçus, mais mal reconnus, que présentent si fréquemment les mélancoliques.

Dans tous ces cas, le délire d'interprétation vient se greffer sur des troubles primitifs de l'activité cérébrale et de l'humeur; la *paranoïa* utilise, pour l'édification de ses conceptions erronées, les troubles fondamentaux de la *psychose maniaque-dépressive*.

\*  
\* \*

Mais, pourra-t-on objecter, il s'agit là de *délires systématisés secondaires*.

Je le veux bien encore, mais à la condition que nous nous entendions sur les mots, car c'est une question bien complexe que celle des délires systématisés secondaires, et un rapide coup d'œil sur leur histoire ne sera peut-être pas inutile ici.

On sait que, pour Griesinger, la plupart des délires systématisés étaient secondaires soit à des accès de manie, soit à des accès de mélancolie.

Cette conception, adoptée à cette époque par la plupart des aliénistes allemands, fut rapidement abandonnée par son auteur lui-même, car l'on s'aperçut rapidement que les accès de manie et de mélancolie, que l'on considérait comme essentiels, n'étaient qu'un mode de début, ou qu'un épisode d'un délire systématisé primitif. Si, par la suite, des auteurs allemands parlèrent encore de délire systématisé secondaire, ce ne fut plus que par la force de l'habitude, car Schüle, Krafft-Ebing, Kraepelin (dans sa première édition) firent remarquer que ces formes morbides s'accompagnent toujours d'un état assez profond d'affaiblissement intellectuel. Ces délires, mal systématisés, incohérents, stéréotypés, ne sont donc nullement des délires secondaires, — c'est-à-dire des affections greffées sur un état morbide primitif de nature différente, — et encore moins des délires systématisés, puisque c'est par l'absence de toute systématisation, par la désagrégation progressive des facultés mentales qu'ils se caractérisent. Ils sont tout simplement constitués par la période terminale d'une affection à évolution bien déterminée, la *démence paranoïde*, comme le pensait déjà à cette époque le professeur Kraepelin.

Abandonnée en Allemagne, la doctrine des délires systématisés secondaires devait trouver en Italie un terrain favorable à son développement. Les auteurs italiens, comme Tanzi et Riva, Tonnini, del Greco,



admettent l'existence de délires systématisés consécutifs à la manie, à la mélancolie, à la confusion mentale, et considèrent que ces états ne constituent ni un état psychonévrotique, ni un état dégénératif pur. « La paranoïa secondaire, dit Tonnini, est la réunion, sur un même individu, susceptible de dégénérer, de l'influence de ces deux processus ; elle constitue un anneau qui unit ces deux états. » Et, approfondissant cette idée, tâchant de relier l'un à l'autre ces deux processus différents, del Greco conclut que la paranoïa secondaire diffère de la paranoïa primitive par ce fait que celle-ci est l'exagération, l'aboutissant d'un caractère constitutionnellement anormal, tandis que la première est la manifestation d'un tempérament moins profondément vicié, dont les tares sont pour ainsi dire latentes, et qui a besoin, pour se révéler, du choc d'un accès psychonévrotique ; pour employer ses propres expressions, « la psychonévrose mûrit, pendant son évolution, un accès dégénératif encore incomplet (1) ».

Les idées italiennes passèrent en France et inspirèrent l'intéressant rapport de M. Anglade au Congrès de Marseille.

Pour M. Anglade, les délires systématisés se développent sur une constitution hybride, à la fois psychonévrotique et paranoïenne, réalisée par « la dégénérescence acquise, les psychonévroses, seules ou associées à des tendances paranoïennes, originelles, mais latentes ».

Malheureusement, il ne semble pas que les faits que rapporte M. Anglade en faveur de cette séduisante hypothèse soient susceptibles d'une telle explication, et il paraît, tout au contraire, qu'ils doivent recevoir une interprétation toute différente et bien plus simple.

---

(1) Tonnini. La paranoia secundaria. *Rev. sper.*, 1887.

En effet, dans les deux observations de délires systématisés secondaires à la manie, que cite M. Anglade, je ne vois pas trace de délire systématisé, mais je crois distinguer, dans l'un, un cas de manie chronique avec idées délirantes fort mal systématisées, et, dans l'autre, un cas d'affaiblissement intellectuel avec idées délirantes assez incohérentes (1).

Quant à ces délires secondaires à la mélancolie, ce sont, pour la plupart, des démences paranoïdes. Je ne cite que pour mémoire le délire des négations, que M. Anglade considère aussi comme un délire secondaire à la mélancolie, mais dans lequel il est impossible de voir autre chose qu'un aboutissant, un mode de terminaison de la mélancolie chronique.

Peut-être sont-ce là les raisons pour lesquelles le rapport de M. Anglade, malgré ses si séduisantes qualités, ne dissipa pas l'antipathie des aliénistes français pour les délires systématisés secondaires, et, dans les traités récents, je n'aperçois guère que M. Régis qui en fasse mention, et encore d'une façon bien épisodique.

Et cependant, je ne suis pas certain que cette question mérite d'être ensevelie dans l'oubli. Je crois même qu'il y aurait peut-être quelque intérêt à la faire sortir de ses cendres et qu'elle est susceptible d'éclairer l'étude de certains faits encore obscurs et mal expliqués.

Si, en effet, nous reprenons l'hypothèse de M. Anglade d'après laquelle les délires systématisés secondaires se greffent sur une constitution hybride, à la fois psychonévrotique et paranoïenne, nous serons bien près de la vérité, mais à une condition, c'est de supprimer ce terme de délire systématisé secondaire qui semble pré-

---

(1) Del Greco, cité par Anglade. *Délires systématisés secondaires*. Congrès de Marseille, 1899.



juger une affection acquise, contingente, et qui n'indique pas assez bien que l'affection considérée puise profondément dans la constitution même de l'individu.

Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que les malades du type de celle qui fait l'objet de notre observation sont avant tout des *paranoïaques*, c'est-à-dire des sujets qui, du fait de leur constitution intime, sont portés à faire des interprétations. Mais, chez eux, le *tempérament paranoïaque* n'est pas pur ; il se combine à un autre tempérament, au *tempérament maniaque dépressif*.

L'on sait, et je me suis attaché, avec le Dr Rodiet, à le démontrer dans un article précédent (1), que, bien que la psychose maniaque dépressive puise par de profondes racines dans le tempérament, il lui faut, pour passer, pour ainsi dire, à l'acte, une cause occasionnelle qui déclanche soit un accès, soit tout le cycle des accès, et que, parmi beaucoup d'autres, l'involution sénile est une des plus fréquentes. Ici, l'intervention de cette cause est assez nette. Jusqu'à cinquante ans, M<sup>me</sup> B... a pu passer pour normale. Puis, à ce moment, éclôt le premier accès de folie périodique. Le cycle étant ouvert, les accès se succèdent et mettent en jeu les tendances paralogiques qui, se moulant d'abord sur les phénomènes d'excitation, apparaissent et disparaissent avec eux. Mais bientôt les idées délirantes s'incrustent profondément dans l'esprit et, à la faveur de l'immobilisation de la pensée, de la diminution d'activité intellectuelle, produites par l'involution sénile, finissent par leur survivre.

Ainsi, il y a là deux psychoses qui se développent

---

(1) Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le cadre nosographique. *Encéphale*, décembre 1911.

simultanément, qui se fortifient l'une l'autre, et qui combinent leurs divers symptômes. On ne doit pas dire qu'il s'agit de délire systématisé secondaire à l'excitation maniaque, mais de *psychoses associées*, les deux formes mentales étant soutenues par une constitution à la fois paranoïaque et maniaque-dépressive.

Cette notion de psychoses associées me paraît devoir être assez féconde en résultats ; elle permet d'expliquer, me semble-t-il, ces cas dont je parlais au début de cette étude, et qui ne rentrent que malgré eux dans nos cadres un peu conventionnels et un peu étroits.

Si l'on se reporte en effet à la classification des divers tempéraments psychopathiques que j'ai proposée dans une étude antérieure (1) :

- 1° Les *arriérés* ;
- 2° Les *fous avec conscience* ;
- 3° Les *maniaques dépressifs* ;
- 4° Les *paranoïaques*,

on comprendra comment ces divers tempéraments, se combinant et s'associant, réalisent ces formes complexes qui ne peuvent s'adapter à aucune nomenclature. Cette notion, tout en restant assez large et assez élastique pour englober un grand nombre d'états différents, est cependant plus précise que la conception très vague de la dégénérescence qui noie toutes les formes dans un milieu amorphe et indéfini.

Elle s'adapte surtout merveilleusement à chaque cas individuel, qu'elle moule pour ainsi dire et dont elle garde l'empreinte. Elle substitue l'étude du malade à l'étude trop large de la maladie et, mettant en garde contre les synthèses trop hâtives, elle permet de fouiller

---

(1) Les délires hallucinatoires chroniques. *Encéphale*, février 1912.



la constitution antérieure pour y découvrir le germe de l'affection qui va s'y développer.

Je ne puis, dans une aussi courte étude, indiquer toutes les conséquences de la notion que je préconise ici, après beaucoup d'autres d'ailleurs, parmi lesquels je place M. Séglas, dont les *Leçons cliniques* resteront comme le chef-d'œuvre de ce que doit être la psychopathologie analytique.

Que l'on me permette cependant de tracer une courte esquisse des faits auxquels elle s'applique.

1° Je rappellerai d'abord, bien que ces cas s'éloignent un peu du sujet limité de mon étude, que nombre de dégénérés, en proie à des *obsessions*, à des *impulsions*, à des *perversions instinctives*, greffent sur ces états des *délires systématisés à base d'interprétations*. Ces délires que M. Magnan ne distingue pas suffisamment des obsessions, des impulsions, des perversions pures, qui s'accompagnent toujours de la conscience de leur nature morbide, me paraissent de tous points comparables au délire qui fait l'objet de mon observation. L'esprit prend prétexte du trouble, dont il ne reconnaît plus l'origine, pour en tirer toute une suite de conclusions erronées, soit qu'il obéisse aux tendances paralogiques qui, de tout temps, l'ont porté à déformer la réalité, soit qu'un affaiblissement intellectuel progressif fixe ces tendances paralogiques et les rende à la fois plus profondes et plus absurdes. Bref, qu'il s'agisse de délire d'interprétation ou de démence paranoïde, associés à des obsessions, cet état ne fait que révéler la double nature du tempérament dégénératif, à la fois paranoïaque et impulsif sur lequel il se développe.

2° Mais c'est surtout la paranoïa et la psychose maniaque dépressive qui donnent lieu aux combinaisons les plus variées.

a) Tout d'abord, on peut ramener aux psychoses asso-

ciées tous les *délires d'interprétation à base d'excitation ou de dépression mentale*, comme j'ai tenté de le prouver au cours de cette étude.

b) L'on peut aussi expliquer par cette hypothèse tous ces délires assez mal systématisés qui éclosent sur des états d'excitation ou de dépression et qui disparaissent avec eux, délires généralement curables et que M<sup>e</sup> Magnan désigne sous le nom de *bouffées délirantes des dégénérés*.

Ces délires sont supportés par la psychose maniaque dépressive ; mais ils exigent pour se produire un tempérament paranoïaque. Aussi est-ce avec quelque apparence de raison que M. Magnan, au lieu de les placer dans ses folies intermittentes, les rangeait dans les psychoses des dégénérés. Mais en créant entre ces deux grands groupes des limites aussi tranchées, il ne tenait pas assez de compte de la nature complexe de ces phénomènes, et, quoiqu'il eût pris soin de noter dans sa description clinique que les états d'excitation et de dépression jouaient un grand rôle dans leur éclosion, il ne les mettait pas assez en lumière, puisqu'il confondait ces états avec d'autres très différents, comme par exemple les délires systématisés des dégénérés qui sont des formes pures de paranoïa.

En les considérant à la fois comme des manifestations maniaque-dépressives et paranoïaques, ou plutôt en les regardant comme des manifestations paranoïaques écloses à la faveur de la psychose maniaque-dépressive, il me semble que l'on en met en lumière à la fois la nature et le mécanisme.

c) Enfin, c'est encore au groupe des psychoses associées qu'il faut, il me semble, rattacher ces formes morbides où, sur un délire d'interprétation primitif, viennent se greffer des états d'excitation ou de dépression qui apportent aux idées délirantes une contribution



nouvelle, états qui ont d'ailleurs une tendance à évoluer vers l'affaiblissement intellectuel et dans lesquels on pourrait voir des démences paranoïdes, si l'on ne savait que la démence paranoïde est actuellement un vaste pandémonium dans lequel viennent échouer et se confondre tous les processus démentiels, auxquels on ne peut assigner une cause déterminée ou une évolution fixe.

---

---

COMPARAISON  
ENTRE  
**LES PSYCHOSES TOXIQUES**  
ET LES TROUBLES

PAR ÉPUISEMENT MÉCANIQUE DES COMITIAUX

**Par le Dr Henri DAMAYE**

Médecin de l'asile de Bailleul.

Il est intéressant de rapprocher les unes des autres les conditions dans lesquelles se réalisent les troubles mentaux. Notre principal effort doit tendre, en psychiatrie, à dégager, autant que cela est possible, les lois des affections mentales, à pénétrer l'étiologie, à grouper les causes, en vue d'indications et d'essais thérapeutiques appropriés.

Depuis la grande œuvre commencée par Régis et son École dès les expériences de Bouchard, œuvre grâce à laquelle la psychiatrie profita aussi des découvertes pastoriennes, l'étiologie s'éclaira de plus en plus par l'étude des intoxications : une thérapeutique rationnelle, but de toute pathologie, devint possible. Néanmoins, beaucoup d'affections mentales sont encore laissées au domaine imprécis de la constitution. Dans les maladies toxiques, le trouble mental se révèle à la faveur d'un poison. Au début, il y a imprégnation des éléments du cerveau par la substance délétère : les lésions n'existent pas encore ou bien sont réparables, pendant un temps plus ou moins long. Ensuite, selon la vitalité de l'or-



gane et selon la virulence du toxique, un processus anatomo-pathologique évolue. La forme du trouble mental dépend avant tout de la prédisposition, mais la virulence et la durée du contact ont aussi un rôle dans l'orientation du processus. Dans ces maladies d'ordre toxique, le rôle destructeur du poison, notamment vis-à-vis des cellules corticales, explique un affaiblissement intellectuel qui fait défaut dans les pures affections constitutionnelles.

Il existe d'autres troubles mentaux (1) dont la cause paraît toute mécanique, du moins en l'état actuel de notre savoir. Ces troubles sont constitués par les phénomènes d'excitation, de confusion et de délire qui suivent les crises, ou plus souvent les séries de crises épileptiques. Les belles études de Delasiauve (1852, 1854) nous en ont donné une description d'ensemble.

Une période d'engourdissement pour certaines conceptions allemandes fit oublier quelque peu les vieux auteurs français, et cependant nous devons admirer leurs constatations déjà si justes. Delasiauve a admirablement décrit l'état des épileptiques après les paroxysmes. Écoutons tout d'abord cette judicieuse distinction entre la démence et ce qui mériterait aujourd'hui le nom d'*obnubilation* ou *obtusio chronique* (2).

— « L'épilepsie engendre un état de *stupidité* dont on a eu tort de grossir démesurément le chiffre de la *démence*... La démence épileptique est l'altération lente, graduelle et permanente des facultés *physiques* et *morales*; cette affection ne se montre jamais *que dans les*

(1) Régis (*Précis de Psychiatrie*, 4<sup>e</sup> édit.) considère comme *psychoses convulsives* celles consécutives aux accès comitiaux (mélancolies anxieuses, stupides; délires hallucinatoires terrifiants; confusion mentale). Régis émet l'idée d'auto-intoxications secondaires provoquées par le *shok* convulsif.

(2) Delasiauve. D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie. *Ann. méd.-psychol.*, 1852, p. 492 et 494.

*épilepsies invétérées* et le plus souvent comme une terminaison des autres formes mentales... La *stupidité* est autre chose : elle peut se joindre à la démence ou en être réciproquement compliquée... L'exercice régulier de la pensée n'est pas nécessairement détruit, il est suspendu seulement, ou plus ou moins entravé par l'oppression cérébrale. Vienne à cesser cette oppression, à disparaître l'obstacle, l'intelligence reprend son libre empire, en sorte que si vers la fin la stupidité, en se répétant, tend à devenir définitive, elle doit être au début et demeurer, même pendant plus ou moins longtemps, un état transitoire. »

Comme ces remarques sont exactes ! Dans d'autres articles, nous avons mis en parallèle l'obnubilation *mécanique* des épileptiques et la confusion mentale *toxique* des vésaniques (1). Ces obnubilés, ces « stupides » de Delasiauve sont effectivement des sujets pour lesquels les nécropsies ne révèlent ni atrophie macroscopique du cerveau, ni réaction pie-mérienne, et pendant bien longtemps pas d'altérations cellulaires importantes. Chez les déments épileptiques véritables, il en est tout autrement : on constate des dégénération, des atrophies cellulaires, une hyperplasie névroglie et méningée, et macroscopiquement les ventricules sont élargis, le liquide est surabondant, et le cerveau visiblement atrophie.

Écoutez encore ces autres remarques de Delasiauve : — « On a confondu aussi avec la manie certaine forme

---

(1) Damaye. L'épilepsie, ses lésions méningo-corticales; obnubilation intellectuelle et démence. *Echo méd. du Nord*, 10 juillet 1910. — Manie pure et manie confusionnelle. *Revue de psychiatrie*, septembre 1910. — Etude anat. mo-clinique d'une épileptique en état d'obnubilation prédémence. *Revue de psychiatrie*, juin 1911. — Damaye et Desruelles. Péritonite pneumococcique à évolution latente chez une épileptique obnubilée. *Echo méd. du Nord*, 7 mars 1909.



délirante que ses symptômes et parfois les conditions de son origine rapprochent plutôt de l'obtusion ébrieuse... La stupidité a plus encore que la manie le triste privilège de s'associer au mal caduc... Les diverses altérations mentales qui succèdent à l'épilepsie s'imprègnent plus ou moins de la torpeur propre à cette affection. Dans la manie spécialement, les deux ordres de phénomènes, masqués l'un par l'autre, se marient quelquefois d'une manière tellement intime qu'on peut constater en même temps : un léger voile d'hébétude, une mobilité extrême, une loquacité excessive et des hallucinations multipliées (1). »

Par conséquent, Delasiauve différenciait déjà l'excitation maniaque pure, simple exubérance, simple flux d'idées, d'avec la *manie obnubilée*, laquelle peut être comparée à la manie confusionnelle des psychoses toxiques. Nous le répétons, dans les statistiques de ces dernières années ayant trait à la manie, on ne s'est point attaché à faire la part entre les manies simples et celles associées à la confusion (manies confuses), formes qui cependant ont parfois une étiologie et un pronostic bien différents (2).

L'obnubilation post-paroxystique des comitiaux revêt parfois la forme du syndrome paralysie générale. Delasiauve l'avait aussi constaté. De même la confusion mentale aiguë comporte, dans certains cas, et à tous ses degrés, le syndrome paralytique.

La manie, l'obnubilation simple ou à syndrome paralytique ne sont pas, nous le savons, les seules manifestations post-paroxystiques. Des idées délirantes variées

(1) Delasiauve. *Loc. cit.*, 1852, p. 492, et Conséquences de l'épilepsie. *Ann. méd.-psych.*, 1854, p. 45 et 50.

(2) Manie pure et manie confusionnelle. *Loc. cit.* Voir aussi la thèse de Laurence élève de Régis : *Associations de la confusion mentale avec la manie et la mélancolie*. Bordeaux, 1912.

surgissent à la suite des crises. Ces idées sont généralement toujours identiques chez un même sujet et souvent plus ou moins empreintes de l'élément obnubilation. Delasiauve avait remarqué que les idées de persécution sont alors moins fréquentes que les phénomènes d'ordre mélancolique (1). Sur nos 120 épileptiques de Bailleul, quelques-unes ont, après leurs crises, des interprétations vagues dans le sens de la persécution, mais aucune ne présente nettement la forme persécutée. Au contraire, les idées de suicide ou de grandeur, les états mystiques sont assez fréquents. Comme dans les psychoses toxiques, les hallucinations visuelles se joignent souvent à celles de l'ouïe. Une de nos malades entend des voix célestes après ses crises et aperçoit Dieu et des Saints.

F..., vingt-six ans. A la suite de ses accès, entend saint Joseph, saint Louis et saint Paul lui dire qu'ils vont demander à Dieu de la guérir. Se promène toute la journée avec incohérence un chapelet à la main. Un soir, elle voit Dieu sur sa croix : il était « bleu, rouge », et il est venu sur elle pour la frapper ; il lui a dit de quitter sa maison pour n'y plus revenir. — Reconnaît, parmi les personnes qui l'entourent, des parents ou des amies. — Cette malade n'a pas, cliniquement, d'affection toxique ou toxi-infectieuse.

A..., dix-neuf ans. A la suite de ses crises, attitudes mystiques et dit qu'elle a été guérie à Lourdes, qu'elle va se faire religieuse.

C..., soixante-douze ans. A la suite de ses accès, invariablement dit son chapelet et demande qu'on lui fasse élever une statue sur la grande place de sa ville natale. Elle a rendu des services extraordinaires, ajoute-t-elle, a supporté des opérations chirurgicales effrayantes : on lui a ouvert la tête, le ventre, l'estomac, etc.

L..., cinquante et un ans. Idées hypocondriaques, à la suite de séries de crises qui reviennent environ tous les trois mois.

---

(1) Delasiauve. *Loc. cit.*, 1854, p. 51.



S'excite, crie qu'elle ne peut plus rien digérer et ne laisse personne en repos avant d'avoir obtenu trois purgatifs.

On pourrait allonger beaucoup cette série d'observations. D'autres malades ont semblablement des idées érotiques ou des impulsions à frapper et à briser. En somme, toute la pathologie mentale s'observe à la suite des paroxysmes comitiaux ; mais les manifestations de beaucoup les plus fréquentes sont constituées par de l'excitation simple ou obnubilée avec une idée délirante plus ou moins nette.

Résumons en un tableau le parallèle entre les troubles toxiques et les similaires post-convulsifs :

ÉPILEPSIE	PSYCHOSES TOXIQUES
<i>Manie.</i>	<i>Manie.</i>
Obnubilation mentale.	Confusion mentale.
Manie obnubilée.	Manie confuse.
Idées délirantes diverses, simples ou avec obnubilation.	Idées délirantes diverses, simples ou avec confusion.
Syndrome paralytique passager post-paroxystique.	Syndrome paralytique de la confusion mentale.
Démence simple.	Démence simple.
Démence paralytique.	Démence paralytique.

Il est intéressant de comparer ainsi dans leurs effets l'action toxique et l'action mécanique. Les troubles causés par l'une et par l'autre sont analogues. Suivant la généralisation plus ou moins détaillée de l'épuisement aux éléments des différents centres cérébraux, l'obnubilation comportera ou non le syndrome paralytique ; il en est de même pour les lésions de la démence. L'épuisement mécanique agit aussi comme l'imprégnation virulente sur les éléments corticaux et provoque de même l'idée délirante, l'incohérence ou l'excitation indiquées par la prédisposition, par l'aptitude pathologique.

## Médecine légale

### NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

# LES PROCESSIFS

Par le Dr C. ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux (Aude).

Dans le courant de l'année 1911, j'ai été commis pour deux expertises médico-légales relatives à des processifs ou plaideurs. Si je rapporte ces deux observations, ce n'est pas qu'elles comportent des idées nouvelles sur cette variété de persécutés-persécuteurs. C'est, d'abord, parce que les observations de processifs sont assez rares dans la littérature psychiatrique française, on pourrait facilement les compter, et il peut être utile de connaître les décisions de la justice dans des cas qui sont, souvent, fort délicats pour le médecin légiste. Mais j'ai obéi à une autre raison qui est d'ordre exclusivement médical.

Dans la plupart des observations que j'ai lues, le délire procédurier n'est pas un délire unique; il y est souvent associé à un délire mégalomane et à un délire de persécution antérieurs et indépendants du délire processif. Quelquefois, même, il a été précédé d'accès d'aliénation mentale. D'autres fois, c'est un délire de persécuté-persécuteur simple où le délire de la chicane n'a rien à voir.



Dans mes deux observations, au contraire, il s'agit, pour chacun des plaideurs, du même procès qui dure depuis vingt ans chez l'un, depuis onze ans chez l'autre, et qui ne cessera, très probablement, que par la mort de ces deux plaideurs.

Dans son *Traité de psychiatrie* (1897) Krafft-Ebing (1) s'exprimait ainsi : « Les gens qui tombent dans l'aliénation des quérulents sont tous des individus tarés, pour la plupart héréditairement prédisposés. » Depuis cette époque, Krafft-Ebing a modifié son opinion ; elle est moins absolue au point de vue étiologique : « Les processifs, dit-il, présentent, en général, des tares héréditaires, des stigmates somatiques de dégénérescence (anomalies craniennes) et des anomalies ou défectuosités psychiques précoces et constantes. Le défaut le plus net et le plus important est une malformation éthique qui, malgré toute leur « conscience du droit », ne leur permet jamais d'en acquérir une conception morale. Celui-ci apparaît toujours comme un moyen, une arme légale pour arriver à un but égoïste (2). »

D'ailleurs, Morel et Magnan avaient déjà admis que la dégénérescence mentale est, le plus souvent, héréditaire, mais qu'elle peut être acquise.

C'est à une dégénérescence acquise que me paraissent se rapporter les deux sujets qui font l'objet de mes observations. Chez aucun d'eux je n'ai constaté la tare héréditaire, ni des antécédents personnels au point de vue mental, ni le moindre stigmate, soit physique, soit psychique de dégénérescence : chez l'un, le délire processif n'a débuté qu'à trente ans ; chez l'autre, à trente-quatre, sans avoir été précédé du moindre trouble men-

---

(1) Cité par Béra. *Etude sur les aliénés processifs. Thèse de Toulouse*, 1898.

(2) Krafft-Ebing. *Médecine légale des aliénés*. Traduit par le professeur Rémond, 1914.

tal, ce qui exclut toute idée de dégénérescence psychique. Tout au plus, le frère de l'un d'eux s'est suicidé sans qu'il ait été possible, dit le médecin de sa localité, de connaître la cause de cet acte.

Cela n'a pas empêché nos deux procéduriers de présenter tous les caractères de ce « délire de la chicane » si bien décrit en 1878, par Krafft-Ebing : chez aucun d'eux, pas la moindre trace de délire proprement dit, ni d'hallucinations, ni de troubles de la sensibilité, mais, chez tous les deux, la conservation de la mémoire, la facilité du raisonnement, la conservation apparente de la logique ; en un mot, l'intégrité ou à peu près de leur intelligence. En revanche, ils ont montré, en même temps, un jugement faux, une interprétation erronée de leurs droits les disposant toujours à mettre en avant leurs intérêts, une ténacité inouïe dans leurs revendications jusqu'à y sacrifier leur bien-être, leur fortune, un attrait particulier pour l'étude du Code et, consécutivement, un orgueil démesuré, une opinion exagérée de leur personnalité, des suppliques aux personnages les plus haut placés, soit dans la magistrature, soit dans la politique, une irritabilité extrême, des idées de persécution à l'égard des magistrats avec accompagnement d'outrages, de menaces et, chez l'un d'eux, une tentative très grave d'assassinat. Enfin, chez nos deux sujets, il y a eu, même, communication du délire processif à leur entourage comme dans la folie communiquée.

S'il est un cas où la passion soit difficile à distinguer de la maladie, c'est bien le cas des processifs, surtout au début. Plus tard, même, ces malades sont longtemps méconnus par le public. Le plus souvent, dit Cullerre, ils ne sont reconnus tels que lorsqu'ils ont gaspillé leur fortune en procès, troublé l'ordre public ou, même, commis quelque crime.



La lecture de ces deux observations prouvera qu'il s'agit de véritables déséquilibres ou dégénérés supérieurs de Magnan.

### I. — AFFAIRE C...

M<sup>lle</sup> C..., quarante et un ans, est inculpée « de menaces de mort ». Voici à quel sujet : son père était fermier d'un moulin important dont la chaussée fut emportée par une inondation. Reconstituée par le propriétaire de l'immeuble, cette chaussée fut bientôt après emportée de nouveau par une nouvelle inondation. Mais, cette fois, le propriétaire se refusa à la reconstruire et le fermier se trouva dans l'impossibilité de travailler. Demande d'indemnité de sa part, refus du propriétaire, procès.

Le père de l'inculpée mourut peu de temps après. Je dois ajouter, qu'avant ces malheurs, la famille C... avait été bien éprouvée : un des fils avait fait faillite et, de ce fait, la famille avait fait une grosse perte d'argent. M<sup>lle</sup> C... s'était occupée de cette affaire comme elle s'occupa ensuite de l'affaire du moulin. Les lenteurs du procès l'irritèrent profondément contre son avoué F... et contre l'expert qui ne remettait jamais son rapport.

Ce procès reçut, enfin, une solution dont l'inculpée ne fut pas satisfaite. Elle fit appel.

Après avoir refusé sa confiance à son homme d'affaires F..., M<sup>lle</sup> C... s'adressa successivement aux autres avoués dont elle épuisa, sans doute, la patience, à tel point qu'elle se trouva sans avoué pour terminer l'affaire. Attribuant ces refus successifs à l'influence de F..., M<sup>lle</sup> C... porta plainte au parquet sans obtenir de réponse ; elle se rendit ensuite chez le président du tribunal civil qui refusa de la recevoir ; enfin, elle s'adressa (mai 1899) au procureur général, qui ne lui donna pas une réponse satisfaisante. On lui remit alors son dossier qu'elle porta chez le quatrième avoué B..., avec qui elle avait eu affaire et qui refusa de s'en charger malgré ses supplications. Exaspérée, M<sup>lle</sup> C..., sortit un revolver, déclara à B... qu'elle brûlerait la cervelle à F... et ajouta : « Je sais que F... a trahi mes intérêts,

il faut qu'il y passe, je veux aller me faire couvrir de lauriers en cour d'assises. »

Le lendemain, elle se rend chez F..., qu'elle ne trouva pas dans son bureau, et renouvelle les mêmes menaces devant son clerc : « Si, demain, F... n'a pas terminé mon affaire, je lui brûlerai la cervelle n'importe où je le rencontrerai, dans la rue, au tribunal ou dans son salon ; il faut qu'il y passe ; je donnerai, s'il le faut, jusqu'à la dernière goutte de mon sang. »

Un témoin l'a entendue dire à sa sœur : « J'obtiendrai une indemnité de cent mille francs. » Le même témoin déclare que l'inculpée découpait les faits divers des journaux où étaient relatées des menaces de mort ou des voies de fait contre des magistrats ou des hommes d'affaires.

A la suite de ces menaces, M<sup>lle</sup> C... a été écrouée, le 19 juillet 1899, à la maison d'arrêt où j'ai eu à la visiter.

M<sup>lle</sup> C... me raconta toutes les péripéties de son affaire avec un luxe de détails qu'il serait trop long de reproduire. Elle possède la mémoire exacte de tous les faits qui s'y rapportent, leur date, leur liaison, etc. Elle paraît intelligente, réfléchie et ne manque ni d'instruction, ni d'éducation ; elle a le mot juste, la tenue correcte, sa conduite est irréprochable. Elle ne m'a pas caché qu'elle ne donnait pas toute latitude à ses hommes d'affaires, qu'elle contrôlait leurs actes, qu'elle tenait à en faire quelques-uns sans les consulter. De là des désaccords fréquents. Si elle ne possède pas parfaitement la procédure, ce n'est pas faute de s'en être occupée. Son procès est, depuis plusieurs années, sa seule et unique préoccupation. Ajoutons que les dispositions naturelles de son esprit ont été puissamment développées par la situation malheureuse dans laquelle se trouve depuis longtemps sa famille, situation nécessitant de sa part une contention d'esprit continuelle et de fréquents rapports avec les hommes d'affaires, qu'elle devait souvent ennuyer.

M<sup>lle</sup> C... ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence.

D'autre part, je n'ai trouvé aucune tare au point de vue mental dans ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels, pas d'idées délirantes, ni hallucinations, ni



troubles de la sensibilité. Enfin, rien d'anormal, au point de vue mental dans les actes incriminés, les circonstances qui les ont précédés ou accompagnés ne différenciant en rien de ce qui se passe dans les crimes passionnels.

En conséquence, je la déclarai responsable de ses actes. Elle fut condamnée à deux mois de prison et 25 francs d'amende avec sursis pour la prison.

Je n'avais plus entendu parler de ce procès lorsque, douze ans après, j'ai été de nouveau commis pour procéder à l'examen de l'état mental de M<sup>lle</sup> C.... Je sais, seulement, qu'elle fut atteinte, en 1901-1902, d'une maladie interne assez longue et assez grave pour la forcer à ne s'occuper que de sa santé.

Mais, en 1904, elle a recommencé à s'occuper de la même affaire.

L'avoué F... étant mort, elle en veut, actuellement, au notaire qui détient les pièces de la procédure parce qu'il ne produirait, d'après l'inculpée, que des rapports et des actes faux. Elle en est arrivée à accuser les magistrats et à les insulter.

Dans une lettre du 20 juillet 1911 au procureur de la République, elle a puisé largement dans le répertoire des épithètes grossières et outrageantes (1). Cette lettre n'était qu'une réédition de nombreuses plaintes adressées par M<sup>lle</sup> C..., depuis plusieurs années, au procureur de la République de Limoux, au procureur général, au garde des Sceaux. Elles ont déjà fait l'objet d'une quantité considérable de rapports des procureurs de la République qui se sont succédé.

---

(1) Voici quelques extraits de cette lettre qui ne peut atteindre le distingué magistrat et qui montre jusqu'où peut aller l'exaltation ou plutôt la déséquilibration mentale de certains processifs :  
 « J'attendais que vous fussiez parti ; mais voyant que vous tenez bon pour rester à Limoux, je vais écrire à M. le Président du Conseil pour lui dire que vous avez été un cochon vendu. Toutes les lettres que j'ai écrites à M. le ministre de la Justice sont restées sans suite avec tous vos faux rapports... Il faut que vous soyez un vrai cochon vendu, un poltron, un salaud, un faïnéant, un galeux, un assassin, un sauvage, un sale personnage que rien ne salit... Si vous aviez un peu de sang dans les veines, vous auriez répondu avec plus de dignité... Comptez que je ferai tout au monde pour que justice me soit rendue. »

Consécutivement à cette dernière lettre, M<sup>lle</sup> C... est inculpée « d'outrages aux magistrats » et j'ai été chargé, le 4 août suivant, de procéder à l'examen de son état mental.

M<sup>lle</sup> C... répond avec calme et dignité à toutes mes questions et fait preuve d'un jugement sain sur tout ce qui ne concerne pas son procès ; elle accuse les magistrats de n'avoir pas fait leur devoir, mais elle surveille ses expressions à ce sujet. Elle me paraît avoir beaucoup d'autorité sur sa sœur et son beau-frère, moins intelligents ou moins instruits, et tout ce qu'elle dit est considéré par eux comme parole d'évangile.

Le diagnostic de délire de persécution, type Lasègue, doit être écarté. D'autre part, la connaissance des commémoratifs ne permet pas de porter le diagnostic de délire systématisé des héréditaires. La cause de cette manie procédurière ne réside pas chez l'inculpée dans sa constitution originelle, mais bien dans les conditions fâcheuses où elle s'est trouvée. Avant ses malheurs, la famille C... paraissait être en pleine prospérité, jouissait d'une certaine considération. Tout cela disparut presque coup sur coup. L'orgueil de l'inculpée n'a pu s'accommoder de cette déchéance. Elle a mis toutes les ressources de son esprit à remonter le courant, les difficultés n'ont fait que l'exaspérer et produire un déséquilibre mental qui est accidentel, peu accentué et à peine distinct de la raison, mais dont les effets peuvent être, jusqu'à un certain point, assimilés à ceux du délire systématisé des dégénérés.

Ces considérations m'ont fait conclure à une responsabilité atténuée. Le tribunal s'est montré indulgent et M<sup>lle</sup> C... a été condamnée, seulement, à six jours de prison avec sursis.

## II. — AFFAIRE AM...

Le 24 mai 1911, vers neuf heures du matin, la dame B... (Appollonie), d'Aignes-Vives, était allée, comme elle le faisait tous les jours, à la même heure, porter le seau des eaux ménagères à un fumier situé à une petite distance du village, à côté de la route. Après



avoir vidé le seau elle se retourna et se trouva en face d'Am... (l'inculpé) qui, sans dire un mot, lui tira un coup de revolver à bout portant. Elle voulut fuir, mais elle tomba et Am... la voyant étendue à terre, lui tira deux autres coups de revolver. Le rapport médical constate que les trois coups ont porté : le premier a atteint la partie inférieure de la poitrine du côté droit, a perforé la base du poumon et peut-être le foie ; le deuxième, la partie inférieure des reins et le troisième, la partie supérieure de la hanche droite. Si cette malheureuse femme n'a pas succombé à ces blessures, dont elle n'est pas encore bien guérie, ce n'est pas la faute du meurtrier car il l'avait bien visée. Apercevant alors un jeune garçon âgé de quinze ans qui, à quelques pas de là, avait assisté à cette scène, il le visa et tira un quatrième coup de revolver sans le blesser car il avait eu la prudence de se baisser, mais il entendit parfaitement le sifflement de la balle. Am... enjamba aussitôt la bicyclette dont il s'était fait suivre et il alla se constituer prisonnier à la gendarmerie de Capendu.

Interrogé le même jour par le juge d'instruction, Am... ne veut répondre à aucune de ses questions. « Son attitude comme son langage sont irrespectueux et inconvenants. »

Lors de son premier interrogatoire (1<sup>er</sup> avril), Am... répond au juge : « Je ne répondrai qu'en présence de trois hommes d'honneur (qu'il désigne). Je désire aussi que l'arrêt du 24 juillet 1910 (il s'agit d'un arrêt de la Cour d'appel) me soit notifié à domicile. Quand ces conditions seront remplies, je verrai ce que j'ai à vous répondre. Autrement, je ne dirai rien. »

Ce ton sec et cassant, Am... ne le quittera plus pendant tout le temps que durera sa détention préventive.

A l'audience de la Cour d'assises, interrogé par le président, l'inculpé refusa de répondre aux questions qui lui étaient posées et « se livra à des excès de langage aussi violents qu'incohérents », qui donnèrent à la Cour comme au public des assises l'impression qu'on avait affaire à un aliéné. Je fus désigné pour l'examiner au point de vue mental.

*Commémoratifs.* — Les circonstances qui ont amené ce crime datent de loin : la veuve S..., belle-mère



d'Am... possédait, dans l'ancien étang de Marseillette, une vigne qui, pour produire, avait besoin d'être arrosée. Elle prétendait avoir droit à l'irrigation par l'eau du canal de ceinture. La Société de l'étang lui refusait ce droit. C'est en 1900 que Am..., prenant en mains les intérêts de sa belle-mère et de sa femme, commença une longue série de procès avec la Société des Eaux de l'étang et, subsidiairement, toujours au sujet de l'irrigation de sa vigne, avec deux de ses riverains dont l'un, Louis B... est le mari de sa victime.

Cette revendication du droit d'irrigation a complètement absorbé la vie d'Am... pendant ces dix dernières années. Elle a été pour lui une préoccupation constante, une idée fixe, une obsession qui lui a fait négliger ses autres affaires, l'a conduit peu à peu à la ruine et, enfin, sur le banc des assises.

Je n'entrerai pas dans l'énumération de ses nombreux litiges. Je tiens de Am... qu'il aurait eu avec la susdite Société et ses deux riverains, huit procès devant le Tribunal civil de Carcassonne et deux en Cour d'appel sans compter, ajoute-t-il, de nombreuses affaires de simple police avec différentes personnes.

Les décisions de la justice ayant tourné contre Am... dans tous ces procès, n'ont fait qu'exaspérer sa manie procédurière et l'ont entraîné, lui et sa femme, à commettre de nombreux actes de violence sur les personnes, actes couronnés par le plus grave, la tentative d'assassinat sur la personne de la dame B... (Appollonie), tentative qui n'a manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté du meurtrier.

Le Dr L... qui a soigné le père et la mère d'Am..., nous apprend qu'ils étaient l'un et l'autre d'une intelligence médiocre, d'un caractère faible. La mère mourut, croit-il, de tuberculose, le père, de pneumonie; l'un et l'autre étaient d'un âge peu avancé. Un frère d'Am..., ouvrier ferblantier, âgé de vingt-quatre ans, se suicida par pendaison et il n'a jamais été possible de connaître le motif de cet acte.

Il résulte des renseignements recueillis que jusqu'au moment où il s'est occupé du litige en question, Am... a paru être un homme normal, jouissant de l'intégrité complète de ses facultés mentales et de la considération



publique. Un des témoins appelés devant le juge d'instruction a dit : « Je connais Am... depuis longtemps ; sa conduite est restée bonne tant qu'il est resté à Trèbes, qu'il a quitté il y a une quinzaine d'années. » Un autre s'exprime ainsi : « Avant ces difficultés avec la Société de l'étang, Am... avait une existence convenable ; il travaillait régulièrement et paraissait faire honneur à ses affaires. Mais à partir de ce moment, son humeur a changé. » Un troisième dépose : « Am... était un bon ouvrier, d'un caractère peu violent, se croyant plus instruit que ce qu'il était en réalité et, quand il avait une idée, aucun raisonnement n'en venait à bout ; dès qu'il a été marié, il est entré en procès avec l'Administration des Eaux de l'étang et c'est à partir de ce moment que son caractère s'est aigri. »

Le juge de paix qui a eu affaire à Am..., il y a sept ou huit ans, dépose que « déjà, à cette époque, Am... passait pour un homme dangereux et, à Aignes-Vives, tout le monde le redoutait ».

Ce sont surtout les huissiers et le garde champêtre de sa commune qui étaient mal reçus ; les invectives et les menaces ne leur ont pas été épargnées, non seulement par Am..., mais encore par sa femme et par sa belle-mère. L'un d'eux le fit condamner à quelques jours de prison.

A la suite de cette affaire, Am... avait imaginé, avec sa femme et sa belle-mère, de mettre devant sa maison une tenture noire sur laquelle ils avaient placé des initiales blanches ER et LB, c'est-à-dire, celle du maire et celle du mari de la victime. « J'ai compris, ainsi que la population d'Aignes-Vives, dit le maire, que cette tenture noire indiquait que l'une ou les deux familles désignées par ces initiales ne tarderaient pas à être mises en deuil. »

Le garde champêtre, forcé par ses fonctions de porter à Am... des plis cachetés venant du Parquet ou du maire, finit par refuser cette corvée parce qu'il ne se croyait plus en sûreté.

Il est un fait assez curieux à signaler : c'est que la femme d'Am... et sa belle-mère étaient aussi surexcitées que l'inculpé. Sa femme a encouru deux condamnations : une première fois, à six jours de prison avec

sursis pour avoir tiré deux coups de revolver à un agent de la Société de l'étang sans le blesser, ce qui fit écarter la tentative de meurtre ; la deuxième, à trois mois de prison pour avoir tiré six coups de revolver à un individu qui retirait la récolte de sa vigne vendue aux enchères. La gendarmerie ne réussit à l'appréhender qu'après une lutte des plus violentes.

*Examen de l'inculpé.* — Am... a quarante et un ans. Il est maître plâtrier. C'est un homme petit, sec, nerveux. Il aurait eu une fièvre muqueuse à treize ans et une pneumonie au régiment. On ne constate sur lui aucun stigmate physique de dégénérescence. Il présente un léger tremblement de la langue et des mains qu'il attribue, je crois avec raison, à son tempérament nerveux.

L'inculpé est sobre, en effet, c'est constaté dans son dossier. Il ne boit, dit-il, que très peu de vin, ne va au café que le dimanche et n'y consomme qu'un mazagran. Il me dit encore que le soir il ne sortait jamais pour éviter les quolibets des gens, car il comprenait qu'ils se moquaient de lui et le traitaient de fou. Or, il proteste vivement contre l'imputation de folie. Il s'étend avec complaisance sur son litige avec l'Administration des Eaux de l'étang, avec ses riverains. Depuis 1901, il a fait, dit-il, une foule de pétitions au procureur de la République, au procureur général, aux ministres. Il est dit aussi, dans le dossier, qu'il s'est adressé à M<sup>me</sup> Fallières, à M. Clemenceau. Mais tous ces gens-là sont, dit-il, contre lui.

Il en veut à son avocat qui s'est entendu avec ses ennemis. Il accuse les magistrats qui l'ont jugé. Confiant dans son ignorance, ils ont cru, dit-il, le fatiguer par la longueur de la procédure ; mais il n'est pas découragé, il ne cessera de protester et de chercher à faire valoir ses droits. C'est en Cour d'assises qu'il espère faire la lumière et mettre au jour le scandale dont il est victime.

A ma deuxième visite, j'eus le malheur de lui demander pourquoi il avait frappé une femme très douce, inoffensive, alors que dans cette famille il y avait trois hommes pour lui répondre. Il s'emporta aussitôt, disant que je l'avais traité de lâche, que je m'entendais avec



ses ennemis, et il me quitta en ajoutant qu'il ne voulait plus me voir. A la visite suivante, il refusa de se présenter. Je ne crus pas devoir insister, ce qui eût été, d'ailleurs, bien inutile et je priai mon excellent collègue, le D<sup>r</sup> Giret, de vouloir bien continuer l'examen d'Am... qui se trouvait dans son service. Voici la note qu'il m'a donnée :

« Il est inutile de présenter dans l'ordre chronologiques les diverses observations sur Am... durant un mois. Elles ont toujours été les mêmes. Am... est resté tel qu'il était à l'arrivée, sans aucune apparence d'évolution dans son état mental.

« Aucun signe extérieur de dégénérescence, sauf une émotivité particulière et un tremblement de la face et des lèvres. Etat physique très bon ; appétit et sommeil réguliers.

« D'une façon générale, lucide. Placé dans le quartier des agités, il a vite distingué un ou deux malades en état passager de lucidité et a fait d'eux sa compagnie. Comme je lui demandais s'il entendait des voix, il se mit à rire de l'air d'un homme qu'on prend pour ce qu'il n'est pas. Il se montre comme un homme de facultés moyennes et raisonnables. Il a toujours été ainsi. A l'école, au régiment, il n'était pas différent des autres. Son langage et son maintien ne cessent pas d'être corrects. Ses sentiments familiaux sont normaux. Il exprime sans trop d'impatience l'espoir de sortir bientôt de l'asile parce que ses intérêts souffrent de son absence.

« Il est ainsi généralement ; mais dès qu'il parle de son procès, plus de calme ni de patience. Le premier jour, avant qu'on lui eût adressé la parole, il avait raconté son affaire, ses procès depuis onze ans, ses plaintes inutiles à tous les pouvoirs publics. Dans toutes les conversations il y revient et, dès lors, ce n'est plus le même homme, tant il est passionné et exalté. Il est victime de la compagnie d'irrigation, des juges, du procureur, des avocats ; tous s'entendent contre lui. Il examine leurs sentences, leur procédure ; il les critique avec des termes techniques et cite les articles du Code. Jamais, spontanément, lui qui s'émeut si vite, il n'a un mot de regret pour le crime qu'il a commis. Ce n'est qu'un de ces derniers jours, comme je lui demandais s'il

ne se repentait pas d'avoir voulu tuer une femme, après un peu d'hésitation, il a répondu que certainement on ne devait pas faire de ces choses-là. Mais il est visible qu'il n'est pas malheureux de ce qu'il a fait. Si, même, on le lui reproche un peu vivement, cet homme tranquille et convenable s'emporte et devient furieux. Sa femme et sa belle-mère partagent ses idées ; c'est une des raisons pour qu'il leur montre sa sympathie.

« Cet homme, d'ordinaire calme, a une idée fixe qui l'obsède et trouble ses idées et ses sentiments partiellement. Sur ce sujet précis, il a un peu d'excitation, une tendance à exagérer les desseins qu'on a contre lui et une idée assez haute de sa personnalité ».

Mais ce qui donnera les indications les plus caractéristiques sur l'état mental d'Am..., ce sont ses écrits. Il a emporté à l'asile une grande quantité de notes écrites par lui à la maison d'arrêt de Carcassonne. Ce sont, généralement, des copies de pétitions adressées à toutes les autorités administratives et judiciaires. Toutes reproduisent uniformément les mêmes griefs, les mêmes réclamations, toujours avec les mêmes expressions : elles sont comme stéréotypées. Ces écrits sont des documents précieux, car ils portent la marque caractéristique de l'état mental d'Am... Comme ils sont très démonstratifs, je les ai souvent mis à contribution dans mon rapport.

La grande préoccupation de l'inculpé, c'est de ne plus avoir affaire aux tribunaux ordinaires qu'il accuse de partialité : « Il est impossible, dit-il, dans une de ses notes, que je sois jugé par ces tribunaux qui ne cherchent qu'à dénaturer les faits pour éviter le scandale judiciaire. Pour l'honneur de ma famille et de ma personne, c'est aux assises que revient l'honneur de ce jugement qui, certainement, mettra fin à notre vie de tourments en nous donnant satisfaction de nos droits si longtemps attendus. »

D'ailleurs, cette obsession de la Cour d'assises date de loin. Il l'avait déjà manifestée lorsque sa femme était en prison, en 1908, en faisant des démarches pour la faire passer par les assises : « afin de dévoiler à l'opinion publique les cruautés et les scandales de la Société de l'Etang ».



Tout indique qu'Am... n'a tiré sur la dame B... (Apollonie), que pour passer en Cour d'assises. Il le dit lui-même dans une de ses notes : « Je vous déclare avec conscience d'honnête homme que si la justice nous avait été rendue, je n'aurais pas commis le crime. Ce n'est pas du tout à titre de vengeance, c'est tout simplement pour attirer l'attention de la justice, pour faire valoir nos droits. »

A chaque instant, dans ses nombreuses copies de lettres ou de pétitions, il n'est question que « des crimes », « des cruautés » dont ils sont les victimes. Dans une autre : « L'existence de notre famille est une véritable vie d'enfer et de tourments, impossibles à décrire, de 1901 à 1911. »

On peut se figurer par ces citations l'état continu de surexcitation dans laquelle a vécu ce ménage pendant plus de dix ans. On s'aperçoit vite, en lisant ses élucubrations, à quel degré Am... a la manie procédurière : il cite les articles de loi ou de décrets qui ont paru sur les irrigations et il emploie souvent des termes techniques de jurisprudence. Il a d'ailleurs, sur ce point, des prétentions qui dénotent un grand fonds d'orgueil ; à son avis, il n'y a pas d'avocat capable de défendre sa cause aussi bien que lui-même. Je lis encore ceci dans ses notes : « Si la loi exige un avocat d'office, je désire que ce soit M. S... ; mais ce dernier ne fera sa plaidoirie qu'après que j'aurai développé tous mes arguments. Il prendra note, en même temps, de tous les arguments de l'avocat général, qu'il me soumettra un à un en ayant soin de ne pas s'écarter du degré de mon instruction d'ouvrier, afin d'avoir plus de rapidité possible pour détruire ces arguments. »

Am... s'intéresse aussi à ce qu'ont pu dire les journaux sur son affaire. Malgré toutes ses déceptions, il est plus acharné que jamais à la revendication de ses droits.

*Discussion.* — Les documents qui précèdent ne me paraissent laisser aucun doute sur l'état mental de l'inculpé : c'est un déséquilibré. Comme chez les déséquilibrés, les troubles mentaux d'Am... se sont manifestés par des altérations du caractère plutôt que par une altération des facultés intellectuelles. C'est, ou

plutôt, c'était un bon ouvrier ; il a la compréhension facile, une mémoire excellente, de la logique dans les raisonnements. Au point de vue intellectuel, il est donc normal.

Il n'en est pas de même si on examine les actes, le jugement, le sens moral. Il a une opinion bien exagérée de sa personnalité, un orgueil excessif, hors de proportion avec ses moyens réels. Je me contenterai de deux exemples : dès notre première entrevue, ce n'était pas sans une pointe d'orgueil qu'il m'a parlé de ses luttes procédurières avec l'administrateur des Eaux de l'étang, « un notaire », avec le sous-administrateur, « encore un notaire ». Autre exemple : à la veille de comparaître en Cour d'assises pour sa tentative d'assassinat, c'est-à-dire, pour une affaire très grave, nécessitant un défenseur habile et expérimenté, Am..., forcé de prendre un avocat, n'y consent qu'à regret et à condition que celui-ci ne sera que son porte-parole, car il estime que lui seul est capable de bien défendre sa cause. Nous savons déjà qu'il se croit très fort en science juridique, qu'il cite fréquemment des articles du Code, etc. Quelle peine n'a-t-il pas dû se donner pour acquérir les notions très superficielles de droit qu'il possède ! Nous pouvons donc qualifier son orgueil de maladif : c'est une première preuve, un stigmate psychique de sa déséquilibration mentale.

Chez cet esprit vaniteux, les mécomptes ne pouvaient que faire germer des idées de persécution. Il s'en prend aux magistrats, qui ne cherchent qu'à dénaturer les faits pour éviter ce qu'il appelle « un scandale judiciaire ». Dans ses notes, il revient souvent sur ce fameux scandale judiciaire ; il l'élèverait à la hauteur d'un événement très important. Toujours l'orgueil associé à des idées de persécution. Ces idées de persécution sont un deuxième signe de déséquilibration mentale.

Un autre résultat de ces procès qui, tous, ont mal tourné pour lui, a été de lui aigrir le caractère ; il est devenu méfiant, irritable, il ne peut supporter la moindre contradiction, tous ceux qui ne sont pas de son avis sont ses ennemis ou s'entendent avec ses ennemis. Il est redouté dans sa commune. En somme, cet homme qui se croit persécuté, est, surtout un persécuteur, ce que



nous appelons un persécuté-persécutateur, troisième preuve à l'appui de mon diagnostic.

Am... est, pour ainsi dire, hypnotisé par une idée que je crois pouvoir qualifier d'absurde et qui prouve combien son jugement est faux. Depuis longtemps, il n'a qu'un désir, qui est passé à l'état d'obsession : c'est de passer aux assises, parce que, d'après lui, c'est là, seulement, qu'il pourra faire valoir ses droits. Cette idée absurde, je l'ai déjà dit, il l'a déjà manifestée en 1908, lorsque sa femme était en prison à la suite de ses deux tentatives homicides. Il avait cherché alors à la faire passer aux assises « pour dévoiler à l'opinion publique le scandale judiciaire, les cruautés et le scandale de la Société de l'étang ». C'est cette obsession qui est le vrai mobile du crime et non la vengeance. Il en a fait l'aveu, et je le crois. Il lui fallait une victime pour passer aux assises. Qu'il ait choisi la dame B... plutôt qu'une autre, c'est possible. Mais le vrai mobile, c'était la vision de la Cour d'assises. Confondant ce qui est du ressort du civil avec ce qui ressort du criminel, pour lui, la revendication de ses droits était la question principale, la tentative d'homicide n'avait qu'un intérêt secondaire. Il était évidemment le seul de son avis et cela prouve combien est grande l'aberration de son jugement. Encore une nouvelle preuve de déséquilibre mental.

J'arrive à la dernière. Pour arriver à ses fins, Am... s'est adressé à un être inoffensif, à une femme et, qui plus est, à une femme d'un caractère doux, qui, au lieu d'attiser le feu, s'efforçait de calmer son mari, son fils, son frère, lors de leurs discussions avec Am... Et ce dernier n'a pas reculé devant l'assassinat de cette malheureuse femme.

Un pareil crime est vraiment déconcertant. Voilà un homme qui, avant ses procès, n'était pas foncièrement méchant ni malhonnête, qui n'a pas une nature d'apache, qui se fait assassin pour arriver à un but imaginaire et qui, plus tard, n'a pas un mot de regret pour le crime qu'il a commis. A mon avis, cette indifférence, cet abaissement du sens moral de l'inculpé est la preuve la plus forte de déséquilibre mental.

Les déséquilibrés forment, pour ainsi dire, la transi-

tion entre l'état normal et l'état pathologique. Ce ne sont pas des fous ; mais, souvent, ils le deviennent. Ils font partie de ce groupe d'anormaux que le professeur Grasset a désignés du nom de « demi-fous », que le professeur Mairét appelle « des invalides moraux ». Ces gens sont considérés avec raison comme étant sur la frontière de la raison et de la folie.

De quel côté de la frontière faut-il placer Am... ? Ceci est une affaire d'appréciation. Dans le cas d'Am..., je ne puis admettre que la frontière ait été franchie. Il ne saurait être considéré, à mon avis, comme un aliéné, c'est-à-dire comme un individu n'ayant pas conscience de ses actes ; mais on ne peut nier qu'il présente les signes d'une déséquilibration mentale qui, généralement, est l'effet de la dégénérescence, mais qui peut être acquise.

*Conclusions.* — 1° Am... (François) est responsable de sa tentative de meurtre ou d'assassinat sur la personne de B... (Appollonie) ;

2° Il y a lieu de tenir compte de sa déséquilibration mentale dans l'appréciation de l'acte incriminé. Pour ce motif, sa responsabilité mérite d'être atténuée.

Fait à Limoux, le 15 octobre 1911.

D<sup>r</sup> ROUGÉ (CALIXTE).

*P.-S.* — A l'audience de la Cour d'assises du 17 novembre 1911, Am... (François) a été condamné à six ans de réclusion et dix ans d'interdiction de séjour. A peine le jugement était-il prononcé qu'il s'écriait : « Je fais appel. » L'appel a été rejeté.

L'affaire Am... m'a suggéré quelques réflexions. Qu'il me soit permis de les exposer.

Le cadre des jurés des cours d'assises vient d'être considérablement élargi. Je crois que le médecin expert doit en tenir compte lorsqu'il s'agit de médecine légale mentale.

Je ne mets pas en doute qu'un ouvrier, chargé des redoutables fonctions de juré, ne cherche à les remplir



avec toute la conscience possible, qu'il ne puisse faire preuve d'intelligence, de droiture, de fermeté. Mais j'estime que cela ne suffit pas pour comprendre certaines questions de médecine légale mentale où la psychologie doit jouer un rôle important. Une certaine culture intellectuelle me paraît alors indispensable. Je crois que, souvent, elle lui manquera. J'en ai fait l'expérience.

Je m'en doutais bien avant de faire ma déposition sur le cas d'Am... Ayant à énumérer les diverses preuves de sa déséquilibration mentale, ce qui comportait déjà pas mal de psychologie, j'avais à faire comprendre auparavant à tous les jurés en quoi consiste la déséquilibration mentale, cette tare qui se traduit, chez le même individu, par un défaut d'harmonie et de pondération entre les diverses facultés et les penchants, par exemple, entre l'intelligence qui, souvent, est très développée et le jugement qui peut être rudimentaire. Pour faire comprendre ce cas, je citai une histoire (c'est peut-être un conte) dont je n'ai conservé qu'un très vague souvenir. Il s'agit d'un philosophe célèbre qui avait deux chats, l'un gros, l'autre petit, et qui avait jugé à propos de faire pratiquer à sa porte deux ouvertures, une grande pour le gros chat, l'autre plus petite pour le petit chat, comme si la première ne devait pas suffire. Devant cette preuve de déséquilibration mentale, je m'attendais à voir sourire le juré que je regardais plus particulièrement. Il n'en fut rien ; il continua à garder son sérieux et je compris bien que cette impassibilité n'était pas seulement de façade. Je citai ensuite pour l'acquit de ma conscience, le cas d'Auguste Comte, « un homme de génie », qui, au point de vue moral, à ce que rapporte le professeur Grasset, était certes plus mal partagé que la plupart des gens de la plus basse condition, et je continuai ma déposition sans être persuadé d'avoir été bien compris par tous les jurés.

Je suis certain d'avoir été mieux compris lorsque le président des assises me demanda si je croyais qu'Am... se déclarerait satisfait et abandonnerait son procès s'il lui faisait accorder le bénéfice de l'irrigation. Je répondis catégoriquement que je n'y comptais pas. L'expérience est faite à ce sujet. Ce succès n'aurait fait qu'encourager Am... dans ses revendications, car il est ruiné et il fallait s'attendre à des demandes énormes d'indemnité. Sa condamnation m'a paru justifiée à tous les points de vue. Cet homme ne pouvait rentrer dans sa commune ; il y est trop redouté et, pour le moment, au moins, il est pour moi un homme de prison plutôt qu'un homme d'asile.

Une anecdote gaie sur les processifs pour terminer. Il est généralement admis que cette variété de persécuteurs s'observe fréquemment dans les milieux ruraux. Dans mon arrondissement, il y a deux régions bien distinctes, la plaine et la région montagneuse appelée « pays de Sault ». Ce pays est pauvre. Néanmoins, il y avait, grâce à la manie procédurière de ses habitants, la réputation d'enrichir les hommes d'affaires qui drainaient leurs économies. Lorsque j'arrivai à Limoux, cette ardeur procédurière s'était bien calmée et pour cause. Aussi, lorsqu'un plaideur de ce pays se présenta chez un avoué de ma connaissance, homme facétieux et fort jovial, celui-ci ne put s'empêcher de s'écrier : « Il y a donc encore de l'argent dans le pays de Sault ! »



## Etablissements d'aliénés

# UN ASILE D'ALIÉNÉS AU XVIII<sup>E</sup> SIÈCLE

Par le Dr WAHL

On sait que dans le cours du xvii<sup>e</sup> siècle se fondèrent, sous l'impulsion des frères de Saint-Jean-de-Dieu, divers établissements pour les aliénés de la noblesse, du clergé et de la haute bourgeoisie, dont quelques-uns existent encore, tel que celui de Charenton-Saint-Maurice, le plus célèbre de tous, tel celui de Pontorson qui fait l'objet de ce travail.

Pontorson, gros bourg à 8 kilomètres environ du Mont-Saint-Michel, était alors le siège d'une vicomté relevant de la Généralité de Caen, située au point précis où la Bretagne et la Normandie se rejoignent et où passe la grand'route de Caen à Rennes. Une rivière de médiocre importance, le Couesnon, qui alors était navigable, marquait alors cette séparation, comme il marque aujourd'hui celle du département de la Manche et du département de l'Ille-et-Vilaine. De temps immémorial, il existe en cet endroit, sur la rive gauche du Couesnon, une petite enclave de la Normandie sur la rive bretonne ; elle formait, avant la Révolution, une paroisse spéciale, celle de Cendre : aujourd'hui, ce n'est plus qu'un faubourg de Pontorson : c'est là que se trouvent

l'hospice de Pontorson et l'asile des aliénés, depuis près de deux cents ans.

Dès le XII<sup>e</sup> siècle, il existait à Pontorson un hôpital dont l'emplacement exact n'est point établi par les topographes locaux, mais qui semble avoir existé dans la ville elle-même et non dans la paroisse de Cendre. Au XVI<sup>e</sup> siècle, l'hôpital se trouvait sur la rive gauche du Conesnon ; il était alors très petit et dédié à saint Antoine, ermite. Il était la propriété de la paroisse de Pontorson et géré par un employé laïque et sa famille.

Remarquons, et le point a son importance au point de vue de l'administration de l'établissement même à l'heure actuelle, que dès l'origine l'hospice de Pontorson était paroissial, nous dirions aujourd'hui municipal et communal ; et à plusieurs reprises nous voyons dans les archives les habitants ou paroissiens (ou certains d'entre eux), se joindre au clergé de l'église de Pontorson et délibérer dans la sacristie sur les intérêts de l'établissement.

Pendant le cours du XVI<sup>e</sup> siècle et à la faveur des guerres religieuses qui furent beaucoup plus âpres dans ces régions qu'on ne le supposerait aujourd'hui, il s'introduisit dans la gérance de l'hôpital un désordre extraordinaire ; tellement bien qu'au début du XVII<sup>e</sup> siècle il était à peu près en ruine, sans linge, sans lit, sans feu et servait de refuge aux soldats mutilés et autres mendiants si communs alors et qui y menaient joyeuse vie, après s'en être emparés de vive force. La maison du gérant était à peu près senle dans un état convenable et il n'était pas homme à affronter les malandrins, hôtes de l'hôpital malgré lui.

De là, plainte des habitants : les pauvres honorables, « les bons pauvres », comme on disait alors, voulaient pouvoir bénéficier de l'hôpital ; la paroisse de Cendre ne voulait point d'un tel voisinage et les habi-



tants de Pontorson désiraient ramener un peu d'ordre dans une propriété qui était la leur.

C'est alors (1644) qu'intervinrent les frères de Saint-Jean-de-Dieu. On sait ce qu'était cet ordre célèbre. Fondé au <sup>xv</sup><sup>e</sup> siècle, en Espagne, par un pieux illuminé qui reçut de la population reconnaissante de ses services le nom de Jean de Dieu, il passa en Italie, où la reine Marie de Médicis avait pu apprécier leurs mérites. Lorsqu'elle vint en France, elle les attira à sa suite. Elle les installa à Paris, dans ce vieil hôpital de la rue Jacob qui existe encore et où brillèrent frère Come, Desbois, de Rochefort et Corvisart, avant la Révolution. De là ils se répandirent dans les provinces : à Charenton, Poitiers, Sens, Château-Thierry, Cadillac, Effiat, La Rochelle, Avoir, Saulieu, dans l'île de Ré, Vitry-lè-François, La Gayette, Clermont, Grenoble, Condom, Romans, Metz, Granville, Lyon, Dôle, etc., et même à la Martinique, à la Guadeloupe et à l'île Royale.

Ces hôpitaux étaient généralement bien mieux installés que ceux qui alors appartenaient aux villes, les hôtels-Dieu. Dès l'origine, chaque malade avait son lit : jamais on n'y vit les lits « à impériale », en usage à l'Hôtel-Dieu de Paris, qui contenaient chacun six à sept malades atteints des affections les plus diverses. On sait aussi que ce furent ces religieux qui introduisirent dans la thérapeutique le célèbre traitement de la colique de plomb encore quelquefois en usage de nos jours. C'est également à eux que le vin diurétique amer, imaginé par Corvisart, doit son nom.

En 1644, une décision du roi, ou plus exactement de la reine régente Anne d'Autriche, leur attribua — probablement sur la présentation du clergé ou de la population de la ville, bien que les documents authentiques n'en parlent pas — l'ancien hôpital de la ville, ses dépendances, ses charges et avec le bénéfice des revenus

et des propriétés, y compris la vieille chapelle de saint Antoine, presque en ruines, qu'ils devaient restaurer et à laquelle ils devaient servir une rente perpétuelle de 200 livres, plus tard réduite à 100, pour l'entretien d'un chapelain. Ils devaient aussi donner à l'église de la ville 100 livres destinées au prédicateur du carême.

C'est le 27 décembre 1644 que, sur l'ordre du roi et avec l'approbation de l'ordinaire qui était l'évêque de Dol, les religieux prirent possession de leur nouveau domaine, et tout d'abord ils eurent un procès avec les paroissiens, comme ils en soutinrent contre tous les corps avec lesquels ils étaient en relation de mitoyenneté, de réciprocité de charges, ou de subordination. Je me contente d'indiquer ce qu'était la situation de la maison au XVII<sup>e</sup> siècle.

L'hôpital comprenait alors sept lits pour les pauvres, infirmes, incurables, malheureux de la ville. Selon les règles de leur Institut, ils devaient donner les médicaments aux pauvres qu'on ne pouvait recevoir à l'établissement et aux femmes malades qu'ils ne devaient point soigner eux-mêmes, la nourriture et les médicaments. Un cimetière spécial, indépendant de celui de la paroisse de Cendres, fut consacré derrière la chapelle Saint-Antoine et béni le 21 avril 1650 : il a servi jusqu'à une époque assez récente aux inhumations des hospitalisés. Dès 1690, dans l'ancien hôpital remis à neuf, on installa une petite chapelle à proximité de la salle des malades, ce qui rendait assez inutile la vieille chapelle dédiée à saint Antoine. Aussi, jusqu'à l'époque de la Révolution, les frères de Saint-Jean-de-Dieu essayèrent-ils de se débarrasser de la charge d'y entretenir un chapelain. Après de longs débats, ils furent astreints seulement à payer 100 livres au lieu de 200. Remarquons que, dans un espace de 300 mètres carrés à peine, il y avait trois sanctuaires : l'église paroissiale



de Cendres, la chapelle Saint-Antoine, et celle de l'ancien hôpital.

Quatre religieux étaient alors (1650 environ) attachés à la maison ; l'un d'eux portait le titre de prieur, un autre celui de trésorier. Comme revenus, outre divers immeubles situés en ville et dont le dénombrement est assez difficile à établir, pour une époque donnée, à cause des ventes, achats, échanges pratiques et en tenant compte que, jusque vers 1730, les religieux firent le possible et souvent même l'impossible pour dissimuler leurs revenus exacts. Cependant ils possédaient une ferme importante, celle du Colombier. Tant en actif qu'en passif, ils avaient des rentes foncières, c'est-à-dire perpétuelles et non rachetables, dues par le sol lui-même et non par ses détenteurs. Quelques-unes de ces rentes foncières n'ont été éteintes que sous la monarchie de juillet et à la suite de conventions qui n'ont pas toujours été simples. Jusqu'à la Révolution, l'hôpital percevait à son profit un droit de mesurage des grains sur les marchés de la ville. Nul ne pouvait vendre des grains, des céréales ou des farines ailleurs qu'au marché, et ce blé, ces grains, cette farine étaient obligatoirement mesurés avec les mesures de l'hôpital : ce droit était affermé, au bénéfice de la maison, à un concessionnaire habitant la ville pour un prix assez élevé.

Dans le cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, le marché ayant été brûlé et n'ayant point été reconstruit par son propriétaire, Tardif de Moidrey, l'hospice en acquit le terrain, le releva et sous-loua les places à un tarif homologué par l'intendant de Caen sur la proposition du bailli d'Avranches.

Parmi les procès fort nombreux que soutint la Charité de Pontorson, il en est un qui montre bien l'entêtement qu'éprouvaient les privilégiés d'alors pour le maintien de leurs droits. Les frères soutenaient que leurs

fermiers étaient, comme eux-mêmes, exempts du logement des gens de guerre ; ce procès fut porté devant toutes les juridictions jusqu'à l'assemblée générale du Clergé de France.

Suivant leur acte de fondation, les maisons de la Charité étaient exemptes de tous les droits dus aux grosses fermes, et, par conséquent, soustraites à un très grand nombre d'impôts indirects. A Pontorson, l'hospice était soumis à la gabelle et à l'octroi. Les biens ecclésiastiques étaient comme on le sait dégrevés de tout impôt direct ; ceux qui avaient une destination hospitalière furent même exempts de l'impôt que l'on désigna au XVIII<sup>e</sup> siècle sous le nom de don gratuit du clergé : donc les religieux démontrèrent à l'assemblée du clergé de France et à ses percepteurs qu'ils ne possédaient rien en propre et que tout le revenu dont ils jouissaient était celui des « pauvres malades ». C'était assez subtil, surtout à l'époque où cette déclaration était faite, car il fallait admettre que les prix des pensions d'aliénés fussent des revenus, des biens hospitaliers ; il est vrai que le contraire eût été aussi difficile à admettre : il n'y avait en somme pas de distinction entre les propriétés de l'ordre lui-même et celles de l'hôpital. Longtemps l'hospice dissimula les ressources qu'il tirait du traitement des « exilés ». C'était le nom officiel des gens retenus alors à l'asile. Sur un compte de 1746, l'entretien de 31 pensionnaires et des domestiques nécessaires à leur garde ne figurait dans une déclaration de revenus ni en recettes ni en dépenses, sous le prétexte que ces ressources avaient un caractère aléatoire. Ce n'est qu'à partir de 1760 et sur une décision expresse du parlement de Rouen, portant que les hôpitaux ayant des pensionnaires paieraient la taxe, que l'hospice de Pontorson versa soixante-dix livres chaque année en quatre termes égaux.



Nous avons dit que dès l'origine les marins et soldats blessés ou malades qui étaient seulement de passage devaient être hospitalisés aux frais de l'hôpital lui-même ; mais dans le cours du XVIII<sup>e</sup> siècle on décida vers 1725 que les soldats en garnison au Mont-Saint-Michel seraient transportés à l'hôpital de Pontorson et soignés aux frais du roi. Jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, tant que le Mont-Saint-Michel eut une garnison, l'hospice qui nous occupe fut qualifié de civil et militaire.

C'est vers la fin du premier quart du XVIII<sup>e</sup> siècle que fut édifiée la salle des malades, qui n'existe plus aujourd'hui, mais qui a été l'amorce de toutes les constructions actuelles. C'était de l'autre côté de la route, à quatre-vingts mètres environ de cette voie de communication, que se trouvaient les nouveaux bâtiments dont le gros œuvre existe toujours. A côté de la salle fut aménagée une chapelle qui est celle que nous utilisons encore et qui n'a d'ailleurs rien de remarquable ; quelques copies de peintures classiques, dans le goût des imitateurs de Le Brun, la décorent : elles paraissent d'ailleurs récentes. L'ancienne salle forme aujourd'hui en partie les bureaux administratifs de la recette qui sert en même temps de direction, et de l'économat ; le reste a servi à agrandir la chapelle.

Sur un plan dressé en 1742, nous voyons la cour d'entrée à peu près telle qu'elle est aujourd'hui, sauf la citerne médiane qui était apparente, tandis qu'aujourd'hui elle est dissimulée sous un massif de fleurs ; la cuisine a conservé le même emplacement, mais était moins grande alors. A côté, un vestibule ramène aux jardins du devant : il est fermé par une porte de chêne massif dans lequel est sculpté le mot barbare Charitas, qui est encore là, au-dessus de la porte ; une statue peu intéressante de la Vierge, en bois, que l'on a eu le mauvais goût de peindre en blanc et d'entourer

d'une affreuse guirlande de métal doré, dans le goût provincial de l'époque de Louis-Philippe. A droite s'ouvre dans ce vestibule une salle de réception qui est aujourd'hui encore une salle d'apparat, servant aux réunions de la Commission administrative et en même temps de parloir aux religieuses. Cette salle présente des boiseries intéressantes en style pompadour. C'est la seule partie de l'établissement qui ait une valeur artistique quelconque.

Derrière cette salle s'ouvrant sur la cour, est la boulangerie, local bas de plafond peu clartueux et aujourd'hui envahi l'hiver par des infiltrations, par suite de l'élévation du sol de la cour ; elle est en effet en contre-bas. Le four lui-même n'a guère été modifié depuis cette époque. Tout cela est délabré, et, l'année en cours ne se terminera pas avant que cette boulangerie ne soit remplacée par une installation moderne avec pétrin mécanique.

Aujourd'hui, entre ce bâtiment et la route nationale, règne un beau jardin très bien entretenu ; au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle étaient sur cet emplacement l'ancienne chapelle Saint-Antoine, dont nous avons déjà plusieurs fois parlé, l'apothicairerie et ses dépendances et le cimetière, qui ont été supprimés depuis.

Par delà la cuisine étaient les locaux occupés alors par les religieux et par les services généraux, accessoirement par les soldats malades : ces bâtiments existent toujours, une certaine partie est encore occupée de nos jours par les religieuses ; mais les sœurs ne sont de longtemps pas aussi bien logées que les anciens frères de la Charité : elles sont quatre fois plus nombreuses et ont moins de pièces à leur disposition. Une partie de ce même bâtiment est actuellement occupée par la lingerie ; c'est celle qui est au-dessus de la boulangerie et qui est destinée à être profondément transformée dans un avenir très prochain.



Sur le même alignement que la cuisine étaient des caves, à peine creusées dans le sol, où les religieux mettaient leurs récoltes et leur cidre qu'il pressaient dans un hangar voisin. Ces caves existent encore ; les unes servent à serrer les approvisionnements pour la cuisine, les autres servent de débarras. A l'étage, quelques pièces qui faisaient partie des locaux réservés à la communauté sont devenues des salles de malades. C'est la partie la plus ancienne de la maison, elle est appelée à disparaître, car elle ne répond plus aux exigences de l'hygiène et de la technique manicomiale modernes. La partie la plus éloignée de ces bâtiments a été détruite en 1905 par un incendie : ils n'ont pas été reconstruits encore, espérons qu'ils le seront bientôt ; on y logeait autrefois des malades.

En 1757, on construisit, sous la direction et les plans de l'architecte Georges d'Avranches, les vingt-quatre chambres du « nouvel exil », c'est ainsi que l'on désignait les chambres d'aliénés. Cette partie qui existe actuellement a été transformée ; on y rencontrait alors vingt-quatre chambres, dont six avec des cheminées. Aujourd'hui, ce bâtiment comprend au rez-de-chaussée des salles de réunions, et à l'étage, des dortoirs et les chambres des pensionnaires. Ce bâtiment était surtout destiné à recueillir les pensionnaires dangereux ou violents, ceux qui pouvaient faire passer au dehors des « libelles diffamatoires », probablement des écrits comme ceux que font si souvent les aliénés persécutés et que les aliénistes connaissent bien. Le prieur redoute ces petits écrits, car le Parlement de Rennes, ce parlement dont La Chalotais était alors membre, s'était tellement ému qu'il avait demandé la fermeture de l'hospice de Pontorson en raison des désordres qui s'y étaient produits ; comme de nos jours, on demande, sur des plaintes de gamines vicieuses et indomptables, la fermeture d'ou-

vroirs et de maisons de correction. La construction des bâtiments, d'après le devis estimatif, s'élevait au total à 18.775 livres, somme importante pour le temps ; mais on doit reconnaître que les matériaux employés étaient de premier choix, car ils sont encore, après tant d'années écoulées, en excellent état d'entretien et ne nécessitent presque pas de réparations.

Remarquons que les religieux, qui tenaient sévèrement leurs prisonniers, ne les privaient pas de feu, tandis que quatre-vingts ans après environ, la Commission administrative d'un établissement, dont nous avons fouillé les archives et qui n'est pas celui dont nous parlons actuellement, refusait de se charger d'un aliéné dont la famille offrait de payer un gardien spécial à condition que sa chambre fût chauffée.

Les portes des cellules ou mieux des chambres d'isolement de ces « insensés », retenus dans les bâtiments de l'exil, avaient une épaisseur de 16 lignes, soit 44 millimètres. Ces portes existent encore dans notre pavillon cellulaire actuel ; c'est leur épaisseur anormale, absolument inusitée en menuiserie, qui nous a permis de les identifier : elles étaient munies de deux verrous et d'un gnicet, sans moulures ni ornements d'aucune espèce ; elles ressemblent à toutes celles qu'on rencontre dans les vieilles caves et les vieilles prisons. C'est d'elles que l'on peut dire : grossier comme une porte de prison. Mais le temps n'a eu aucune prise sur elles et elles peuvent accomplir une nouvelle période de cent soixante-dix ans sans crainte.

Les individus que l'on enfermait dans ce séjour, qui n'avait rien d'agréable, mais qui, pour ceux qui étaient dociles envers les religieux, était après tout assez supportable, étaient tous de familles nobles ou tout au moins de riche bourgeoisie ; c'étaient des prodiges, des gens de mauvaises mœurs, des détraqués, des bizarres et des



« insensés ». C'étaient les mêmes que l'on rencontrait à Paris, au Fort-l'Evêque, à Saint-Lazare ou à la Bastille (1); c'étaient ceux qui mécontentaient leurs pères, ces terribles pères nobles du XVIII<sup>e</sup> siècle, dont Mirabeau, qui fut victime du sien, nous a laissé un tableau si coloré et si peu enchanteur. Ce furent aussi des officiers du roi et même des gentilshommes devenus fous. Quelques-uns entraient à la suite d'une interdiction prononcée par les tribunaux ordinaires et à peu près analogue à l'interdiction moderne qui, comme je l'ai dit ailleurs, était exigée pour l'admission des aliénés dans les asiles jusque dans les années qui précédèrent le vote de la loi de 1838; il fallait donc, pour l'obtenir, que la folie fût patente et considérée comme incurable. En somme, la situation légale et juridique de ces malades était celle qu'ils ont conservée depuis le Code civil; aujourd'hui encore, il y a un assez grand nombre d'aliénés interdits dans les asiles, et, pas plus avant qu'après la Révolution, on ne peut parler de séquestration arbitraire dans ces cas; les tribunaux ayant une certaine répulsion pour cette mesure rigoureuse, ne l'appliquent que lorsqu'elle est indispensable.

Les autres l'étaient par lettre de cachet, ces lettres dont on a tant médité sur la foi des pamphlétaires du XVIII<sup>e</sup> siècle, et de Voltaire en particulier. Je ne voudrais pas faire l'éloge de cette mesure, mais il faut reconnaître que si, à la Cour et parmi les gens qui approchaient le Roi et les grands, on en obtenait avec une facilité relative, les nobles de province avaient de grandes difficultés et n'en avaient que pour des motifs sérieux. Il fallait pourtant bien, au XVIII<sup>e</sup> siècle comme de nos jours, débarrasser la société des éléments dange-

---

(1) Sérieux et Libert. *La Bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sûreté*. Paris, 1911.

reux qu'elle contenait ; et encore aujourd'hui, ne voit-on pas éclater à chaque instant des campagnes de presse contre les séquestrations arbitraires dans les asiles d'aliénés. Or, chaque fois que des Commissions parlementaires ont demandé aux publicistes les plus connus de citer les faits sur lesquels ils s'appuyaient dans leurs campagnes contre les Bastilles modernes, aucun n'a pu en apporter de probants (par exemple, lors des débats sur l'affaire Sandon).

Les lettres de cachet ont été justement flétries lorsqu'elles servirent à mettre à la Bastille ou à Vincennes Diderot ou Voltaire : c'est entendu, et personne ne songe à demander leur rétablissement ; mais, après leur suppression, Napoléon I<sup>er</sup> hésita-t-il à jeter le marquis de Sade à Charenton, et le général Malet dans la maison de santé du faubourg Saint-Antoine ? Or, si la folie du premier n'est pas douteuse, d'après nos idées actuelles, elle l'était fort au temps de Pinel, et celle du second est-elle probable ? Il est bien nécessaire que le pouvoir exécutif puisse faire des règlements interprétatifs qui ne soient pas soumis aux lentes formalités de l'élaboration des lois, et il est des cas où la prudence exige que l'on puisse empêcher un crime sans s'astreindre à un formalisme excessif. Comme beaucoup d'institutions humaines, les lettres de cachet eurent du bon à une époque où il n'y avait de législation ni sur les aliénés ni sur la presse ; mais des hommes en place en abusèrent ou en mésusèrent, cela est certain : c'est pourquoi leur suppression fut légitime. Bien des fois, on a abusé ou mésusé des lois dont le principe même est, sans conteste, nécessaire à l'ordre public.

D'ailleurs, le pouvoir royal d'alors prenait aussi quelque soin que les malheureux qui étaient privés de leur liberté la recouvrissent lorsqu'ils le pouvaient. C'est ainsi qu'un nommé K... étant parvenu à faire



remettre un placet au roi, ou plus exactement au ministre, celui-ci écrivit au prier de la Charité pour lui demander si l'état actuel de cet ancien officier de marine lui permettait de reprendre sa place dans le monde.

Ce qui distingue tous les actes de l'ancien régime de ceux de nos gouvernements modernes, c'est que les premiers se terminent par la formule : « Car tel est notre bon plaisir », et qu'ils ne sont jamais motivés, tandis qu'aujourd'hui tout acte administratif est accompagné de considérants, qui sont publiés et peuvent être attaqués par les intéressés devant la juridiction compétente. C'est aussi que l'autorité publique contrôle, par des mandataires désignés à l'avance, tous les établissements de détention, tous les asiles d'aliénés, tous les hôpitaux, tous les établissements charitables, toutes les collectivités, et qu'en cas de plainte, ce n'est pas à ceux qui dirigent les établissements que l'on demande d'en examiner le bien-fondé, mais aux organismes de contrôle, qui sont tenus de se rendre sur les lieux à époques fixes et toutes les fois que leur présence est réclamée.

Les lettres, reçues ou envoyées par les reclus, étaient lues par le prier, qui avait probablement le droit d'intercepter celles qu'il jugeait bon. Rien, dans les pièces que nous avons eues entre les mains, ne permet de savoir si les exilés étaient autorisés à recevoir des gens du dehors ; mais, de l'examen des archives, il résulte très certainement que, sous une surveillance constante, qui ne semble pas avoir été trop tracassière, ils avaient entre eux des relations lorsque leur état le permettait, puisqu'on parle d'un domestique pour servir à table.

Contrairement à ce que l'on raconte des différentes prisons d'État, et de la Bastille en particulier, les exilés de Pontorson y étaient connus sous leur nom patronymique, car les noms que l'on trouve dans les archives se

retrouvent encore dans les pays voisins, Normandie ou Bretagne, ou tout au moins y ont laissé des souvenirs, certaines familles s'étant éteintes depuis lors. Cependant, l'un d'eux est désigné par l'initiale X... Était-ce un prisonnier politique, ou à cause d'une recommandation de la famille ou de l'autorité qui avait fait le placement? ou une négligence involontaire? Rien ne permet de répondre à cette question, qu'il est inutile de chercher à approfondir en l'absence de tout indice.

Il existe, aux archives de l'établissement, plusieurs comptes analogues à ceux que nous appelons aujourd'hui comptes moraux et administratifs; un des plus complets est celui relatif à l'exercice 1758 (clos).

La maison ne comptait alors que 6 religieux — elle en avait en quelques années auparavant 7 — et 12 domestiques, soit 1 cuisinier, 1 marmiton, 1 boulanger, 2 jardiniers, 1 infirmier, 3 gardiens des exilés (aliénés), 1 domestique pour la table, 1 garçon d'écurie; il y avait 6 pauvres (ce que nous nommons aujourd'hui les hospitalisés), 11 soldats ou matelots, malades ou infirmes, entretenus par le roi, et 31 hommes exilés, soit 25 par lettres de cachet et 6 par décision de justice (interdiction), pour cause de folie ou d'inconduite; soit 26 agents de tous ordres, employés à l'année, pour 48 hospitalisés de toutes catégories; un père cordelier était aumônier de la maison.

En 1776, le compte se solde, en balance d'entrée, par un actif (bénéfice net) de 11.446 livres 13 sous 9 deniers, résultats des bonis des exercices clos. La maison reçut, en rentes foncières et autres, une somme de 390 livres 10 deniers, restes arriérés, payés pendant la durée de l'année. Sa Majesté paya ce qu'elle devait d'arriérés pour l'entretien de 6 exilés : beaucoup de familles payaient aussi en retard.

Figure aussi, au compte recettes de l'année 1776, une



somme de 277 livres 6 sols 10 deniers de rentes foncières de l'année même, 33 livres 15 sols provenant des biens confisqués à la religion prétendue réformée, et une somme de 336 livres 12 sols 6 deniers de rentes constituées. Les loyers des maisons appartenant à l'établissement étaient de 944 livres et comprenaient une assez somptueuse demeure, bien délabrée de nos jours, qui était alors occupée par le receveur des aides, et dont aujourd'hui les ruines sont dans l'enclos de la gendarmerie. Une autre maison importante était louée à un tanneur.

Un pensionnaire, nommé Q..., payait 1.000 livres, mais avait un domestique spécial ; l'abbaye de Savigny payait 600 livres pour un de ses religieux. Le prix moyen de pension paraît avoir été entre 450 et 500 livres. Enfin, autre particularité remarquable : le D<sup>r</sup> Guillotin, le père de la célèbre machine, était le tuteur d'un aliéné nommé Garnier, pour lequel on payait 720 livres. Le total des pensions perçues sur le compte de l'année s'élevait à 27.267 livres 1 sou 8 deniers.

Le compte remboursements d'avances, emprunts, etc., c'est-à-dire les recettes d'ordre, s'élevait à 5.292 livres 15 sous 9 deniers.

Les produits de la ferme s'élevaient à 60 pots de lait (un pot égale 2 litres), 4 voitures de foin, 10 poulets, une charretée de paille de blé noir (sarrazin), 300 bottes de paille, 100 gluis, 3 sommes de blé (150 kilogs la somme), 10 sommes de sarrazin, 300 fagots, 3 bourrées, 150 paquets de rames pour haricots, 60 boisseaux de pommes de terre et une pinte de vin. Remarquons que, de nos jours, sous le climat de Pontorson, la vigne ne végète point en pleine terre : il y a donc eu une modification des conditions climatiques. Les pommes de terre étaient alors un tout nouveau produit du sol, puisque Parmentier n'avait pas encore obtenu la faveur

du Roi qui aida seule à populariser en France cet aliment exotique.

Le total du compte en recettes pour l'année, non compté les arriérés rentrés pendant l'exercice, s'élevait à une somme de 34.171 livres 11 sols 3 deniers. La recette moyenne par pensionnaire s'élevait à 626 livres (en comptant sur un total de 37 pensionnaires et en ne tenant pas compte des revenus propres de la maison fermages, loyers, rentes diverses, etc.).

Les dépenses sont intéressantes à étudier, car elles donnent la physionomie exacte de ce qu'était alors l'asile, du régime des pensionnaires, de la vie intérieure de cet établissement.

Le chapitre premier du compte rendu comprend des dépenses assez disparates, s'élevant à 830 livres 16 sols 6 deniers. Là, figure l'huile destinée à éclairer la chapelle et la salle des indigents pour 12 livres 17 sols. La cire des cierges à 40 livres 14 sols, le traitement du religieux cordelier qui servait d'aumônier, puisque les Frères de Saint-Jean-de-Dieu ne recevaient pas les ordres majeurs et ne pouvaient par conséquent pas donner les sacrements ni dire la messe, 300 livres. Le chapelain de Saint-Antoine, personnage assez inutile, mais qu'il fallait rétribuer, 100 livres. Étrennes aux employés, 136 livres; étrennes mignonnes (ce que nous appelons aujourd'hui pourboires divers), 23 livres 5 sols. Drogues et médicaments, 57 livres 7 sols. Le budget de pharmacie n'était pas large en ce temps-là; mais l'établissement récoltait probablement les simples qu'il employait, comme cela s'est pratiqué jusqu'à nos jours.

Les aumônes, 94 livres 3 sous. Il ne s'agissait nullement de libéralités, mais de dépenses imposées par l'autorité royale lors de l'installation des Frères de Saint-Jean-de-Dieu à Pontorson, en faveur des pauvres non hospitalisés et des femmes : il n'y a que quelques



années que l'hospice de Pontorson ne verse plus au bureau de bienfaisance de la ville une subvention ; et aujourd'hui il y a, depuis longtemps d'ailleurs, une salle de femmes : dans les années qui précèdent la Révolution, l'hôpital de Saint-Antoine (celui que nous étudions) fut contraint de subventionner un hôpital pour les femmes, fondé récemment dans la ville.

Le chapitre 2 du compte relate les rentes dues pour l'hôpital, les frais de voyages des Frères, le prix de charroi des marchandises livrées et les impôts ; il s'élève à 3.608 livres 17 sols 3 deniers.

Le chapitre 3 comprend les achats de blé pour 3.761 livres ; de boucherie, pour 4.314 livres 3 sols ; de beurre frais, pour 1.294 livres 17 sols ; d'œufs, 405 livres ; de volaille et gibier, 766 livres 8 sols. Je doute qu'à l'heure actuelle beaucoup d'asiles d'aliénés aient, toute proportion gardée, une pareille somme pour achat de volaille. Quant au gibier, je ne crois pas, et c'est d'ailleurs avec raison, qu'il figuré aujourd'hui fréquemment dans les menus de nos meilleurs pensionnats d'asiles. Les poissons frais et salés, 1.367 livres 3 sols ; les fruits, 205 livres ; le lait et le fromage, 131 livres 15 sols ; la viande de porc, 185 livres 4 sols. Remarquons le prix élevé des fruits et du poisson et la faiblesse du chiffre de la dépense en porc qui indique un bon marché excessif de cette viande qui, de nos jours, est plus chère que celle du bœuf. Enfin, 158 livres pour le sel. Ce chiffre illustre, sans qu'il soit besoin d'insister, la lourdeur excessive de la gabelle, dont l'impopularité était telle qu'elle n'est point encore oubliée de notre temps et que, pour l'avoir combattue, un voleur, Mandrin, est resté populaire. Le total des dépenses de bouche était de 12.293 livres 19 sols.

Le chapitre 4, dépenses d'entretien, est de 2.078 livres 13 sols 9 deniers : y figurent 642 livres 16 sols de

toile, 600 livres pour le blanchissage; — le blanchissage a toujours été une dépense très onéreuse à l'asile de Pontorson en raison de circonstances locales.

Achat de chemises de rencontre, 172 livres 15 sols : il ne viendrait pas à l'idée d'une de nos administrations hospitalières modernes d'acheter des chemises qui ne fussent pas neuves ; mais le linge d'alors était tissé à la main après avoir été filé à la quenouille ; il revenait cher, mais fournissait un usage que nous ne pouvons même plus concevoir. On acheta encore 9 couvertures de laine pour 140 livres, soit 15 livres 11 sous la couverture ; la cordonnerie nécessita 153 livres de dépense ; les bas et bonnets, 98. La pommade, les peignes, l'eau-de-vie, le raccommodage, ensemble pour 40 livres 9 sols : on achetait de l'eau-de-vie dans un asile d'aliénés au XVIII<sup>e</sup> siècle ! Deux cuillers d'argent pour le ragoût (d'occasion) furent payées 73 livres 18 sols 9 deniers ; encore un luxe qui s'en est allé !

La coutellerie et son entretien figurent pour 15 livres 18 sous, y compris l'entretien des instruments de chirurgie. Cependant, six couteaux de table sont facturés 2 livres 6 sous, ce qui paraît prouver qu'au moins quelques pensionnaires avaient un couteau.

Le chapitre 5 est celui du personnel, et en impôts, les droits d'entrée du vin, du cidre et du bois y figurent pour 635 livres 1 sou 10 deniers, malgré les nombreuses exemptions dont bénéficiait l'ordre. La capitation des domestiques était de 10 livres 16 sols ; une subvention de 43 livres 15 sols était donnée librement ou non, je n'ai pas pu le déterminer, pour la reconstruction du presbytère de Pontorson. — Les ouvriers de culture reçurent 260 livres, les domestiques 901 livres 7 deniers ; le barbier (chirurgien) recevait à forfait 120 livres ; il fut payé aux charpentier, menuisier, serrurier, couvreur, maçon, tourneur, peintre, au maréchal-ferrant et au



sellier, des sommes plus ou moins importantes ; le récn-rage de la batterie de cuisine figure pour 30 livres ; une réparation de montre pour 12 francs, la façon de poterie d'étain pour 15 livres 12 sols 5 deniers (je ne vois pas figurer d'autres ustensiles de ménage), et le chaudronnier reçut pour l'étamage 109 livres 13 sols. Les frais de mouture montèrent à 195 livres 14 sols.

Le chapitre 6 montre un achat de 867 livres 2 sols de bois, 300 livres de fagots (dans le pays encore aujourd'hui les fours de boulangerie sont alimentés de cette façon) ; 82 livres pour des pois et des haricots, 95 pour de la paille et du foin, 456 livres 9 sols 8 deniers de tabac : ce chiffre est extrêmement élevé et dénote une consommation très considérable ; je ne sais quelle quantité en poids cela représente, ni sous quelle forme il était employé, mais je constate que l'abus du tabac n'est pas récent dans les asiles. Je pense que seuls les exilés en faisaient usage, car je doute que les Frères en usassent eux-mêmes où qu'ils en donnassent aux indigents de l'hôpital ou aux domestiques. Une somme de 1.140 francs figure au compte pour achat de vin ; c'est à peu de chose près ce que nous usons aujourd'hui malgré la cherté actuelle du produit et quoique le nombre des malades pensionnaires soit au moins triple, ce qui n'empêche pas les pommes à cidre d'avoir coûté 1.183 livres, sans compter celles qui figurent pour ordre au compte des produits en nature de la ferme et des propriétés.

Le chapitre des réparations (n° 7), comprend 697 livres pour le vieil hôpital, 81 livres pour la paille de coucher des pauvres et 302 pour l'achat de foudres à cidre.

Au 31 décembre, la maison avait encore à recouvrer une somme de 11.802 livres 12 sous 2 deniers.

Le résultat de l'exercice à sa clôture était donc le suivant :

31 Recettes globales, 38.965 livres 0 sol 9 deniers ;

61 Dépenses globales, 40.602 livres.

- Reste à recouvrer et comptes divers, 18.362 livres.

: Le bénéfice net était donc de 16.725 livres.

- En 1781, le boni n'était plus que de 10.351 livres, et le nombre des religieux n'était plus que de quatre.

En somme, comme Cadillac, comme Charenton, la maison de Pontorson ne recevait pas d'aliénés indigents ; les prix de pension y étaient très élevés, proportionnellement beaucoup plus que dans nos asiles publics actuels ; les prix aussi bien que le régime se rapprochaient de ceux des maisons de santé privées où la vie est somptueuse : c'était d'ailleurs au même genre de clients qu'elles s'adressaient, et ce n'est point pour ce genre de malades que Pinel a fait la réforme qui a immortalisé son nom.

31 C'était pour les malheureux que les gardiens exhibaient comme des fauves, dans ces affreuses petites-maisons, dont l'emplacement occupait le square actuel du Bon Marché, à côté de cette Abbaye-aux-Bois qui vient de disparaître ; c'était pour ceux qui croupissaient dans les loges de Bicêtre, de la Salpêtrière, dans les prisons de province ; c'était pour ceux qui suivaient dans la salle Saint-Thomas de l'Hôtel-Dieu de Paris, ce traitement de la folie qui durait obligatoirement six semaines et pendant lequel, faute de place, ils étaient attachés à leur lit sans un moment de répit. Le bienfait de Pinel, de ses précurseurs et de ses imitateurs français et étrangers, c'est d'avoir amélioré le sort des aliénés indigents et aussi celui des riches dont nous parlons actuellement ; même ceux-là ne sont plus mélangés aux prisonniers d'État, ils ne sont plus enfermés dans des cellules verrouillées, avec des portes de seize lignes d'épaisseur. Ils peuvent se plaindre à des autorités qui les visitent régulièrement, ils entrent après des



formalités bien réglées ; les pouvoirs publics examinent la justesse de l'internement, et, aujourd'hui, on soigne l'aliénation mentale non plus par l'intimidation de Leuret, mais on perfectionne chaque jour la thérapeutique : par le travail, comme le conseillait Ferrus ; par la climothérapie, la balnéothérapie et même la sérothérapie. L'hydrothérapie n'a plus rien de brutal, et le traitement moral tient le premier rang des préoccupations du psychiatre.

Mais n'oublions pas que plusieurs siècles avant Pinel, un saint religieux, Jean de Dieu, s'éprit d'amour pour les aliénés, qu'il chercha à adoucir le sort de quelques-uns d'entre eux, et qu'il consacra les ressources que lui procurait le traitement des riches malades à secourir les pauvres et les malheureux. Et jusqu'à la Révolution française, alors que tant d'ordres s'endormaient dans le doux farniente doré de couvents richement rentés, les Frères de Saint-Jean-de-Dieu observèrent leur règle, secoururent les misères humaines les plus affreuses, et eurent la gloire de créer, aux derniers jours de l'Ancien Régime, l'enseignement clinique tel que nous le comprenons

#### CONCLUSIONS

1° Les maisons d'aliénés des Frères de Saint-Jean-de-Dieu ne s'ouvraient, avant la Révolution, qu'aux riches et aux nobles qui y étaient reçus en vertu, soit d'une lettre de cachet, soit d'une interdiction régulièrement prononcée par la justice ;

2° Dans les maisons de ce genre, la vie paraît avoir été somptueuse, mais la réclusion cellulaire et rigoureuse ;

3° Aucun aliéné indigent ne pouvait être traité dans ces maisons spéciales ;

4° L'alcool et le tabac, loin d'y être prohibés, s'y consumaient en grande quantité ;

5° Les moyens de contrainte les plus violents paraissent avoir été employés contre les pensionnaires indociles ou indisciplinés ;

6° Aucun contrôle régulier de l'autorité publique, administrative, judiciaire ou ecclésiastique, n'était exercé sur ces maisons ;

7° Mais, si par un moyen quelconque, les pensionnaires faisaient parvenir leurs doléances aux ministres, ceux-ci s'entouraient de renseignements auprès du Prieur de la maison



# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 MAI 1912

**Présidence de M. KLIPPEL, président.**

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

MM. Roger Dupouy et Jean Lépine, membres correspondants, assistent à la séance.

## *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Benon, qui remercie la Société de lui avoir décerné le prix Aubanel ;

3° Une lettre de M. Vieux-Pernon, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Dupré, Magnan et Dupain, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Guido Ruata, médecin en chef du manicomio de Pesaro (Italie). — Commission : MM. Legras, Truelle et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

*Des conditions étiologiques de la paralysie générale,*  
par le professeur A. Pilcz, de Vienne.

## *Rapports de candidature.*

M. JUQUELIER. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Capgras, Mignot et Juquelier, rapporteur, afin de vous rendre compte des travaux

du D<sup>r</sup> Vlavianos, d'Athènes, qui désire être associé à la Société médico-psychologique.

Le D<sup>r</sup> Vlavianos, qui veut bien être fier d'avoir été l'élève ou le collaborateur de quelques neurologistes et aliénistes français, parmi les plus distingués, est aujourd'hui agrégé de neurologie et de psychiatrie à l'Université d'Athènes; il dirige depuis 1902 la *Revue grecque de neurologie et de psychiatrie*; déjà, nombre de sociétés savantes l'ont accueilli avec faveur en Allemagne, en Angleterre, en Autriche et en France.

Au double titre de professeur et de principal rédacteur d'une revue spéciale, le D<sup>r</sup> Vlavianos a publié depuis dix-sept ans un nombre imposant d'articles et de monographies portant sur l'anatomie normale et pathologique du système nerveux, la psychologie, la neurologie, la clinique et la thérapeutique des maladies mentales. Nous ne saurions ni rendre compte de tous ces travaux ni même les énumérer; il en est cependant parmi eux de fort intéressants.

Rappelons que lors de son séjour à Paris, le D<sup>r</sup> Vlavianos a été le collaborateur de notre collègue, M. Robinovitch, dans la rédaction d'un travail sur la *Confusion mentale*, qu'en Grèce, il a profité de sa situation à l'Université d'Athènes pour mener activement le bon combat contre le fléau alcoolique, et que depuis sa thèse de doctorat à l'Université d'Athènes sur le *Sulfonal comme somnifère*, il a consacré beaucoup de temps à l'étude de différentes questions de thérapeutique psychiatrique. Enfin, dans un article récent, le D<sup>r</sup> Vlavianos envisageait les *Rapports du génie et de la folie*, et s'insurgeait contre le paradoxe de l'assimilation du génie à une névrose.

Ces quelques références suffisent d'une part à indiquer la diversité des préoccupations scientifiques de notre confrère; et d'autre part, à montrer qu'il a bien sa place parmi nous. Votre Commission vous propose donc d'admettre M. le D<sup>r</sup> Vlavianos parmi les membres associés étrangers de la Société médico-psychologique.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Vlavianos est élu membre associé étranger, à l'unanimité des membres présents.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez confié à



une Commission, composée de MM. Briand, Picqué et Semelaigne, l'examen des titres scientifiques du D<sup>r</sup> James Chambers, un de nos plus distingués confrères anglais.

En terminant ses études médicales, le D<sup>r</sup> Chambers songeait à se consacrer au professorat, et pendant deux années il fit des cours d'anatomie à Belfast. Mais le mauvais état de sa santé l'ayant obligé à interrompre momentanément tout travail suivi, il rencontra Hack Tuke, et la fréquentation de l'arrière-petit-fils du fondateur de la *Retraite d'York* l'orienta dans une nouvelle voie ; dès lors, il s'adonna à l'étude assidue des maladies mentales. Médecin de la maison de santé du Priory, à Roéhampton, il succédait, comme directeur, en 1892, au D<sup>r</sup> William Wood. Depuis près de douze ans, il s'occupe activement du *Journal of Mental Science*, dont il se trouve aujourd'hui le plus ancien éditeur. Appelé tout récemment à enseigner les maladies mentales à l'Ecole de médecine de l'hôpital de Middlessex, il pourra déployer, dans ce poste envié, ses éminentes qualités professorales. Enfin, pour terminer, je rappellerai que le D<sup>r</sup> Chambers fait partie du Comité anglais chargé d'organiser la section de psychiatrie au XVII<sup>e</sup> Congrès international des sciences médicales.

En lui accordant le titre de membre associé étranger, vous accueillerez parmi vous un collègue distingué et sympathique entre tous, auquel m'unit une amitié déjà vieille de vingt ans.

Conformément à ces conclusions, M. Chambers est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

### Confusion mentale à forme de presbyophrénie symptomatique et curable.

par MM. KLIPPEL et RAYMOND MALLET.

OBSERVATION. — M<sup>me</sup> P... (Julie), âgée de soixante-trois ans, institutrice, est amenée à l'hôpital Tenon, salle Magendie, lit n<sup>o</sup> 11, le 18 juin 1910.

Nous sommes en présence d'une femme sur laquelle nous n'avons aucun renseignement et qui est incapable de nous en fournir. Elle est dans un état infectieux assez marqué, ainsi qu'en témoignent la température qui atteint 39 degrés, la peti-

tesse du poulx, l'état saburral de la langue. L'examen des divers organes ne montre pas de localisation précise; les urines en particulier sont rares, mais non albumineuses.

La malade est abattue, affaissée dans son lit, et nos questions semblent l'étonner : elle cherche ses réponses qu'elle ne trouve pas ou qui sont inexactes.

« De quoi vous plaignez-vous? — Pour bien vous le dire, je ne sais pas, j'avais de la faiblesse. — Depuis quand? — Je ne sais pas. — Quel jour sommes-nous? — Je ne sais pas (elle cherche), dimanche? — Quelle date? — Je ne sais pas. — Quel mois? — Décembre. — Regardez les arbres. — C'est vrai; ils sont tout verts. Nous sommes en été. — Quel âge avez-vous? — Je ne sais pas. Je suis née en 47. Voyons, en 1847, le... (elle cherche)... le 15 mai. — Alors quel âge avez-vous? — Je ne sais pas quelle année nous sommes. — Nous sommes en 1910. — Alors comme ça... Combien j'ai dit mon année de naissance; je ne sais plus. Je suis née en 1845, n'est-ce pas, je vous ai dit. Alors nous sommes en 1800 combien. — Voyons : nous sommes en 1910 et vous êtes née en 1847. Quel âge avez-vous? — Il faudrait faire une soustraction. On a l'esprit engourdi; on est sot (impossible d'avoir une réponse). — Comment vous appelez-vous; — Marie-Julie P... — Où êtes-vous ici? — Au Vésinet... non... à l'hôpital. Il y a combien de temps que je suis à l'hôpital, dites? »

Ce n'est que plus tard que nous avons obtenu les renseignements qui suivent de la personne même chez laquelle la malade se trouvait depuis plusieurs années comme institutrice des enfants.

M<sup>me</sup> P... n'aurait pas d'antécédents pathologiques. C'était une femme très active, très sobre, et, paraît-il, très émotive. Il y a quatre ans, elle a perdu une fille de vingt-trois ans (morte en couches) et elle ne s'en est pas consolée. Son gendre s'est remarié en décembre dernier, prenant avec lui ses petits-enfants, ce qui a augmenté son chagrin. Elle n'est à Paris que depuis cinq ans et habitait auparavant la Meuse; elle fut dans le temps institutrice dans des écoles privées.

Il y a un mois, la malade serait restée quelques heures au soleil en plein champ et aurait eu à la suite un violent mal de tête qui a persisté plusieurs jours. Une semaine environ avant son entrée à l'hôpital, M<sup>me</sup> P..., faisant une course aux environs de Paris, se serait perdue dans la campagne et on a dû la reconduire chez sa patronne. Le lendemain, elle ne reconnaît pas celle-ci, et ce n'est qu'après l'avoir entendue parler qu'elle s'excuse en disant qu'« elle ne la remettait pas ». La journée néanmoins elle fait son service, mais la nuit la malade est agitée et elle délire par instants. Un soir, apercevant sa patronne,



elle s'écrie en suppliant : « Maman, oh ! maman, épargnez-moi, ne me tuez pas » (elle était en mauvais termes avec sa mère qu'elle ne voyait plus depuis longtemps) ; elle ne s'est calmée que lorsqu'on lui a eu persuadé qu'elle se trompait. Un autre soir la malade s'agite dans sa chambre en criant : « Regardez sous mon lit, il y a des traînards », puis « regardez dans ce coin, il y a quelqu'un, je vous assure ». Trois jours seulement avant d'entrer à l'hôpital la malade a dû s'aliter : elle avait de la fièvre, divaguait, et le médecin appelé auprès d'elle aurait parlé de « congestion cérébrale ». Nous avons vu dans quel état elle est arrivée dans le service.

Cet état s'est modifié rapidement. Les signes généraux ont rétrogradé en deux jours, en même temps que les troubles mentaux perdaient leur caractère confusionnel. Le 21 juin, la malade n'a plus de fièvre ; elle est plus éveillée ; elle nous accueille en souriant ; elle parle avec plus d'assurance, mais ses réponses dénotent un état mental particulier.

« M'avez-vous déjà vu ? — Oui, tout à l'heure, c'est vous qui avez mangé là, n'est-ce pas (on était à la visite du matin). — Quel jour sommes-nous ? — Dimanche. — Mais non. — Ce n'est pas dimanche ? C'est si beau cependant, les lits sont si blancs. — Il y a longtemps que vous êtes ici ? — Je ne sais pas. M. Noël le saura bien, lui (elle désigne un externe qu'elle appelle avec insistance M. Noël). — Vous le connaissez bien ce Monsieur ? — Je l'ai bien remis tout de suite ; en le voyant ça m'a fait grand plaisir. — Où êtes-vous ? — Au Vésinet. — Non, vous êtes à l'hôpital Tenon. Quel jour sommes-nous ? — Je ne sais pas. Vous m'avez dit que nous sommes à Tenon. C'est drôle qu'on ait des arrêts de mémoire comme ça. Mais pourquoi suis-je à Paris, dites-moi. Il y a longtemps que je suis à Paris ? — Qui suis-je ? — M. le D<sup>r</sup> Tenon ? — Non, je vous ai dit que vous êtes à l'hôpital Tenon. — Ah ! oui, ce n'est pas le nom du docteur. Et comment y suis-je arrivée ? Il y fait bien beau et bien blanc toujours. — Depuis quand êtes-vous malade ? — Je me trouve bien. Je ne sais pas. Je le verrai sur mes lettres. Attendez, je vais vous le dire (elle cherche). Voyons, depuis quand je le suis, c'est ce que vous voulez ? Je ne sais pas. — Il y a longtemps que vous êtes ici ? — Voyons, nous sommes quel mois ? — Juin. — Oui, alors je dois être partie de Paris le... — Mais nous sommes à Paris. — Je croyais en être partie. Je ne sais pas comment je vis. Comme on est drôle. Qu'est-ce qui fait cet effet-là ? — Est-on venu vous voir hier (elle a reçu la visite d'une dame avec un de ses petits-enfants). — Je crois, il me semble. — Qui ? — Je ne sais pas. — Une dame avec un petit enfant. — Je ne me rappelle pas en ce moment. — Roger. — C'est mon petit enfant.

— Il est venu hier. — Ah! je ne me rappelle pas (elle l'avait très bien reconnu). — Avez-vous eu plusieurs enfants? — Une fille simplement. — Elle vit encore? — Oui, Monsieur, je l'espère (nous savons que sa fille est morte il y a quatre ans). — Avez-vous bien dormi cette nuit? — Je ne sais pas trop. Il me semble que j'ai parlé. »

La nuit précédente la malade s'est levée à diverses reprises, parcourant la salle en disant qu'elle se rendait à son travail à Fontainebleau; elle se recouchait sans difficulté quand on l'avait détrompée.

22 *juin*. « Vous êtes M. Tenon, n'est-ce pas? — Mais non, vous êtes à l'hôpital Tenon. — Je croyais que c'était votre nom. Une idée. La tête. Il a fallu une catastrophe pour en arriver là! je suis une pauvre insensée. Et ça va durer longtemps. Ce n'est pas aujourd'hui que je suis tombée? — Qu'est-ce que vous voulez dire? — Je suis tombée, je ne sais pas quand, je suis tombée par la forte chaleur, je ne sais plus. »

Le 26 *juin* la malade nous reçoit par ces mots : « Bonjour, M. Tenon, je suis très heureuse de vous voir. Vous êtes M. Tenon; j'ai deviné, n'est-ce pas? — Où êtes-vous? — Je suis à l'hospice, mais où? — Quand m'avez-vous vu? — Il y a déjà un certain temps, plusieurs années même. Mais votre figure m'est restée gravée dans moi plus que toute autre; c'est toujours avec plaisir que je vous ai vu. — Où m'avez-vous vu? — Je ne sais pas trop si vous ne m'avez pas sauvée d'un danger quelconque. — Quel danger? — Je ne sais pas, d'un accident enfin. — Quel accident? — Ce n'était pas d'un accident de voiture. Enfin vous m'avez sauvée d'un danger; j'ai éprouvé cette chose. » On fait lire un fait divers de quatre lignes à la malade qui est incapable de raconter ce qu'elle a lu pourtant avec lenteur et intonations. « Qu'avez-vous lu? — Ce serait préférable de le relire. » Elle écrit très bien sous la dictée et spontanément; c'est ainsi qu'elle termine d'elle-même les phrases dont on lui dicte le début : je m'appelle « Marie, Julie P... »; je suis née à « R... (Meuse) », le « 15 mai 1847 »; j'ai... « je ne sais pas »; je suis « à Paris dans un hôpital ». Elle connaît bien sa table de multiplication et fait facilement des petites opérations. Elle ne peut citer aucune bataille de Napoléon I<sup>er</sup>. « Et moi qui connaissais tout ça; il en a tant fait de batailles! — Et Jeanne d'Arc? — Elle est de mon pays, Meusienne. Voyons, Charles VII. C'était sous les Anglais. » Elle ne se rappelle pas autre chose.

La malade commence à se lever. Elle va aux w.-c.; mais en rentrant dans la salle, elle se couche dans le lit de sa voisine qu'elle croit le sien. Les nuits sont bonnes. Etat général excellent.



2 juillet. La malade s'occupe : elle a nettoyé les carreaux de la salle dans l'après-midi. Le soir on lui demande : « Qu'avez-vous fait aujourd'hui ? — Je crois que je suis sortie ce matin. — Où cela ? — Faire une visite. — A qui ? — Il me semble que je suis allée en visite. — Vous avez travaillé avec la surveillante. — Je ne sais pas. J'ai fait la vaisselle ? — Mais non. — Je ne me rappelle pas. J'ai cousu ? — Non. — Eh bien ! alors, qu'est-ce que j'ai fait ? Je ne sais pas du tout. Quel brouillard y a-t-il donc ! Qu'est-ce donc que j'ai eu pour avoir perdu la mémoire comme ça. J'ai eu un choc, une secousse. Depuis quand je n'ai plus de mémoire ? Avant d'être ici, comment étais-je ? vous ne savez pas. — Que faisiez-vous ? — J'étais institutrice. — Chez qui ? — Je ne sais pas. Faut-il que je me fatigue à chercher ? Il doit y avoir quelque chose. Les personnes qui étaient autour de moi pourraient peut-être vous renseigner. »

6 juillet (interrogatoire du Dr Chaslin). — Où êtes-vous ? — A l'hôpital Tenon, je crois. — Connaissez-vous ces messieurs ? — Oui, M. M..., n'est-ce pas (exact) ? — Depuis quand êtes-vous ici ? — Je ne sais pas. — Quel jour sommes-nous ? — Dimanche (faux). — Pourquoi ? — Il y a eu des visites (effectivement une malade de la salle a reçu des visites). — Quel âge avez-vous ? — Je ne sais pas. Je suis née en 47, en 1847. — Eh bien, quelle année sommes-nous ? — En 1910-47 et 1910, ça fait 60 ans plus 3 ; j'ai 63 ans. — Que faisiez-vous autrefois ? — La classe. — Où ? — Dans les Vosges, à D..., près de Remiremont. Après j'ai été dans un hameau près de Saint-Dié. — En quelle année sommes-nous ? — Je ne sais pas. — Quel âge avez-vous ? — Je suis de 47 ; maintenant... — Vous ne vous rappelez pas ; tout à l'heure vous l'avez dit. — Ça se peut bien. — Qu'est-ce que je vous ai demandé aussi ? — Je ne me rappelle pas. Quand je suis seule, que je cherche, plus je cherche, plus ça m'enserme ». Elle répond bien sur le calcul. « Et l'histoire, la géographie ? — Je ne sais pas. — Citez un roi de France. — (Après avoir cherché) Louis IX. — Qu'a-t-il fait ? — Il n'a pas été en croisade ? On lui a donné le nom de Saint-Louis. — Quel est le président de la République actuel ? — Je ne sais pas. — Le premier ? — M. Thiers. — Après ? — Carnot ; je ne sais pas. — Et Grévy ? — Ah ! oui, je me rappelle. »

Dans la suite la malade s'améliore rapidement. On ne constate plus qu'une légère amnésie de fixation qui cède progressivement, et la malade quitte l'hôpital le 10 août 1910.

Depuis lors elle a repris son ancienne place et elle est venue nous revoir à diverses reprises tout à fait guérie.

En résumé, nous nous sommes trouvés au début en

présence d'une malade sur laquelle nous n'avions aucun renseignement, qui était incapable de nous en fournir, et qui présentait un tableau clinique rappelant celui de la confusion mentale dite primitive. Les détails rétrospectifs que nous avons obtenus dans la suite ont confirmé cette opinion, quoique l'affection ait évolué d'une façon spéciale.

A son arrivée dans le service, la malade avait l'aspect égaré, hébété du confus : affaissée dans son lit, elle répondait docilement aux questions qu'on lui posait, ou plutôt elle cherchait à y répondre : elle disait « je ne sais pas » ; ou bien elle faisait des réponses inexactes qu'elle s'efforçait en vain de corriger quand on lui avait montré son erreur. Elle avait d'ailleurs conscience de son état qu'elle traduisait ainsi : « On a l'esprit engourdi ; on est sot. » Les signes physiques finissaient de donner à ce syndrome le cachet de la confusion mentale : la température atteignait 39 degrés ; la malade était très abattue ; sa langue était sèche, le pouls petit et fréquent, les urines rares, mais non albumineuses. Cet état infectieux n'a d'ailleurs pas duré et le troisième jour la température était retombée à la normale, qu'elle ne devait plus dépasser. Mais nous avons appris plus tard que cet état remontait à quelques jours et que la malade, après une courte période prodromique, avait dû s'aliter trois jours avant son entrée à l'hôpital.

Consécutivement à la régression des signes physiques les troubles mentaux se sont modifiés : la malade perdait son air égaré ; souriante, avec un certain degré d'euphorie, elle répondait aux questions avec moins d'hésitation, et on constatait ainsi qu'à la désorientation dans le temps et dans l'espace, à l'amnésie, amnésie d'évocation et amnésie de fixation, s'ajoutait un symptôme nouveau, la fabulation, les fausses reconnaissances. Si l'on se reporte à l'interrogatoire du 21 juin, on peut voir que la malade a tendance à combler les vides de sa mémoire par des faits imaginés ; elle dit avoir vu le médecin déjeuner auprès d'elle ; elle croit reconnaître un externe du service qu'elle baptise « M. Noël » ; elle parle de sa fille, morte depuis quatre ans, comme si elle vivait. Pourtant son jugement est assez bien conservé, elle reconnaît s'être trompée quand



on le lui fait remarquer et même elle se lamente sur son sort : « La tête ! Il a fallu une catastrophe pour en arriver là ; je suis une pauvre insensée. »

Même état le 26 juin et le 2 juillet.

De sorte qu'à ce moment on retrouve chez notre malade tous les éléments du syndrome qu'on a isolé sous le nom de presbyophrénie de Wernicke et qui est caractérisé cliniquement par : l'amnésie, la désorientation dans le temps et dans l'espace, la fabulation et les fausses reconnaissances, symptômes s'accompagnant de la conservation relative du jugement et de l'attention et développés chez une femme âgée. Notons que l'examen organique de la malade ne montrait rien d'anormal : pas de trouble viscéral ; rien en particulier au cœur ni dans les urines ; aucun phénomène nerveux.

Dans la suite, les troubles mentaux ont rétrogradé progressivement et assez rapidement, puisque le 6 juillet M. le Dr Chaslin, interrogeant la malade, ne constatait plus que de l'amnésie : la malade était orientée ; les souvenirs anciens semblaient revenus (plus d'amnésie d'évocation) ; ce qui frappait, c'était une amnésie de fixation, mais cette fois sans fabulation d'aucune sorte. Cette amnésie antérograde a persisté, à l'état isolé, encore quelque temps, de plus en plus légère, et la malade a pu quitter le service le 10 août.

Elle a repris ses anciennes occupations et nous l'avons revue à diverses reprises n'offrant plus aucune séquelle des troubles que nous avons constatés.

Voici donc une malade qui, après une période de confusion fugace, ébauchée, a présenté une série de symptômes tels qu'en l'absence de renseignements sur les commémoratifs du début et dans l'ignorance de l'évolution ultérieure vers la guérison on pouvait, vu l'âge de la malade, penser à la presbyophrénie de Wernicke. L'entité de cette affection est très discutée ; certains auteurs en font une forme de la démence sénile ; d'autres une forme de la psychose de Korsakoff ; pour d'autres enfin, la presbyophrénie ne serait qu'un syndrome, pour quelques-uns une variété de fabulation.

Dans notre cas, les symptômes presbyophréniques se sont développés à la suite d'un état confusionnel de cause infectieuse, banale, chez une femme âgée et

quelque peu débile, conditions ayant peut-être favorisé une telle évolution.

Celle-ci fut d'ailleurs relativement courte, puisqu'au bout de quelques jours le syndrome presbyophrénique s'émiettait, l'amnésie de fixation persistant la dernière pour disparaître elle-même complètement.

Il est donc permis de décrire dans certains cas de confusion mentale une phase presbyophrénique intermédiaire entre la confusion complète et l'amnésie qui termine l'évolution de la maladie.

Le terme de confusion mentale à forme de presbyophrénie symptomatique et curable conviendrait à des cas de ce genre.

#### DISCUSSION

M. PIÉRON. — L'amnésie de fixation existait-elle encore lorsque la malade s'orientait dans le temps d'après les incidents du jour? Lorsqu'elle pensait être au dimanche, parce qu'elle avait vu des visiteurs dans la salle, elle conservait bien le souvenir de ces visiteurs.

M. MALLET. — Elle s'orientait plutôt d'après une perception actuelle. Ces étrangers quittaient la salle au moment où nous lui demandions : « Quel jour sommes-nous ? » — L'amnésie de fixation a d'ailleurs disparu progressivement, mais elle a persisté plus longtemps que l'amnésie d'évocation.

M. PIÉRON. — Si vous avez revu la malade depuis sa guérison, vous avez dû vous rendre compte s'il y eut vraiment de l'amnésie de fixation, en l'interrogeant sur son séjour à l'hôpital.

M. MALLET. — Nous avons revu la malade depuis sa sortie, et nous l'avons interrogée sur ce qui s'est passé pendant son séjour, à l'hôpital sur les conversations auxquelles elle a pu prendre part ; il existe bien une période au cours de laquelle la malade n'a pas fixé de souvenirs.



## DIVORCE ET ALIÉNATION

Suite (1)

**Un cas d'amélioration considérable**  
**après quatorze ans de délire,**

par M. V. TRUELLE.

L'intéressante discussion sur le divorce pour cause d'aliénation mentale, soulevée par MM. Fillassier et Juquelier, et le rapport très documenté présenté par M. Trénel, ont amené la publication de plusieurs cas de guérisons, ou tout au moins de grandes améliorations survenues très tardivement après des troubles mentaux divers depuis longtemps persistants. Ici même, dans la séance du 26 février dernier, M. Leroy a apporté l'observation d'une démente précoce entrée dans une « rémission très complète » après six années de délire au cours desquelles le pronostic le plus fâcheux aurait été permis; M. Calmettes, plus récemment, a signalé de même des guérisons ou rémissions inespérées chez des intermittents présentant depuis plus longtemps encore tous les signes de la chronicité.

C'est un fait analogue que je voudrais vous soumettre. Il s'agit cette fois d'une psychose hallucinatoire à teinte mélancolique, qui, au sens très large de la conception kraepelinienne, aurait pu sans doute être classée dans la démence précoce paranoïde, et qui, après s'être manifestée sans trêve pendant près de quatorze ans, semble maintenant totalement disparue.

Voici, résumée autant que possible, cette observation :

M<sup>me</sup> P..., veuve P..., est entrée à Saint-Anne à l'âge de trente-sept ans, le 1<sup>er</sup> décembre 1898, avec le certificat suivant

---

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, p. 91; de mars-avril, p. 274; de mai-juin, p. 449 et 481 et de septembre-octobre 1911, p. 262; de janvier, p. 65 et 77; de février, p. 339, et de mai 1912, p. 574.

de M. Magnan : « Dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution, craintes d'empoisonnement, excitation par intervalles, insomnie, contusions multiples. »

Peu de temps après son mariage, vers l'âge de vingt et un ans, la malade avait déjà présenté quelques troubles mentaux transitoires qui nécessitèrent un séjour de six mois dans l'établissement du Dr Goujon, mais ne se reproduisirent pas dans la suite. Ses antécédents héréditaires, incomplètement connus, ne semblent pas présenter grand intérêt ; elle a eu trois filles qui sont vivantes et en parfaite santé.

Jusqu'en 1898, sa vie mentale est restée normale. A cette époque, elle fut abandonnée avec ses enfants par son mari, buveur, et qui lui avait toujours rendu la vie assez pénible. C'est peu de temps après cet abandon que les troubles mentaux éclatèrent. Elle devint triste, étrange, et tout de suite des hallucinations auditives apparurent, ainsi que des idées de persécution sans système délirant : elle avait des frayeurs, des idées d'empoisonnement, refusait de s'alimenter, parlait de se tuer en compagnie de ses enfants ; parfois, elle était plus anxieuse, allait et venait sans cesse ; d'autres fois, plus calme ; à certains moments immobile et prostrée. Placée à l'asile, elle continua de présenter ces alternatives d'inertie et d'agitation, mais resta toujours très hallucinée et fortement délirante ; elle se livrait à toutes sortes de réactions étranges : refusait parfois la nourriture, s'agenouillait, faisait des grimaces, se couchait à terre, sans soin d'elle-même.

Après un an environ, à cette période de poussées aiguës, mais sans intermittences, succéda une phase chronique ; les idées délirantes devinrent moins nettes et moins pressantes, les réactions s'atténuèrent et tendirent de plus en plus à se stéréotyper ; des hallucinations auditives continuelles persistèrent. En mai 1905, toujours dans le même état, M<sup>me</sup> P... fut transférée à l'asile de Moisselles, et voici ce qu'alors on constata : la mémoire était bonne, la malade se rappelait suffisamment les péripéties de son délire, ses réponses étaient correctes, mais brèves, parfois faciles, d'autres fois impossibles à obtenir, souvent interrompues par des propos apparemment incohérents tels que ceux-ci : « Je dis et je redis que MM. les sénateurs sont des fainéants. » Outre ces hallucinations auditives très fréquentes, elle accusait encore des troubles de la sensibilité générale (on lui tourne la matrice) et quelques phénomènes psychomoteurs (on la force à dire des grossièretés) ; aucune systématisation délirante, mais seulement ébauchées quelques vagues idées de persécution à teinte mélancolique. Ses réactions étaient celles d'une chronique, d'une démente



précoce, dirait-on aussi ; incapable de s'occuper, elle allait et venait lentement sans trêve, les bras immuablement demi-fléchis et collés au corps, la tête un peu penchée, les lèvres serrées, ou bien restait immobile, debout, des semaines entières le visage sans expression. Le 8 juin 1905, M. Trénel établit le certificat suivant : « Affaiblissement intellectuel avec idées de persécution, hallucinations auditives et psycho-motrices. »

Jusqu'en mars 1907, la malade resta dans cette situation, continuant ses promenades incessantes et monotones, toujours hallucinée, mais calme et sans autres réactions que ses stéréotypies et ses réponses aux voix imaginaires. A cette date, elle fut envoyée à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, où je la vis pour la première fois. La mémoire était restée bonne ; la malade se souvenait de son séjour chez le D<sup>r</sup> Goujon, de ses pérégrinations diverses dans les asiles ; elle donnait de ces faits les dates exactes ; elle se rappelait incomplètement ses frayeurs anciennes, et pensait que si on l'avait conduite à Saint-Anne, c'était pour la guérir de quelque chose (*sic*) ; mais elle estimait que maintenant elle n'était plus malade. Calme, soignée dans sa tenue, elle restait un peu figée dans ses attitudes, répondant lentement, parfois avec difficulté, et semblait déprimée. Constantement des hallucinations auditives la troublaient, « des gens en dessous, disait-elle, m'empêchent de parler ». Il n'y avait pas d'idées délirantes nettement exprimées. Placée dans une famille, elle va conserver la même attitude, parfois plus inquiète, plus anxieuse, reprenant ses allées et venues d'une pièce dans l'autre, à d'autres moments plus tranquille, se livrant à quelques travaux de crochet. Elle a peu de spontanéité, demande sans conviction et sans insistance sa sortie.

Par ailleurs, sa tenue reste correcte, elle est parfaitement propre et fait convenablement sa chambre, mais ne se livre à aucune autre occupation régulière, et ne cherche à prendre aucune distraction.

Le 10 octobre 1908, toujours dans le même état, elle quitta la colonie pour aller demeurer à Paris, chez sa sœur. Les hallucinations persistaient, mais à part quelques étrangetés et un grand désir d'isolement, tout alla bien d'abord. Après quelques mois, elle redevint de nouveau plus inquiète ; souvent anxieuse, elle se relevait la nuit, semblait parfois menaçante ou bien parlait de se suicider. La famille, craignant des réactions dangereuses, provoqua son réinternement le 25 mars 1909, après cinq mois et demi de liberté. M. Magnan rédigea alors le certificat suivant : « Délire mélancolique, scrupules, se croit à charge à sa famille, s' imagine qu'il va arriver toutes sortes de malheurs à ses enfants, craintes, tendances au suicide. » De Sainte-Anne, elle fut envoyée à Ville-Evrard, puis, le

21 octobre 1909, à Moisselles, où je la retrouvai, accompagnée du certificat suivant de M. Leroy : « Dépression mélancolique, hallucinations de l'ouïe, monologues, gestes bizarres. » La malade était exactement dans la situation où je l'avais laissée à Dun : lucide, calme, de tenue soignée et correcte, d'attitude humble et soumise, mais manquant de spontanéité, toujours hallucinée, répondant difficilement à l'interrogatoire, et partiellement stéréotypée. Assise immuablement sur la même chaise, elle y passe des journées entières, travaillant sans arrêt à une interminable et monotone dentelle au crochet. Elle n'exprime pas d'idées délirantes d'aucune sorte. Le plus souvent, elle semble totalement étrangère et indifférente à l'entourage; fréquemment, elle reste sans répondre quand on lui parle, et quand elle le fait ce n'est qu'après un temps d'arrêt assez long. Pourtant elle reçoit avec plaisir les visites de ses filles; mais elle n'en parle jamais d'elle-même, et ne manifeste aucun désir de s'en aller. Outre ses hallucinations auditives presque incessantes, et sur le rôle desquelles je reviendrai dans un instant, elle a de temps en temps des représentations mentales visuelles très vives, qui vont parfois jusqu'à l'hallucination complète, mais momentanée, et qu'elle décrit et discute avec une certaine précision et de la netteté.

Cet état s'est maintenu jusque il y a six mois, sans modification apparente, sans que rien soit changé dans la conduite et la tenue de la malade. Mais à l'examiner de plus près, on pouvait se rendre compte que ses « voix » étaient moins fréquentes, qu'elle-même causait plus librement, et à différentes reprises elle exprima le désir de retourner chez l'une ou l'autre de ses enfants. Depuis six mois environ, les hallucinations, dit la malade (et il faut bien, dans l'espèce, s'en rapporter à elle; elle ne les a d'ailleurs jamais cachées), ont disparu.

Voici quel est exactement son état actuel : la mémoire est toujours aussi bonne que possible; M<sup>me</sup> P... donne des renseignements très précis sur sa vie passée, sur son séjour dans les asiles et en particulier (faits dont je puis personnellement contrôler l'exactitude) sur son passage à la colonie familiale; elle n'a pas seulement conservé le souvenir des événements passés, mais aussi celui de leurs concomitants affectifs. S'il lui arrive de faire une erreur de date, elle la corrige facilement à la première observation. Son jugement et son raisonnement sont bons; on ne peut noter chez elle aucune perte des sentiments affectifs; elle désire beaucoup quitter l'asile; son élocution est maintenant plus aisée et rapide, elle discute même très vivement les conditions de sa sortie; son regard est plus éveillé, sa physionomie et sa mimique normales, sa démarche facile, sa tenue et son langage toujours parfaitement corrects. Elle n'a



plus, je le répète, d'hallucinations, et quand on en parle avec elle, elle dit : « Alors c'est cela des hallucinations ? » Il n'est pas possible de mettre en évidence la moindre idée délirante. Pourtant elle n'est pas absolument normale : bien qu'elle ait consenti à quitter la salle commune pour aller au jardin, elle continue de faire son éternelle dentelle ; elle se refuse énergiquement à aller à l'atelier, sous prétexte que n'ayant jamais travaillé dans ces conditions elle ne veut pas commencer ici et il est impossible de lui faire donner un motif plus plausible.

Elle ne veut se livrer ici à aucune occupation ménagère ; elle le fera, dit-elle, quand elle sera chez sa fille. Et elle s'obstine dans ces déterminations enfantines avec un entêtement qui prouve qu'elle n'est tout de même pas sortie totalement indemne de ses quatorze années d'hallucinations et de délire. Mais c'est là tout.

Voici donc une amélioration considérable, survenue très tardivement et après de longues périodes où un pronostic fâcheux aurait pu être porté. Sans être totalement guérie, M<sup>me</sup> P... se trouve dans une situation mentale telle qu'elle est parfaitement capable de vivre au dehors et qu'en particulier elle paraît entièrement apte à la *communauté mentale*. Dans l'espèce, la question de savoir ce qu'elle serait devenue sous le régime de la loi du divorce pour aliénation mentale ne se pose pas. Son mari, qui, nous l'avons vu, l'avait jadis abandonnée, est mort à l'heure actuelle. Mais ce cas n'en est pas moins intéressant, en ce que, comme les autres déjà rapportés ici, il montre les difficultés de certains pronostics. En 1905, alors que la malade paraissait nettement stéréotypée, qu'elle parlait à peine, qu'elle se promenait infatigablement des jours et des jours dans le même cercle, au point d'avoir aux pieds des durillons qui nécessitèrent son alitement ; alors qu'à d'autres périodes elle restait debout, immobile, des journées entières, et que dans cette inertie ses jambes enflaient, il eût certainement été impossible de prévoir la terminaison, ou même, si l'on veut, la période d'évolution actuelle. Cette observation montre encore qu'il faut se défier d'une interprétation trop pessimiste de ces symptômes extérieurs depuis longtemps connus et remis à l'ordre du jour sous les noms barbares de négativisme et de stéréotypie. Ils ne sont bien souvent, et beaucoup

déjà l'ont fait observer, que l'indice de troubles psychosensoriels ou psycho-moteurs qui ne s'extériorisent pas nettement, ou même ne sont que le mode d'expression unique d'une activité délirante cachée. C'est ainsi qu'en juillet 1910, mais à cette époque seulement, notre malade a pu donner l'explication de la plupart d'entre eux. Si elle restait éternellement dans la même position sur la même chaise, c'est parce que ses voix le lui ordonnaient; si elle continuait à faire imperturbablement des centaines et des centaines de mètres de la même dentelle, c'est parce que « ses voix lui défendaient de se séparer de son ouvrage »; si, paraissant collectionner, elle accumulait des journaux sans les lire, c'est parce qu'il « le fallait », c'est parce qu'elle n'avait le droit de les lire, toujours en vertu des ordres hallucinatoires reçus, qu'à certains moments, et certains jours; si elle paraissait muette et inerte, c'est parce qu'alors elle n'avait l'autorisation ni de remuer ni de parler. Donner à ces manifestations, comme on a eu tendance à le faire dans l'étude de la démence précoce, une importance diagnostique trop grande, c'est donc rester à la surface des choses; c'est, par suite, s'exposer à faire rentrer dans un cadre trop vaste un trop grand nombre de syndromes mentaux qui, sous des analogies superficielles, cachent des différences profondes plus essentielles, et ont d'ailleurs une évolution très dissemblable.

#### DISCUSSION

M. TRÉNEL. — La communication de M. Truelle doit être commentée à deux points de vue :

- 1° Au point de vue clinique;
- 2° Au point de vue social.

J'envisagerai d'abord le second pour l'éliminer rapidement, car il est résolu : Faute de pouvoir se séparer légalement d'une femme aliénée chez laquelle il existait de fortes présomptions d'incurabilité, le mari a préféré se désintéresser d'elle. Aujourd'hui qu'une amélioration tardive et inespérée se produit, les deux conjoints sont depuis longtemps, et resteront, étrangers l'un à l'autre mais gênés l'un par l'autre : n'eût-il pas mieux valu pour tous deux que le divorce eût été possible ?



Au point de vue clinique, cette malade est considérablement améliorée, mais elle n'est pas guérie. M. Truelle nous dit que son attitude n'est pas encore absolument normale; n'est-elle pas réticente et ne dissimule-t-elle pas encore quelques idées délirantes?

M. TRUELLE. — Je n'ai pas dit qu'elle fût guérie, et je ne crois pas qu'elle soit sortie absolument indemne de sa longue maladie. Je ne crois pas non plus qu'elle soit réticente, et la disparition des hallucinations après quatorze ans de délire est un fait qui méritait d'être signalé, même dans un cas comme celui-ci, où la conservation, vérifiée par intervalle, de la mémoire et de la lucidité a permis de ne pas affirmer la démence.

M. VIGOUROUX. — L'observation de M. Truelle nous montre combien nous devons être réservés dans l'appréciation de la durée probable des accès délirants qui nous paraissent curables parce que nous n'observons aucun symptôme formel d'affaiblissement des facultés. Or, ici, M. Truelle ne nous a pas signalé de signes de démence : ni la stupeur, ni les stéréotypies ne doivent *a priori* être considérées comme tels : elles peuvent en effet être en rapport avec le délire.

M. TRUELLE. — C'était le cas chez notre malade, mais on ne l'a su qu'en 1910.

M. VIGOUROUX. — Baillarger avait déjà attiré l'attention sur ce diagnostic partiel rétrospectif chez les malades atteints de mélancolie avec stupeur ; d'autre part, ici, l'affectivité était conservée.

M. DENY. — Il est incontestable, étant donné et l'importance de ce symptôme, qu'il ne faut pas faire le diagnostic de démence précoce chez les malades qui ne présentent pas de diminution de l'affectivité ; il est incontestable aussi que la stupeur n'est pas toujours de la catatonie dementielle.

#### Sur la mise en liberté d'une alcoolique,

par M. TRÉNEL.

Une alcoolique, avec dipsomanie, est internée à la suite d'un coup de couteau porté à son mari. Depuis son entrée, elle ne présente aucun délire et se conduit

tout à fait correctement. Ses demandes répétées de sortir sont rejetées par l'Administration préfectorale, ainsi qu'une proposition de transfèrement dans une colonie familiale. En dernier lieu, sur une demande adressée au procureur de la République, le certificat suivant est délivré :

Alcoolisme. Ne présente aucune idée délirante, se montre calme, docile, depuis son entrée à l'asile. Nie les actes de violences sous l'influence de la boisson (tout en avouant ces excès), qui sont signalés par son mari et ses enfants, et des rapports de police.

Une sortie peut être tentée, si la famille, ou quelque autre personne présentant des garanties, peut la recueillir et veiller à l'empêcher de boire.

Des rechutes sont à prévoir. L'envoi, que j'ai proposé, à la colonie familiale de Dun-sur-Auron n'a pas été accordé. Le mari de la malade refuse depuis longtemps de prendre la responsabilité de sa sortie; sa fille, qui habite l'Alsace, ne veut absolument pas la prendre à sa charge; déclarant qu'elle ruinerait la situation de son mari par ses excès de boisson; un de ses fils est en Amérique, l'autre est au régiment.

Ce certificat résume la situation.

A la suite de ce certificat, le procureur de la République adresse la lettre suivante, accompagnée de l'enquête :

PARQUET DE P...

*Le procureur de la République  
à Monsieur le Directeur de l'asile de...*

J'ai l'honneur de vous adresser en communication toutes les pièces de l'enquête à laquelle j'ai fait procéder sur une demande de sortie formée par la dame K..., soignée à... Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien apprécier et me faire connaître si, en présence des renseignements fournis, la mise en liberté de cette malade ne vous paraîtrait pas possible.

LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE.

Nous n'insisterons pas sur l'anomalie qu'il y a à demander au directeur de l'asile son avis sur la mise en liberté. Il n'y a sans doute là qu'une erreur de rédaction, et, en fait, c'est le médecin qui répondit en délivrant un nouveau certificat, spécifiant que la malade



« sera entièrement à la charge de la personne qui la recueillera, et restera incapable de se livrer à aucun travail, si ce n'est quelques travaux de couture. Comme elle ne présente aucun délire, elle doit, aux termes de la loi, être mise en liberté, sous réserve des rechutes prévisibles si elle fait de nouveau des excès de boisson ». (Disons, en passant, que cette malade est atteinte de rétrécissement mitral, avec crises de tachycardie et d'œdème pulmonaire.)

Il n'y a rien que de très ordinaire dans le fait : mais la personne qui se propose de recueillir la malade est elle-même une ancienne malade, internée à la suite d'une fugue, paraissant de nature comitiale, mais n'ayant pas présenté à l'asile de symptômes épileptiques. L'enquête communiquée par le Parquet signale que cette personne gagne tout juste sa vie par son travail quotidien.

Il nous paraît de toute évidence que le médecin ne peut répondre au procureur que par un certificat concernant l'état de la malade, et que seule l'autorité administrative peut prendre une décision.

#### DISCUSSION

M. DENY. — Vous appartient-il de vous renseigner sur la situation de la personne qui offre de surveiller votre malade ? Cependant, c'est à la seule condition de vous renseigner vous-même que vous pouvez être plus précis dans vos propositions au Procureur de la République.

M. TRÉNEL. — Le Procureur a pris des renseignements par l'intermédiaire du commissaire de police de la ville où habite mon ancienne pensionnaire. Ces renseignements m'ont été communiqués : ils sont très vagues et ne me permettent en aucune façon de m'avancer plus que je ne l'ai fait.

M. LEGRAS. — Vous ne pouvez pas faire plus que d'envoyer une nouvelle copie de votre dernier certificat.

M. DENY. — Dans ce certificat vous avez conclu à l'utilité d'une surveillance ; mais ce n'est pas à vous de déterminer si, à propos d'un incident comme celui

dont vous avez été saisi, cette surveillance est ou non suffisante.

M. RITTI. — Lorsqu'en qualité de médecin-inspecteur je conclus à la sortie surveillée d'un malade, j'estime que ma mission s'arrête là. D'ailleurs, dans ces cas, le Préfet de police convoque la personne qui offre d'assurer la surveillance, lui expose la situation, et lui fait prendre par écrit un engagement formel. Il n'en faut parfois pas davantage pour lui faire abandonner son projet.

La séance est levée à 5 heures 55.

*Les secrétaires des séances,*

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.



## BIBLIOGRAPHIE

*Le génie littéraire*; par le professeur Rémond (de Metz) et le D<sup>r</sup> Voivenel (de Toulouse). Un vol. in-8°, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, F. Alcan, 1912.

Un grand nombre de ceux que l'on qualifie des hommes de génie ont été trouvés par les sévères critiques qui ont analysé leur personne et leurs œuvres porteurs de tares : tares de toute catégorie, déséquilibre mental constitutionnel, appétences toxico-maniaques, alcoolisme, opiumisme, haschichisme, infections générales, syphilis, tuberculose, etc. Quel fut le rôle de ces tares dans la genèse et l'épanouissement de leur génie, c'est l'étude à laquelle se livrent le professeur Rémond et son chef de clinique le D<sup>r</sup> Voivenel. Et leurs conclusions sont formelles autant que logiques et moralement encourageantes : aucune de ces tares n'a été de quelque utilité dans l'élévation intellectuelle de l'homme de génie ; bien au contraire, son seul effort a été de l'abaisser, de l'amoindrir, de le faire déchoir psychiquement et physiquement et de le tuer ; « aucun des facteurs de dégénérescence, soit acquise, soit héréditaire, ne peut donc être considéré comme un élément du génie ».

Le génie est un don naturel, un legs du Destin et de l'Hérédité, que peut seul accroître le jeu normal des facultés. Sa signification ne doit pas être celle de développement pathologique ou tératologique, mais celle de l'exceptionnel progrès d'une fonction ; le génie, suivant l'expression des auteurs, est « une progénescence, un accroissement dans les qualités de l'individu ».

Cette conception est celle de tous les génies, littéraire, scientifique, militaire, artistique, musical, etc. Mais, étudiant plus particulièrement la première, MM. Rémond et Voivenel veulent en fixer les traits avec plus de précision. Ils développent ainsi cette thèse que le génie littéraire, expression du perfectionnement fonctionnel des organes du langage, est, en raison même des rapports qui unissent intimement ces organes avec la fonction sexuelle, le plus génital des génies et,

se séparant ici du génie en général, le plus propre à la propagation de l'espèce; ils le définissent, en conséquence, de la sorte : le génie littéraire est la manifestation intellectuelle la plus haute de la progénescence verbale et sexuelle chez l'homme.

Heureux littérateurs à qui serait ainsi dévolu le monopole de l'amour, et combien seraient à plaindre les grands cerveaux de laboratoire, théoriquement frigides et inféconds! Mais il ne faut exagérer ni généraliser, en aucun sens. Tous les génies littéraires ne sont pas de puissants sexuels; certains mêmes sont misogynes; le grand poète n'est pas plus fatalement un excité génital que le plus parfait amant n'est tenu d'être un excellent poète. Par contre, il est des hommes de laboratoire dont la réputation mondiale a consacré le rare mérite scientifique, qui se flattent d'être aussi de grands génitaux et qui le prouvent abondamment. Et que dire des génies militaires!!! La base même de cette théorie psycho-sexuelle du génie littéraire, c'est-à-dire la corrélation étroite entre les fonctions du langage et de la procréation, ne me paraît pas si solidement assise. L'éloquence n'est pas forcément liée à l'amour; de grands orateurs restent des contempteurs du sexe, de même que de grands amoureux tiennent souvent leur verbe muet. L'assimilation du langage humain et du génie littéraire au chant d'amour du mâle ne saurait se poursuivre jusqu'à l'infini.

Les auteurs, dans leur ouvrage, exposent d'abord leur conception du « génie », puis, après quelques considérations anatomiques et physiologiques sur la fonction du langage, sur le génie musical et mathématique, et les associations verbo-sensitives, ils développent longuement le sujet même de leur œuvre, le génie littéraire. Ils décrivent successivement l'attention, le rêve et l'inspiration, avec toutes ses anomalies. Ils passent en revue la longue liste des excitants dont se sont servis les écrivains les plus réputés : le café, l'alcool, l'éther, le tabac, le haschich, la cocaïne, l'opium, et montrent ce que fut dans la réalité leur influence, énervante, épuisante, stérilisante, toujours nocive. Ils analysent l'action, sur les littérateurs de génie, de leurs tares mentales et de leurs infections, de la tuberculose et de la syphilis, des névroses et des psychoses, obsessions, phobies, délires, démence, etc.; en un mot de toutes les causes congénitales ou acquises de dégénérescence. Ils concluent enfin à la progénescence de l'homme de génie et au caractère sexuel du génie littéraire, en faisant valoir, pour soutenir leur thèse, ces



deux arguments, à savoir : que *le langage est la parure de l'homme* et que, *d'une façon générale, dans le règne animal, la parure fait partie des caractéristiques de la sexualité*.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte vis-à-vis de ces conclusions, l'étude de MM. Rémond et Voivenel n'en intéresse pas moins vivement tous ceux, et ils sont nombreux, qui aiment lire nos littérateurs modernes, poètes comme prosateurs, dont le génie, et à plus forte raison son origine, peuvent être discutés.

D<sup>r</sup> ROGER DUPOUY.

*La sindrome parietale* (Le syndrome pariétal); par le professeur Leonardo Bianchi. Broch. in-8°. Extrait des *Annali di neurologia*. Naples, 1910.

Les cinq observations sur lesquelles repose le travail du professeur Leonardo Bianchi ne concordent pas avec les idées émises par Flechsig. Si, comme le croit ce dernier, l'aire pariétale était le point de convergence des images visuelles, auditives et tactiles, sorte de laboratoire où les images de divers ordres s'associent pour donner naissance à un produit intellectuel plus compliqué, plus élevé, les phénomènes traduisant les lésions de cette aire devraient être plus uniformes. Or, il n'en est rien; dans une des observations du professeur Bianchi, des lésions très étendues n'ont donné naissance qu'à des phénomènes relativement insignifiants, dans l'ordre intellectuel, où prédomine seulement le déficit visuel; dans d'autres observations au contraire, le déficit est général et considérable pour des lésions peu étendues.

Le professeur Bianchi a plus particulièrement étudié le syndrome pariétal inférieur gauche; il montre que ce syndrome se traduit d'abord par une hémiplégie ou une hémiparésie droite avec hémianesthésie, et désorientation complète, surdité verbale plus ou moins marquée, paraphasie, souvent hémianopsie bilatérale homonyme. La désorientation disparaît peu à peu, la surdité verbale va, elle aussi, en s'améliorant et la paraphasie disparaît plus ou moins complètement; persistent seulement l'alexie, l'amnésie verbale, la lenteur des processus psychiques, la diminution de la volonté qui est en rapport avec la diminution de la lucidité mentale. Quant à l'apraxie elle existe tou-

jours, mais seulement au début. De tout ceci résulte que lorsque la lésion est circonscrite l'état revient à peu près à la normale au bout de quelques semaines ou de quelques mois; mais au total le déficit paraît d'autant plus marqué que l'individu était plus cultivé et plus intelligent. Pour ce qui a trait à l'aphasie, le professeur Bianchi a pu observer que les lésions circonscrites du lobe pariétal gauche ne déterminent pas la production du syndrome aphasique, ou, et encore seulement chez les personnes cultivées, en déterminent un qui diffère sensiblement de celui produit par des lésions limitées à l'aire temporale de la zone de Wernicke.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Alcoolismo e psicosi alcooliche nella provincia dell'Umbria* (Alcoolisme et psychoses alcooliques dans la province d'Ombrie); par le professeur Cesare Agostini. Broch. in-8°, Perugia, 1911.

Dans la province d'Ombrie, comme malheureusement ailleurs, on constate un accroissement continu de l'alcoolisme et des psychoses alcooliques. Cette augmentation est corrélative à une augmentation progressive et absolue dans la consommation des liqueurs, alors que l'augmentation dans la consommation du vin est seulement relative. Les psychoses alcooliques frappent presque exclusivement le sexe masculin, particulièrement à cette période de l'existence où les énergies sont plus grandes et où l'individu peut, par conséquent, être considéré comme le plus utile pour sa famille et pour la société. Ce sont en général les ouvriers qui paient le plus large tribut au fléau et c'est là la raison pour laquelle les alcooliques sont plus nombreux dans les villes qu'à la campagne. Les psychoses alcooliques fournissent un contingent élevé de guérisons, de terminaisons fatales et de récidives. Si l'on compare les données fournies par la consommation du vin et des boissons alcooliques avec la proportion des individus entrés à l'asile pour psychose alcoolique, on voit qu'il n'existe cependant pas un rapport évident entre les deux. En dehors des facteurs extrinsèques, il faut, dans les recherches concernant l'abus des boissons alcooliques et le développement des psychoses alcooliques, tenir le plus grand compte de la prédisposition des individus.



Après tant d'autres, le professeur Agostini propose comme remède à un tel état de choses : l'accroissement des taxes sur l'alcool et le développement des usages industriels de l'alcool dénaturé ; la limitation du nombre des débits et leur fermeture les jours fériés ; la surveillance rigoureuse de la qualité des vins et liqueurs ; l'organisation d'un enseignement antialcoolique dans les établissements d'instruction primaire et secondaire du royaume.

Le professeur Agostini fait remarquer au surplus que partout les efforts sont plutôt dirigés contre l'alcool que contre le vin, et il voit dans l'augmentation du prix de ce dernier une des raisons de l'accroissement de l'alcoolisme.

LUCIEN LAGRIFFE.

*I disturbi psichici in rapporto colle sindromi ovariche.* (Les troubles psychiques dans leurs rapports avec les syndromes ovariens) : par le Dr G. Fornaca. Broch. in-8°. Extrait du *Policlinico*, 1909.

Si, d'un côté, on ne peut nier la fréquence pratique de l'éclosion de troubles psychiques au cours de l'évolution et de l'involution des organes génitaux de la femme, d'un autre côté, la physiologie pathologique de ces troubles est obscure et les relations entre le déséquilibre psychique et les modifications de l'appareil génital ne sont pas scientifiquement démontrées. Reprenant le thème du rapport de Laignel-Lavastine au Congrès de Dijon dont le présent travail n'est qu'un élégant et clair résumé, ainsi qu'une étude publiée par Jayle en 1896 dans la *Presse Médicale*, l'auteur distingue des troubles survenant au cours de l'insuffisance ovarienne congénitale et se caractérisant par un arrêt du développement psychique allant de l'infantilisme simple jusqu'au ralentissement, la dystrophie ovarique de Dalché et les troubles survenant au cours de l'insuffisance ovarienne acquise ; ces derniers vont des troubles psychiques simples ou élémentaires jusqu'aux psychoses confirmées. En dehors de ces cas, il faut être prudent dans l'attribution des troubles psychiques aux modifications ovariennes : la meilleure pierre de touche est jusqu'ici constituée par l'essai du traitement opothérapique.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Ricerche sperimentali condotte col metodo dell'esaurimento frazionato del potere anticorpo degli antisieri al fine di dimostrare la esistenza di principii anormali specifici nel siero di sangue dei malati di mente* (Recherches expérimentales par la méthode de l'épuisement fractionné du pouvoir anticorps des sérums immunisés tendant à démontrer l'existence de principes anormaux spécifiques dans le sérum du sang des malades mentaux); par les D<sup>rs</sup> Italo Gardi et Francesco Prigione. Broch. in-8°. Extrait de *Rassegna di studii psichiatrici*, septembre-octobre 1911.

Les recherches des auteurs ont particulièrement porté sur la psychose maniaco-dépressive (un cas) et sur la démence paralytique (un cas) et leur ont permis de conclure à l'inexistence de principes anormaux spécifiques dans le sérum sanguin. Mais les auteurs font remarquer avec raison que ces deux cas négatifs ne peuvent leur permettre de trop généraliser leurs conclusions.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Ricerche sperimentali sul meccanismo e sul valore dell'azione antiemolitica esplicita dal siero di sangue degli alienati* (Recherches expérimentales sur le mécanisme et sur la valeur de l'action anti-hémolytique du sérum sanguin des aliénés); par les D<sup>rs</sup> Italo Gardi et Francesco Prigione. Broch. in-8°. Extrait de *Rassegna di studii psichiatrici*, septembre-octobre 1911.

Les auteurs se contentent pour le moment d'exposer simplement leurs conclusions dans une note préliminaire.

1° Il existe un rapport entre l'action antihémolytique et la quantité de sérum à examiner; 2° il existe un rapport entre l'action antihémolytique et la densité du sang examiné; 3° il existe un optimum de dilution pour empêcher l'action antihémolytique du sérum; 4° l'action antihémolytique du sérum peut être corrigée par l'hypersensibilisation du globule rouge; 5° l'action antihémolytique du sérum peut être corrigée pour l'emploi d'un multiple adéquat de l'unité alexinique. L'auteur estime en dernière analyse que le phénomène anticomplémentaire



taire doit pouvoir, pour le sérum des malades mentaux aussi, être attribué au complément.

LUCIEN LAGRIFFE.

*Le secret de l'Univers devant la science officielle. La mécanique universelle dévoilée d'après Clémence Royer et mise à la portée de tous*; par Emile Hureau. 1 vol, in-18. Paris, J. Rousset, 1911.

Le titre seul de cet ouvrage en fait comprendre la valeur. Pour ceux qui garderaient encore sur elle quelque doute, nous citerons ces phrases typiques de la préface, qui à nos yeux résument parfaitement l'œuvre entière : « Enfin, nous avons pu mettre la main sur l'œuvre d'un génie colossal méconnu du XIX<sup>e</sup> siècle qui permet à nos cerveaux de saisir le *Noumène* des phénomènes. On ne sait d'où vient la pesanteur, on ne sait même pas d'où vient la force dont le monde est rempli. Eh bien ! C'est un enfantillage ! Et nous espérons que dans un quart de siècle les enfants de douze ans sauront ces choses que de grands savants déclarent insondables... La Grande Enigme, la Cause de Tout, la Chose en soi est aujourd'hui découverte, mathématiquement formulée, et la divinité, déshabillée des atouts métaphysiques, se ramène à une mécanique universelle, superbe et précise. »

ROGER DUPOUY.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCIS VOIZARD. Sainte-Beuve, l'homme et l'œuvre. Etude médico-psychologique. Avec une préface de Jules Troubat, dernier secrétaire de Sainte-Beuve. 108 pages in-8° avec portrait. Paris, A. Maloine, 1911.

EUGENIO BRAVETTA. Su alcuni fatti degenerativi e rigenerativi del cervelletto. Rivista sintetica e osservazioni originali. 15 pages in-8°. Extrait des *Annali di Freniatria e Scienze affini*, 1911.

CIPRIANO GIACHETTI. La fantasia. Studii psicologici. 1 vol. in-12 de 305 pages, de la *Piccola Biblioteca di scienze moderne*. Turin, Fratelli Bocca, 1912.

ITALO GARDI. Sulla probabile esistenza di meiotagmine

nervose. 7 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, 1911, n° 4.

— L'Anafilassia nelle malattie mentali. 8 pages in-8°. Extrait des *Note e Riviste di Psichiatria*, 1911, n° 4.

V. PAUCHET. La paresse; causes et traitement. Discours prononcé à la séance solennelle de rentrée de l'Ecole de médecine d'Amiens, le 16 novembre 1911. 29 pages in-18. Montdidier, imprimerie Bellin, s. d.

L. MATHÉ. La responsabilité atténuée. Lois faites dans les divers pays, lois à faire concernant les criminels à responsabilité atténuée. Préface de Joseph Reinach, député, 128 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1911.

ERWIN STRANSKY. Das manisch-depressive Irresein. 6. Abteilung, spezieller Teil. *Handbuch der Psychiatrie* herausgegeben von Professor Dr G. Aschaffenburg. 272 pages in-8° avec planches. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1911.

E. BLEULER. Dementia præcox oder Gruppe der Schizophrenien. Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Hälfte. *Handbuch der Psychiatrie* herausgegeben von Professor Dr G. Aschaffenburg. 1 vol. in-8° de 420 pages. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1911.

AUGUSTE COMTE. Philosophie positive. Résumé par Emile Rigolage, agrégé de l'Université. 4 vol. in-12. Paris, Ernest Flammarion, s. d.

PAUL SÉRIEUX et LUCIEN LIBERT. Les anormaux constitutionnels à la Bastille (Interprètes, revendicateurs, fabulateurs). 16 pages in-8°. Extrait de la *Chronique médicale*, octobre 1911.

ARMAND LAURENT. L'aliénation mentale et la démence précoce. 31 pages in-8°. Amiens. Imprimerie du Progrès de la Somme, 1912.

MAURICE DE FLEURY. Bréviaire de l'arthritique, 1 vol. in-16 de 392 pages, de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise. Paris, Félix Alcan, 1912.

Eighteenth annual report of the state asylum for the chronic insane of Pennsylvania, for the year ending september 30, 1911. 36 pages in-8° avec planche. Press of Sowers Printing Company Lebanon, Penna, s. d.

LUCIEN PICQUÉ. Psychopathies et Chirurgie. Tome I. Doctrine et faits. 1 vol. in-8° de 289 pages. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1912.

J. DONATH. Ueber Ereuthophobie (Errötungsfurcht). 9 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Berlin, 1912.

Report of the Trustees and Superintendent of the Butler Hospital, presented to the Corporation at its sixty-eighth



annual meeting, january 24, 1912, Providence, R. J. 64 pages in-3°. The Providence Press, 1912.

VICTOR MELCIOR Y FARRÉ. Los Niños anormales en medicina social. Conferencia dada en el Ateneo Barcelones el dia 5 noviembre de 1911, à cargo del Instituto medico-social de Cataluña, 24 pages in-8°. Extrait de la *Gaceta medica catalana*, 1911.

XXI<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Amiens, 1<sup>er</sup> au 6 août 1911. Comptes rendus publiés par le D<sup>r</sup> R. Charon, secrétaire général. 1 vol. in-8° de 368 pages. Paris, G. Masson et C<sup>ie</sup>, 1911.

HANS KURELLA. Anthropologie und Strafrecht. Zwei Vorträge. 91 pages in-16. Würzburg, Curt. Kabitzsch, 1912.

BINET-SANGLÉ. La folie de Jésus. Tome III. Ses facultés intellectuelles, ses sentiments, son procès. 1 vol. in-8° de 537 pages. Paris, A. Maloine, 1912.

PEARCE BAILEY et SMITH ELY JELLIFFE. Tumors of the pineal body, with an account of the pineal syndrome, the report of a case of teratoma of the pineal and abstracts of all previously recorded cases of pineal tumors. 30 pages in-8° avec figures. Extrait des *Archives of internal medicine*, décembre 1911.

SMITH ELY JELLIFFE. Predementia praecox : the hereditary and constitutional features of the dementia praecox make up. 26 pages in-8°. Extrait de *The journal of nervous and mental diseases*, janvier 1911.

— Cyclothemia. The mild forms of manic-depressive psychoses and the manic-depressive constitution, 16 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, avril 1911.

— The meningial forms of epidemic polio-encephalomyelitis, 6 pages in-16. Extrait de *The journal of the american medical Association*, juin 1911.

— On lesions of the mid-brain, with special reference to the Benedict syndrome, 11 pages in-8° avec figures. Extrait de l'*Interstate medical journal*, 1911, n° 8.

— Franciscus Sylvius, 15 pages in-8° avec planches. Extrait de *The Proceedings of the Charaka Club*, volume III, s. l. n. d.

— Notes on the history of psychiatry, 5 broch. in-8°. Extrait de *The alienist and neurologist*, 1911.

SMITH ELY JELLIFFE et A. A. BRILL. Statistical summary of cases in department of neurology, Vanderbilt Clinic for ten years, 1900 to 1909, 22 pages in-8°. Extrait de *The Journal of nervous and mental diseases*, juillet 1911.

G. A. MANN. Le prêtre peut-il faire des miracles? 8<sup>e</sup> édit., 1 vol. in-8° de 157 pages. Paris, G.-A. Mann, 1912.

CHAVIGNY. Complications nerveuses et mentales du palu-

disme. Rapport présenté au XXII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, 1<sup>er</sup> au 7 avril 1912, 26 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1912.

H. REBOUL et E. RÉGIS. L'assistance des aliénés aux colonies. Rapport présenté au XXII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, 1<sup>er</sup> au 7 avril 1912, 218 pages in-8°. Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1912.

G. FORNACA. La resistenza dei leucociti nei malati di mente, 10 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1912, n° 1.

— Un caso di malattia di Oppenheim (Atonia muscolare congenita), 11 pages in-8° avec figures. Extrait de la *Rivista veneta di Scienze mediche*, numéro du 15 janvier 1912.

EUGENIO BRAVETTA. Nota di anatomia patologica della pellagra, 14 pages in-8° avec planches. Extrait des *Annali di Freniatria e Scienze affini*, 1911, fasc. 3°.

Ninety-eighth annual report of the Trustees of the Massachusetts general hospital, including the general hospital à Boston, the Mc Lean hospital and the Convalescent hospital in Waverley, 1911, 1 vol. in-8° de 292 pages. Boston. The Barks Press, 1912.

EARL D. BOND et E. STANLEY ABBOT. A comparison of personal characteristics in dementia praecox and manic-depressive psychosis, 12 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*, janvier 1912.

R. MIGNOT et L. MARCHAND. Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés, à l'usage des candidats aux diplômes d'infirmier des asiles. Préface des D<sup>rs</sup> P. Sérieux et Ed. Toulouse. 1 vol. cart. de 400 pages. Paris. Octave Doin et fils, éditeurs, 1912.

F. L. WELLS. Fatigue, 6 pages in-8°. Extrait du *Psychological Bulletin*, novembre 1911.

— The relation of practice to individual differences, 24 pages in-8° avec planches. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, janvier 1912.

DUPRÉ. Les perversions instinctives. Rapport présenté au XXII<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, 1<sup>er</sup> au 7 avril 1912. 63 pages in-8°, Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1912.

MAURICE PAGE. Traitement des états neurasthéniques et des maladies nerveuses par une antitoxine cérébrale, 40 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1911.



# ASSOCIATION MUTUELLE

DES

## MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 29 avril 1912.

Présidence de M. SEMELAIGNE, Vice-Président.

L'assemblée s'est tenue à 3 heures du soir, 12, rue de Seine.  
Se sont fait excuser : MM. Cullerre, Gilson, Jacquin, Meilhon.

Lecture est donnée du procès-verbal de la dernière assemblée générale qui est adopté.

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

Messieurs, depuis notre dernière assemblée générale, nous avons perdu trois des nôtres : un membre à vie, le D<sup>r</sup> Dautre-bente, et deux membres fondateurs, les D<sup>rs</sup> Faucher et Brunet.

Jean-Baptiste-Emile Faucher est décédé le 25 mars 1911, âgé de soixante-douze ans, à Vayres (Haute-Vienne), où il était né. Il avait débuté dans la carrière comme interne à l'asile de La Rochelle. Reçu docteur en 1864, il est nommé, un an plus tard, médecin-adjoint à l'asile de Sainte-Gemmes, près Angers. En 1867, il devient médecin en chef à Cadillac, où il ne reste que quelques mois. En janvier 1868, il va, comme directeur-médecin, à l'asile d'Auch, et, deux ans plus tard, à celui de Rodez, où il reste jusqu'en 1882. Il passe ensuite à l'asile de Limoges et le dirige pendant sept ans. Nommé à la Charité en avril 1889, il y termine sa carrière en juillet 1903, après trente-huit ans de bons et loyaux services. M. le D<sup>r</sup> Faucher a en effet laissé la réputation d'un administrateur distingué et d'un médecin soucieux de ses malades ; il ne négligeait rien pour améliorer leur situation, tout en se montrant ménager des finances départementales. Esclave de son devoir, il était bon sans faiblesse, et il a emporté dans sa retraite les regrets de tous ses subordonnés. En 1874, alors qu'il était directeur-médecin de l'asile de Rodez, il fut grièvement blessé par un

malade qui lui asséna plusieurs coups de pioche sur la tête, provoquant ainsi une fracture du crâne qui mit sa vie en danger pendant plusieurs jours.

Membre sociétaire de notre mutuelle depuis 1866, il en devint membre fondateur en 1883, montrant ainsi tout l'intérêt qu'il attachait à notre œuvre.

Gabriel Doutrebente nous a été enlevé le 21 juillet 1911, succombant aux suites d'une intervention chirurgicale nécessitée par l'affection hépatique dont il était atteint. Il était né à Sorigny (Indre-et-Loire), le 19 juillet 1844. Après de solides études au Lycée de Tours, il aborda la médecine dans cette excellente école secondaire dont sont sortis tant de maîtres illustres, et très rapidement il s'y plaça au premier rang. Attaché comme interne au service des aliénés de l'Hôpital Général, notre jeune étudiant y prit le goût de la psychiatrie, dans laquelle s'étaient précédemment illustrés son oncle Lunier et son grand-oncle Baillarger. Puis il devint l'interne de Morel à Saint-Yon, et l'influence de l'enseignement de ce maître incomparable devait se faire sentir sur lui toute sa vie.

Lauréat du prix Esquirol en 1868, interne de Calmeil, à Charenton, en 1869, il passait sa thèse, en 1870, sur la paralysie générale, mettant surtout en lumière l'importance de l'hérédité congestive dans cette maladie.

Après avoir exercé la médecine générale à Vouvray pendant cinq ans, il était nommé, en 1876, médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues, d'où il passait, en 1877, à Ville-Evrard.

En novembre 1879, lors de la création de l'enseignement psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris, il est choisi par le professeur Ball comme premier chef de clinique. En août 1880, il est nommé directeur-médecin de l'asile de Blois, où il reste jusqu'à l'époque de sa retraite, en 1900, c'est-à-dire pendant vingt-six ans. Durant cette longue carrière, Doutrebente se montra médecin et administrateur hors de pair, et il fit de l'asile de Blois un asile modèle.

Retiré à Tours, il continue à mettre son expérience et son activité à la disposition de l'administration en acceptant successivement le poste d'administrateur des hospices et de directeur du Bureau d'hygiène. Entre temps, il réunit, dans un volume de 500 pages, portant pour titre : *Quarante années de pratique médicale et administrative*, les nombreux travaux qu'il a produits sur les différentes branches de la psychiatrie, et cette importante publication lui vaut le prix Baillarger. Ce fut là, on peut le dire, sa dernière joie.

Mais Doutrebente n'a pas seulement été un médecin aliéniste remarquable et un excellent directeur d'asile, il a tenu à participer à toutes les œuvres scientifiques et philanthropiques de



notre spécialité. Membre de la Société médico-psychologique depuis 1870, il était un des fidèles des Congrès des aliénistes et neurologistes, comprenant, comme l'a si bien dit le professeur Régis, que c'est un devoir pour tout aliéniste français d'assister à ces assises qui, seules, permettent à tous les psychiatres de notre pays de se grouper en vue de se connaître, de s'unir, et de marquer, comme on le fait à l'étranger, les principales étapes de notre évolution scientifique. Il en fut successivement le secrétaire général à Blois en 1892, le vice-président à La Rochelle en 1893, le rapporteur à Toulouse en 1897, et le président enfin à Marseille en 1899.

Depuis sa retraite il y venait encore, et son dernier acte aura été la lettre qu'il fit écrire, la veille même de sa mort, au D<sup>r</sup> Charon pour lui exprimer ses regrets de ne pouvoir se rendre au Congrès d'Amiens.

Comme homme, ce fut surtout un être bon, généreux, enthousiaste, épris de liberté, de tolérance et de progrès, soucieux avant tout de justice, ayant le respect absolu des autres, un inébranlable amour de l'humanité. Sa sensibilité était exquise et faisait de lui l'ami le plus affectueux, le plus sûr et le plus fidèle ; sa franchise et sa loyauté absolues forçaient l'estime et la sympathie de tous ceux qui l'approchaient.

Ces sentiments altruistes devaient naturellement l'attirer vers notre association mutuelle. Or, vous savez, messieurs, qu'il était un de nos deux membres à vie ; il en fut le vice-président de 1902 à 1904, et, lors de notre dernière assemblée générale, déjà fort souffrant, il vérifiait les comptes de notre trésorier et nous proposait de le féliciter pour le travail ingrat qu'il s'impose pour notre Société. Ce fut la dernière fois qu'il me fut donné de l'approcher. Ses traits étaient déjà altérés par les progrès du mal qui le minait, et, me remémorant l'athlète au teint coloré et à la carrure puissante qui m'avait accueilli à mes débuts dans la carrière, je ressentis une vive émotion. Je ne pouvais m'empêcher de songer à tous les bons conseils et aux encouragements qu'il m'avait prodigués à cette époque, me faisant partager son enthousiasme pour nos Congrès annuels et nos œuvres professionnelles. Je ne puis oublier qu'en 1898, bien avant l'heure permise, j'étais un des cinq qu'il avait groupés autour de lui pour tenter de créer une association amicale des médecins d'asile, dont il avait le premier conçu l'idée. Il la comprenait large, accueillante à tous et animée par le plus bienveillant esprit de solidarité. Aussi peut-on dire, à l'heure où l'on se plaint de l'universel abaissement des caractères, qu'avec Dautrebente disparaissent une belle intelligence et un homme, dans la plus noble acception du terme.

Daniel Brunet s'est éteint, le 26 août 1911, âgé de quatre-

vingts ans, à la Varenne-Saint-Hilaire. Né à Ambrières (Mayenne), il vint faire ses études médicales à Paris, où il devint l'externe de Baillarger à la Salpêtrière, l'interne provisoire de Delasiauve à Bicêtre, et l'interne de Calmeil à Charenton.

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris en 1856 et du prix Esquirol en 1859, il est reçu docteur la même année et nommé médecin préposé responsable du quartier d'hospice de Niort. Puis il devient successivement directeur-médecin des asiles de Dijon, de la Charité, de Breuty-la-Couronne et d'Evreux, où il termine, le 15 avril 1897, une carrière qui comptait quarante ans de services.

Brunet était un médecin érudit et consciencieux et un excellent administrateur; il a produit des travaux scientifiques nombreux et variés.

Membre titulaire de la Société d'anthropologie, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société de médecine légale, c'était aussi un fidèle de nos Congrès. Après sa retraite, il se retira à Paris et continua de s'intéresser aux études psychiatriques. Il fut élu membre titulaire de la Société médico-psychologique le 27 décembre 1897 et président en 1904. Il était membre fondateur de notre Association mutuelle depuis 1867. C'est vous dire de quels sentiments altruistes il était animé. Aussi conserverons-nous pieusement sa mémoire.

L'année dernière, à pareille époque, notre association comptait :

Membres à vie . . . . .	2
Membres fondateurs . . . . .	40
Membres sociétaires . . . . .	167
Total. . . . .	209

Elle compte aujourd'hui :

Membres à vie . . . . .	1
Membres fondateurs. . . . .	38
Membres sociétaires. . . . .	177
Total. . . . .	216

Les nouveaux sociétaires sont MM. les docteurs Boidard, Collet, André Collin, Devaux, Euzière, Faucher, Hannard, Page, Porot, Salin et Suttel. Vous serez heureux, j'en suis sûr, de souhaiter la bienvenue à ces nouveaux membres, et vous regretterez avec moi que les adhésions n'aient pas été plus nombreuses. Vous voudrez bien nous aider de toutes vos



forces pour amener à nous les confrères imprévoyants qui ont encore négligés de se joindre à nous.

Nous avons reçu la démission des D<sup>rs</sup> Dumaz et Venassier.

L'asile de Naugeat et l'asile de Montpellier ont bien voulu inscrire à leur budget une souscription annuelle de 100 francs au bénéfice de notre œuvre. Il s'ensuit que les asiles souscripteurs sont maintenant au nombre de trente-cinq, 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) . . . . .	100
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
Évreux (Eure) . . . . .	100
La Roche-Gandon (Mayenne) . . . . .	100
Lesvellec (Morbihan) . . . . .	100
Maréville (Meurthe-et-Moselle) . . . . .	100
Marseille (Bouches-du-Rhône) . . . . .	50
Montpellier (Hérault) . . . . .	100
Naugeat (Haute-Vienne) . . . . .	100
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 avez maintenant à connaître notre situation financière.

Vous me permettrez de céder la parole à M. le D<sup>r</sup> Picqué, qui a bien voulu se charger de l'examen des comptes, et à notre trésorier, M. le D<sup>r</sup> Dupain.

M. PICQUÉ déclare qu'il a eu sous les yeux les comptes du trésorier et qu'ils lui ont paru fort bien tenus et d'une facile vérification. Les dépenses, toutes justifiées par des prévisions budgétaires et des autorisations de l'assemblée générale, sont accompagnées de pièces justificatives. Il y a donc lieu de les approuver et de féliciter notre trésorier. (*Adopté.*)

M. DUPAIN. — Voici, messieurs, quel est le bilan de notre association :

Les recettes de l'année 1911 comprennent :

Le solde créditeur au compte courant du Crédit foncier au 31 décembre 1911 . . . . .	Fr. 5.114 69
Les deniers dans la caisse du trésorier au 31 décembre 1910 . . . . .	465 62
Les cotisations recueillies durant l'année 1911. . . . .	2.627 »
Les souscriptions d'asiles . . . . .	2.849 30
La subvention ministérielle. . . . .	1.000 »
Les intérêts des valeurs en portefeuille déposées au Crédit foncier. . . . .	5.917 62
Les intérêts des fonds en compte courant au Crédit foncier . . . . .	24 56
Remboursement de cinq obligations P.-L.-M. (fusion ancienne). . . . .	2.467 70
<b>Total des recettes. . . . .</b>	<b>20.466 49</b>

Les dépenses de l'année 1911 comprennent :

Les secours distribués . . . . .	8.250 »
Frais d'administration (Secrétariat et Trésorerie). . . . .	178 70
Frais de garde des valeurs déposées au Crédit foncier. . . . .	41 47
Achat de 5 obligations P.-L.-M. (fusion ancienne). . . . .	2.098 25
<b>Total des dépenses . . . . .</b>	<b>10.568 42</b>

En résumé :

Recettes. . . . .	20.466 49
Dépenses . . . . .	10.568 42

Excédent des recettes sur les dépenses constituant l'actif de l'Association au 31 décembre 1911. **9.898 07**



Cet actif est représenté :

1° Par le solde créditeur en compte courant au Crédit foncier, au 31 décembre 1911, de. . . Fr.	9.384 85
2° Par le solde en deniers dans la caisse du trésorier au 31 décembre 1911 . . . . .	513 22
Total égal. . . . .	<u>9.898 37</u>

Le capital placé conformément aux statuts et augmenté de  
dons et legs se décompose ainsi :

4.000 francs de rente 3 p. 100 sur l'Etat français ;
50 obligations du chemin de fer du Midi ;
12 obligations du chemin de fer de l'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 du budget des recettes pour l'exercice 1912  
sont les suivantes :

Cotisations . . . . .	2.600 »	
Souscriptions d'asiles . . . . .	3.000 »	
Subvention ministérielle . . . . .	1.000 »	
Intérêts des valeurs en porte- feuille. . . . .	5.900 »	
Intérêts des fonds en compte courant au Crédit foncier . . . . .	30 »	
Total des prévisions budgé- taires . . . . .	<u>12.530 »</u>	12.530 »

En ajoutant à cette somme :

Le solde créditeur en compte cou- rant au Crédit foncier au 31 dé- cembre 1911. . . . .	9.384 85	
L'encaisse en deniers au 31 dé- cembre 1911 . . . . .	512 22	
Soit. . . . .	<u>9.898 07</u>	9.898 07
On obtient un total de. . . . .		<u>22.428 07</u>

Les prévisions du budget des dépenses pour l'exercice 1912 sont les suivantes :

Frais d'administration . . . . .	Fr.	400	»
Secours à distribuer . . . . .		8.800	»
Frais de garde et de commission au Crédit foncier. . . . .		30	»
Soit. . . . .		9.230	»

En résumé :

Prévisions des recettes . . . . .	22.428	07
Prévisions des dépenses . . . . .	9.230	»
Excédent de recettes. . . . .	13.198	07

M. RAYNEAU. — L'exposé que vous venez d'entendre vous démontre que nos finances sont assez prospères. Nous vous proposons, en conséquence, de porter à 300 francs le secours habituel de 200 francs que nous accordons à la veuve d'un ancien interne dont la situation est particulièrement intéressante. (*Adopté.*)

Il est ensuite procédé au renouvellement des membres du Conseil en remplacement de MM. Cullerre, Dromard, Marchand, Semelaigne et Sérieux, membres sortants et rééligibles.

Sont élus : MM. Cullerre, Dromard, Marchand, Semelaigne et Sérieux.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Anthéaume, Charon, Dupré, Lallemant et Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1913 ;

MM. Arnaud, Chaslin, Dupain, Magnan et Rayneau, dont les pouvoirs expireront en 1914.

MM. Cullerre, Dromard, Marchand, Semelaigne et Sérieux, dont les pouvoirs expireront en 1915.

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.

Président : M. CULLERRE.

Vice-Président : M. RENÉ SEMELAIGNE.

Secrétaire : M. RAYNEAU.

Trésorier : M. DUPAIN.



## LISTE DES MEMBRES

*Membre à vie : 1.*

M. Chaslin.

*Membres fondateurs : 38.*

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Dheur.	Nolé.
Arnaud.	Duhamel.	Parant.
Babinski.	Dupain.	Péon.
Ballet (G.).	Dupré.	Pétrucci.
Biaute.	Gallopain.	Pierret.
Boudrie.	Girma.	Rayneau.
Briand.	Homery.	Régis.
Charon.	Lalanne (Y.).	Ritti.
Chaussinand.	Lallemant.	Semelaigne (René).
Conso.	Legras.	Vallon.
Cortyl (Germain).	Mabille.	Vigouroux.
Cullerre (Jules).	Magnan.	Voisin (Jules).
Dagonet.	Meuriot.	

*Membres sociétaires : 177.*

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloïse).	Bour.	Chèze,
Ameline.	Bourdin.	Chocreaux.
Anglade.	Briche.	Clément.
Archambault (Paul).	Broquère.	Clérambault (de).
Arsimoles.	Brunet.	Colin.
Aubry.	Burle.	Collet.
Audy.	Bussard.	Collin (A.).
Barbé.	Buvat.	Condomine.
Baruk.	Calmettes.	Corcket.
Bécue.	Camus (Paul).	Cornu.
Bellat.	Capgras.	Cossa.
Belletrud.	Carrier (G.).	Coulonjou.
Benon.	Carrier (H.).	Courbon.
Bertoye.	Castin.	Croustel.
Bessière.	Chardon.	Daday.
Boidard.	Charpenel.	Dalmas.
Boissier.	Charpentier (René).	Damaye.
Boiteux.	Charuel.	Danjean.
Bonnet.	Chaumier.	Delmas.
Boubila.	Chevalier-Lavaure.	Deny.

MM.	MM.	MM.
Dericq.	Leroy.	Privat de Fortunié.
Deswarte.	Levassort.	Raffegau.
Devaux.	Levet.	Ramadier.
Devay.	Loup.	Raviart.
Dodero.	Lwoff.	Riche (André).
Dromard.	Maillard.	Ricoux.
Dubois.	Mairet.	Rist.
Dubourdiou.	Malfilâtre.	Robert.
Dubuisson (M.).	Marchand.	Rodiet.
Ducos.	Marie.	Rogues de Fursac.
Dupouy.	Martinenq.	Roubinovitch.
Euzière.	Maupaté.	Rougé (Calixte).
Faucher.	Meilhon.	Rousset.
Fenayrou.	Mercier.	Salin.
Fillassier.	Mézie.	Santenoise.
Garnier (Samuel).	Mignard.	Séglas.
Gilson.	Mignot.	Sérieux.
Gimbal.	Monestier.	Simon.
Giret.	Nageotte.	Sizaret.
Guiraud.	Nicoulau.	Slizewicz.
Guyot (Aug.).	Nouët.	Sollier.
Halberstadt.	Olivier.	Suttel.
Hamel.	Ollivier.	Taty.
Hannard.	Pactet.	Terrade.
Hugonin.	Page.	Thibaud.
Jacquín.	Pain.	Thivet.
Journiac.	Papillon.	Tissot.
Juquelier.	Paris.	Toulouse.
Kahn (Pierre).	Pélissier.	Toy.
Lachaux.	Perrens.	Trénel.
Lafaye.	Pezet.	Trepsat.
Lagriffe.	Picard.	Truelle.
Laignel-Lavastine.	Pichenot.	Védie (Henri).
Lalanne (A.).	Picqué.	Vernet.
Larrivé.	Pilleyre.	Viallon.
Latapie.	Planat.	Viel.
Latreille.	Pochon.	Vieux-Pernon.
Legrain.	Porot.	Vignaud.
Lépine (Jean).	Pottier.	Vurpas.



# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Arrêtés de mai 1912.* M. le Dr Ducos, médecin-adjoint de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs);

MM. les Drs LOUP, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), et LAFAGE, médecin-adjoint de l'asile de Cadillac (Gironde), sont promus à la 2<sup>e</sup> classe de leur grade (3.500 francs);

M. le Dr HAMEL, médecin-directeur de l'asile de Quatre-mares (Seine-Inférieure), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (8.000 francs);

M. le Dr NOUET, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère);

M. le Dr GASSIOT, médecin-adjoint de l'asile de Quimper, est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux.

— M. le Dr NAGEOTTE, médecin de Bicêtre, est nommé professeur d'histologie au Collège de France, en remplacement de M. le Dr RAUVIER, admis à la retraite.

## ÉLECTION DES MÉDECINS ALIÉNISTES, MEMBRES DE LA COMMISSION SPÉCIALE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans les *Annales* d'avril dernier (p. 501), l'élection des médecins aliénistes, membres de la Commission spéciale du ministère de l'Intérieur, a nécessité un second tour de scrutin qui a eu lieu le 13 mai dernier; nous en empruntons les résultats au *Journal officiel* (numéro du samedi 25 mai 1912):

La Commission chargée, en vertu de l'article 7 du décret du 2 février 1910, de procéder au dépouillement du deuxième tour de scrutin pour la nomination, d'une part, d'un médecin en chef comme titulaire et d'un médecin en chef comme suppléant; d'autre part, de trois médecins adjoints comme titulaires et d'un médecin adjoint comme suppléant, appelés à faire partie de la Commission spéciale prévue à l'article 18 dudit décret, article

modifié par le décret du 6 mars 1912, s'est réunie, le jeudi 23 mai 1912, au ministère de l'Intérieur.

Il est rappelé qu'aux termes de l'article 18 du décret précité « nul n'est élu s'il n'a obtenu la moitié plus un des suffrages exprimés au deuxième tour ».

Le nombre des suffrages exprimés a été de :

68 pour les médecins en chef.

35 pour les médecins adjoints.

Majorité absolue :

1° Pour les médecins en chef, 35.

2° Pour les médecins adjoints, 19.

Les résultats du dépouillement du scrutin sont les suivants :

*1° Scrutin pour la nomination  
des médecins en chef.*

Ont obtenu :

MM. le D <sup>r</sup> VIALLOD.	60 voix.
le D <sup>r</sup> CHARON.	59 —

Divers : 15 voix réparties entre 10 noms.

*2° Scrutin pour la nomination  
des médecins adjoints.*

Ont obtenu :

MM. le D <sup>r</sup> DROMARD.	32 voix.
le D <sup>r</sup> TISSOT.	30 —
le D <sup>r</sup> DUPOUY.	25 —
le D <sup>r</sup> OLLIVIER.	24 —

Divers : 26 voix réparties entre 16 noms.

Sont élus au deuxième tour de scrutin :

MM. VIALLOD, titulaire.  
CHARON, suppléant.  
DROMARD, titulaire.  
TISSOT, titulaire.  
DUPOUY, titulaire.  
OLLIVIER, suppléant.

MM. les D<sup>rs</sup> Vallon et Lallemand ayant été élus au premier tour de scrutin, la Commission spéciale prévue à l'article 18 du décret précité, article modifié par le décret du 6 mars 1912, est définitivement constituée comme suit :



## Médecins en chef :

MM. VALLON, titulaire.

LALLEMANT, titulaire.

VIALON, titulaire.

CHARON, suppléant.

## Médecins adjoints :

MM. DROMARD, titulaire.

TISSOT, titulaire.

DUPOUY, titulaire.

OLLIVIER, suppléant.

## PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans sa séance du 19 mars 1912, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages qui lui ont été adressés pour concourir aux prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé, dans la même séance, à l'élection des Commissions de prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — N° 1. Les condamnés militaires pour délits militaires du pénitencier de Bossuet, par MM. le Dr L. Tranchant, médecin-major aux hôpitaux de la division d'Oran, médecin de l'hôpital de Fez, et P. Lasvignes, capitaine au 158<sup>e</sup> régiment d'infanterie, à Lyon.

N° 2. L'aliéné, l'asile, l'infirmier, par le Dr Th. Simon, médecin de l'asile Saint-Yon, à Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

N° 3. Hospitalisation et traitement des aliénés difficiles (aliénés vicieux, criminels, fous moraux), par M. le Dr Henri Colin, médecin en chef à l'asile de Villejuif.

N° 4. Neurasthénie; signes anatomiques ou objectifs; pathogénie, traitement. Devise : « *L'analyse est stérile quand elle n'est pas condensée en une synthèse logique* ».

N° 5. Les médecins des asiles d'aliénés de France; situation actuelle et réformes nécessaires, par M. le Dr A. Rodiet, médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Commission : MM. Magnan, Dejerine, Strauss.

PRIX CHARLES BOULLARD. — N° 1. Les opiomanes : mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium, par M. le Dr Roger Dupouy, médecin de la Maison nationale de santé de Charenton, à Saint-Maurice.

N° 2. L'affaiblissement intellectuel chez les déments, par M. le Dr G. Revault d'Allonnes, de Paris.

Commission : MM. Landouzy, de Fleury, Ballet.

**PRIX HENRI BUIGNET.** — N° 2. Liquide céphalo-rachidien normal et pathologique; valeur clinique de l'examen chimique, par M. le Dr W. Mestrezat, chef des travaux de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Commission : MM. Hanriot, Reclus, Guignard, Fernet, Weiss, Moureu.

**PRIX CIVRIEUX.** — Question : *Des différentes variétés de sciatique.*

N° 1. Devise : *Plus fait douceur que violence.* (*Phæbus et Borée, La Fontaine.*)

N° 2. Devise : *Uno avulso non deficit alter*

Commission : MM. Bouchard, Hallopeau, de Fleury.

**PRIX CLARENS.** — N° 1. Comment lutter contre la tuberculose et contre l'alcoolisme? par M. le Dr A. Colin, de Bourg.

N° 4. Le péril alcoolique, par M. le Dr Louis Moinson, médecin-inspecteur des écoles de la Ville de Paris.

Commission : MM. Vallin, Thoinot, Mesny.

**PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE).** — N° 1. Fixation des poisons sur le système nerveux, par M. le Dr Guy Laroche, de Paris.

N° 2. Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (étude anatomo-pathologique et clinique), par M. le Dr Joseph Jumentié, de Paris.

N° 3. Pathogénie et traitement de l'hystérie. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie, éclampsie et urémie, par M. le Dr Naamé, de Tunis.

N° 4. Le corps calleux (étude anatomique, physiologique et clinique), par M. le Dr J. Lévy-Valensi, de Paris.

N° 5. Maladies nerveuses (traitement général), par M. le Dr Widmann, de Chambéry.

N° 6. Recherches cliniques et anatomiques sur la pathologie comparée du système nerveux, par MM. Gabriel Petit, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, et le Dr Léon Marchand, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

N° 7. Traité des torticolis spasmodiques, par M. le Dr René Cruchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Commission : MM. Debove, Troisier, Marie.

**PRIX HENRI LORQUET.** — N° 1. Contribution à l'étude de la démence traumatique non paralytique, par M. le Dr R. Benon, médecin adjoint des quartiers d'hospice, à Nantes.

N° 2. La responsabilité atténuée, par M. le Dr L. Mathé, inspecteur des écoles de la Ville de Paris.



N° 3. L'atavisme mental, par M. le Dr Paul Courbon, médecin de l'asile public d'aliénés d'Amiens.

N° 4. La kleptomanie et la pseudo-kleptomanie; contribution à l'étude des frontières de l'aliénation mentale. — Devise : « *Vitam impendere vero* ».

Commission : MM. Magnan, Dejerine, Ballet.

PRIX VERNOIS. — N° 1. Cours normal d'antialcoolisme, par MM. le Dr Jacques Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, et Emile Bocquillon, directeur d'école communale, à Paris.

Commission : MM. Netter, Wurtz, Mosny.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

49. *Homicide et suicide*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du mercredi 8 mai 1912) :

Hier soir, dans une crise d'aliénation mentale, M<sup>me</sup> Armandine Deslandes, âgée de trente-trois ans, ménagère, demeurant 28, boulevard Exelmans, a tenté de se suicider en allumant un réchaud à charbon. La malheureuse s'était enfermée dans sa chambre, en compagnie de ses deux fillettes : Madeleine, quatre ans, et Renée, deux ans. Des voisins, incommodés par les émanations d'oxyde de carbone, enfoncèrent la porte.

M<sup>me</sup> Deslandes et la petite Madeleine respiraient encore. Quant à la seconde fillette, Renée, elle avait cessé de vivre.

M. Bouteillier, commissaire de police, a envoyé la mère à l'infirmerie spéciale du Dépôt et l'enfant survivante à l'hôpital Boucicaut.

Détail à noter : M<sup>me</sup> Deslandes avait été en traitement, en février dernier, à la Salpêtrière.

50. *Tentative d'homicide et de suicide*. — On lit dans *Le Journal* (numéro du samedi 11 mai 1912) :

Dans une crise de folie, un vérificateur aux Halles centrales, M. Edmond Ouvrard, âgé de cinquante-trois ans, a tenté, hier après-midi, vers 1 h. 1/2, de tuer sa femme puis de se donner la mort.

Le malheureux qui, depuis quelques jours, avait donné de nombreux signes de dérangement cérébral, s'était armé d'un couteau de boucher. Pendant que sa femme, d'un an plus âgée que lui, lisait dans le salon de l'appartement qu'ils occupent 188 bis, boulevard Pereire, M. Ouvrard qui, dans un état d'exaltation extrême, marchait de long en large depuis plusieurs minutes, se jeta soudainement sur elle et lui porta violemment deux coups de son arme à la gorge. Terrifiée,

M<sup>me</sup> Ouvrard put, malgré ses blessures, se diriger vers la fenêtre ouverte et appeler au secours. A ses cris, le mari meurtrier se réfugia dans une chambre voisine où il tenta de s'ouvrir la gorge.

C'est là que le trouvèrent MM. Kien, commissaire de police des Ternes, et Chopineau, inspecteur du commissariat, intervenus aux cris de la victime.

M<sup>me</sup> Ouvrard, moins dangereusement blessée que son époux, a refusé de porter plainte contre lui. Tous deux sont soignés à son domicile où un gardien de la paix reste en permanence, car on redoute que M. Ouvrard, qui semble avoir pris conscience de son état et que le souvenir de son geste tragique a désespéré, ne mette fin à ses jours.

51. *Suicide*. — Atteint de neurasthénie aiguë, un cultivateur de Mareil-Marly, M. Eugène Cayeux, âgé de soixante-quatre ans, résolut, hier, d'en finir avec la vie. Il s'enferma dans son cabinet de toilette et, après en avoir bouché toutes les issues, ouvrit deux becs de gaz. Quand on pénétra dans la pièce, le malheureux avait cessé de vivre.

Le défunt avait déjà tenté de se suicider de la même manière au mois de mars dernier. (*Le Journal*, numéro du vendredi 17 mai 1912).

52. *Infanticide*. — On télégraphie de Berlin au *Journal* (numéro du jeudi 23 mai 1912) :

Un drame épouvantable s'est déroulé dans la petite commune de Kronenberg (province rhénane). La femme de l'ouvrier Hofschmidt, prise soudainement de folie, saisit son enfant, âgé de deux ans, et lui ayant placé la tête sous le couperet à pain, la lui trancha d'un seul coup.

La misérable folle a été transportée dans un asile d'aliénés.

53. *Tentative d'homicide et suicide*. — On télégraphie de Londres au *Journal* (numéro du jeudi 23 mai 1912) :

La nuit dernière, un peu après minuit, un fou a mis en émoi un quartier de la ville de Hull. Il sortit de sa maison avec un fusil à deux coups chargés et visa un de ses amis qui s'enquerrait des raisons de cette sortie belliqueuse. Effrayé, celui-ci, nommé Bennett, saisit le fou à bras-le-corps. Dans la lutte, le coup partit, et Bennet fut atteint à la jambe, assez légèrement du reste, puisqu'il put courir chercher la police.

Pendant ce temps, le fou, un nommé Jackson, rentra chez lui et se barricada. Lorsque la police arriva, Jackson fit feu sur les policemen, dont deux furent blessés, l'un très grièvement dans la région du cœur, l'autre au bras droit. Les agents commencèrent alors le siège de la maison, enfoncèrent la porte et entrèrent dans la maison, portant devant eux un petit fourneau en guise de bouclier. Lorsqu'ils pénétrèrent dans la cuisine, ils



trouvèrent Jackson inanimé dans une mare de sang. Il s'était fait sauter la cervelle d'un coup de fusil.

54. *Agression violente.* — Alcoolique, morphinomane et éthéromane, Marie Carrière, âgée de vingt-cinq ans, sans domicile connu, fut prise brusquement, hier soir, d'une crise de folie furieuse, dans un bar de la rue Marcadet, où elle venait de consommer exagérément.

Après avoir renversé plusieurs guéridons chargés de verrerie, la forcenée s'arma d'une carafe qu'elle brisa sur le comptoir en luttant avec le garçon qui tentait de la maîtriser. Il ne fallut pas moins de cinq gardiens de la paix pour venir à bout de la folle. Solidement maintenue, celle-ci fut alors conduite dans une pharmacie voisine, car au cours de la bagarre elle s'était gravement coupée au poignet gauche. Après un premier pansement, Marie Carrière fut conduite devant M. Dumas, commissaire de police du quartier Clignancourt, qui l'a envoyée à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police (*Le Journal*, numéro du vendredi 24 mai 1912).

55. *Menaces de mort.* — Des gardiens de la paix ont arrêté, hier, Marie Grouillard, âgée de cinquante ans, demeurant 13, rue Gossec. Cette femme, armée d'un couteau, poursuivait les enfants dans la rue en les menaçant. Elle était devenue subitement folle. La malheureuse a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du vendredi 24 mai 1912.)

#### TRIBUNAUX

*Suicide d'une aliénée placée dans une maison de santé. Le directeur de l'établissement reconnu responsable et condamné à des dommages-intérêts.* — On lit dans le *Journal* (numéro du jeudi 9 mai 1912) :

Les directeurs de maisons de santé sont astreints à une surveillance étroite et incessante de leurs malades ; sinon ils s'exposent à voir leur responsabilité mise en cause et à s'entendre alors condamner à de forts dommages-intérêts.

La première chambre du tribunal, sous la présidence de M. Monier, vient, sur une demande de 60.000 francs, d'allouer une indemnité de 15.000 francs à un mari, M. Gessar, qui avait conduit dans une maison de santé sa femme, laquelle était en proie à des troubles nerveux et cérébraux.

Par deux fois, la pauvre femme tenta de se suicider. Et, comme dit le proverbe, « jamais deux sans trois », la troisième fois — c'était le 1<sup>er</sup> juillet 1910 — elle profita de ce que sa gardienne était plongée dans un sommeil profond pour s'échapper de sa chambre et, en chemise et en pantoufles, elle alla se jeter dans la Seine.

Ce suicide, a jugé le tribunal, constitue une grande négligence à la charge de ceux qui avaient la surveillance de la malade.

*Le cas de Frédéric Ritter.* — Après avoir satisfait en Allemagne à ses obligations militaires, l'Alsacien Frédéric Ritter, un pauvre diable d'ouvrier jardinier, vint à Paris sans sou ni maille, et aussitôt débarqué se rendit à l'Elysée, insistant auprès du concierge pour être reçu par le président de la République. Il ne fut reçu, on le devine, que par le commissaire de police qui, pour vagabondage, l'envoya au Dépôt. Frédéric Ritter parlait un français peu compréhensible. Cependant les mots suivants revenaient à tout instant dans son langage : « Président... nationale défense... ministre guerre. » Le juge d'instruction qui fut chargé d'informer sur son cas s'étant demandé s'il n'avait pas affaire à un fou chargea le D<sup>r</sup> Bonnet de l'examiner, et voici ce que Frédéric Ritter confia au praticien :

« Je me suis présenté à l'Elysée pour demander au portier comment on pouvait arriver à parler au président. J'ai surpris un secret important au point de vue d'une guerre avec l'Allemagne. Il y a trois mois, j'ai écrit au ministre de la Guerre, m'offrant à lui révéler ce secret. On ne m'a pas répondu, et c'est pourquoi je suis venu en France. Si je n'étais pas certain d'avoir un secret important et sûr, je ne serais pas venu en France. C'est un secret vital. Je ne veux pas l'écrire. Un pareil secret de guerre ne peut se révéler qu'à un officier supérieur en tenue. »

L'officier « en tenue » que réclamait Ritter vint le voir à la prison.

« Ritter, continue le médecin expert, voulut bien nous dire sur quels points portait son secret. Grâce à sa qualité d'ancien soldat allemand et d'Alsacien connaissant à fond le pays, il a pu faire des observations intéressantes. Il s'agit de l'indication de points de concentration des Allemands en cas de mobilisation. C'est du moins ce qu'il a laissé deviner. Ses allégations sont en somme fort plausibles. Il nous a déclaré qu'il ne retournerait plus en Allemagne : Je dois rester en France, dit-il... Je travaillerai de mon métier de jardinier. »

Et l'expert de conclure en substance :

« Ritter est à coup sûr un esprit simple, mais qui donne l'impression d'être sincère et de bonne foi. Peut-être n'a-t-il que le tort de s'exagérer l'importance du secret qu'il croit posséder.

« Ritter n'est pas un aliéné, c'est un bon paysan à l'esprit peu compliqué. »

La démence étant écartée, restait le délit de vagabondage.



Il a valu au pauvre Alsacien, qu'avait défendu M<sup>e</sup> Benoît Stein, quinze jours de prison.

## FAITS DIVERS

*Grève des infirmiers d'un asile d'aliénés.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 22 mai 1912) :

Dix-sept gardiens sur vingt-trois de la colonie agricole d'aliénés de Chezal-Benoit, près de Bourges, qui compte deux cent cinquante malades, s'étaient mis en grève. Les six infirmiers qui continuaient leur service n'étaient pas en désaccord avec leurs camarades, mais avaient été désignés au vote « pour assurer la surveillance et la distribution des repas dans les mesures les plus restreintes ». Les vingt-trois gardiens avaient, il y a quelques jours, présenté à la direction de l'asile une sorte d'ultimatum dont voici le passage principal :

« Considérant que tous nos camarades des asiles de la Seine jouissent d'un roulement de service assuré de 6 à 8 heures, soit douze heures de travail sans compter certains avantages pécuniaires que nous n'avons pas ici, nous avons l'honneur de vous prier de bien vouloir établir ce service au plus tôt.

« Toutefois, si dans un délai de vingt-quatre heures nous n'obtenons pas un avis favorable de votre part qui pourrait être transmis à M. le préfet de la Seine, nous nous verrons dans la fâcheuse obligation de cesser tout service. »

Des gendarmes avaient été envoyés sur les lieux afin de prévenir toute tentative d'évasion des aliénés.

Mais le conflit n'a pas été de longue durée. Après une entrevue avec la direction, qui avait demandé des instructions à la préfecture de la Seine, les grévistes ont repris ce matin leurs fonctions.

*Une aliénée ébouillantée par une autre aliénée.* — On télégraphie de Limoges au *Petit Journal* (numéro du dimanche 26 mai 1912) :

A l'asile des aliénés de Naugeat, une malade avait été mise avec la camisole de force dans une baignoire, lorsque pendant, une absence de la surveillante, une autre folle ouvrit le robinet d'eau bouillante. La malheureuse femme n'a pas tardé à expirer.

COMITÉ FRANÇAIS CHARGÉ DE L'ORGANISATION DE LA DOUZIÈME SECTION (PSYCHIATRIE) DU XVII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES. LONDRES, 6 AU 12 AOÛT 1913.

Le Comité français chargé de l'organisation de la douzième section (psychiatrie) du XVII<sup>e</sup> Congrès international des sciences médicales, qui sera tenu à Londres, du 6 au 12 août 1913, est composé de :

MM. les Docteurs :

MAGNAN, membre de l'Académie de médecine ;

GILBERT-BALLET, professeur de clinique des maladies mentales ; ERNEST DUPRÉ et LAIGNEL-LAVASTINE, agrégés de psychiatrie de la Faculté de Paris ;

MAIRET, professeur de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Montpellier ;

RÉMOND (de Metz), professeur de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Toulouse ;

J. LÉPINE, professeur de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Lyon ;

E. RÉGIS, professeur-adjoint de psychiatrie de la Faculté de Bordeaux ;

PARIS, chargé du cours de psychiatrie à la Faculté de Nancy ;

RAVIART, agrégé, chargé du cours de psychiatrie à la Faculté de Lille ;

KLIPPEL, président, et RITTI, secrétaire général de la Société médico-psychologique ;

MARCEL BRIAND, président, et COLIN, secrétaire général de la Société clinique de médecine mentale ;

DENY, président, et DELMAS, secrétaire général de la Société de psychiatrie ;

SEMELAIGNE, secrétaire général du Comité permanent des Congrès annuels des médecins aliénistes et neurologistes de France ;

A. MARIE, directeur des *Archives de neurologie* ;

TOULOUSE, directeur de la *Revue de psychiatrie* ;

ANTHEAUME, directeur de l'*Encéphale*.

Le Comité s'est réuni le mercredi 5 juin, à 5 h. 1/2, dans une salle de la Faculté de médecine. Il s'est constitué en élisant un bureau ainsi composé :

*Président d'honneur* : M. MAGNAN ;

*Président* : M. GILBERT BALLET ;

*Secrétaire général* : M. SEMELAIGNE ;

*Secrétaire général adjoint* : M. DELMAS.



La note suivante, envoyée à la presse, résume la séance :

« Le XVII<sup>e</sup> Congrès international des sciences médicales tiendra ses assises à Londres du 6 au 12 août 1913.

« Le bureau du Congrès a proposé pour les rapports de la section de psychiatrie, les sujets suivants :

« 1<sup>o</sup> La clinique psychiatrique, son but (éducateur et thérapeutique) et les résultats obtenus dans le sens de la guérison ;

« 2<sup>o</sup> Rôle de l'infection et de l'auto-intoxication dans la genèse des psychoses ;

« 3<sup>o</sup> Psycho-analyse ;

« 4<sup>o</sup> La psychologie du crime ;

« 5<sup>o</sup> Les aliénations mentales syphilitiques et parasymphilitiques.

« M. Pierre Jonet a accepté de faire un rapport sur la troisième question et M. Auguste Marie sur la cinquième. Les auteurs désireux de proposer des sujets de rapport ou de s'inscrire pour des communications, devront en adresser le titre avant le 15 avril 1913 et le texte avant le 15 juin 1913.

« La correspondance anglaise devra être adressée au secrétaire général du Comité français M. le D<sup>r</sup> SEMELAIGNE, 16, avenue de Madrid, à Neuilly-sur-Seine, et la correspondance française au secrétaire-adjoint, M. le D<sup>r</sup> DELMAS, 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine. »

#### ERRATUM

Dans le numéro de mai 1912, p. 616, IV. — *Des délires non vésaniques* ; par le professeur Frigerio. — *In fine*, au lieu de : « les premiers ordinairement précédés de prodromes et ne débutant pas brusquement ; les autres, au contraire, à début rapide, à généralisation précoce », lire : « les premiers, à début rapide, à généralisation précoce ; les autres, au contraire, précédés de prodromes et ne débutant pas brusquement. »

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE 1<sup>er</sup> VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

## PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

### I. — Chronique.

	PAGES
A nos lecteurs; par le Dr Ant. Ritti. . . . .	5
Le XXII <sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Tunis, avril 1912; par le Dr Roger Dupouy. . . . .	513

### II. — Psychologie morbide.

Les conséquences mentales des émotions de la guerre; par le Dr Adam Cygielstreich. . . . .	129 et 257
--	------------

### III. — Pathologie.

Le vagabondage constitutionnel des dégénérés ( <i>suite et fin</i> ); par le Dr Mairet. . . . .	10
De l'importance de l'aura psychique dans le déterminisme des actes impulsifs commis en période crépusculaire; par les Drs Latapie et Cirier. . . . .	33
Ictus, épilepsie jacksonienne et asthéo-manie; par les Drs R. Benon et P. Bonvalet. . . . .	149
Délire interprétato-hallucinatoire systématique, chronique sans affaiblissement démentiel; par le Dr Alfred Gallais. 155, 285 et	422
Note sur l'état mental des lépreux; par le Dr P. Bodros. . . . .	278
L'épidémie de choléra en 1914 à l'asile de Marseille (108 cas); par les Drs Alombert-Goget et Edmond Cornu. . . . .	386
Délire d'imagination symptomatique; par les Drs Capgras et Terrien. . . . .	406
Note sur un cas de fugue de nature épileptique chez un paralytique général; par les Drs A. Rémond de (Metz) et Juliette Lévêque. . . . .	548
Les psychoses associées (psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation; par le Dr René Masselon). . . . .	640
Comparaison entre les psychoses toxiques et les troubles par épuisement mécanique des comitiaux; par le Dr Henri Damaye. . . . .	661



**IV. — Thérapeutique.**

	PAGES
Traitement de l'épilepsie par l'acide borique; par le Dr Armand Devaux. . . . .	301

**V. — Médecine légale.**

L'alcool, la femme et le pantin; par le Dr Voivenel . . . . .	38
Une expertise de conseil de guerre; par le Dr Biaute . . . . .	166
Vol et désertion. Simulation. Débilité intellectuelle; amoralité complète; instabilité constitutionnelle; par le Dr Belletrud. . . . .	308
Un médecin satyre; par le Dr Georges Vernet . . . . .	554
La responsabilité atténuée et sa sanction pénale; par le Dr Parant père. . . . .	439
Notes de médecine légale. Les processifs; par le Dr C. Rougé. . . . .	667

**VI. — Établissements d'aliénés.**

Du droit de visite des parents ou amis aux aliénés internés (Un arrêt de la Cour de cassation); par le Dr Victor Parant père. . . . .	188
Un asile d'aliénés au XVIII <sup>e</sup> siècle; par le Dr Wahl. . . . .	686

**VII. — Revue critique.**

Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie; par le Dr Roger Dupouy. . . . .	48
--	----

**DEUXIÈME PARTIE****REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE****I. — Société médico-psychologique.**

<i>Séance du 30 octobre 1911.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : M <sup>me</sup> Doutrebente, MM. le Ministre de l'Instruction publique, Lucangeli, Lévi-Bianchini, Greidenberg, Esposito, Del Gréco. — Mort de M. Daniel Brunet : M. Sérieux. — Rapport sur un travail de M. le professeur Pilcz, de Vienne, sur le traitement de la paralysie générale par la tuberculine, par M. Trénel. — Divorce et aliénation ( <i>suite</i> ). Divorce pour cause de simulation d'accès de folie antérieurs au mariage, par M. Ant. Ritti. Discussion : MM. Juquelier, Ritti, Trénel, Arnaud, Rayneau, Bonnet, Sérieux . . . . .	63
<i>Séance du 27 novembre 1911.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : M <sup>me</sup> Daniel Brunet, MM. Erwin Stransky, Roberto Massalongho, Simonide Vlavianos, Ladame. — Divorce et aliénation ( <i>suite</i> ). Le divorce pour cause d'aliénation mentale en Suisse, par M. P.-L. Ladame (de Genève). Discussion : M. Fil-	63

	PAGES
lassier. — Essai de suppression du quartier cellulaire dans un service de femmes, par M. Lwoff. Discussion : MM. Arnaud, Lwoff, Bonnet. . . . .	76
<i>Séance du 16 décembre 1911.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Sérieux, Vallon, Maggiotto, Régis et Jnarros, Erwin Stransky, Semelaigne. — Rapport de la Commission des finances, par M. Semelaigne. — Election du Bureau de 1912. — Réhabilitation, après sa mort, d'un paralytique général condamné pour vol, par M. Ant. Ritti. Discussion : MM. Pactet, Ritti, de Clérambault . . . . .	194
<i>Séance du 29 janvier 1912.</i> — Installation du Bureau : MM. Sérieux, Klippel. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Porot, Ch. Ladame, Matauscher et Pilcz, Semelaigne. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1912 et nomination des Commissions de prix. — Rapport de M. R. Semelaigne sur la candidature de M. Maggiotto; élection. — Paralyse générale avec symptômes moteurs rappelant la sclérose en plaques. Evolution rapide. Autopsie : méningo-encéphalite diffuse et sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle; prédominance de cette sclérose aux faisceaux pyramidaux croisés, par MM. P. Juquelier et A. Fillassier. Discussion : MM. Klippel, Juquelier, Arnaud, René Charpentier. . . . .	206
<i>Séance du 26 février 1912.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Blondel, Maggiotto, Koloman Pandey, M <sup>me</sup> Harriett Alexander. — Rapport de la Commission chargée de choisir une nouvelle question pour le prix Belhomme : M. Arnaud. — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Ch. Ladame; élection. — L'écho de la pensée et la théorie des hallucinations, d'après M. E. Stransky, par M. H. Piéron. — Contribution à la question syphilis et paralyse (Etude sur 4.134 syphilitiques). Rapport sur un travail de MM. Mattauschek et Pilcz, par M. de Clérambault. — A propos du divorce. Rémission très complète survenue chez une démente précoce (?) au bout de six années, par M. Raoul Leroy. Discussion : MM. Trénel, Leroy, Fillassier, de Clérambault. — Au sujet des certificats de situation, par M. Roger Dupouy. Discussion : MM. Trénel, Rogues de Fursac, Colin, Arnaud, Dupouy, Ritti. . . . .	324
<i>Séance du 25 mars 1912.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Boissier, Ch. Ladame, d'Hollander, Erwin Stransky. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M <sup>me</sup> Harriett Alexander; élection. — Au sujet des certificats de situation ( <i>suite</i> ). Rapport de la Commission. Discussion : MM. Briand, Colin, Ritti, Lwoff, Dupouy, Trénel. — Le sang dans l'état de mal épileptique, les formes délirantes et éclamptiques, par MM. Klippel et Feil. Discussion : MM. Marchand, Feil, Piéron, Klippel, Trénel. . . . .	459
<i>Séance du 29 avril 1912.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. James Chambers, Vlavianos. — Mort de M. Paul Brousse : M. Klippel. — Rapport de la Commission du prix Aubanel, par M. Capgras. — Divorce et aliénation mentale ( <i>suite</i> ). Sur la guérison tardive des accès d'aliénation mentale : à propos du projet de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale, par M. Calmettes. Discussion : MM. Trénel, Calmettes, Briand. — Sur la remise à l'aliéné de citations à comparaître en matière de divorce, par M. Trénel. Discussion : MM. Arnaud, Briand, Legrain, Vigouroux, Truelle, Lwoff, Ritti, Dupain, Trénel. . . . .	571
<i>Séance du 25 mai 1912.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Pactet, Boissier, Benon. Vieux-Pernon, Guido	



Ruata, A. Pilcz. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Vlavianos; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. James Chambers; élection. — Confusion mentale à forme de presbyophrénie symptomatique et curable, par MM. Klippel et Raymond Mallet. Discussion: MM. Piéron, Mallet. — Divorce et aliénation ( <i>suite</i> ): Un cas d'amélioration considérable après quatorze ans de délire, par M. V. Truelle. Discussion: MM. Trénel, Truelle, Vigouroux, Deny. — Sur la mise en liberté d'une alcoolique, par M. Trénel. Discussion: MM. Deny, Trénel, Legras, Ritti . . . . .	708
---	-----

## II. — Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1911-1912).

Hallucinations, pseudo-hallucinations, phénomènes autoscopiques . . . . .	482
Syndrome labio-glosso-laryngé à évolution rapide . . . . .	482
Syndromes obsédants et impulsifs chez un dégénéré . . . . .	483
Paralysie générale à évolution rapide . . . . .	483
Dessins d'un dément précoce avec état maniaque . . . . .	483
Automutilation chez les aliénés . . . . .	484
Rhumatisme tuberculeux et stupeur . . . . .	484
Amnésie chez une hystérique et organique; perte temporaire de l'identité; ictus du choc moral . . . . .	485
Accès intéressant de délire onirique chez une grande déséquilibrée hystérique avec ablation des ovaires . . . . .	485
Une persécutée démoniaque . . . . .	485
Deux cerveaux d'apraxiques . . . . .	486
Amnésie de fixation chez un paralytique général . . . . .	486 et 489
Aliénés inventeurs . . . . .	487
Un persécuté délirant à réactions dangereuses . . . . .	487
Tentative de suicide par ingestion de cailloux chez une mélancolique . . . . .	487
Tentative de suicide précédée d'un double homicide . . . . .	488
Le paludisme chronique avec épilepsie . . . . .	489
Débilité mentale et désir obsédant de visiter l'Algérie. Départ soudain à l'occasion d'un vol compliqué d'abus de confiance; expertise médico-légale, non-lieu, internement . . . . .	590
Un cas de dysarthrie pure . . . . .	591
Trois cas de démence précoce . . . . .	591
Un idiot microcéphale; un arriéré physique et intellectuel . . . . .	592
Corne cutanée de la face chez une femme . . . . .	592
Néoplasme du corps calleux . . . . .	592
Paralysie générale amaurotique . . . . .	592
Impulsions ou épilepsie larvée . . . . .	592
Débile intellectuel atteint de délire de persécution et d'ambition . . . . .	593
Corps étrangers trouvés chez les aliénés . . . . .	593
Hémorragie surrénale traumatique et troubles mentaux . . . . .	593
Ostéome de la dure-mère chez un épileptique . . . . .	593
Délire onirique à systématisation secondaire chez un débile . . . . .	594
Impulsion homicide et impulsion suicide d'origine alcoolique . . . . .	594
Délire spirite et graphorrhée paroxystique . . . . .	595
Un cas de délire d'imagination . . . . .	595
Diagnostic étiologique des fugues . . . . .	595
Accès périodiques et atypiques d'alcoolisme subaigu . . . . .	595

## JOURNAUX ITALIENS (1907-1908).

(Anal. par les Drs WAHL et LAGRIFFE.)

	PAGES
Asymétrie faciale chez les normaux et chez les délinquants . . .	221
L'homme droit, l'homme gauche et l'homme ambidextre . . .	221
Pourquoi tous les épileptiques et les criminels-nés n'ont-ils pas le type ? . . .	222
Un cas d'héro-kleptomanie . . .	222
Filouterie et simulation par une femme . . .	223
Embryologie des formes de folie . . .	223
Hypertrichose auriculaire familiale . . .	223
Les couches moléculaires du cerveau et du cervelet . . .	223
Note en réponse à une étude de Sala sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie . . .	224
La loi sur les aliénés en Italie et les aliénés criminels . . .	224
Hyperesthésie psychique et homicide . . .	225
Fascination de la criminalité . . .	225
Contribution à la connaissance des mouvements pendant le sommeil . . .	225
Résultats d'expériences sur l'excitabilité du cervelet au courant électrique induit unipolaire . . .	226
Considérations sur la criminalité des enfants . . .	227
Criminalité ancillaire . . .	227
Contribution à l'étude des plis longitudinaux de la main . . .	228
A propos des sauvages Sakaï décrits par le capitaine Corutti . .	228
Argot des criminels . . .	229
De l'usage du vin dans les asiles . . .	229
Sur une nouvelle signification du mancinisme chez les épileptiques et les délinquants . . .	229
Anomalies des crânes préhistoriques . . .	229
Tourterelle homosexuelle . . .	230
Dextrisme et mancinisme en relation avec l'asymétrie fonctionnelle du cerveau . . .	230
Les accusés politiques; nouveaux martyrs en Russie . . .	230
Sur la direction anormale des cheveux . . .	231
Biographie de deux vieux brigands . . .	231
Les termes ethniques et psychologiques de la camorra et du brigandage . . .	232
La criminalité et les classes populaires des travailleurs . . .	232
Expériences collectives sur le témoignage et la confrontation . .	232
Contribution à la casuistique de l'héboïdophrénie (folie morale pubérale) . . .	233
Paranoïaque persécuteur homicide avec microgyrie et aplasie aortique . . .	233
Délinquance à la suite d'un traumatisme. Expertise médico-légale . . .	233
Facies de Hutchinson chez un phrénasthénique. Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie externe bilatérale congénitale . . .	234
Le portrait parlé et son application dans les recherches d'anthropologie criminelle . . .	234
Le portrait parlé dans la pratique policière et son enseignement .	234
Sur la fossette coccygienne. Notes avec observations originales chez les dégénérés et les normaux . . .	235
Un nouveau stigmaté régressif chez les dégénérés . . .	235
Suture palatine transverse chez les criminels . . .	236
Un microcéphale . . .	236
Eusapia Paladino et le spiritisme . . .	236



	PAGES
Sur un cas très rare de mamelle surnuméraire chez l'homme . . .	237
Sur les anomalies des extrémités chez les fous . . . . .	237
Sur l'oospora verticilloïdes en rapport avec la pellagre . . . .	238
Histoire clinique d'un voleur . . . . .	238
Un vagabond mattoïde . . . . .	238
Contribution clinique à l'étude de la chorée grave : 1° cas de chorée chronique héréditaire ; 2° cas de chorée durant depuis dix ans chez une femme épileptique . . . . .	239
Amnésie épileptique rétro-antérograde . . . . .	239
Contribution à l'étude du mensonge dans les témoignages . . . .	240
Psychologie des témoins . . . . .	240
La physionomie humaine étudiée chez les normaux et les arriérés .	352
Cerveaux de criminels . . . . .	352
Cas étranges de perversions sexuelles chez les épileptiques . . .	352
Sur la morphologie des épileptiques . . . . .	353
Types de criminels-nés dans le procès Cocuolo . . . . .	353
Variations craniennes chez les criminels et les aliénés . . . . .	353
Homicide par un paranoïaque persécuteur ayant de graves troubles alcooliques. Simulation . . . . .	354
Psychopathie sexuelle et épilepsie . . . . .	354
Petits os cryptiques et foramen dorsi sellæ dans le crâne d'une idiote . . . . .	354
Hystérique homicide. Rapport psychiatrique . . . . .	355
Ostéo-fibro-sarcome de la fosse temporale droite et épilepsie . .	355
Le crime dans la démence précoce . . . . .	356
Sur la division du pariétal avec trois observations originales sur des crânes d'idiots . . . . .	357
Fonctions et rapports des éléments nerveux et des éléments étrangers au tissu nerveux dans les ganglions spinaux . . . . .	357
L'ancienne et la nouvelle anthropologie criminelle . . . . .	358
Emigration et folie . . . . .	358
De la neurasthénie comme forme prodromique de la démence précoce . . . . .	359
Considérations statistico-nosologiques sur la démence précoce . .	359
Contribution clinique à l'étude des fonctions du cervelet . . . .	360
Recherches sur le pouvoir réducteur des urines au cours de la folie maniaco-dépressive . . . . .	360
Les maladies mentales et les courants migrants dans l'Italie méridionale . . . . .	360
Etat de mal épileptique et acétonémie . . . . .	360 et 363
Sur l'importance de l'élément individuel dans l'allure d'un cas de paralysie progressive . . . . .	361
Rythme du mouvement et folie périodique . . . . .	361
Myopathie primitive, progressive, chez un imbécile épileptique . .	361
Le musée Ciaramella. Rapport médico-légal sur l'état mental de A. Ciaramella, inculpé d'escroquerie et de faux . . . . .	361
Sur une méthodologie des sciences médicales fondée sur leur histoire . . . . .	363
Les psychopathies dans la ville et la province de Messine . . . .	363
Contribution à l'histologie pathologique du délire aigu et des délires infectieux . . . . .	363
Les certificats médicaux et la statistique nationale des asiles . . .	615
La folie dans la province d'Alexandrie . . . . .	615
Le séro-diagnostic de Wassermann et le « 606 » d'Ehrlich-Hata . .	616
Des délires non vésaniques . . . . .	616

**JOURNAUX ESPAGNOLS (1908)**

(Anal. par le Dr ARSIMOLES.)

	PAGES
Folie, simulation et criminalité . . . . .	596
Comment doivent être les asiles d'aliénés . . . . .	596
Asiles de buveurs. . . . .	598
Importance des sentiments dans la genèse du délire de persécution. . . . .	598
Les types endophasiques. . . . .	601
Délire systématisé alcoolique avec idées délirantes de méfiance, de persécution et de jalousie. . . . .	602
Kystes hydatiques du cerveau. . . . .	602
Sur l'étiologie du tabes et son traitement mercuriel. . . . .	603
Les enfants vendeurs de journaux et la délinquance. . . . .	603
Notes de psychothérapie. . . . .	603
Sur l'incapacité civile rétrospective . . . . .	604
Psychothérapie et rééducation psychique. . . . .	604
Classification des délires de métamorphose . . . . .	604
Les aliénés délinquants et leur traitement dans la République Argentine. . . . .	605
L'introspection volontaire. Contribution à l'étude des illusions de « déjà éprouvé ». . . . .	605
Inconvénients du positivisme pénal dans la législation actuelle. . . . .	607
Les glossolalies ou estoglossies infantiles; leur interprétation psychologique. Fonction des estoglossies dans le langage. . . . .	607
Neurasthénie et colite . . . . .	609
Nouvelle méthode graphique pour fixer l'hérédité. . . . .	609

**JOURNAUX AMÉRICAINS (1908-1909)**

(Anal. par le Dr AMELINE.)

Une étude expérimentale du sommeil. . . . .	609
Expériences pour déterminer l'idéation co-consciente (subconsciente), . . . . .	611
Le galvanomètre en psychologie. . . . .	611
Pensée colorée. . . . .	611
Expériences sur les réactions psycho-galvaniques d'idées co-conscientes (subconscientes) dans un cas de multiples personnalités. . . . .	611
Manifestations normales prototypes d'états mentaux pathologiques. . . . .	611
L'hypnoïdisation dans le traitement des psychoses fonctionnelles. . . . .	612
La ratiocination dans la vie quotidienne. . . . .	612
Des facteurs psychologiques dans la démence précoce. . . . .	612
La vie de personnalité dissociée. . . . .	613
L'inconscient . . . . .	613
Une application de la méthode psycho-analytique à la psychothérapie. . . . .	614
Le siège de la conscience. . . . .	614
L'expression émotionnelle des déments précoces. . . . .	614
Causes mentales de malaise corporel. . . . .	614

**III. — Bibliographie.**

Conseils aux infirmiers; par les Drs Belletrud et Froissart (Anal. par le Dr L. Lagriffe). . . . .	101
Le suicide, la folie et les dégénérescences; par le Dr M. Martin Claveria (Anal. par le Dr Arsimoles) . . . . .	102



	PAGES
Un cas d'amyotrophie professionnelle causée par l'usage du microscope; par le Dr Gaetano Martini (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	104
Sur les plis du cuir chevelu dans les maladies mentales; par le Dr Eugenio Bravetta (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	103
Un cas de pseudologie fantastique chez une fillette mentalement déficiente; par le prof. Andrea Cristiani (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	105
Contribution au diagnostic anatomo-pathologique de la paralysie progressive; par le Dr Dino de Albertis (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	105
Contribution à l'histologie pathologique de la paralysie progressive; par le Dr Eugenio Bravetta (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	106
La réaction de Wassermann dans les maladies mentales; par les Drs Bravetta et Paravicini (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	106
Dégénérescence par syphilis acquise; par le Dr Daniel Sanchez de Rivera y Moset (Anal. par le Dr Arsimoles) . . . . .	107
Travail et folie; par le Dr A. Marie et R. Martial (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	107
L'évolution psychique de l'enfant; par le Dr H. Bouquet (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	108
De l'illusion. Son mécanisme psycho-social; par le prestidigitateur Alber. Préface de Raymond Meunier (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	108
Les dégénérescences auditives; par le Dr A. Marie (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	109
La folie à éclipse. Essai sur le rôle subconscient dans la folie; par le Dr Legrain (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	109
Manie confusionnelle aiguë par métrite du col; par les Drs H. Damaye et M. Laydeker (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	110
Recherches sur la température du cerveau; par le prof. H. Berger (Anal. par le Dr E. Leuba) . . . . .	241
Rééducation physique et psychique; par le Dr H. Lavraud (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	243
Les rêves et leur interprétation. Essai de psychologie morbide; par les Drs Paul Meunier et René Masselon (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	244
Raison et sentiment; par le Dr Paul Dubois (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	245
Caractéristique et nature du rêve; nouvelles recherches et nouvelles critiques; par le Dr Cipriano Giachetti (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	365
La folie morale de persécution sans délire; étiologie et diagnostic différentiel; par le Dr G. Ferrua (Anal. par le Dr Lucangeli) . . . . .	367
La suggestion et ses limites; par le prof. Bajenoff et le Dr Ossipoff (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	369
De la suggestion; par le Dr Bernheim (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	370
Précis d'auto-suggestion volontaire. Education pratique de la volonté; par le Dr Gérard Bonnet (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	371
L'étude scientifique du spiritisme; par Emile Boirac (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	371
Les établissements allemands pour le traitement et l'assistance des aliénés. Texte et illustrations. Ouvrage publié par le Dr Johannes Bresler (Anal. par le Dr Ant. Ritti) . . . . .	490
La mimique de la douleur; par le Prof. Giuseppe Antonini (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	495
La mimique de la joie; par le Prof. Giuseppe Antonini (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	496

	PAGES
Indications psychothérapiques; par le Dr Julius Donath (Anal. par le Dr Adam) . . . . .	617
Manuel de médecine mentale à l'usage des praticiens et des étudiants; par le Dr L. Marchand (Anal. par le Dr Paul Guiraud) . . . . .	619
Les psychoses dyslogiques; par le Dr G. Lucangeli (Anal. par le Dr L. Lagriffe) . . . . .	620
Le tabes et les maladies systématiques de la moelle; par le Dr E. de Massary (Anal. par le Dr Paul Guiraud) . . . . .	622
Sémiologie nerveuse; par les prof. Achard, Pierre Marie, Gilbert Ballet, etc. (Anal. par le Dr Paul Guiraud) . . . . .	623
Le Génie littéraire; par le prof. Rémond (de Metz) et le Dr Voivenel (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	728
Le syndrome pariétal; par le prof. Bianchi (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	730
Alcoolisme et psychoses alcooliques dans la province d'Ombrie; par le prof. Cesare Agostini (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	731
Les troubles psychiques dans leurs rapports avec les symptômes ovariens; par le Dr Fornaca (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	732
Recherches expérimentales par la méthode de l'épuisement fractionnée du pouvoir anticorps des sérums immunisés tendant à démontrer l'existence de principes anormaux spécifiques dans le sérum du sang des malades mentaux; par les Drs Italo Gardi et Fr. Prigione (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	733
Recherches expérimentales sur le mécanisme et sur la valeur de l'action anti-hémolytique du sérum sanguin des aliénés; par les Drs Italo Gardi et Fr. Prigione (Anal. par le Dr Lagriffe) . . . . .	733
Le secret de l'Univers devant la science officielle. La mécanique universelle dévoilée d'après Clémence Royer et mise à la portée de tous; par Emile Hureau (Anal. par le Dr Roger Dupouy) . . . . .	734
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .	111, 246, 372, 498, 625 et 734
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Assemblée générale du 29 avril 1912 . . . . .	738

#### IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Jean Lépine, Pierret, Paul Brousse, Malfilâtre, Journiac, Pélissier, Viollet. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — Concours de 1912 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé. — Réception de M. le professeur Vidal, de Paris, par la Société médicale argentine. Visite à l'hôpital d'aliénés de Las Mercedes. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. — XXII <sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, 1 <sup>er</sup> au 7 avril 1912. . . . .	116
Nominations et promotions : MM. Lépine, Masselon, Pélissier, Marie, Bourilhet, Rodiet, Lapaine, Fenayrou, Monestier, Simon, Miguard, Marcel Briand, Damalix, Briche, Froissart, Gilbert Ballet. — Concours de 1912 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé. — Les aliénés en liberté (suite). — Tribunaux. — Deux nouvelles revues de médecine mentale et nerveuse. — XXII <sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Tunis, 1 <sup>er</sup> au 7 avril 1912. . . . .	247



	PAGES
Nominations et promotions : MM. Pilleyre, Maunier, Ricoux, Castin, Jacquin, Lafage, Bourilhet. — Décret complétant le décret du 2 février 1910, réglementant le concours annuel des médecins-adjoints des asiles d'aliénés. — Décret portant modifications du décret du 2 février 1910, concernant le personnel médical des asiles d'aliénés. — Concours de 1912 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — La lutte contre l'alcoolisme. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. Années 1913 et 1914 . . . . .	374
Nominations et promotions : MM. Danjean, Gassiot, Lerat, Levet, Santenoise. — Nécrologie : Dr Paul Brousse. — Election des médecins aliénistes, membres de la Commission spéciale du ministère de l'Intérieur. — Le martyrologe de la psychiatrie ( <i>suite</i> ). — La lutte contre l'alcoolisme. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Tribunaux. — Faits divers. . . . .	499
Nominations et promotions : MM. Dromard, Pasturel, Levassort, Halberstadt, Charpentier (Joseph), Calmettes, Nouet, Ducosté, Prince, Charuel, Alombert-Goget, Toy, Henri Piéron, Jean Philippe. — Nécrologie : Dr Léon Rolland. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — L'alcoolisme dans la province de Padoue. — La lutte contre l'alcoolisme. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique, 1913 et 1914. — Concours pour la nomination à deux places de médecins en chef dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine . . . . .	627
Nominations et promotions : MM. Ducos, Loup, Lafage, Hamel, Nouet, Gassiot, Nageotte. — Election des médecins aliénistes, membres de la Commission spéciale du ministère de l'Intérieur. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté ( <i>suite</i> ). — Tribunaux. — Faits divers. — Comité français chargé de l'organisation de la douzième section (Psychiatrie) du XVII <sup>e</sup> Congrès international des sciences médicales. Londres, 6-12 août 1913. — Erratum . . . . .	748
Table des matières du tome I de la 10 <sup>e</sup> série . . . . .	759

*Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.*

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette. I 11111