

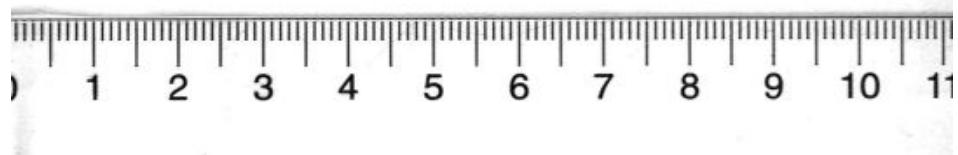
Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

*n° 03. - Paris: Masson, 1913.
Cote : 90152, 1913, n° 03*

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



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.



DIXIÈME SÉRIE — TOME TROISIÈME

SOIXANTE ET ONZIÈME ANNÉE

904 \$2

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1913

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



Pathologie.

**IRONIE ET IMITATION
CHEZ UN CATATONIQUE**

PAR

Le Dr R. LEROY et G. GENIL-PERRIN

Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard,	Interne de la clinique des maladies mentales.
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

La tendance à l'ironie, la tendance à l'imitation ne sont pas rares chez les déments précoce. L'observation que nous rapportons ici n'est pas simplement destinée à confirmer cette notion banale et bien établie. Mais nous désirons éclaircir un point de la psychologie des formes morbides de l'imitation.

Kraepelin, qui consacre quelques lignes à l'automatisme imitatif (*Nachahmungsautomatie*) chez les aliénés et les névropathes, proclame sa plus grande fréquence

chez les déments précoces catatoniques (1). Il considère la *Nachahmungsautomatie* comme la manifestation d'un trouble de la volonté qui peut se placer à côté de la catalepsie (*flexibilitas cerea*).

D'autres auteurs ont remarqué que le développement exagéré des tendances imitatives coïncidait souvent, chez les déments précoces, avec un degré marqué de suggestibilité. M. Masselon, MM. Deny et Roy sont du nombre : « L'imitation, écrit Masselon (2), si fréquente chez ces malades, est une des formes de la suggestibilité. Ils ont de l'*échopraxie* et de l'*échomimie*. Fait-on un mouvement devant eux, ils le reproduisent immédiatement. L'*échopraxie* s'observe souvent dans leur vie journalière. Une de nos catatoniques reproduisit pendant un certain temps toutes les attitudes, les tics et les différents actes d'une hébéphrénique. L'imitation du langage s'appelle *écholalie*. »

Dromard, dans un très intéressant travail sur l'*échopraxie* (3), étudie les phénomènes d'imitation chez les déments, comme il le fait pour les idiots et pour les psychasthéniques. Il les rapproche des stéréotypies :

« De notre enquête auprès de déments précoces que nous avons examinés à cet effet, il résulte que les mouvements échopraxiques de ces malades ne peuvent être considérés comme conscients au sens psychologique du mot. Ces mouvements ne comportent aucun élément émotionnel et ne subissent aucune influence de la part de la volonté. Ils sont l'expression pure et simple d'un automatisme réflexe dont l'explication est aisée lorsqu'on connaît l'état de dissociation qui constitue le fond

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*. 8^e éd. Leipzig, Barth. 1909, Bd I, page 378.

(2) Masselon. *La démence précoce*. Paris, Joanin, 1904. p. 40.

(3) Dromard. Etude psychologique et clinique sur l'*échopraxie*. *Journal de psychologie*, 1905, page 385.

mental de pareils sujets... Le mouvement effectué est recueilli par le centre visuel sous forme d'image visuelle, laquelle évoque immédiatement l'image kinesthésique correspondante, en vertu des liens associatifs inférieurs qui unissent encore les centres visuels à la zone sensitivo-motrice. Cette légère excitation des centres sensitivo-moteurs suffit à produire le courant centrifuge qui doit présider à l'exécution du mouvement. En effet, ces centres sensitivo-moteurs ont perdu les liens d'association supérieurs en vertu desquels les modifications qu'ils subissent pourraient être assimilées par la personnalité, et il en résulte un défaut d'inhibition en même temps qu'une absence de conscience.

« Nous retrouvons là une origine très analogue à celle de la stéréotypie, à savoir : persistance d'une image kinesthésique parce que dans l'état d'inertie cérébrale aucune autre image ne vient la réduire, et extériorisation fatale de cette image sous forme de mouvement, en vertu du même mécanisme. L'échopraxie du dément, comme la stéréotypie, témoigne d'une *désagrégation intégrale de la personnalité*. »

Régis, dans son manuel (1), consacre quelques lignes à l'imitation automatique des catatoniques, à propos de leur suggestibilité : « Cette suggestibilité va d'ailleurs chez eux jusqu'à l'imitation automatique. Ils copient d'une façon presque simiesque les attitudes et les mouvements des personnes de l'entourage, surtout celles parmi les plus absurdes des autres malades (échomimie, échopraxie) et répètent les paroles qu'ils entendent (écholalie). »

Pour ces différents auteurs, ces phénomènes d'imitation chez les déments précoce constituent donc des

(1) Régis. *Précis de psychiatrie*, Paris, Doin, 4^e édit., 1909, page 358.

manifestations purement automatiques, où n'intervient à aucun titre la volonté consciente. Que cette explication rende parfaitement compte d'un certain nombre de faits, nous ne songeons pas à le nier. Mais il est indubitable qu'on observe chez les mêmes malades d'autres formes de l'imitation, formes encore morbides, mais qui ne reconnaissent pas un mécanisme aussi simple. On voit parfois entrer en jeu un processus psychologique incontestablement conscient et volontaire.

Evidemment, les individus les plus atteints dans leur intégrité mentale peuvent imiter parfois à bon escient, et il ne suffit pas qu'une manifestation imitative se rencontre chez un malade pour qu'on puisse la considérer comme pathologique. Mais il est des cas où, malgré la présence des caractères de conscience et de volonté, on peut démontrer que le processus psychologique dont elle dépend est un processus franchement morbide.

Nous en donnons comme preuve l'observation suivante, où les phénomènes d'imitation, chez un catatonique, sont commandés par une intention moqueuse et ironique, empreinte de ces caractères de conscience et de volonté, et malgré tout facile à rapporter aux conditions mentales morbides où le sujet se trouve placé.

OBSERVATION.—Henri H..., horloger, est né le 24 mars 1871 dans l'Eure, d'une famille exempte de tares mentales. Il eut deux frères, morts l'un en naissant, l'autre à douze jours. Son père souffrit pendant cinq ans d'une carie osseuse, suite d'un phlegmon du bras, et c'est pendant cette maladie qu'il a été conçu, ainsi que le frère décédé à douze jours.

Le sujet a eu une enfance maladive; il fut difficile à élever et urina au lit jusqu'à l'âge de douze ans. C'était un enfant intelligent, travaillant bien à l'école, mais toujours taciturne.

Au commencement de l'année 1896, les parents ébauchèrent pour lui un projet de mariage qui ne réussit pas, car il se mon-

trait bizarre, sombre avec sa fiancée, en proie à des scrupules, se demandant s'il était capable de diriger un ménage et de fonder une famille. La rupture de ce projet l'affecta profondément. Il avait peur de tout, était dépourvu d'énergie et ne voulait même plus sortir en ville.

Sur ces entrefaites, un nourrisson élevé par sa mère fut empoisonné accidentellement : H... en perdit le sommeil; ses peurs redoublèrent; il fit même une fugue pendant la nuit ; on le retrouva caché sous un pont et il avoua qu'il avait peur des gendarmes.

La situation empira rapidement, et le malade dut être placé le 8 juin 1896 à l'asile d'Evreux. Il avait vingt-cinq ans. Dans le certificat immédiat, on constate un état de stupeur avec mutisme, refus d'aliments et gâtisme.

Pendant une quinzaine de jours, le malade présenta le tableau de la stupeur la plus complète et dut être nourri à la sonde œsophagienne. Il recommença à manger seul au mois d'août 1896, mais il restait hébété, dans un état de demi-stupeur, ne répondant aux questions que par monosyllabes, ne s'occupant à rien, toujours inerte, indifférent. La mort de son père, survenue en avril 1897, ne détermine chez lui aucune émotion. La situation reste à peu près stationnaire jusqu'au mois de juillet 1897, époque où sa mère le reprend à la maison après un internement de plus d'une année.

Revenu dans sa famille, le malade se montre toujours aussi apathique, aussi indifférent, et sa mère le ramène à l'asile d'Evreux le 17 septembre 1897. Nous le retrouvons dans le même état de demi-stupeur et d'indifférence. Cependant il s'alimente bien, passe des nuits tranquilles, ne gâte pas. Il ne parle que par signes et par monosyllabes, fait des gestes bizarres, se met à genoux, regarde subitement le plafond. On constate chez lui des *hallucinations de l'ouïe* : « On m'appelle », répète-t-il fréquemment.

Au commencement de 1898, le malade traverse une période d'*agitation catatonique*; il se déshabille constamment, saute alternativement du parquet sur le lit et du lit sur le parquet, se frotte sans discontinuer le front et le dessus de la tête avec la main droite. Il essaie à maintes reprises de se tuer en se jetant dans la cage de l'escalier ou en se frappant la tête contre le mur ; on est obligé de le surveiller étroitement en raison de ses impulsions violentes. Il se lève souvent de son lit et marche seul, les yeux fermés ou un bras levé ou étendu. Il tombe dans

un mutisme complet et gâte par intermittences. Les hallucinations sont probables. On observe une grande suggestibilité au commandement.

En mars 1898, nous constatons chez notre malade un état de *stupeur catatonique absolue* avec *flexibilitas cerea*.

H... est un homme automate, un véritable pantin articulé, auquel on peut donner toutes les positions possibles.

Voici le relevé des notes prises le 12 avril 1898 :

Le malade est assis sur une chaise, inerte, les mains sur les genoux, tête baissée, les yeux fermés. On l'amène devant nous. Il reste debout, immobile, les bras et les mains étendus le long du corps, la tête penchée, les yeux fermés, les deux pieds parallèles. Une chaise est derrière lui, il ne fait aucun mouvement pour s'asseoir. Les bras, les mains, la tête conservent presque indéfiniment les différentes positions données, sans aucune fatigue apparente.

Une épingle enfoncée dans les muscles du bras, de la cuisse, des jambes ne provoque aucune réaction ; c'est à peine si la piqûre à la face provoque un tressaillement et un clignotement des paupières. Le sujet ne manifeste rien quand on lui fait respirer de l'éther. Les *réflexes* sont normaux.

Les *pupilles*, moyennement dilatées, réagissent très bien à la lumière. On ne peut arriver à examiner la réaction à l'accommodation, car, si le malade ouvre bien les yeux au commandement, il les referme aussitôt.

On fait asseoir le malade.

« Levez-vous ! » — Il reste assis sur sa chaise immobile, les yeux ouverts. On le soulève un peu par l'épaule et il se lève.

« Asseyez-vous ! » — Il étend le bras droit horizontalement.

« Baissez le bras ! » — Il baisse le bras et s'assied les yeux fermés.

« Enlevez la casquette ! » — Il baisse la tête immobile.

« Relevez la tête ! » — Il obéit.

« Levez le bras gauche ! » — Il lève le bras droit. « Levez l'autre bras ! » — Il lève le bras gauche et reste les deux bras étendus horizontalement. « Abaissez les bras ! » — Il les abaisse, puis relève le bras droit.

Il est impossible de faire prendre au malade la position en V, il appuie ses mains sur le sol.

Au bout d'une heure d'exercices le pouls est à 90 et la respiration à 15.

Cet état de stupeur catatonique diminue vers le mois de

mai. Le malade s'agit un peu et présente alors une tendance marquée à la *moquerie* et à l'*imitation*, l'imitation constituant chez lui un moyen de la moquerie.

Quelquefois, quand on lui donne à manger, il lève un doigt de la main droite à la hauteur de son front et garde cette attitude jusqu'au moment où on a fini de le servir. Il regarde l'infirmier en se moquant de lui; se met de la confiture ou de la sauce sur le bout du nez et des morceaux de pain sur la tête. Il bat du tambour avec sa fourchette et son couteau, faisant des grimaces et se moquant des autres malades, unissant le maniériste à la moquerie.

Il taquine tout le temps ses voisins et les empêche de travailler. À table, il verse du cidre dans leurs assiettes ou dans leurs gobelets; il leur jette des morceaux de pain. D'autres fois, il prend le chapeau d'un autre malade, le jette au loin, et va le chercher en marchant à quatre pattes.

Ce malade, qui ne parle pour ainsi dire jamais, sort quelquefois de son mutisme pour interroger ses voisins par leur nom, et leur dire d'un air de défi et d'ironie : « Vous me dites que je ne parle pas; vous voyez bien que je parle quand je veux. » Il éclate ensuite de rire.

Mais un des procédés favoris de H..., quand il veut taquiner les autres malades, c'est l'*imitation*: il les contrefait, il les singe en reproduisant leurs travers, leurs stéréotypies, leurs infirmités.

Les infirmiers, dans leurs rapports, ont parfaitement noté cette habitude de H... et ils ont bien compris la nature ironique de cette imitation : « S'il y a quelqu'un de boiteux, lisons-nous dans un rapport du 1^{er} mai 1898, il marchera comme lui pendant quinze minutes; s'il y en a de courbés, il marchera comme eux, et toujours en « rigolant » d'eux. Il s'assied à côté d'un borgne, et ferme un œil pendant des heures entières. »

Ces phénomènes d'*imitation* sont observés d'une façon courante pendant tout l'été de 1898.

Au mois de novembre, le malade est plus calme, taquine moins ses voisins, ne présente plus de phénomènes catatoniques.

En mars 1899, il manifeste des idées d'*indignité* et de *culpabilité*.

Le 30 avril 1900, il sort de l'asile, repris par sa mère. Mais il y rentre une troisième fois cinq ans après, le 9 novembre 1905.

Nous apprenons alors que pendant ces cinq années : n'avait

jamais pu se livrer à aucun travail utile. Il passait son temps à arpenter la chambre ou le jardin d'une façon automatique.

Il est resté incohérent, parlant seul, parfois crient ou chantant.

Depuis le mois de septembre 1905, il était plus agité, menaçait sa mère, déchirait ses vêtements. Il frappait ses sabots l'un contre l'autre, marchait en sautant à cloche-pied, refusait souvent de manger ou de se coucher. Il présentait encore parfois des phénomènes d'imitation. C'est ainsi que le 8 novembre, veille de son entrée à l'asile, il a eu une manifestation écholalique ; sa mère lui ayant dit : « Ne fais pas cela, vilain », il s'est mis à répéter « vilain, vilain ».

Le certificat immédiat du 10 novembre porte : « Démence catatonique ayant débuté à l'âge de vingt-six ans. Confusion complète des idées, excitation automatique, négativisme. »

Voilà donc un dément précoce catatonique qui présente des phénomènes d'imitation, et il nous est impossible de voir dans ceux-ci la simple manifestation d'une activité automatique. Incontestablement, une pareille imitation est commandée par un processus psychologique relativement complexe, par une intention ironique et moqueuse. Il ne faut pas être grand clerc pour s'en apercevoir ; les infirmiers de l'asile d'Évreux avaient consigné dans leurs rapports une impression très exacte. Reste à savoir si ce processus psychologique peut être considéré comme morbide. Un dément précoce peut manger et boire comme un homme normal ; comme un homme normal aussi, il a bien le droit de se moquer de ses semblables ou des autres humains.

C'est vrai, mais la raillerie, quand elle n'est pas maniée d'une façon délicate, bien loin d'apparaître comme un indice de supériorité intellectuelle, traduit au contraire un niveau mental plutôt inférieur à la moyenne. Railler à propos, c'est très bien ; mais railler à tort et à travers, cela n'a aucun sens. Or, il est manifeste que l'ironie des déments précoce s'exerce en

général d'une façon peu congruente. Elle ressemble en cela à celle des enfants.

Un homme raisonnable se permettra bien quelques plaisanteries sur les travers d'un de ses amis avec qui il est très libre ou d'un de ses ennemis qu'il trouvera un certain plaisir à piquer. Mais vis-à-vis d'un indifférent, il fera le plus souvent preuve de réserve. Le sentiment des convenances mettra un frein à ses tendances ironiques. Il ne se permettra pas de se moquer d'un malade ou d'un infirme. L'émotion tendre, si c'est un simple, l'éducation, si c'est un intellectuel, inhiberont chez lui le mot ou le geste qui peuvent paraître méchants ou déplacés.

Chez l'enfant, il n'en est pas de même. Cet âge est sans pitié, dit le fabuliste. L'enfant se moque volontiers de l'infirme ou du plus faible que lui. Nous ne perdrons pas notre temps à développer ce lieu commun. Nous ferons seulement observer que l'enfant raille souvent en imitant. Il contrefait les bossus et les boiteux, et cela contre tout bon sens et contre tout savoir-vivre.

Or, il est presque toujours possible d'établir un parallélisme assez exact entre certains actes commis par les enfants et des actes de même nature commis par des arriérés ou par des déchus intellectuels. L'enfant présente physiologiquement et d'une façon transitoire des manifestations qui, chez un adulte, revêtent un caractère pathologique. Le maniérisme, les stéréotypies de certains aliénés peuvent, en quelque sorte, être comparés à certaines manifestations de l'activité de jeu chez l'enfant. De même, la raillerie inconsidérée du dément précoce ressemble à la raillerie inconsidérée de l'enfant. Ce qui s'explique, chez le second, par un défaut naturel de discernement, trouve, chez le premier, sa raison dans une atrophie morbide du sens des convenances sociales.

Cette explication, d'ordre très général, nous paraît valoir pour le cas particulier que nous avons rapporté ci-dessus. Notre malade imite ironiquement les infirmiers et les autres pensionnaires, comme l'enfant contrefait les infirmes.

Nous avons nié que l'imitation de notre malade soit purement automatique. Nous l'opposons aux phénomènes d'imitation vraiment automatique que nous observons parfois chez certains sujets, tels que les idiots profonds. Nous prétendons qu'il ne s'agit pas d'une réalisation rudimentaire de l'équation sensorimotrice de Baldwin, dans laquelle l'image d'un mouvement engendre mécaniquement la répétition de ce mouvement. Mais nous ne songeons pas à nier que cette imitation soit en rapport avec une insuffisance des fonctions supérieures d'inhibition.

Si notre catatonique contrefait ses camarades, c'est qu'il est incapable d'inhiber les tendances ironiques qu'un homme normal maintient dans de justes limites. S'il agit ainsi, c'est à la faveur d'un défaut de jugement, d'un manque d'affectivité et d'une absence de la notion des convenances qui trouve sa raison d'être dans un affaiblissement intellectuel avéré.

En tout cas, et c'est là ce que nous voulions établir, il est bien évident que cette imitation n'est pas purement automatique, puisque l'analyse du phénomène décèle l'entrée en jeu d'un processus mental caractérisé par une intention satirique. Notre observation démontre donc que, si la théorie de la *Nachahmungautomatie* vaut pour un certain nombre de faits, elle ne saurait rendre compte de toutes les manifestations pathologiques des tendances imitatives que l'on rencontre chez les aliénés. L'imitation morbide chez les catatoniques ne reconnaît pas un mécanisme univoque.

DU SYNDROME PELLAGROÏDE

PAR LES DOCTEURS

MALFILATRE, et **DEVAUX,**

Médecin-directeur interne
de l'asile de Saint-Lizier (Ariège).

Au cours de l'année 1911, trois de nos malades de l'asile de Saint-Lizier ont présenté un tableau clinique assez complet de l'ancienne pellagre des aliénés ; il nous a paru intéressant de publier ces observations qui se prêtent à quelques considérations sur le diagnostic de cette affection.

OBS. I. — F..., charbonnier. Né le 31 janvier 1874 à Gourin (Morbihan). A toujours demeuré à Gourin, puis, pendant les quatre années qui ont précédé son internement, à Paris.

Interné le 14 juin 1906. Les certificats médicaux en font un persécuté systématique avec hallucinations de la sensibilité générale ; idées de grandeur. Alcoolisme.

Depuis son internement, il s'est plaint continuellement de picotements. En juin 1909, il se plaint d'être travaillé sous la peau par les défunt.

Les premiers troubles digestifs apparurent en août 1910, mais le diagnostic de pellagre ne fut pas alors porté. Sur les registres de la loi, on trouve les notes suivantes :

Août 1910, a été physiquement affaibli avec diarrhée et kératite ulcéreuse. Septembre, état général meilleur. Diarrhée et kératite ont disparu.

Le malade attira de nouveau notre attention en mars 1911. Il présentait un érythème siégeant sur toutes les parties découvertes, la face dorsale des mains, la partie inférieure de la région dorsale des avant-bras, les joues et le front. Dans ces régions, la peau était brune, très foncée, sèche et rugueuse,

mais sans phlyctènes (il est à noter que l'hiver avait été très pluvieux et que le soleil n'était pas encore très ardent). Plus tard, les parties centrales, plus foncées, se décollèrent de la profondeur et tombèrent peu à peu en larges plaques ; un nouvel épiderme apparut au milieu de lambeaux d'ancien épiderme desséché.

En même temps que l'érythème, le malade présenta une diarrhée abondante ; il avait dix à quinze selles par jour et devint gâteux complet. Cette diarrhée s'accompagnait de boulimie et de soif intense ; il réclamait sans cesse de nouveaux aliments (mais pendant toute la durée de sa maladie il refusa absolument le pain sous n'importe quelle forme) ; il buvait plus de deux litres de tisane en plus de sa boisson ordinaire. A aucun moment, il n'a trouvé de goût particulier à ses aliments, en particulier pas de goût salé.

Au bout d'une dizaine de jours, la diarrhée cessa.

Aussitôt après, l'appétit flétrit, et bientôt on eut beaucoup de peine à faire prendre au malade un peu de lait et de bouillon ; il refusait tous les autres liquides.

Au début, le malade pouvait se lever pour aller à la selle, mais sa démarche était lente et incertaine, il marchait les jambes écartées et à demi-fléchies, s'appuyant sur le bord des lits. Plus tard, il avait à peine la force de se lever du lit. Enfin, à la dernière période, il resta constamment couché, un peu contracturé, les jambes repliées en chien de fusil. Les réflexes étaient exagérés.

En même temps, évoluait chez le malade un ulcère de la cornée (œil droit). Le malade avait déjà présenté l'année précédente une kératite ulcéreuse qui avait guéri. La cornée s'infiltra à nouveau et il se forma rapidement un abcès ; la perforation se produisit quelques jours avant la mort du malade. Du côté gauche, aucun signe oculaire.

La température du malade resta normale et monta exceptionnellement un soir à 39 degrés.

Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Le malade maigrit alors rapidement et arriva peu à peu à un degré de cachexie extrême : il n'avait que la peau sur les os ; le visage était creusé, osseux, les membres squelettiques, le ventre avait complètement disparu et la paroi abdominale rentrait sous les côtes et semblait tapisser la fosse iliaque. Il continua à végéter pendant quelques jours, lorsque reparut la diarrhée qui l'affaiblit énormément. Il se plaignait de céphalée intense,

avait constamment la sensation du froid ; il ne pouvait plus parler qu'à voix basse, exprimant jusqu'au dernier moment ses mêmes idées de persécution.

Il mourut le 14 avril 1911.

L'autopsie, faite vingt-cinq heures *post mortem*, donna les résultats suivants :

La rigidité cadavérique était très faible, l'odeur épouvantable.

La cinquième côte était bifurquée sur 5 centimètres avant son insertion au cartilage costal unique.

Poumon gauche. — Adhérences pleurales en arrière, où le poumon est dense et, à la coupe, un peu coloré (œdème et congestion). L'extrême sommet présente, à la surface, des sillons cicatriciels profonds et, sur un volume d'un œuf, des lésions tuberculeuses anciennes et paraissant éteintes : nous trouvons plusieurs noyaux crétacés, plus ou moins enkystés, du volume d'un pois à celui d'une noisette.

Poumon droit. — Adhérences pleurales plus serrées qu'à gauche, poumon dense en arrière, mais pâle à la coupe (œdème) et très pâle en avant. Lobe supérieur extrêmement petit, réduit à une languette, sans adhérences, mais farci de tubercules, la plupart assez transparents, d'un volume supérieur au volume habituel du miliaire.

Foie globuleux; son lobe gauche ne dépasse pas la ligne normale. Néanmoins, poids normal. Aspect normal à la coupe.

Capsules surrenales. — Normales.

Reins. — De volume, de consistance et de coloration normales.

Rate. — Du double de son volume habituel ; rien de particulier dans sa consistance et sa coloration.

Cœur. — A la surface du péricarde, quelques plaques laiteuses de peu d'étendue. Pas de liquide dans le péricarde. Myocarde un peu pâle. Pas de lésions d'orifices.

Ganglions mésentériques, petits, mais nombreux, fortement colorés (bleuâtres).

Intestin. — L'intestin est richement arborisé et contraste avec la pâleur générale des tissus.

L'*intestin grêle* est mince et la muqueuse est couverte d'un semis de points blancs, formés sans doute de follicules lymphatiques infiltrés.

Vers la fin du jéjunum, en un point où le péritoine est dépoli et couvert de fines granulations, l'ouverture de l'intestin montre une ulcération étroite mais profonde, à fond ardoisé.

Vers la fin de l'iléon, très étroit et admettant difficilement la branche de l'entérotome, plaques congestionnées. Au confluent même du cæcum, ulcération superficielle à fond très pigmenté.

Le cæcum présente de très fines ulcérations, à peine du diamètre d'un grain de mil. Ces ulcérations contiennent des sortes de points de pigmentation, souvent un au centre et plusieurs au pourtour ; elles sont rondes ou oblongues ; elles grandissent à mesure que l'on suit le gros intestin. Enfin, à partir du côlon descendant, la muqueuse s'épaissit de plus en plus et prend l'aspect du chou-fleur ; les parties pâles alternent avec les surfaces rouges ou ardoisées, qui sont généralement exulcérées. Au niveau du rectum, la muqueuse, très épaisse, est à peu près uniformément rouge lie de vin.

Encéphale. — Cuir chevelu de très faible épaisseur. Crâne mince, mais relativement assez résistant. Dure-mère normale. Arachnoïde et pie-mère très opalescentes, avec œdème, sur toute la convexité des hémisphères, mais spécialement à la partie supérieure de la région pariétale. Injection marquée dans les régions inférieures de la convexité et à la base. Granulations de Pacchioni très confluentes et fines granulations disséminées sur l'arachnoïde jusqu'à la moitié inférieure de la convexité.

Décortication très facile, montrant une surface pâle, qui contraste avec l'injection de la pie-mère. Coupes pâles, consistance normale. Liquide ventriculaire un peu surabondant. Ependyme nettement granulé à la surface du 4^e ventricule et au niveau du ventricule moyen.

Pas d'atrophie du cerveau.

Cervelet normal.

Moelle pâle, ferme.

Vers la partie inférieure de la moelle dorsale, adhérences sur 1 centimètre de hauteur entre la dure-mère et la pie-mère.

Obs. II. — C..., trente-trois ans ; de l'arrondissement de Saint-Girons. Entré le 26 septembre 1908.

Démence complète. Mutisme. Othématome. Reste constamment couché dans la cour, la tête baissée, les pieds nus.

L'attention est attirée sur lui (fin septembre 1911) par d'énormes phlyctènes, remplis d'un liquide clair, siégeant sur le dos des mains et dans les espaces interdigitaux, ainsi que sur le cou-de-pied. Les mains sont très enflées ; la peau est fortement brunie autour de ces phlyctènes. Rien à la face, qui est ordinairement baissée.

1^{er} octobre. Diarrhée très abondante ; boulimie. Le gardien

déclare que « c'est dégoûtant de voir ce qu'il mange ». Le malade reste couché; quand on le lève, il ne peut se tenir debout et chancelle.

31 octobre. Les phlyctènes sont complètement desséchées, leur paroi se flétrit et tombe.

15 novembre. Formation de nouvelles vésicules sous le nouvel épiderme (alors que le malade est, depuis un mois et demi, couché dans un dortoir plutôt sombre). Quelques vomissements. Peau du front un peu rugueuse et terreuse; pommettes également.

17 novembre. Vomissements. Perte de l'appétit. Pouls petit; plus de 120 pulsations à la minute, rythme presque fœtal. Râles sibilants et ronflants. Au sommet droit, signes de ramollissement avec submatité et diminution de la résistance au doigt.

18 novembre. Vomissements. Pouls petit. Le malade prend très peu d'aliments (un peu de lait). Jamais de température.

21 novembre. La nouvelle poussée de phlyctènes se confirme. La figure se creuse. Oppression. Toux. Etat de somnolence les yeux ouverts. La diarrhée persiste, très liquide.

24 novembre. Le contenu des vésicules se trouble et devient purulent.

29 novembre. Les pustules se vident. Les mains sont désenflées. Le malade ne prend qu'un demi-litre de lait et difficilement.

10 décembre. L'aspect des mains et des avant-bras du malade est caractéristique. Elles sont couvertes d'un nouvel épiderme entouré de lambeaux de l'ancien épiderme qui se dessèche et tombe.

20 décembre. Le malade s'est légèrement réveillé depuis quelques jours. Il s'alimente un peu. Il se lève et danse au milieu du dortoir. Il est toujours gâteux complet, bien que la diarrhée ait beaucoup diminué.

22 décembre. La diarrhée reprend, le malade s'affaiblit de plus en plus, le ventre est excavé, etc.

Décédé le 19 janvier 1912.

AUTOPSIE. — *Poumons* rétractés. Pas d'adhérences pleurales, mais à gauche en arrière, le poumon est envahi par des granulations miliaires transparentes.

Foie, augmenté de volume; aspect net de foie cardiaque.

Reins, très rouges.

R ate, presque doublée de volume; un peu rouge; remplie de petits grains ressemblant au tubercule miliaire.

Cœur normal.

Intestin. Diminué de calibre, très hyperémia. Les vaisseaux de l'intestin grêle sont très injectés. On trouve une invagination de l'intestin en quatre endroits. Mésentère rouge, couleur chair.

Gros intestin très épais ; de plus en plus épais à mesure qu'on se rapproche de sa terminaison. La muqueuse interne est boursouflée en chou-fleur, les masses ont une coloration lie de vin.

Cerveau. Dure-mère normale.

Granulations de Pacchioni très développées et adhérentes à la dure-mère.

Pie-mère opalescente, injectée, facilement décorticable.

Beaucoup de liquide, de coloration jaune clair normale.

OBS. III. — A..., quarante-six ans, du canton de Foix.

Entré le 17 septembre 1910.

Epileptique non dément. C'est un homme lourd, presque obèse, sujet fréquemment à des douleurs rhumatismales.

Nous l'avions soumis, en juin 1911, au traitement par l'acide borique. Les crises étaient devenues beaucoup plus rares ; mais le traitement avait assez fortement débilité le malade, et quelques phénomènes d'intolérance (enflure des jambes, érythèmes, anorexie) nous avaient obligé à suspendre cette médication. En juillet, le malade resta alité à la suite d'une fracture du péroné. En août, septembre, et octobre, il présente un état général mauvais, avec diarrhée rebelle à tous les traitements, amaigrissement très notable, alternatives de boulimie et d'anorexie, soif intense, sensation continue de froid, œdème des membres inférieurs surtout du côté gauche (œdème dur remontant jusqu'à mi-jambe). Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. La pellagre sembla attendre la dernière phase de la maladie pour mettre sa signature sur la peau : le 13 novembre, on constate que, sur la face dorsale des mains, la peau devient sèche, rugueuse et desquamée. Bientôt l'épiderme se soulève et il se forme une éruption de vésicules claires, sans extravasation sanguine.

L'état général devient alors rapidement meilleur comme s'il y avait antagonisme entre l'éruption et les phénomènes généraux : l'appétit augmente, les jambes désenflent, la diarrhée diminue.

Les vésicules deviennent confluentes, puis se dessèchent, de sorte que la main gauche desquame suivant deux larges plaques ; puis la main droite desquame à son tour. La figure

s'écailler et reprend sa coloration normale. Le 11 décembre, apparaissent quelques nouvelles phlyctènes dans les espaces interdigitaux. Le malade s'écroche les mains en les grattant; néanmoins, elles guérissent un mois après. Les accès d'épilepsie, qui avaient à peu près disparu pendant la maladie, reparais- sent, deviennent plus fréquents, et le malade fait un accès de manie épileptique de quelques jours de durée.

En février 1912, il avait repris son ancien embonpoint et était très bien portant physiquement.

A la lecture de ces observations, on constate que ces trois malades ont présenté d'une manière très nette l'ensemble des symptômes cutanés, digestifs et nerveux dont serait formée la pellagre. Mais la pellagre constitue-t-elle une individualité morbide bien définie? La pathogénie officielle de la pellagre n'entre pour rien dans l'apparition des troubles que nous avons observés; il ne s'agit ici ni de maïs avarié, ni du coup de soleil. Nous n'avons pas recherché dans les selles la présence d'œufs d'ankylostomes; cette question de l'ankylostomiasis comme cause de pellagre, on tout au moins d'accidents pellagroïdes, ne nous fut révélée que postérieurement à nos observations par M. le Dr Marie, dont la compétence en cette matière n'est pas à démontrer.

Mais il est certain que deux de nos malades étaient des tuberculeux avérés, et le troisième était un individu à nutrition ralentie, rhumatisant, et qui venait d'être soumis à une intoxication médicamenteuse; tous étaient atteints d'aliénation mentale, c'est-à-dire d'une déchéance plus ou moins complète du système nerveux. Nous nous sommes alors demandé s'il était bien nécessaire d'ajouter à tous ces syndromes morbides la pellagre pour obtenir le tableau clinique précédent. Nous avons soumis nos observations à M. le professeur Rémond (de Metz), qui a bien voulu nous envoyer les intéressantes considérations suivantes:

« L'erreur des auteurs a été de vouloir trouver dans

la pathogénie de la pellagre une cause microbienne définie, alors qu'il ne peut en réalité s'agir que de phénomènes se rattachant à la présence dans le sang de produits solubles, d'origine intestinale, mais qui, étant donnée la multiplicité des causes microbienues, ne peuvent avoir d'autres caractéristiques spécifiques que leur origine locale.

« Les mêmes phénomènes peuvent être déterminées par des causes extrêmement variés, et, d'autre part, les mêmes causes réagissant sur des sujets très différents (système nerveux normal ou pathologiquement insuffisant) peuvent provoquer des effets variés — et le syndrome pellagroïde exige pour être constitué un ensemble de troubles trophiques et d'états mentaux qui ne sont pas tous nécessairement de même origine. Un individu primitivement aliéné deviendra un pellagreux dans des conditions étrangères à l'action du maïs ; — un individu intoxiqué par le maïs deviendra à la fois anormal au point de vue psychique et au point de vue trophique : à un moment donné, les deux formes seront superposables et le syndrome sera réalisé par le concours de circonstances tout à fait différentes comme point de départ. On ne peut pas dire qu'il y ait une pellagre, mais des pellagres. »

Médecine légale**RAPPORT MÉDICO-LÉGAL**

SUR L'ÉTAT MENTAL D'UN HYSTÉRIQUE

ACCUSÉ DE QUINZE ATTENTATS A LA PUDEUR AVEC VIOLENCE

Par le Dr HANS SCHMID GUISAN,

Troisième médecin à la clinique psychiatrique de Lausanne.

Le 3 juin 19..., M. le juge informateur de X... envoya à l'asile de Cery le nommé A. G..., âgé de vingt-quatre ans, agent de police, marié depuis trois ans, et nous demanda de faire un rapport constatant :

1^o Si l'inculpé est dans un état de démence ou s'il est atteint d'une maladie ou d'une infirmité qui le mette hors d'état d'apprecier les conséquences et la moralité de ses actions (Art. 51. 3. du Code pénal vaudois) ;

2^o S'il était dans un semblable état lors de la commission des délits pour lesquels il est poursuivi.

Après une observation de deux mois nous rédigions le rapport suivant :

LES FAITS. — Le 25 septembre 19..., M. R... porta une plainte contre un inconnu qui se livrait à des manières inconvenantes sur des dames et des jeunes filles circulant dans l'ascenseur continu des Galeries de***. M^{me} J..., âgée de vingt ans, déposa devant le juge que, le 21 septembre, à 6 h. 30 du soir, elle entrait dans l'ascenseur continu avec un inconnu : « Au premier étage, sans rien dire, cet individu se jeta sur moi et

me leva les jupes, cherchant à me mettre la main entre les jambes. J'ai crié et l'individu a sauté hors de la cabine au deuxième étage. » Un rapport de police parle, en plus, de M^{me} P..., âgée de treize ans et demi ; de M^{me} B..., âgée de quatorze ans, et de dame D..., âgée de vingt-sept ans, qui ont été victimes d'actes semblables dans le courant du mois de septembre. Comme l'auteur de ces délits n'a pu être découvert, le juge prononça, le 19 décembre 19..., une ordonnance de non-lien.

Le 30 mars de l'année suivante, M. R... déposa une seconde plainte contre un inconnu, dans lequel un locataire des Galeries crut reconnaître l'auteur des attentats à la pudeur du mois de septembre. Cet individu avait été poursuivi par deux employés de M. R... et le concierge des Galeries et était allé se cacher dans le corridor d'une maison. Là, questionné par ses poursuivants, il déclara être agent de police, montra une carte de légitimation avec sa photographie en uniforme et prétend que son intention était de « faire une farce au concierge ». Interloqués par la présentation de la carte d'agent de police, on n'osa pas faire arrêter l'inconnu.

Le 5 avril 19..., le concierge des Galeries aperçut de nouveau le même individu ; ce dernier, ne pouvant alléguer de cause à sa présence, fut mené au poste de police et de là au juge informateur.

A. G... a été agent de police à X... jusqu'au 30 novembre 19... ; depuis le 1^{er} décembre 19..., il remplissait cet emploi à L... Il reconnaît devant le juge avoir été le 25 mars 19... dans les Galeries et poursuivi par les employés de M. R..., mais nie avoir jamais commis d'attentat à la pudeur. Vu le manque de preuves, G... fut relâché le même jour.

Depuis le mois de décembre 19..., différentes jeunes filles, à L... et aux environs, furent attaquées par un individu qui s'approchait par derrière et essayait, après avoir levé leurs jupes, de leur mettre la main entre les jambes et s'enfuyait aussitôt. Dans son rapport du 10 avril, un agent soupçonna l'agent G... comme l'auteur de ces attentats. Malgré une haute surveillance exercée sur G..., un nouvel attentat eut lieu ce même jour, ainsi que d'autres, le 25 et 26 du même mois, tous à L...

Le 2 mai, M. le juge informateur fit paraître à son audience M^{me} J... et l'agent G... pour les confronter; la jeune fille n'est pas sûre de reconnaître en lui l'auteur de l'attentat commis sur elle en septembre dernier. Le lendemain, G... fut confronté avec M^{me} D..., qui reconnaît sûrement son agresseur. G... nie énergiquement toutes les accusations et prétend n'avoir jamais vu ni M^{me} J... ni M^{me} D...; mais au moment d'apposer sa signature au procès-verbal d'audience, il fut pris d'une violente crise de nerfs qui nécessita les soins du Dr M... Là-dessus G... fut définitivement arrêté.

Le 8 avril (donc trois jours après la première arrestation de G... et l'audience du juge informateur), le poste de police d'O... fut avisé d'un nouvel attentat à la pudeur commis sur M^{me} J..., âgée de seize ans, élève du pensionnat M... Cette dernière cueillait des fleurs près du pont du D..., avec une amie, lorsqu'un individu sorti du bois, la prit par les épaules en lui demandant, à plusieurs reprises, son nom et son adresse, puis la coucha sur le talus. Lorsqu'elle se mit à crier, il lui mit une main sur la bouche, de l'autre lui leva les jupes en disant : « Si vous criez je vous tue », et lui déchira le lacet de son pantalon. Son amie court chercher du secours et rencontre M. C.. L'arrivée de celui-ci fait fuir l'agresseur, qui disparaît en traversant le ruisseau. Le signalement de cet individu répondant exactement à celui de G..., ce dernier fut confronté le 12 mai avec M^{me} N..., son amie et M. C..., qui le reconnaissent comme l'auteur de l'attentat.

Comme le signalement de l'agresseur dans trois autres attentats à la pudeur signalés au mois de novembre à X... correspondait à celui de G..., ce dernier fut de nouveau confronté avec ses victimes. Rentrant de l'école du dimanche le 20 novembre 19..., M^{me} O..., âgée de quatorze ans, fut suivie dans l'escalier qui monte à la villa de son père, à midi et demi, par un homme. Arrivé quelques marches au-dessous de la jeune fille, ce dernier lui lève brusquement les jupes et introduit la main entre ses jambes jusqu'en hant. Aux cris de la jeune fille, l'individu s'enfuit. M^{me} O... croit reconnaître en G... son agresseur.

Le 11 novembre 19..., sur le quai d'O..., à 6 heures

du soir, M^{me} N..., âgée de quarante-quatre ans, cuisinière, fut empoignée par derrière par un individu qui lui mit une main sur la bouche et l'autre sous les jupes entre les jambes. Elle réussit à enlever la main de sa bouche et se mit à crier, sur quoi l'individu s'en va d'un bon pas, sans même se presser, tandis que M^{me} N... s'enfuyait à toutes jambes. Arrivée près de la tour H..., elle entend des cris de femme derrière elle. Ceux-ci provenaient d'une Anglaise, M^{me} R..., âgée de vingt et un ans, attaquée par le même individu, au même endroit. Il l'avait fait basculer sur la pelouse, où la jeune fille tomba face contre terre. L'individu se jette sur elle, met une main sur sa bouche et cherche à glisser l'autre sous sa jupe. La jeune fille se débat vivement, réussit à tirer une épingle de son chapeau et croit en avoir blessé son agresseur. Un douanier arrive à temps pour faire fuir l'individu. Celui-ci avait déboutonné ses pantalons et montrait sa nudité, tout en maintenant la jeune fille par terre.

Tous les signalements donnés de cet individu correspondent à celui de G... Malgré la nuit et le mauvais temps qu'il faisait au moment des attentats, M^{me} N... et le douanier croient en reconnaître l'auteur dans la personne de G...

Il résulte de l'enquête, d'une façon certaine, que G... est également l'auteur des trois attentats à la pudeur commis à L... et aux environs entre le 15 décembre 19... et le 26 avril 19..., donc pendant le temps où G... était agent à L... Tous ces attentats sont identiques à ceux commis sur le quai d'O... G... attendait toujours que la nuit fût tombée et choisissait en général les jours de mauvais temps ; il était toujours en civil ; il se contentait de passer sa main entre les jambes de ses victimes, tout en essayant de les faire tomber. Deux fois, les jeunes filles remarquèrent que leur agresseur exhibait sa nudité. Plusieurs des victimes déclarent que cet individu était d'une habileté extraordinaire, aussi bien dans la manière de les surprendre que pour les actes mêmes.

Le 2 et le 3 juin, après avoir été reconnu par la plupart des jeunes filles de L..., G... fut atteint de nouvelles crises nerveuses. Au cours de ces crises, il chante, siffle et pleure tour à tour.

Signalons encore que depuis le jour où M^{me} J... fut attaquée dans les Galeries, elle reçut de nombreuses lettres anonymes qui, tout en lui proposant des rendez-vous, étaient pleines de menaces stupides et enfantines pour le cas où elle ne les accepterait pas. Une de ces lettres porte la date de la première arrestation, une dernière est écrite onze jours après. Le rapport d'expertise de M. le professeur R... prouve que l'écriture de ces lettres, malgré la dissimulation très habile, doit être de la main de G...

G... a toujours nié catégoriquement devant le juge tous les délits dont il est accusé. En prison, il devenait toujours plus étrange et égaré, aussi décida-t-on son transfert à Cery pour y être soumis à un examen mental.

RENSEIGNEMENTS. — Nous avons complété les renseignements fournis par les dossiers judiciaires en interrogeant personnellement la femme du prévenu et son grand-père, M. G..., lequel l'a élevé. Il en résulte : que le père de G... boit trop et le faisait davantage encore au temps où son fils A... fut conçu. C'est un original excessivement nerveux qui a des tics, et qui s'emporte pour un rien, « un ronchonneur », comme l'appelle son propre père. D'après A. G..., le père avait, déjà du vivant de sa première femme, des rapports sexuels avec d'autres femmes ; une fois veuf, il vécut avec sa gouvernante et se remaria, il y a quelques années. La *mère* fut également une femme très nervouse. A. G... la trouva un soir morte d'une attaque, dans la vigne (elle avait quarante-sept ans). Un *frère* est nerveux, a des tics ; un autre, de quatorze ans, mouille encore souvent son lit.

A. G... lui-même a toujours été un peu singulier, sournois. Comme gamin déjà, il lui arrivait d'avoir des moments où « il était comme idiot » ; au milieu de l'ouvrage, il se mettait à rêver et, dans ces moments-là, il n'entendait pas quand on l'appelait. A l'école, il avait énormément de peine à apprendre. Son entourage a surtout été frappé par le fait que, bien souvent, l'enfant répondait de travers aux questions, comme s'il avait eu de la difficulté à comprendre. Le grand-père croit que toutes ces singularités proviennent d'une chute de 8 mètres de hauteur que G... fit dans une cave, à l'âge

de huit ans et après laquelle il resta quelques minutes sans connaissance. Personne dans la famille n'a jamais eu connaissance que G... eût des crises. Sa femme nous raconte qu'il a toujours été nerveux, emporté et maladif depuis qu'elle le connaît ; il souffrait d'un catarrhe d'estomac accompagné de constipation opiniâtre. Son appétit a toujours été capricieux ; de temps en temps, avant les repas, il devenait subitement pâle, tout froid et avait ensuite un violent mal de tête pour le reste de la journée. Ces accès lui arrivaient surtout lorsqu'on le contrariait. Il ne supporte pas le vin et jamais sa femme ne l'a vu ivre. Déjà comme fiancé, G... a été très passionné. Il a en avec sa femme des rapports extrêmement fréquents, même jusqu'à une période très avancée de la grossesse. Il lui est arrivé, à maintes reprises, d'entraîner sa femme à des rapports, au milieu de la journée, et cela d'une façon brusque et exigeante. Il préférait avoir des rapports avec sa femme quand celle-ci était habillée. Il aimait à la chatouiller, à lui lever les jupes, surtout lorsqu'elle montait les escaliers devant lui. Sa femme croit qu'il devait avoir eu un certain plaisir à exhiber ses organes génitaux devant elle, car il le faisait très souvent et déjà même comme fiancé. Il lui a même demandé d'avoir des rapports anormaux, tels que de placer sa verge dans sa bouche.

Le premier enfant est né à sept mois et mort le même jour ; le second est né le 20 mars 19... Grâce à des hémorragies à la suite de cet accouchement, G... dut laisser sa femme tranquille jusqu'à la fin du mois d'avril (la période donc pendant laquelle il commet une grande partie de ses délits).

OBSERVATION DANS L'ASILE. — A... G... est d'un extérieur agréable. Quand on ne lui parle pas de ses délits, il a l'air intelligent et vif. Un examen plus approfondi nous prouve cependant que l'intelligence de G... est bien au-dessous de la moyenne, sans qu'on puisse le nommer un imbécile ; c'est surtout son jugement qui parfois est très faible.

Son état mental a beaucoup changé depuis qu'il est à Cery. En arrivant, il prétendait ne pas savoir où il était, ni qui l'avait amené. Il avait l'air égaré, ne s'intéressait à rien et ne causait avec personne.

Nous avons essayé de le questionner, le 17 juin, après avoir pris connaissance des dossiers judiciaires. Il nia absolument tout d'un ton furieux. « Qu'ils accusent qui ils veulent. » Lorsqu'on entre dans les détails en lui nommant les noms des jeunes filles, il dit : « Elles ont de la chance de ne pas être ici, je me vengerais pour ces fausses dépositions. » Il dit d'abord en riant ne pas savoir pourquoi on l'a amené à Cery ; ensuite, il prétend qu'on amène les gens à Cery pour les cacher. Lorsqu'on lui fait remarquer l'absurdité de ses réponses, il se fâche tout à coup, se lève et menace le médecin de le gifler. Ce qui fut le plus étrange lors de ce premier examen, c'était ses réponses parfois absolument incompréhensibles. En voici un exemple : « Quand est-ce qu'on vous a arrêté ? » Réponse : « Il y a une année. » Il sait l'année actuelle, mais prétend ne pas savoir le mois et persiste à dire qu'il est arrêté depuis une année.

Quelques jours plus tard, il répond un peu mieux et dit ne pas se souvenir des crises nerveuses qu'il a eues devant le juge informateur. Il sait maintenant qu'il est en observation à Cery, mais ignore pourquoi et depuis quand. Lorsqu'on lui demande ce qu'il pense de sa situation, il répond : « C'est trop grand pour moi. » Il dit ne pas vouloir penser à tout cela parce que c'est trop compliqué pour lui et... parce que cela l'ennuie.

On décide alors de ne plus l'interroger pendant quelque temps et de le faire travailler. Il s'y met très bien et commence à s'entretenir avec les autres malades, très gentiment. Au bout de quelques jours, on ne remarque plus rien d'anormal dans sa manière d'être. Par moments, il semble même gai et donne l'impression d'être arrivé à oublier le passé et de s'efforcer de ne pas penser à l'avenir.

Après avoir laissé G... tout à fait tranquille pendant trois semaines, nous commençons le 8 juillet des expériences d'associations. Ces expériences se font dans les cliniques de langue allemande et anglaise depuis quelques années et ont pour but de chercher à pénétrer dans l'inconscient (1).

(1) Dans les publications allemandes des années dernières, une des questions les plus discutées de psychiatrie légale est celle du

Chez G..., les expériences d'associations nous ont prouvé d'une manière certaine :

1^o Qu'il est bien l'auteur des attentats à la pudeur ;

3^o Qu'il est parvenu à faire passer presque totalement de la conscience dans l'inconscient tous les faits dont on l'accuse, mais que la préoccupation causée par ces derniers n'en joue pas moins un très grand rôle dans sa vie psychique.

Les réactions les plus frappantes furent amenées par les mots : toucher, cuisse, escalier, humide, etc. (1).

A la fin de la séance dans laquelle nous faisons les expériences, nous attirons l'attention de G... sur le fait qu'il réagissait tout différemment aux mots qui avaient quelque rapport avec les délits qu'à tous les autres. G... fut tellement frappé par cette différence qu'il reconnut être l'auteur de plusieurs des attentats.

Invité à préciser par écrit le nombre des délits dont il est coupable, il avoue, dans une lettre assez banale, être l'auteur des attentats aux Galeries de*** : « Je ne sais ce qui me faisait faire ces actions, c'était plus fort que moi et cela ne m'avancait à rien. Bien des fois, je me suis promis de ne pas retourner, car je savais que l'ascenseur me portait malheur... Je faisais tout pour ne plus retomber dans ces péchés qui me poursuivaient. »

L'état mental de G... s'améliore ensuite de jour en jour et le 15 septembre, on peut l'examiner sans recevoir une seule réponse inadéquate. Il dit maintenant ne pas se souvenir comment il est arrivé à Cery et ne sait

diagnostic des faits réels (Tatbestandsdiagnostik). Il ne nous appartient pas ici de prendre position dans les nombreuses controverses que ce sujet a déjà suscitées. Disons simplement que l'on utilise les expériences d'associations pour parvenir à la preuve de la culpabilité de l'accusé. Le cas G... démontre comment on peut se servir de cette méthode pour obtenir les aveux du coupable. (On trouve des indications très complètes sur la littérature qui existe déjà à ce sujet dans E. Ritterhaus, *Die Komplexforschung, Journal für Psychologie und Neurologie*, Bd XV et XVI, 1910.)

(1) G... réagissait en moyenne après 3,5''. Sur le mot cuisse, le temps de réaction était de 10''; humide, 10''; toucher, 43''; escalier, 71'', etc.

pas qui l'a accompagné. Il reconnaît avoir été dans un état très étrange les derniers temps dans la prison et les premières semaines ici. Nous lui montrons le local dans lequel nous l'avions interrogé pour la première fois ; il ne se souvient absolument pas y avoir jamais été, et lorsqu'on lui parle de la scène où il menaça de gifler un médecin, il ne voulut pas y croire. Il explique maintenant très bien tout ce que nous voulons savoir : les malaises qui l'ont souvent pris avant les repas, c'était comme une grosse pierre dure qui montait dans la poitrine, jusqu'au cou, et il était obligé de se précipiter à une fenêtre pour ne pas étoaffer. Il fut pris une seule fois d'une crise nerveuse (avant celles des auditions devant le juge) ; c'était au service militaire, il perdit connaissance pour un moment. Après un jour de repos passé à l'infirmerie, il put reprendre son service et fit, quelques semaines plus tard, une école de sous-officiers. Il dit avoir eu deux ou trois crises dans sa cellule, en prison (confirmé par le geôlier qui nous amena G...) ; il se réveilla une fois au milieu de la nuit, couché sur le plancher. Durant son séjour à Cery, il n'a eu aucune crise. Il avoue maintenant avoir toujours eu une vie sexuelle excessivement intense. Il commença à se masturber à l'âge de quatorze ans, il pratiquait cette action souvent quatre et cinq fois par jour. Cela lui a passé un peu lorsqu'il était à Zurich pour son apprentissage de boulanger. Là-bas, son patron l'a surpris, à plusieurs reprises, comme il s'installait au galetas pour regarder sous les jupes des femmes qui étendaient du linge sur le toit, ou bien dans la cave, où il regardait celles passant sur le trottoir. Il lui arrive souvent encore maintenant d'avoir deux pollutions dans une nuit. Il avait des relations très fréquentes avec beaucoup de jeunes filles avant son mariage. Il compare la lutte qui se faisait au dedans de lui pour ne pas passer dans les Galeries de *** à celle de jadis contre la masturbation. Malgré tous les efforts, il succombait toujours. Au courant de la conversation, il avoue maintenant être aussi l'auteur des attentats de L... et d'O... Il dit très bien avoir toujours en un moment de grand soulagement après ses actes, exactement comme après un coït normal. La manière dont il parle de ses

attentats prouve clairement qu'il les commettait en parfait état de conscience. S'il avait souvent les pantalons déboutonnés, c'était pour être tout prêt à se masturber, mais non parce qu'il aurait eu un certain plaisir à s'exhiber (?).

Ce qui prouve mieux que tout autre chose jusqu'à quel point les désirs sexuels dirigent la vie psychique de G..., c'est l'histoire suivante qu'il nous raconte spontanément, le 19 septembre. Lorsqu'il trouva sa mère étendue morte dans la vigne, — il avait alors dix-sept ans, — la première idée qui lui traversa la tête fut de regarder comment elle était faite.

A part les sentiments sexuels, la sphère affective de G... paraît à peu près normale ; peut-être ses sentiments sont-ils exagérés ou du moins la manière de les exprimer. Ainsi, il pleure dès qu'on lui parle de sa mère ou du décès de son enfant. Lorsque nous lui apprenons la nouvelle de la grave maladie de son second enfant, il sanglote pendant deux heures sous les couvertures. Il se repent aujourd'hui de tous ses méfaits et fond en larmes dès qu'on en parle.

DISCUSSION. — A. G... est un déséquilibré, fils d'un père alcoolique et nerveux et d'une mère nerveuse. Les lettres anonymes qu'il écrivit à sa première victime nous prouvent mieux que tout autre examen que son intelligence est au-dessous de la moyenne. Malgré les absences d'esprit de sa jeunesse, les malaises qu'il a eus avant les repas, les plaintes hypocondriaques qu'il fait sur son estomac et sa constipation, il nous aurait été difficile de prouver d'une manière certaine de quelle espèce de dégénération mentale G... était atteint, si nous avions dû l'examiner avant son arrestation définitive. C'est l'effet de cette dernière qui a fait mettre à jour, d'une façon certaine, le caractère de sa maladie.

La description du docteur W... sur la 1^{re} crise de nerfs et surtout le fait que les autres crises aussi ont été provoquées par des causes émotionnelles (confrontations) nous prouvent qu'il s'agit de crises hystériques. L'état mental de G... lors de son arrivée à Cery et son amélioration nous donnent une seconde preuve encore plus évidente que nous avons affaire à un hystérique.

Il s'agissait d'un état crépusculaire typique, comme

le Dr Gauser les a constatés en 1898 chez les détenus préventifs hystériques. Comme une femme hystérique se retranche dans la maladie pour éviter les événements désagréables, ces détenus emploient leur nature hystérique pour vivre dans un état crépusculaire, lequel leur permet d'oublier les causes et les conséquences de leur arrestation. On les prenait autrefois pour des simulants, mais il est prouvé aujourd'hui que c'est à tort. Les expériences d'associations nous ont fourni une preuve certaine de la justesse de notre diagnostic. G... s'est complètement remis de cet état mental, il est possible qu'il y retombe dès qu'il sera de nouveau en prison ou devant le tribunal.

Mais il y a plus que de l'hystérie chez G... Il est pourvu d'un instinct sexuel démesuré, lequel a fait de lui un onaniste enragé dans les jeunes années, un coureur de femmes avant le mariage, un mari plus qu'exigeant, et l'a poussé finalement aux attentats. On pourrait presque parler de satyriasis (anomalie sexuelle correspondante à la nymphomanie des femmes). Cependant, si G... n'était pas de nature un hystérique, il ne serait pas arrivé à commettre une telle série d'attentats à la pudeur. Ce qui manque aux caractères hystériques avant tout, c'est la pondération ; ils exagèrent tout et en tout, il leur manque ces mécanismes si fins qui, chez l'homme normal, règlent l'exécution ou l'abolition de chaque désir. Cette coïncidence de l'hystérie et d'une sensualité a fait de G... un homme antisocial.

A. G... est atteint d'hystérie depuis sa jeunesse. Cette démence ne le mettait pas, au moment de la commission des divers délits, hors d'état d'apprécier la portée et la moralité de ses actes. Il n'était pas encore dans un état crépusculaire les jours où il attaqua les 15 victimes ; la manière dont il en parle maintenant le prouve aussi bien que le fait qu'entre les divers attentats sa femme, pas plus que ses camarades, ne remarquèrent quoi que ce soit d'anormal en lui. Du reste il serait impossible à un homme atteint d'un état crépusculaire de commettre une pareille série de délits avec tant de ruse et d'habileté et sans jamais être découvert. Mais, si G... a pu apprécier les conséquences de ses actes, sa constitution maladive, son caractère hystérique ne lui

permettaient pas d'employer les freins qui existent en chaque homme normal pour modérer les désirs sexuels. Cette disproportion entre les différentes fonctions psychiques se trouve fréquemment chez les déséquilibrés. Nous nous permettons de rappeler le cas de C..., qui, tout en se rendant parfaitement compte de commettre une action illégale, ne pouvait jamais se retenir de faire des faux dès qu'il était en liberté. C'est pour ces cas qu'un avant-projet de code pénal allemand pose la question de la responsabilité de la manière suivante : « Existait-il une maladie mentale ou infirmité qui le mettait hors d'état *ou* d'apprécier la moralité et les conséquences de ces actes, *ou d'agir d'après cette appréciation?* »

Nous devons faire ressortir encore un fait assez curieux. Trois jours après avoir été conduit au poste de police et devant le juge informateur, G... commit un de ses attentats les plus graves au Pont du D... et peu de temps après il continue en trois fois à attaquer des jeunes filles à L... Le 16 avril, il écrit encore une lettre menaçante à sa première victime. Le fait que G... savait qu'on le soupçonnait être l'auteur des attentats à la pudeur, qu'on l'avait même mené devant le juge informateur, ne l'a pas empêché de continuer ses méfaits. Cela prouve, d'un côté, combien les impulsions auxquelles G... obéissait étaient fortes ; de l'autre, ce fait assombrit le pronostic qui est d'ailleurs mauvais pour toutes les anomalies sexuelles.

CONCLUSIONS. — 1. A. G... est atteint d'une démence nommé hystérie, il est pourvu en plus d'un instinct sexuel démesuré.

2. L'hystérie existe chez lui depuis l'enfance et existait donc lors des délits qui lui sont reprochés.

3. Elle ne le mettait pas hors d'état d'apprécier la portée et la moralité de ses actes, mais elle l'empêchait de réagir contre son instinct sexuel comme un homme normal l'aurait fait.

Bien qu'il ne nous ait pas été possible de répondre tout à fait affirmativement aux questions du juge, le tribunal criminel, par jugement du 23 décembre 19...,

a libéré A. G. Il fut alors interné dans notre asile par décision du Conseil d'Etat. A. G... se conduit depuis comme un hystérique. Cependant nous devons dire en terminant : sa place n'est pas dans un asile d'aliénés, elle est encore moins dans un pénitencier. G... devrait être interné dans cet asile intermédiaire que Lombroso réclamait déjà en 1895 et dont les psychiatres de tous les pays voient de plus en plus la nécessité absolue.

éjoué de l'heureux succès de l'asile. Il est nécessaire
de faire évoluer tout ce qui concerne les conditions
d'hygiène et d'ordre dans les établissements.

Établissements d'aliénés

LE

QUARTIER DE SURETÉ DE VILLEJUIF

(ALIÉNÉS CRIMINELS, VICIEUX, DIFFICILES,
HABITUÉS DES ASILES)

Par le Dr H. COLIN

Médecin en chef des asiles de la Seine.

Suite (1).

III. — DESCRIPTION DE LA TROISIÈME SECTION.

La troisième section doit comprendre un certain nombre de pavillons séparés destinés à hospitaliser environ 150 hommes.

Un autre pavillon pouvant contenir 50 malades serait affecté aux femmes appartenant à la même catégorie spéciale (prostituées, voleuses, malades difficiles et dangereuses).

Actuellement, deux pavillons seulement sont construits : un grand pavillon comprenant deux quartiers de 19 places chacun (les 2^e et 3^e quartiers), soit en tout

(1) Voir les *Annales* d'octobre-novembre et de décembre 1912.

ASILE DES HAUTES-BRUYÈRES
CRÉATION D'UNE SECTION POUR ALIÉNÉS VIEUX

Etude comportant 4 bâtiments pour 116 malades

©PUM

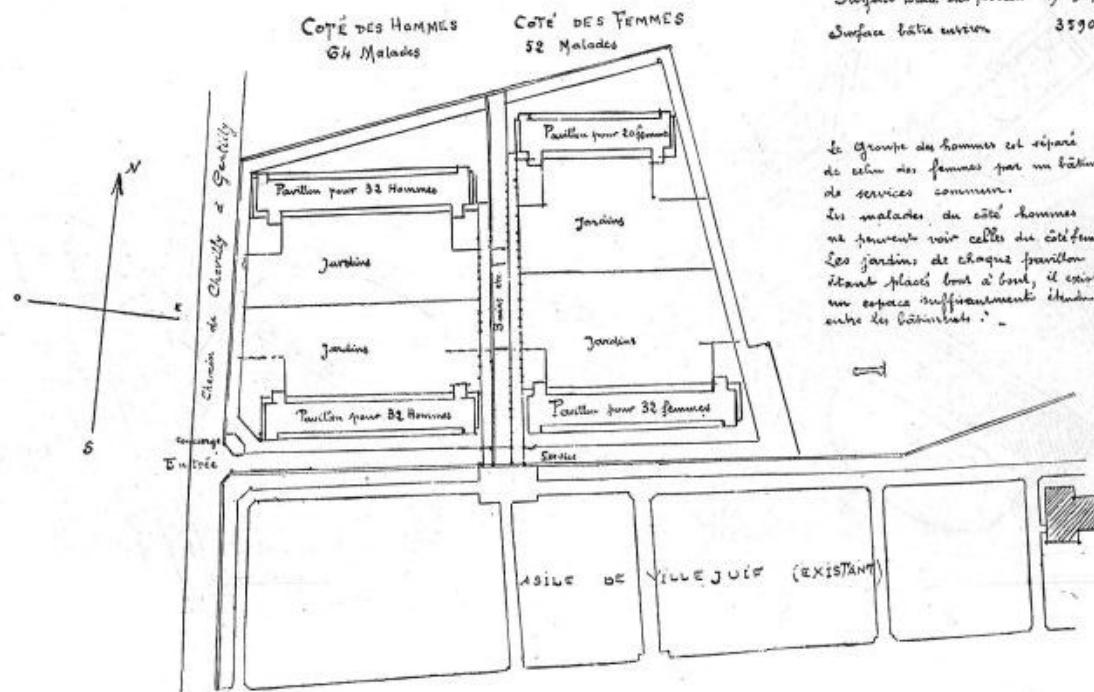
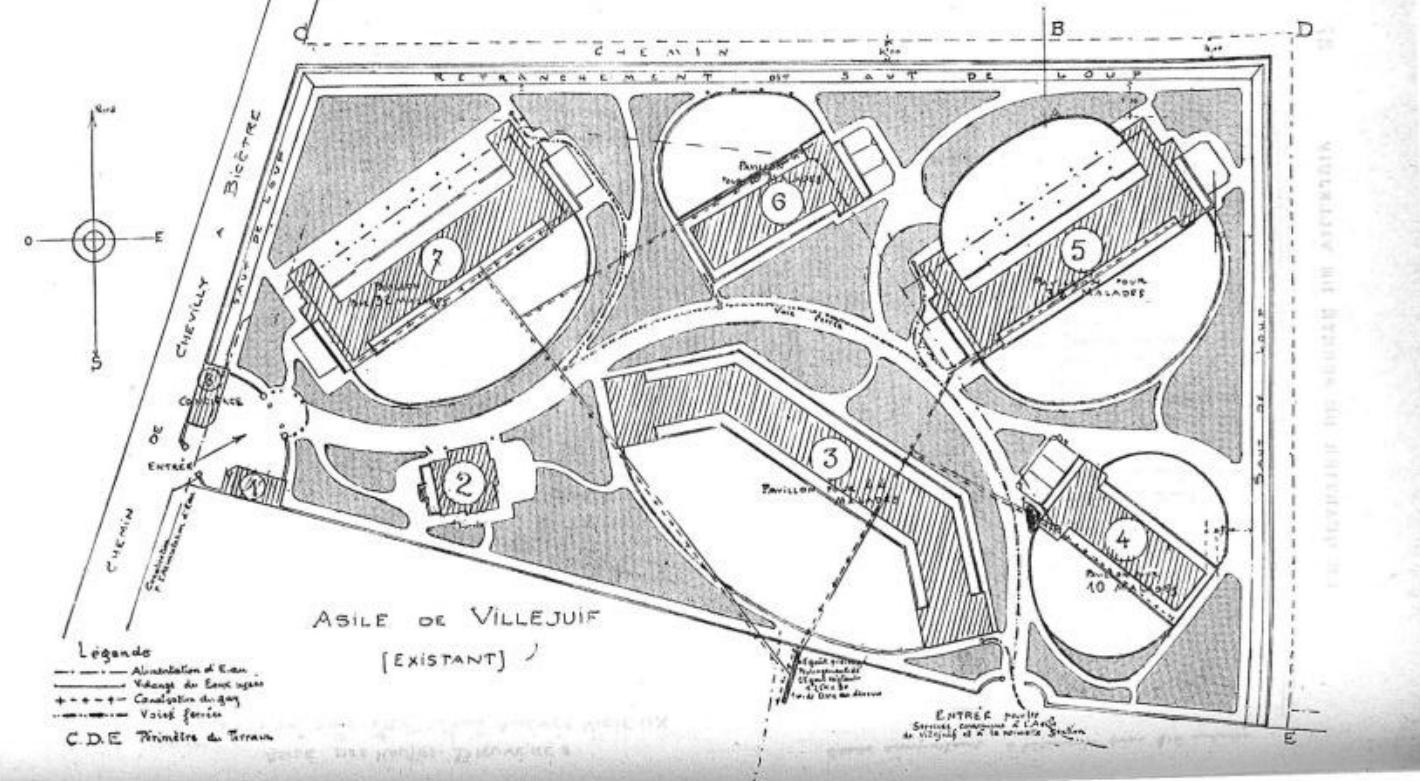


FIG. 6. — Plan primitif de l'architecte.

ASILE DE VILLEJUIF
SECTION DES ALIÉNÉS DIFFICILES
PLAN GÉNÉRAL

Les débuts pour faire cette grande ferme pour un fort, bâti à l'entrée
de la ville de Villejuif, ont été faits par une compagnie en commandement
des plus nobles et des plus difficiles, et il n'a pas été fait de 1860.
Le plan de ce bâtiment.

GERARD



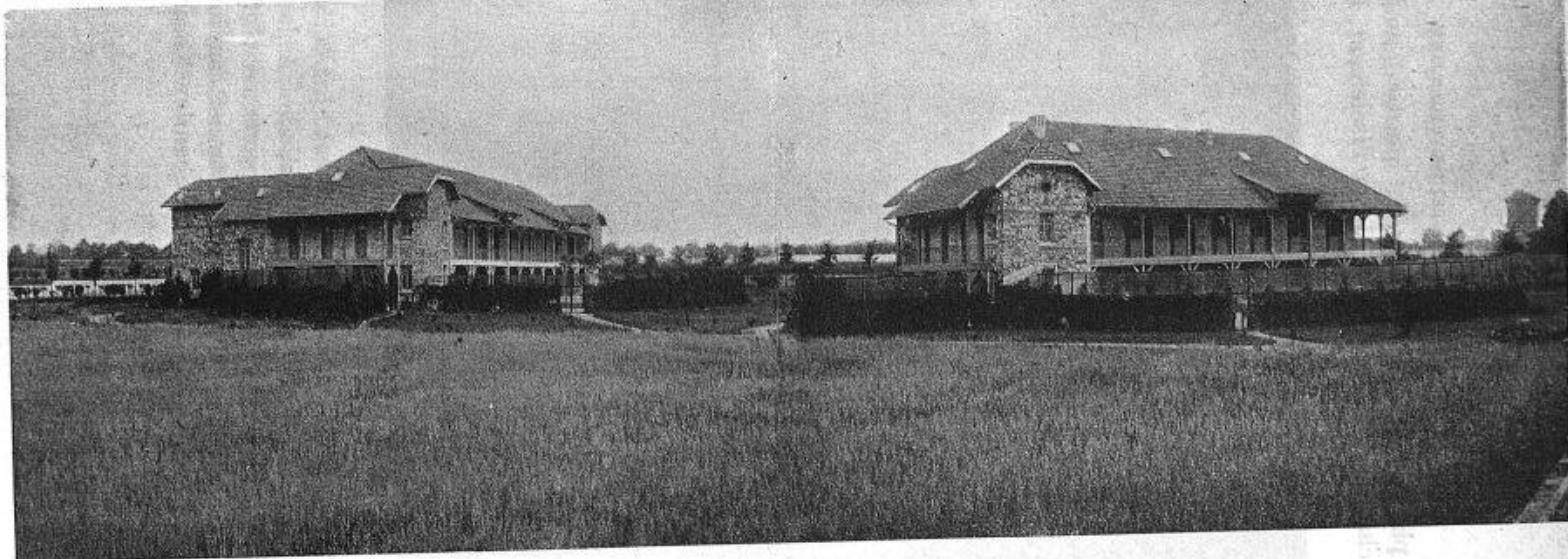


FIG. 8. — Vue des deux pavillons construits.

38 places ; un petit pavillon (1^{er} quartier) renfermant 17 chambres séparées et 3 cellules d'isolement. En lais-

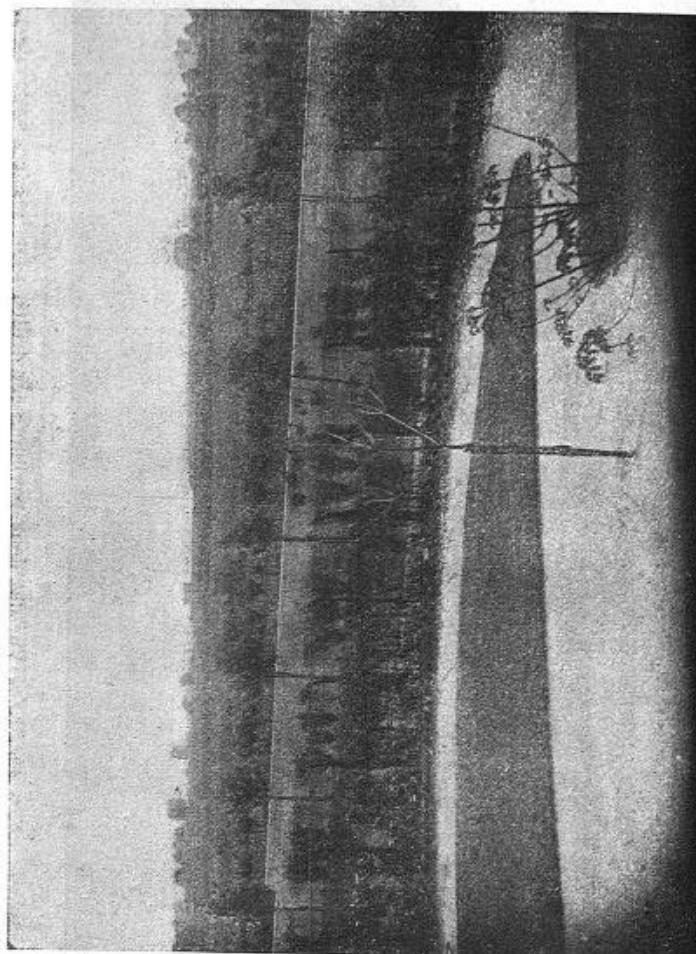


FIG. 9. — Vue prise de la galerie du pavillon 5 du plan d'ensemble (1^{er} étage).
Cour du 2^e quartier. — Mur extérieur. — Barrière extérieure.

sant de côté les 3 cellules d'isolement, les bâtiments actuels peuvent donc recevoir 55 malades. A la suite de l'externement du personnel de jour ce chiffre a été porté à 64 malades, par la transformation en chambres d'isolement des neuf chambres occupées

par des infirmiers, à raison de trois chambres par quartier.

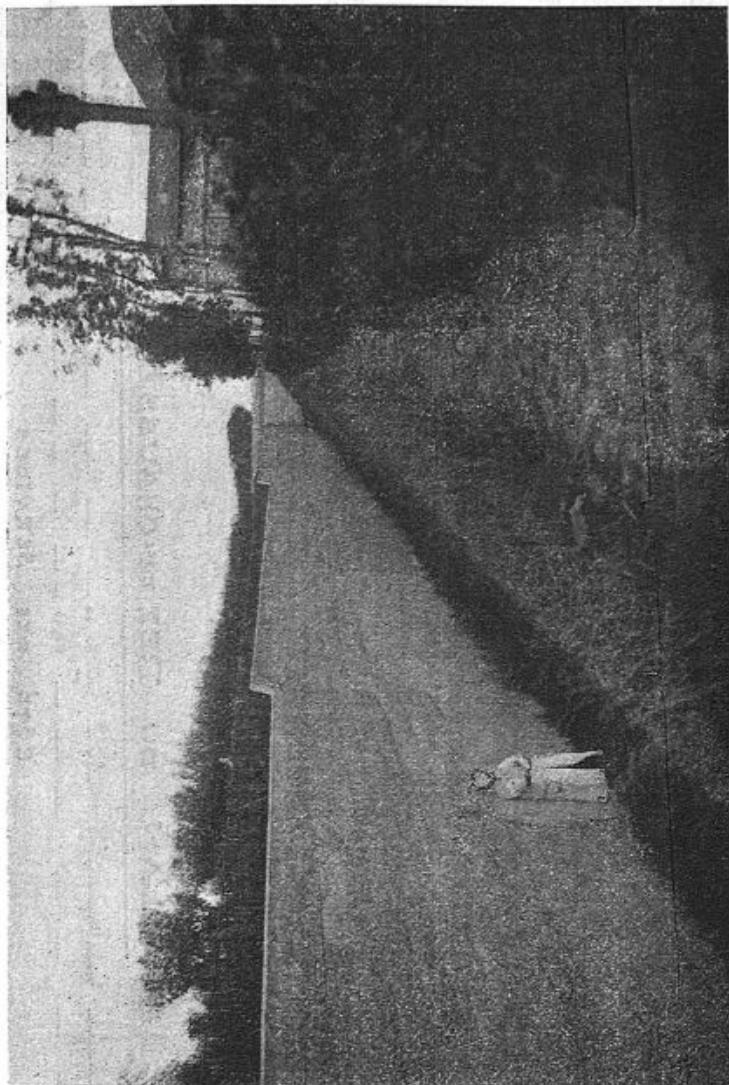


FIG. 40. — Saut de loup. — Mur extérieur. — Barrière extérieure.

Les plans et les vues annexés à ce rapport donneront mieux que toute description une idée exacte du service.

Nous reproduisons, à titre documentaire, les plans primitifs dressés par l'architecte. On remarquera d'abord la disposition en blocs uniformes et symétriques des

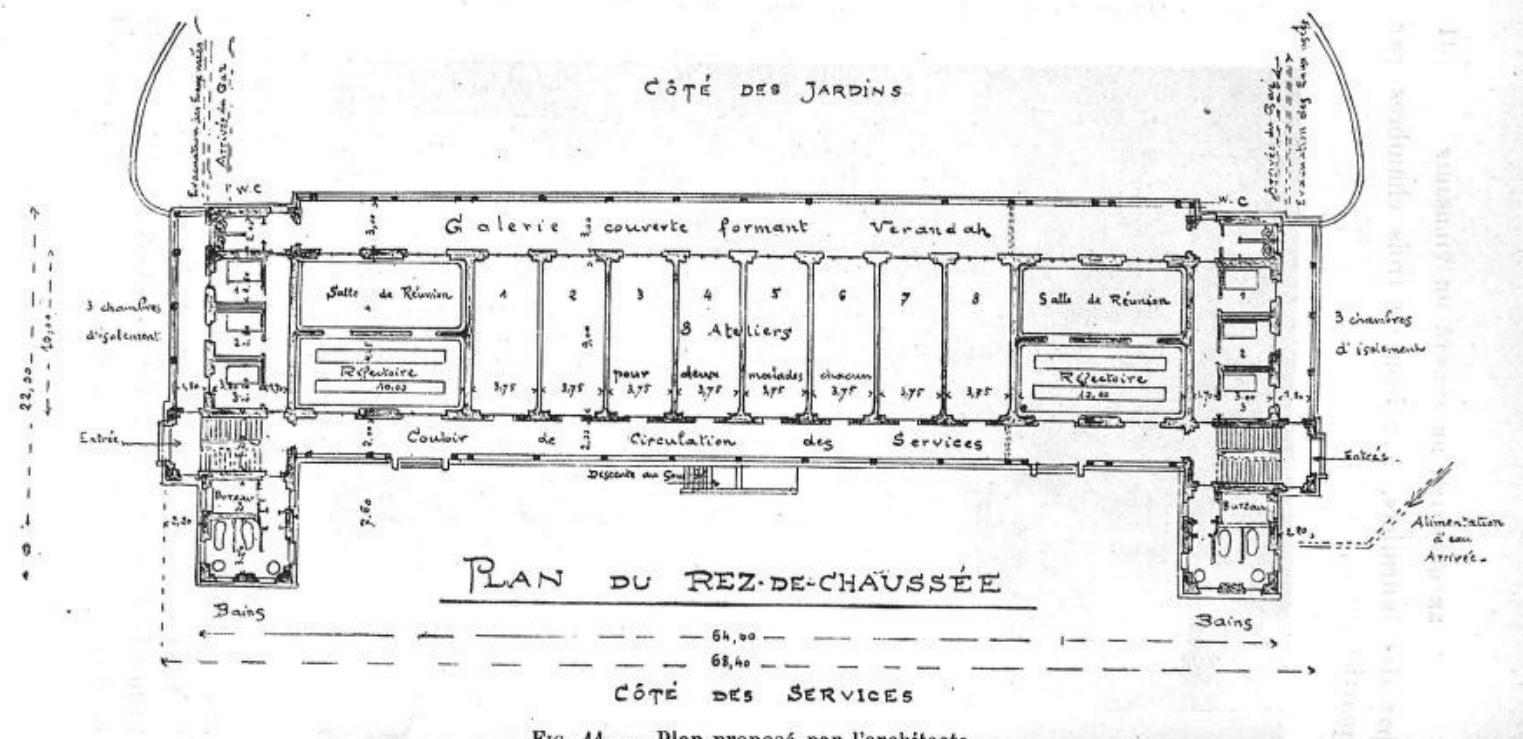


FIG. 44. — Plan proposé par l'architecte.

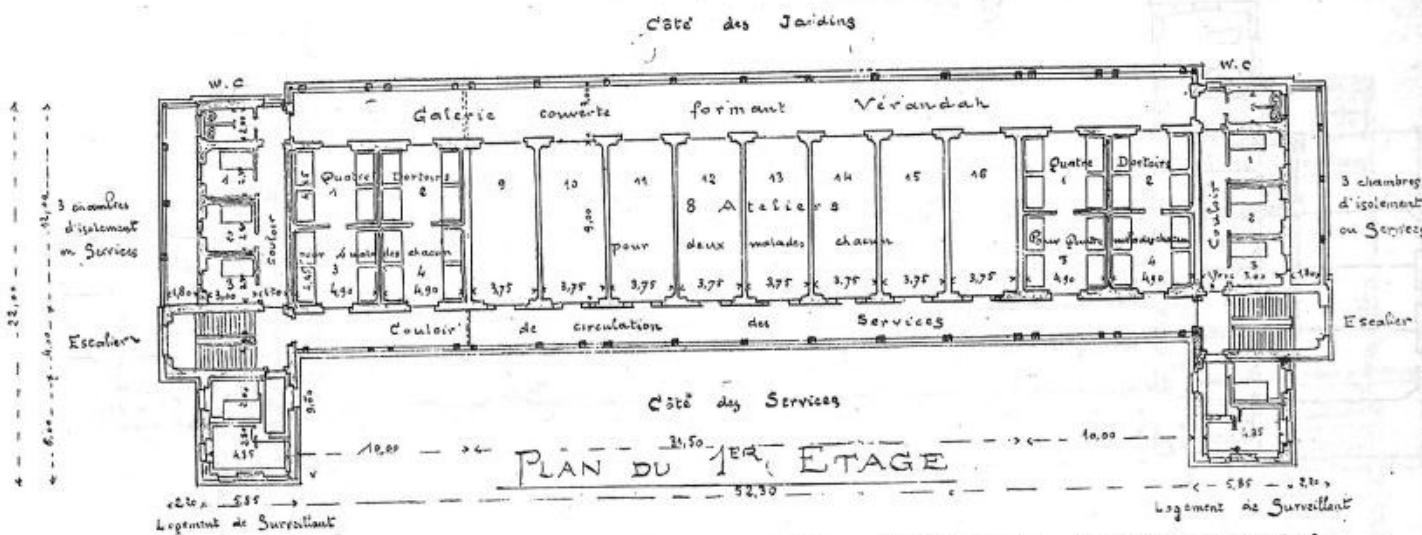
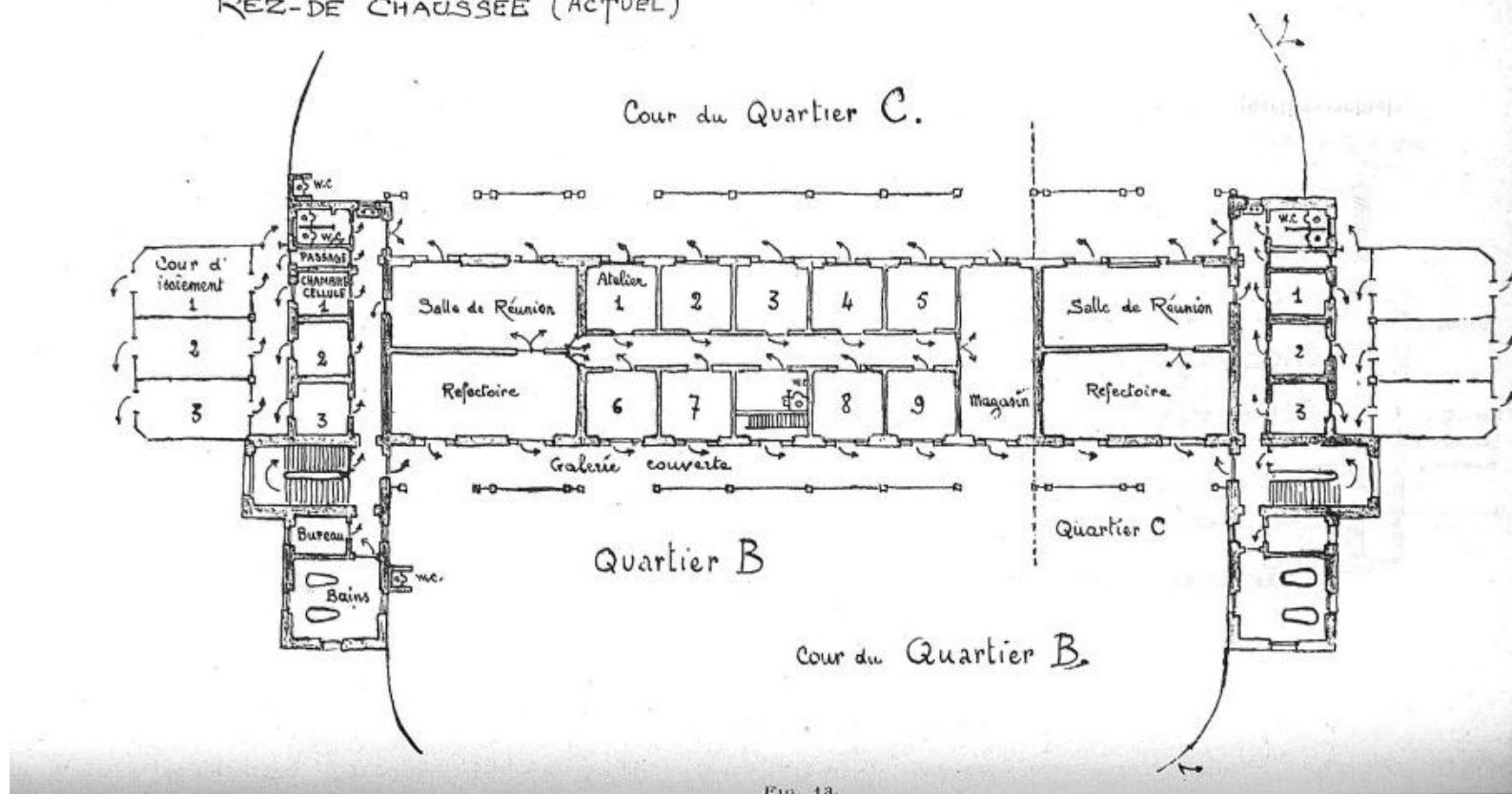


FIG. 12. — Plan proposé par l'architecte. — Pavillon n° 5 du plan d'ensemble (Voir fig. 7). — 2^e et 3^e quartiers actuels.

REZ-DE CHAUSSÉE (ACTUEL)



PREMIER ETAGE (ACTUEL)

Quartier C

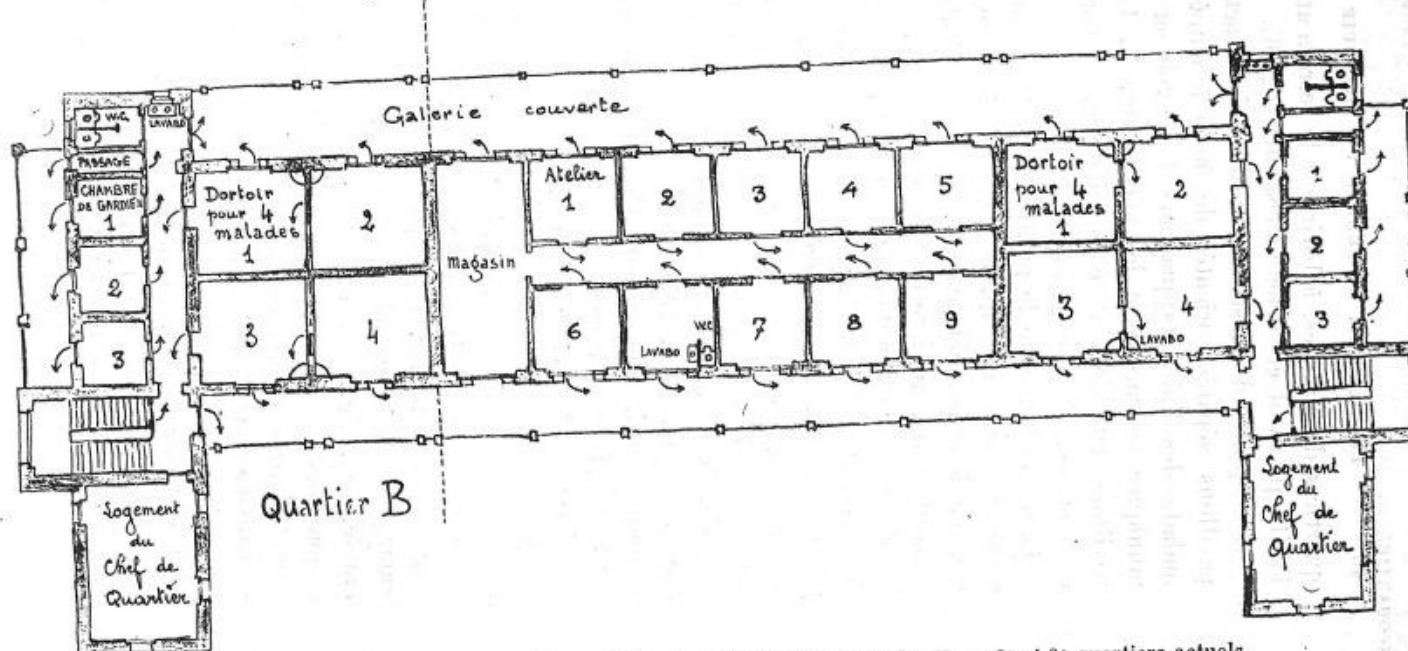


FIG. 14. — Plan adopté. — Pavillon n° 5 du plan d'ensemble (Voir fig. 7). — 2^e et 3^e quartiers actuels.

quartiers de malades, à bâtir sur le terrain attenant à l'asile qui avait été acheté à cet effet (fig. 6).

A ce plan fut substituée la disposition actuelle en pavillons séparés, orientés de façon à empêcher les malades des différents quartiers de se voir ou de communiquer les uns avec les autres (fig. 7). Les deux pavillons actuellement construits (fig. 8) portent les n°s 4 et 5 sur le plan primitif (fig. 7).

La figure 9 montre le profil de la clôture en ciment armé avec saut de loup. Il eût été préférable, comme nous l'avions demandé avec M. Defrance, d'établir deux sauts de loup, un intérieur et un extérieur. On s'est borné à creuser un saut de loup intérieur, qui permettait de laisser aux malades la vue de la campagne environnante en supprimant les dangers d'évasion, mais qui n'empêchait pas les personnes du dehors d'arriver jusqu'au mur de la section et de communiquer avec les internés. Nous avons été obligés, utilisant la main-d'œuvre des malades, d'élargir considérablement le saut de loup primitif et ensuite de défendre l'accès extérieur par une palissade placée à 4 mètres du mur et entourant complètement le service (fig. 10).

Des modifications importantes ont également été apportées au projet primitif de l'architecte en ce qui concerne les pavillons proprement dits. Il serait trop long de les détailler. Il importe cependant de faire remarquer que le grand pavillon (n° 5 du plan d'ensemble, voy. fig. 7) comprend deux quartiers (2^e et 3^e quartiers) pourvus chacun de dortoirs, d'un réfectoire et d'une salle de réunion. Les ateliers sont au rez-de-chaussée pour le deuxième quartier, à l'étage pour le troisième.

On voit sur le plan primitif (voy. fig. 11 et 12) : 1^o qu'une seule cour était réservée à tous les malades de ce pavillon, ce qui rendait illusoire la séparation en

QUARTIER A (ACTUEL)
REZ-DE-CHAUSSEE

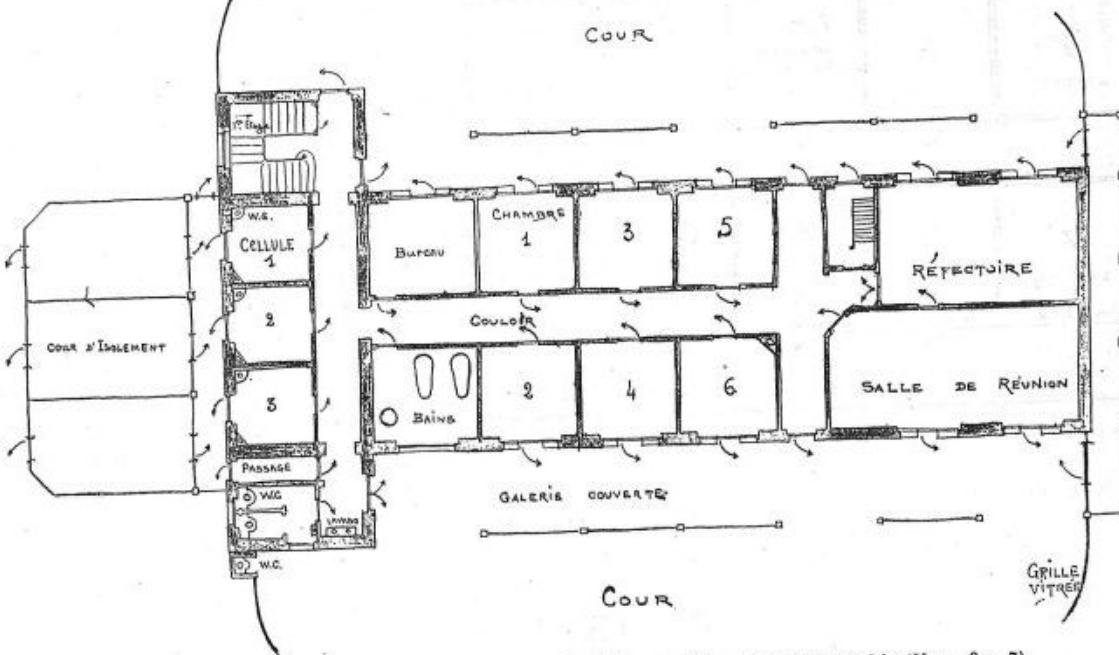
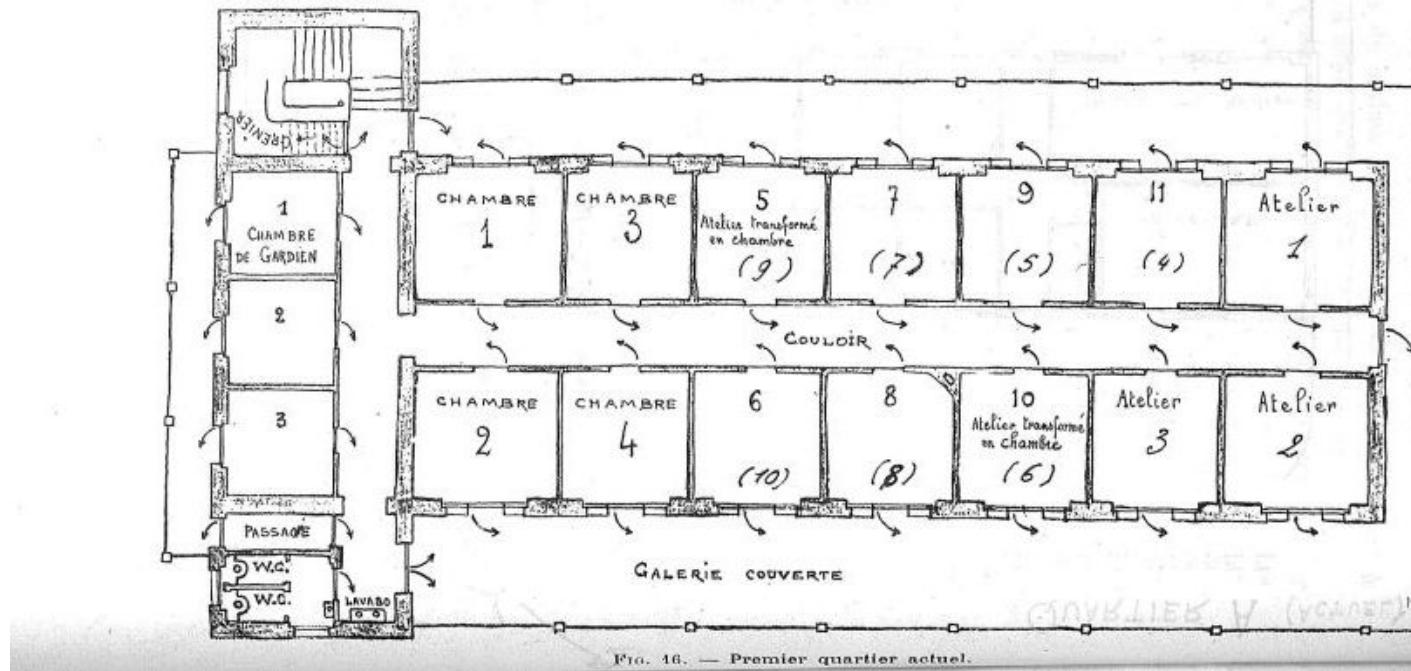


FIG. 15. — Premier quartier actuel. — Pavillon n° 4 du plan d'ensemble (Voy. fig. 7).

QUARTIER A (ACTUEL)
1^{ER} ETAGE



deux quartiers ; 2^e que les ateliers réservés à deux ou trois malades occupaient toute la largeur du bâtiment, ce qui leur donnait 9 mètres de long sur 3 1/2 de large !

Ces ateliers ont été divisés (voy. fig. 13 et 14). Ils sont au nombre de 10 par étage et se terminent par une grande pièce qui sert de magasin et où sont placés des armoires pour les matières premières et les objets confectionnés.

Chaque quartier est muni d'une cour spéciale. Une séparation absolue est ainsi réalisée.

Pour le petit pavillon (n° 4 du plan d'ensemble, fig. 7, 1^{er} quartier actuel), deux cours-jardins ont été également établies. Dans l'une sortent les malades les plus tranquilles, dans l'autre les malades particulièrement dangereux ou dont on redoute les évasions. Dans cette dernière, les clôtures sont surmontées de verre armé.

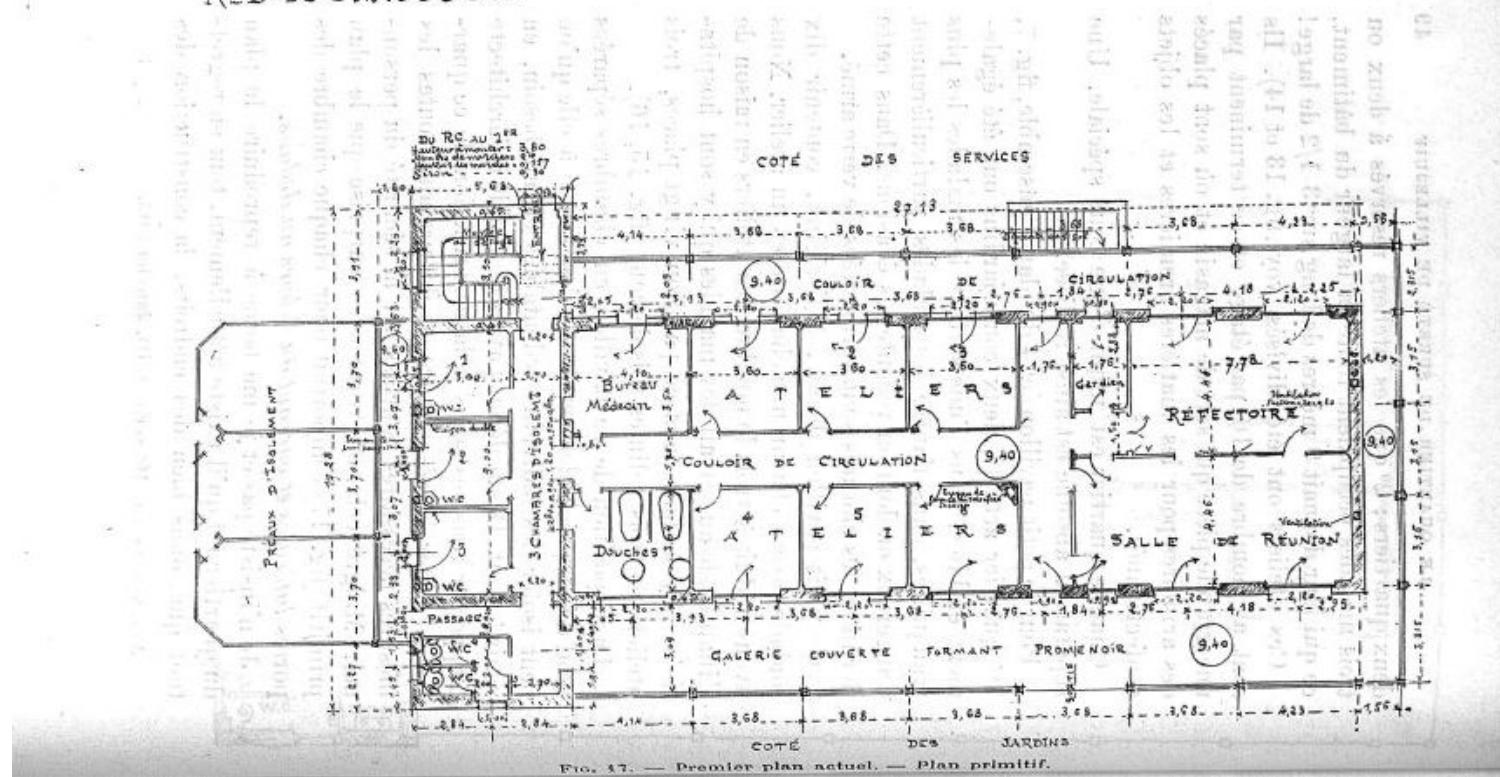
Ce petit pavillon devait, à l'origine, contenir dix malades ayant chacun une chambre et un atelier. Nous avons réduit à trois le nombre des ateliers en raison de l'inaptitude au travail des malades qui y sont hospitalisés. Il y a donc dans ce pavillon vingt places, trois ateliers et trois cellules d'isolement (fig. 15, 16).

La disposition de ce pavillon en chambres séparées rend d'inappreciables services. C'est grâce à elle qu'on peut isoler des individus redoutables et, au besoin, en venir à bout. Dès le début j'avais demandé à l'architecte d'apporter tous ses soins à la construction de ce quartier, d'éviter la résonnance et de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité du personnel. Malgré cela, on verra avec surprise que le plan primitif (fig. 17) comportait pour chaque chambre des portes latérales et ouvrant du dehors au dedans.

Je n'insiste pas et je me borne à reproduire le plan du quartier tel qu'il existe actuellement, tout en regrettant que, dans bien des endroits, la construction des

ASILE DE VILLE JUIF
SECTION D'ALIÉNÉS DIFFICILES
PAVILLON POUR 10 ALIÉNÉS PARTICULIÈREMENT DIFFICILES
EXIGEANT L'ISOLEMENT COMPLET

三



murs de clôture laisse à désirer, malgré le remplacement par de minces parois de brique des murs projetés en *carreaux de plâtre*! Les ateliers sont destinés à trois malades chacun ;

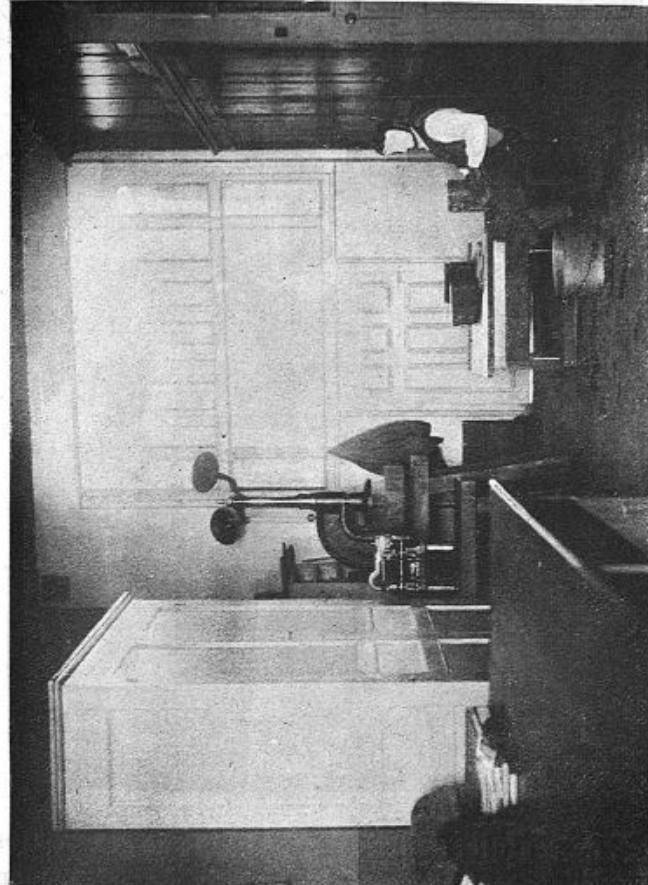


FIG. 48. — Magasin de la chaussonnerie. — 3^e quartier.

L'utilité du chiffre 3 au point de vue du groupement a depuis longtemps été reconnue ; ce sont du reste les intéressés qui ont eux-mêmes demandé à être ainsi distribués. Ces ateliers ouvrent, d'une part, sur l'exté-

rieur ; de l'autre, sur un couloir central par des portes vitrées qui rendent la surveillance aussi facile qu'efficace (fig. 26).

Ils comprennent des ateliers de chaussonnerie, de menuiserie, de réparation des chaises (jonchage et can-

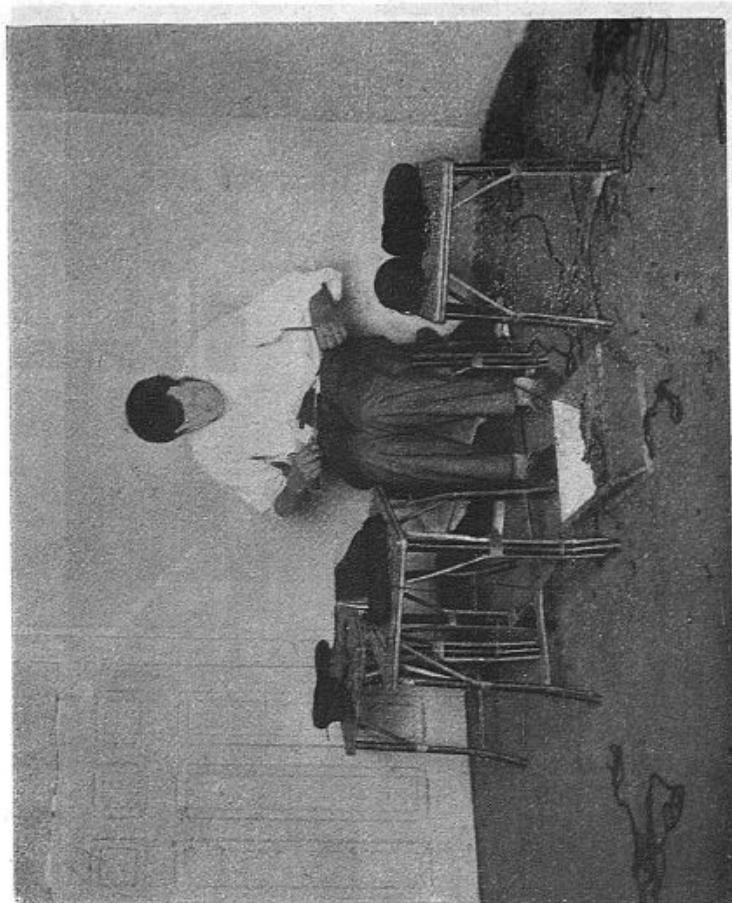


FIG. 19. — Atelier de tressage des chaussons à la forme. — 4^{er} quartier.

nage), de couture, de tricotage de bas et de chaussettes.

Au dehors sont exécutés des travaux de terrassement et de jardinage.

Nous résumons plus loin les résultats de ces différents travaux.

Certains détails de construction et d'aménagement demandent à être précisés.

Chaque pièce comporte deux portes, de façon à permettre l'entrée simultanée des infirmiers de deux côtés à la fois. Ces portes sont fermées par une serrure du



Fig. 20. — Atelier de tissage des chaussons, à la machine. — 3^e quartier.

modèle ordinaire de l'asile et par deux verrous. La serrure n'a qu'une seule entrée, placée au dehors, pour éviter:

1^o Que les malades introduisent dans cette serrure des matières quelconques pouvant en empêcher le fonctionnement ;

2^e Pour forcer les infirmiers à se faire accompagner d'un de leurs collègues s'ils veulent entrer dans une chambre par une porte et en sortir par la porte opposée.

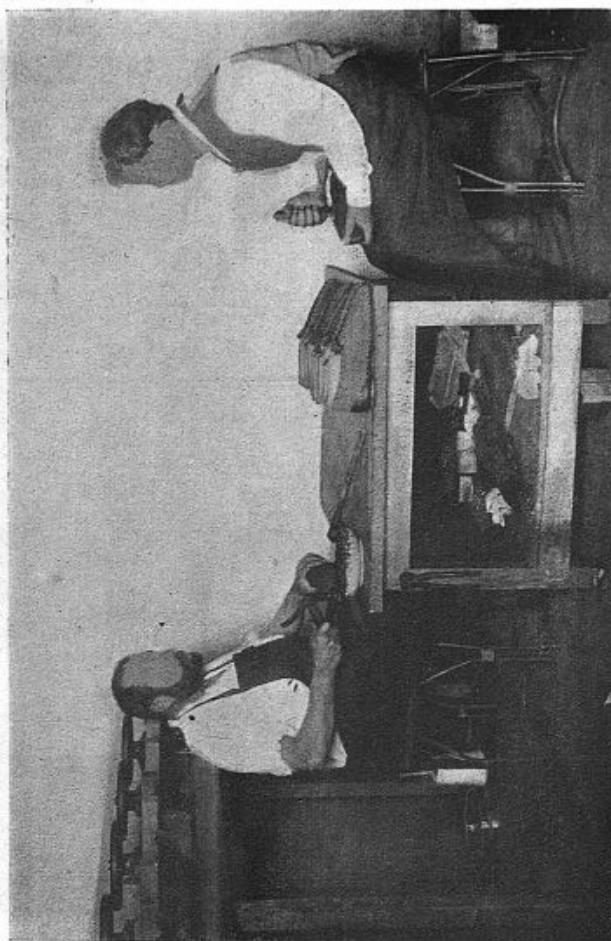


FIG. 21. — Collage des semelles de chaussons. — 3^e quartier.

chambre par une porte et en sortir par la porte opposée.

Lorsqu'un infirmier ouvre une porte, il lui est enjoint de donner un demi-tour de clef à la serrure afin d'em-

pêcher qu'un malade sortant derrière lui ne l'enferme dans la chambre où il se trouve, en poussant les verrous extérieurs.

La figure 27 représente les portiques extérieurs ; la



FIG. 22. — Couture des talonnettes. — 3^e quartier.

porte intérieure est absolument semblable à celle qui figure sur ce portique.

On remarquera de chaque côté de cette porte des fenêtres (modèle de Hitzig) au nombre de huit, tournant sur un pivot et s'ouvrant et se fermant *de l'extérieur* à l'aide d'une crémone. Ces fenêtres à pivot ont 20 centimètres de largeur totale, soit 10 centimètres

d'ouverture utilisable de chaque côté, ce qui donne toute sécurité au point de vue de la solidité et des évasions.

La vitrerie est en glace de 0,008 à 0,010 millimètres d'épaisseur, encastrées dans des feuillures et fixées par des lames métalliques vissées à l'extérieur.

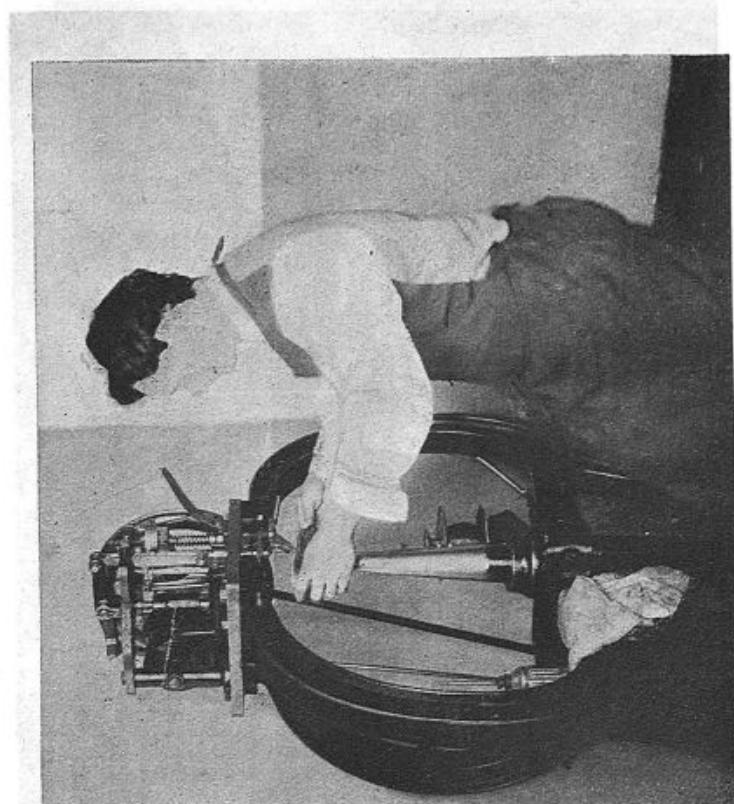


Fig. 23. — Couture des semelles. — 3^e quartier.

Dans les chambres et les cellules d'isolation, les portes sont surmontées d'une imposte spéciale à guillotine, comme on le voit sur la figure 28. Ces chambres sont au nombre de neuf, comportant chacune une petite cour. La clôture est en fer, surmontée de verre armé, de même que la clôture d'une des cours du petit pavillon.

Le verre armé dont l'architecte avait préconisé l'es-

sai a donné de bons résultats au point de vue des évasions. Les glaces, hautes de 1 mètre, ne laissent pas de prise au malade, à supposer qu'un défaut de sur-

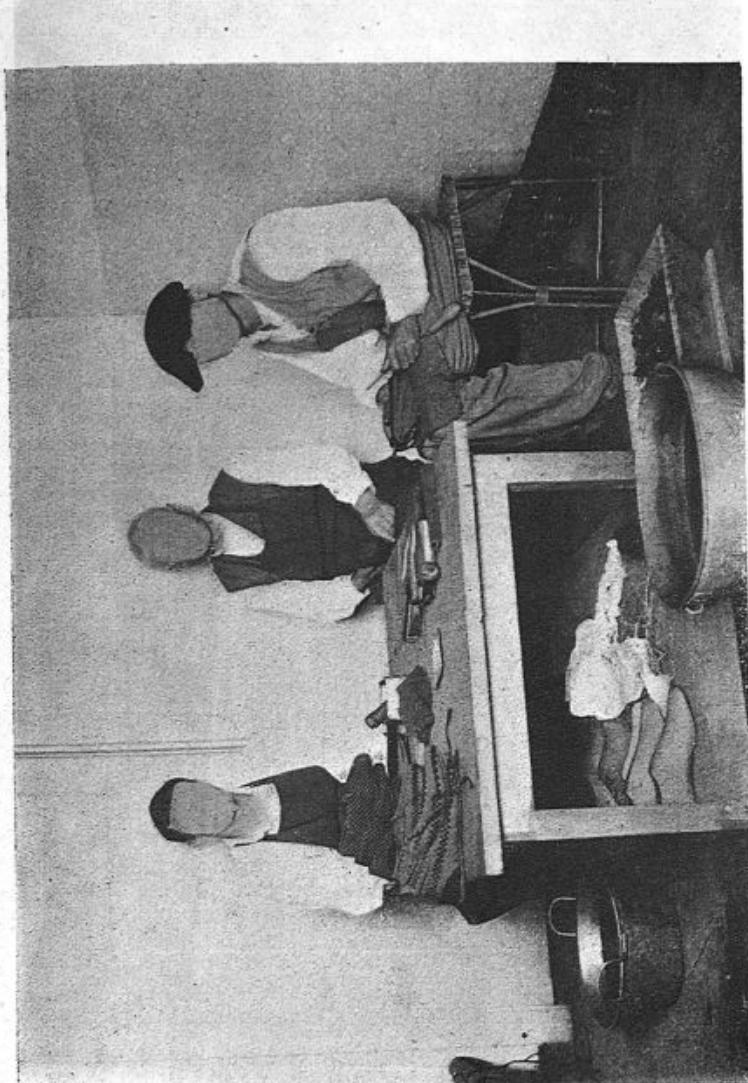


Fig. 24. — Finissage du chausson. — 3^e quartier.

veillance lui ait permis de se hausser jusqu'à elles. La figure 29 montre la disposition de cette clôture.

Il existe également dans ces chambres d'isolement un siège de cabinet d'aisances d'un modèle spécial qui me paraît devoir être recommandé. Ce siège, en faïence

épaisse, est placé sur un socle en ciment, et l'ouverture, assez grande pour permettre l'évacuation des matières,

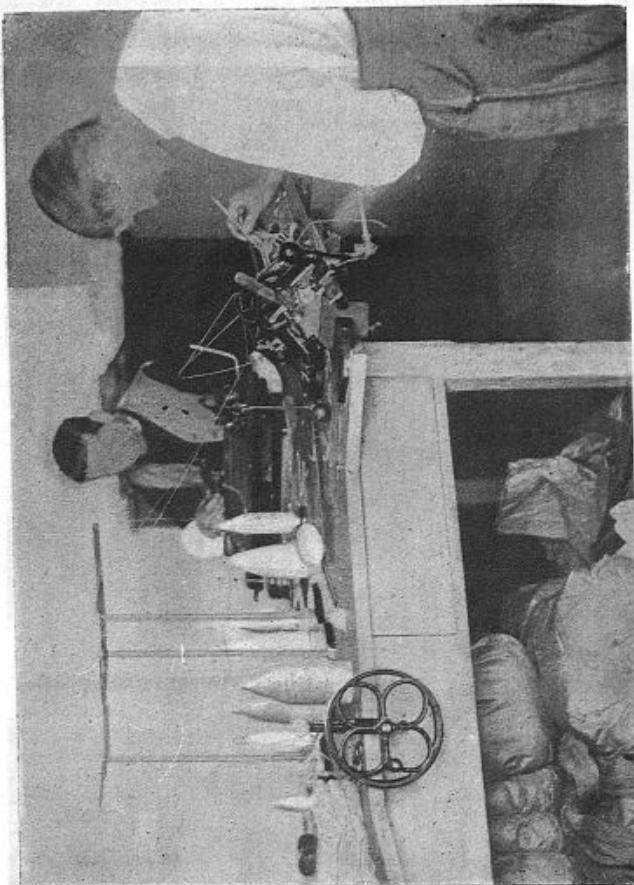


FIG. 25. — Tissage des chaussettes à la machine. — 3^e quartier.

est insuffisante pour donner au malade une prise permettant de l'arracher.

Les meubles, tables, bancs ont été spécialement dessinés et fabriqués pour le service. Ils donnent toute satisfaction.

Le lit mérite une description spéciale. Il est scellé à

une certaine distance du mur et du sol pour permettre un nettoyage facile en empêchant le malade de se glisser, soit au-dessous du lit, soit entre le mur et les parois (fig. 30). La construction de ce lit a nécessité plusieurs études.

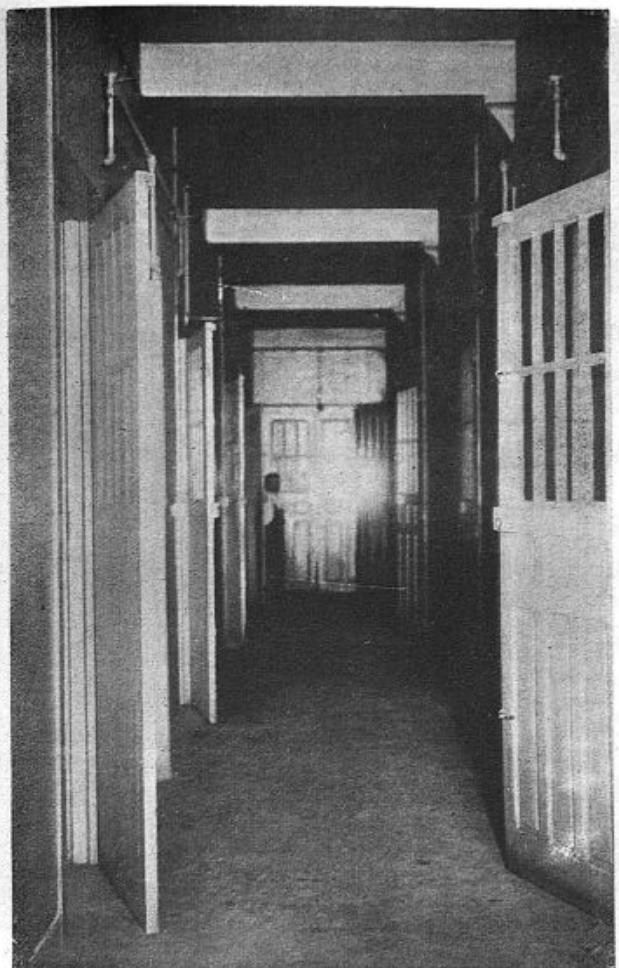


FIG. 26. — Couloir central des ateliers.

ser, soit au-dessous du lit, soit entre le mur et les parois (fig. 30). La construction de ce lit a nécessité plusieurs études.

Le premier type était un lit simplement renforcé, possédant, comme tous les lits en fer, des dossiers à

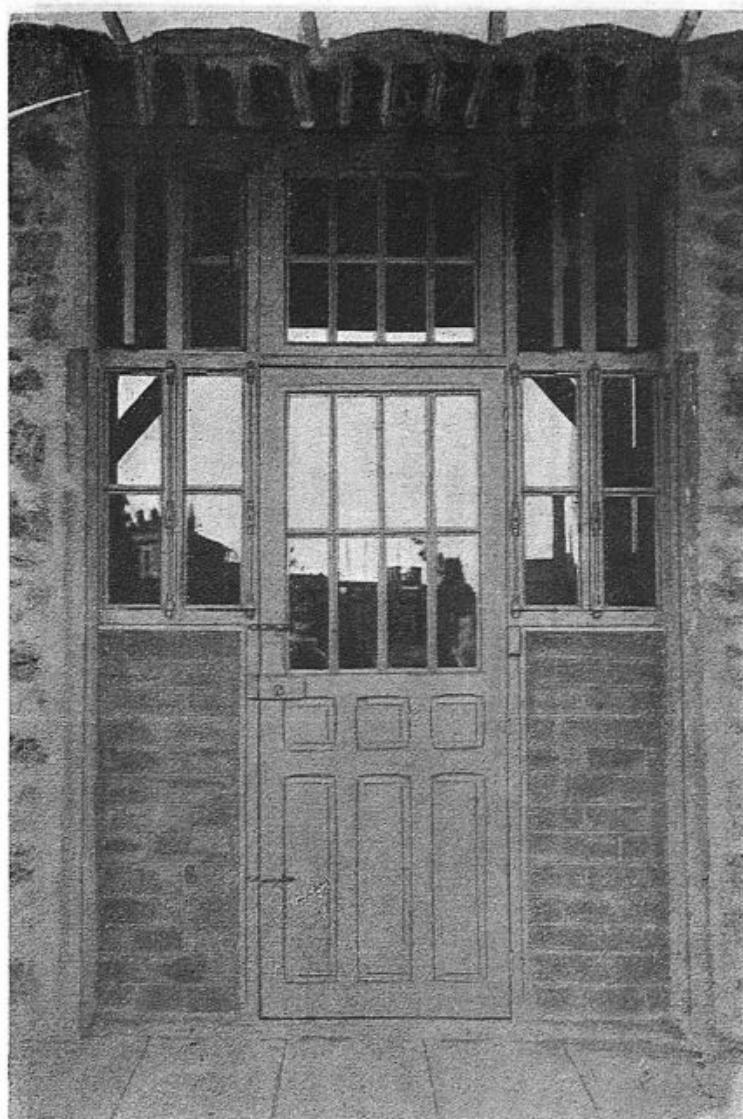


FIG. 27. — Portique extérieur (salles de réunions, dortoirs, réfectoires, ateliers, chambres).

barreaux et un cadre relativement élevé au-dessus du sol, ce qui permettait aux malades qui pouvaient s'introduire sous le lit de passer la tête entre les barreaux

des dossiers ou un membre entre les lames du sommier.

Ce type fut d'abord modifié dans ses dispositions



FIG. 28. — Porte extérieure des cellules (chambres d'isolement).
générales : les claires-voies des dossiers furent remplacées par des parties pleines en tôle et le sommier eut une lame en plus pour diminuer les intervalles entre chaque lame.

Après la mise en service, le lit ainsi transformé fut encore trouvé trop léger, et il fut décidé de le renforcer, ce qui fut obtenu en employant des tôles plus épaisses

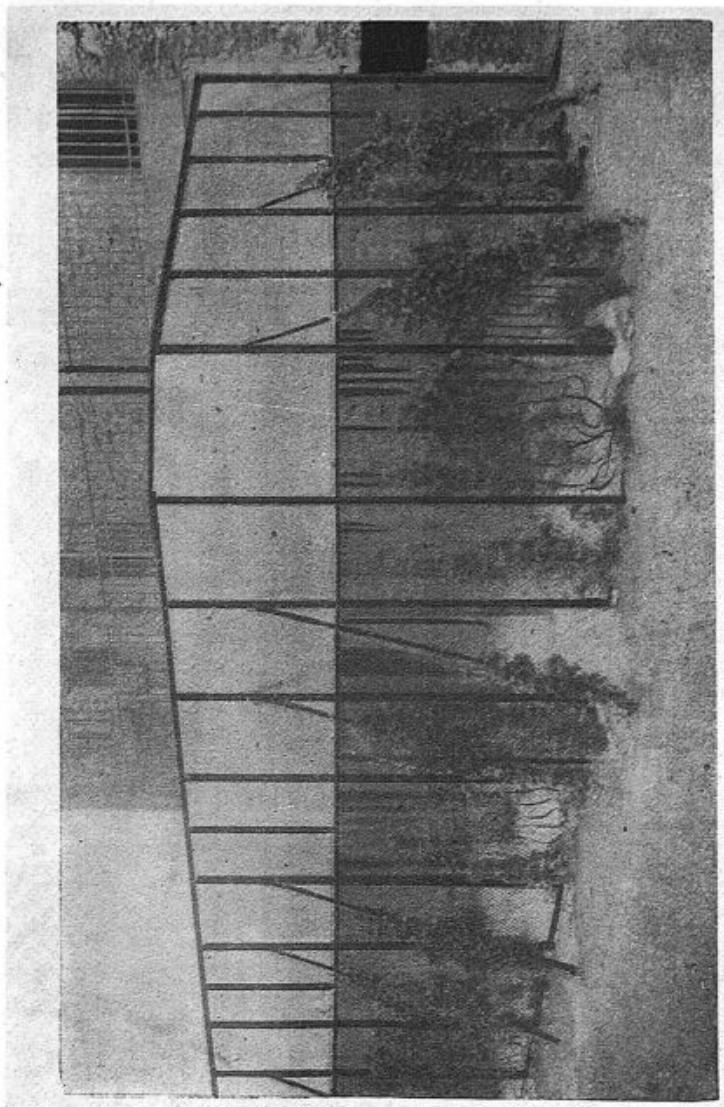


FIG. 29. — Cours des chambres d'isolement.

et des fers plus forts ; puis, pour abaisser le cadre du lit et supprimer l'intervalle qui existait entre le cadre et le sommier, le cadre du lit fut remplacé par un côté large en bateau, construit comme les dossier, avec une paroi pleine, et, pour éviter toutes tentatives de démon-

tage intempestif, les vis et boulons affectèrent une forme particulière, nécessitant l'emploi d'une clef ou d'un outil spécial impossible à se procurer pour un malade.

Ce résultat étant obtenu, les lits furent scellés dans

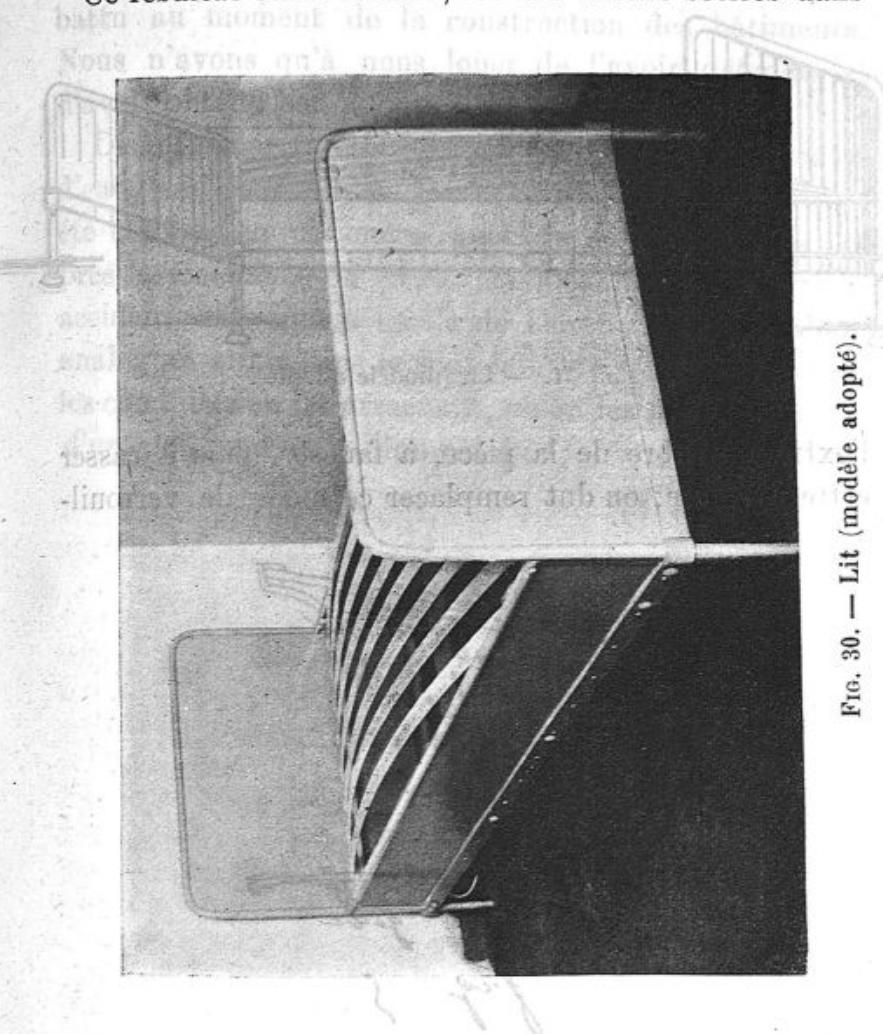


FIG. 30. — Lit (modèle adopté).

le sol, par surcroit de précaution, et l'on obtint ainsi un type d'une solidité extrême que l'on croyait à l'abri de toutes les tentatives de destruction ; mais on fut encore amené à modifier le verrouillage des lames au pied du lit où le sommier doit s'allonger librement en glissant sur le support fixe.

Ce verrouillage était obtenu par une pièce ouverte

d'un côté qui venait embrasser le support rond pour empêcher le sommier d'être soulevé (fig. 32) ; or, un malade étant parvenu, grâce à une pression exercée sur

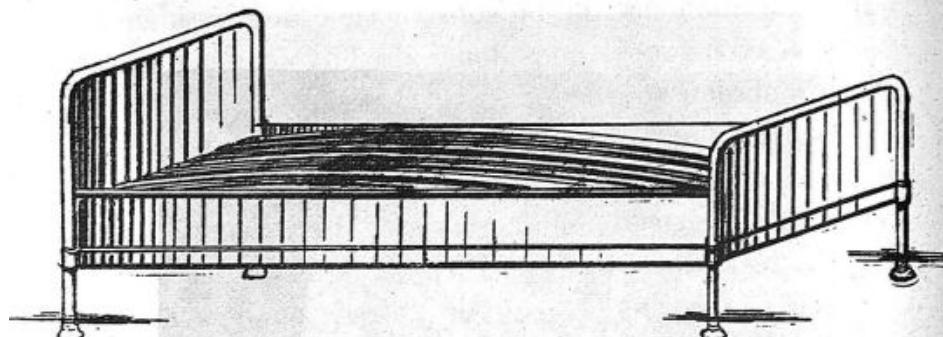


FIG. 31. — Lit (modèle adopté).

l'extrémité libre de la pièce, à fausser, puis à casser cette dernière, on dut remplacer ce mode de verrouil-

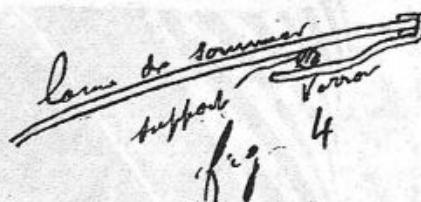


FIG. 32.

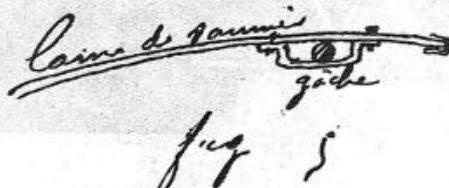


FIG. 33.

lage par une gâche allongée et rivée à chaque extrémité (fig. 33).

Le chauffage du service est assuré par la distribution de la vapeur à basse pression, mais les bouches de chaleur sont placées à la partie supérieure des murs

pour les mettre ainsi hors de la portée des malades. Ce système, qui fonctionne en Allemagne, en Angleterre, et qui donne d'excellents résultats, a été vivement combattu au moment de la construction des bâtiments. Nous n'avons qu'à nous louer de l'avoir défendu et d'avoir obtenu son adoption.

Disons, pour terminer, que les conduites de gaz et d'eau, au lieu d'être en plomb comme à l'ordinaire, ont été établies en polymétal, matière qui présente à peu près la résistance du fer, et cela pour éviter les graves accidents survenus à l'asile de Düren, où des malades analogues aux nôtres se sont fait une joie de détériorer les conduites en les arrachant, ou en les perçant à l'aide d'un clou ou d'un caillou pointu.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1912

Présidence de M. KLIPPEL, président.

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

MM. Beaussart, Conso, Dupouy, Fillassier, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de MM. Beaussart, Ossip-Lourié et Porot, qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

2^o Une lettre de M. Fillassier, qui pose sa candidature à la place déclarée vacante de membre titulaire. — Commission : MM. Arnaud, Charpentier, Klippel, Séglas, Truelle.

La correspondance imprimée comprend :

1^o *Contribution à l'historique de l'emploi des bains prolongés et continus dans les maladies mentales*, par M. Bresler ;

2^o *Note sur la personnalité et le caractère secondaire en justice*, par M. Erwin Stransky ;

3^o *L'Enfance anormale*, numéro de novembre 1912.

Rapport de candidature.

M. SÉRIEUX. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Colin, Truelle et Sérieux à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Maurice Ducosté, médecin adjoint de la maison de santé de Ville-Evrard, qui sollicite le titre de membre correspondant.

Ancien interne des asiles de la Seine, M. Ducosté a été reçu au concours de l'adjuvant après de brillantes épreuves. Successivement médecin adjoint des asiles de la Savoie, de l'Orne et des Basses-Pyrénées, M. Ducosté a marqué chacune de ses étapes de travaux originaux qui ont mérité d'attirer l'attention, car ils sont d'un observateur pénétrant, d'un esprit ingénieux, d'un écrivain à la plume alerte.

La thèse de notre confrère : *Sur l'épilepsie consciente et mnésique, et en particulier sur un de ses équivalents psychiques : le suicide impulsif conscient*, a été couronnée par l'Université de Bordeaux et honorée d'une mention par la Société médico-psychologique. Une bibliographie étendue et des observations nouvelles font de ce travail un document utile à consulter. L'auteur y établit que « depuis l'aura jusqu'aux convulsions généralisées, toutes les modalités épileptiques peuvent rester conscientes et mnésiques ». L'importance médico-légale de cette notion est grande et l'auteur y a insisté à bon droit.

Dans le même ordre d'idées, M. Ducosté a décrit les songes d'attaques des épileptiques, établissant que « les attaques survenant pendant le sommeil des épileptiques peuvent demeurer dans leur conscience sous forme de souvenirs oniriques, et les épisodes de ces rêves traduisent, dans leur ordre réel, les phases successives de l'attaque ». Cette observation est importante pour le diagnostic et le pronostic de certains cas d'épilepsie. Il en est de même des *érections comme équivalent épileptique*, dont l'auteur a publié une observation probante dans la *Revue de Psychiatrie* de 1911.

À ces travaux relatifs au mal comitial, il convient d'ajouter un long rapport médico-légal, publié dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* sous le titre : *Epilepsie larvée avec conscience et souvenir de l'accès délirant et d'une partie des concomitances réelles*. C'est l'illustration, en quelque sorte, des idées exposées, dix ans auparavant, par M. Ducosté dans sa thèse inaugurale.

La paralysie générale a fait, de la part de notre confrère, l'objet de quatre mémoires qui n'ont point passé inaperçus : une *Etude statistique sur les formes cliniques de la Paralysie générale*, une *Revue générale sur les*

hallucinations dans la paralysie générale (on y trouve une très riche et très précise bibliographie); une observation saisissante de *Pseudo-paralysie générale d'origine toxico-infectieuse*; enfin une *Note sur les interprétations délirantes dans la Paralysie générale*.

Quatre mémoires sur la *Psychose maniaque-dépressive*; deux autres sur les *fugues, dans la démence précoce* d'une part, et de l'autre dans *les démences et les psychoses*, plusieurs observations anatomo-pathologiques (*abcès du lobe frontal; arthropathies tabétiques; polynévrites alcooliques; ostéomes de la dure-mère chez un épileptique*); diverses communications sur les *délires d'ictus, la neurasthénie, les interprétations délirantes*, témoignent de l'intérêt que porte notre confrère aux études cliniques.

M. Ducosté a mis à profit son passage dans les asiles de province pour y étudier diverses questions de psychiatrie locale. C'est ainsi qu'il s'est appliqué à classer les *formes de maladies mentales présentées par les Basques*.

En Savoie, après avoir exhumé quelques pages curieuses de Joseph Daquin, aliéniste chambérien, précurseur de Pinel dans la réforme qui illustra ce grand philanthrope, M. Ducosté a particulièrement étudié le crétinisme. Il a donné une précieuse *statistique des crétiens de Savoie*, commune par commune, et une étude générale *sur le crétinisme*, parues, l'une et l'autre, dans la *Revue de Psychiatrie*. Le ministre de l'Instruction publique a chargé l'autre, au mois de mars dernier, d'aller étudier le goitre endémique et le crétinisme dans le nord de l'Espagne.

Cette indication des travaux de M. Ducosté, travaux qui eussent mérité une analyse plus détaillée, suffira cependant, peut-être, pour donner une idée de l'activité scientifique de notre distingué confrère, pour témoigner de son goût et de ses dons pour les études de psychiatrie clinique, et pour vous rappeler les titres très dignes de considération de sa candidature.

Votre Commission vous propose d'admettre M. Ducosté au nombre de vos membres correspondants.

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

Un cas d'uranisme.
Crime passionnel commis par l'inverti.
Présentation de malade,
par M. H. COLIN.

Messieurs, j'ai été fort embarrassé lorsqu'il m'a fallu donner un titre à la communication que j'ai l'honneur de faire, aujourd'hui, devant vous. Pour caractériser la déviation instinctive qui est le fait de notre malade, je me suis arrêté au mot *uranisme*, bien qu'à mon sens — pas plus du reste que le terme *inversion sexuelle* — il ne saurait donner une idée exacte de la constitution psychique et physiologique du sujet qui va être soumis à votre examen.

Vous savez que le mot *uranisme* a été introduit dans le langage scientifique par Ulrichs (Carl Heinrich), qui, vers 1860, se fit le défenseur attitré de l'inversion sexuelle. L'idée lui en était venue, très probablement, à la lecture de ce passage du *Banquet* de Platon où il est fait allusion aux deux Vénus, l'une, fille d'Uranus, *Vénus fille du ciel* née sans mère, l'autre, fille de Jupiter et de Dioné, la *Vénus populaire*. L'*uranisme* désigne donc l'amour sans femme, l'amour entre hommes.

Mais quelle confusion si l'on serre de près le sujet ! Ce n'est pas le lieu d'insister; mais il est permis de rappeler qu'ici, comme pour tous les actes de la sphère sexuelle, les formes varieront à l'infini, sans que pour cela on soit réellement en droit d'incriminer — dans la plupart des cas — une modification pathologique de l'état mental.

L'inversion peut être acquise, peut se présenter comme un passe-temps de dilettantes, de gens blasés. À certaines époques, ce sera une mode temporaire. Dans d'autres cas encore, certaines professions (danseurs, acteurs, garçons de cercle, etc.), seront plus particulièrement atteintes. Cette anomalie dans les rapports sexuels est favorisée, dans son évolution, par la persistance plus durable de la beauté masculine qui n'a pas à compter avec les déformations apportées par la maternité à l'esthétique féminine. Il faut tenir compte

aussi des misères physiologiques inhérentes à l'autre sexe, phénomènes périodiques qui provoquent nécessairement un certain degré de répulsion.

L'âge influe également sur l'acquisition de l'inversion, comme l'ont fort bien remarqué Sérieux et Fétré, soit en raison de l'impuissance pour les rapports normaux, soit par une sorte de pudeur spéciale dont j'ai en l'occasion de déceler l'existence dans bien des cas d'attentats aux mœurs, quelque paradoxale que puisse paraître cette affirmation.

Je disais tout à l'heure qu'à certaines époques l'inversion était affaire de mode. Je ne veux pas rappeler les mignons d'Henri III, mais un témoignage précieux nous est fourni par la correspondance de la princesse Palatine, mère du Régent. Son mari, le duc d'Orléans, frère de Louis XIV, rebuté peut-être par la légendaire laideur de sa femme, ne se plaisait que dans la société des hommes, s'affublait de costumes féminins, se fardait, s'attifait comme une femme. L'inversion, très répandue à ce moment à la cour de France, au point qu'on l'appelait communément le vice français, était également fort en honneur à l'étranger. « Vous croyez, écrit la duchesse d'Orléans, que dans l'armée il n'y a pas beaucoup de gens qui aient le vice abominable si répandu chez les Français, mais vous vous trompez fort : les Anglais ne valent pas mieux et sont tout aussi corrompus. Vous me faites rire quand vous croyez que ce péché n'existe pas en Allemagne ; je vois que vous n'êtes pas au fait des choses... Charles-Louis m'a assuré que toute l'Autriche était infectée de ce vice. » (3 septembre 1708.)

Je n'ai pas parlé, et cela avec intention, de la pédérastie proprement dite ; bien souvent elle devient un acte qui répond à un besoin physiologique. C'est le cas des prisons, des bagnes, de certaines agglomérations coloniales : le fait a été signalé également pour les chemineaux ; ici, l'absence ou la pénurie des femmes suffisent à expliquer le développement des actes contre nature. Ce qui n'empêche pas, du reste, que, dans ces milieux spéciaux, on trouve communément, à côté de gens parfaitement normaux, des individus destinés physiquement, pour ainsi dire, à remplir le rôle passif.

On voit combien le sujet qui nous occupe est complexe. Il est donc indispensable de le limiter et d'envisager seulement ce qu'on pourrait appeler l'inversion sexuelle vraie. Un lien commun réunit les individus qui, dans la vie normale, se livrent à l'uranisme, c'est la prédisposition congénitale. Les invertis se rendent très bien compte de cette prédisposition contre laquelle ils sont impuissants à réagir. Certains d'entre eux l'avouent franchement et disent : je suis bâti comme cela, je n'y puis rien ; d'autres trouvent l'excuse de leurs rapports stériles et de leur aversion pour la femme dans le fait que l'humanité n'est pas près de périr et qu'on n'a pas besoin d'eux pour repeupler. D'autres encore, plus raffinés, plus lettrés aussi, invoquent la perfection de l'amitié complétée par l'amour, citent volontiers les Grecs et le *Banquet* de Platon, oubliant toutefois que, chez ces Grecs quintessenciés, l'amour allait exclusivement à des jeunes gens, — non pas à de tout jeunes gens, mais seulement à de jeunes hommes, et que, du reste, l'homosexualité était réprouvée par la grande majorité. Rien de curieux au point de vue de ces restrictions comme la lettre reproduite dans l'ouvrage si remarquable d'Havelock Ellis sur l'inversion sexuelle.

Cette lettre émane d'un professeur américain très réputé, professeur de l'une des premières universités du monde, et tend à démontrer que l'amour unisexuel est une perversion, tandis que l'homme normal aime des deux façons.

C'est l'école allemande, et en particulier Hirschfeld, qui semble avoir donné la seule théorie vraie de l'inversion en lui attribuant une origine biologique. D'après lui, le sexe est répandu dans tout l'organisme, si bien qu'entre les bisexués ou hermaphrodites et les individus normaux, on peut rencontrer tous les types sexuels intermédiaires (sexuale *Zwischenstufe*).

Donner ici un exposé complet de la théorie d'Hirschfeld m'entraînerait beaucoup trop loin. Il me suffira de dire qu'en l'adoptant, on ne s'étonnera plus de rencontrer les degrés les plus divers dans ce qu'on est convenu de considérer comme une anomalie.

Il y a d'abord le type si répandu d'hommes qu'on a l'habitude de qualifier d'efféminés et qui, sans réactions

sexuelles anormales, manifestent des goûts féminins, soit au point de vue de la toilette, — aimant les parures, les rubans, les étoffes soyeuses, — soit au point de vue des occupations ; soit enfin au point de vue intellectuel, — associant des qualités de dévouement, de perspicacité instinctive, à la ténacité, à l'entêtement, à l'autoritarisme puéril, qualités et défauts qui appartiennent en propre au sexe féminin. Il en est qui recherchent surtout la société des femmes et, cependant, les jugent sans bienveillance, comme c'est la règle pour les femmes entre elles. D'autres seraient tentés d'apporter dans leurs amitiés masculines l'exclusivisme jaloux de certaines femmes mariées.

A l'autre extrémité de l'échelle, nous trouvons les véritables invertis ; certains de ces derniers, soit dit en passant, ont une hérédité nerveuse des plus chargées. J'ajouterais qu'il importe de ne pas confondre, comme on aurait tendance à le faire, l'inversion et la pédérastie. Pour beaucoup d'invertis, la pédérastie est un acte sale, répugnant, un objet de dégoût. Les rapports homosexuels se bornent tantôt à de simples caresses, tantôt à la masturbation mutuelle, accompagnée parfois de coït intercrural et, plus rarement de succion buccale. Chez d'autres invertis, au contraire, la pédérastie active ou passive intervient. En général, la pédérastie active et passive est mutuelle. Il est beaucoup plus rare de constater seulement la pédérastie passive pure.

Dans le cas qui nous occupe, nous avons affaire à une véritable femme, tant au point de vue des rapports sexuels qu'au point de vue des réactions physiques et psychiques.

C'est pourquoi les termes *uranisme*, *inversion sexuelle*, sont insuffisants pour caractériser une transformation aussi complète de l'individu.

Vous allez en juger par l'observation que M. le Dr Beaussart a prise avec le soin minutieux qu'il apporte à ses travaux et dont je vais vous donner lecture en la commentant. Le malade a été interné à la suite d'une expertise médico-légale confiée à M. Rogues de Fursac, et je saisiss cette occasion de remercier notre collègue des renseignements qu'il m'a si aimablement communiqués.

M..., Armand, âgé de vingt-cinq ans, a tué un de ses amants avec lequel il était « en ménage », poussé par un sentiment de jalouxie qu'explique la conduite de cet amant à son égard (demandes d'argent, querelles, refus de rapports, menaces d'abandon et d'infidélité).

OBSERVATION. — Pour mieux saisir les rapports qui existaient entre M..., notre malade, et sa victime, il convient de remonter à l'époque de leur première rencontre.

En janvier 1911, M... fait connaissance, dans l'hôtel où il habite, d'un ouvrier, pédéraste, du nom d'Alfred B... Pendant deux mois, ils demeurent ensemble, M... remplissant toujours dans les rapports contre nature le rôle passif. « L'amour » qu'il ressent pour cet « amant » s'épuise assez rapidement, surtout parce que ce dernier lui réclame de l'argent d'une façon de plus en plus pressante et qu'il le menace de dévoiler son vice s'il ne lui en donne pas.

Alfred a, de son côté, un « amant » du nom de Henri L..., qu'il fréquente depuis douze années ; à ce sujet, M... ressent bien un peu de jalouxie, mais se console à l'idée que tous les soirs il couche avec Alfred, tandis qu'Henri, retenu par son emploi, ne le voit que rarement.

Un jour qu'Alfred et M... sont chez eux, Henri survient ; une scène de jalouxie éclate, mais est vite apaisée. Alfred, sur ces entrefaites, vient à quitter la place qu'il occupait à Paris, pour aller dans la banlieue ; peu après, Henri et M... se rencontrent, et conviennent d'habiter ensemble (avril 1911). C'est le second « amant » de M.... Henri qui, avec Alfred remplissait le rôle passif devient actif avec M... Lui aussi au bout de quelque temps demande de l'argent à M..., argent qu'il dépense en boissons comme le faisait Alfred ; lui aussi aime un « amant », nous dit M...

En juillet, M..., lassé de l'attitude de Henri, qu'il aime cependant plus qu'il n'aimait Alfred, l'abandonne et va cohabiter pendant deux mois avec un homme de trente-huit ans environ. Cette liaison lui est insupportable, d'abord parce qu'il est obligé de remplir le rôle actif, ce qui lui répugne, et ensuite parce que son compagnon, portant toute sa barbe, ne répond pas à son idéal de beauté. M... contracte, au cours de ces rapports, une blennorragie urétrale, pour laquelle il est soigné pendant trois semaines à Cochin-Annexe. Au sortir de l'hôpital, il refuse de reprendre la vie commune avec son « vieux », et il est heureux de retrouver Henri, son ancien « amant ». La séparation a ranimé leur amour, et aussitôt ils décident d'aller faire leur « voyage de noces » chez les parents de M..., dans la Marne.

Ils y demeurent deux jours, s'y tiennent correctement, mais profitent de la solitude du compartiment, pendant le voyage, pour avoir plusieurs rapports sexuels.

Le « voyage de noces » est chose commune chez les invertis. Dans les bagnes de la Guyane, il est fréquent, dit Cazanove, de voir des couples de pédérastes s'évader pour aller faire un voyage de noces dans la forêt voisine. Après quelques jours d'absence, ils reviennent aux pénitenciers et l'union est dès lors définitivement scellée.

M... et H... rentrent à Paris et habiteront désormais ensemble jusqu'au moment du crime (12 décembre 1911). Pendant une quinzaine de jours, M... reste sans travailler; il a rapporté de chez lui une somme assez importante qu'il a retirée de la Caisse d'épargne; il prend ensuite un emploi de garçon de pharmacie qui lui rapporte 5 francs par jour.

Pendant les premières semaines, le « ménage » va bien. M... est heureux d'avoir un « amant » qu'il adore et avec lequel il ressent toutes les satisfactions sexuelles; une bonne partie de chaque nuit est consacrée aux manifestations de leur amour. Quelques scènes de jalousie éclatent de temps en temps au sujet de l'« amant » qu'Henri voit au dehors, mais M... est trop heureux d'avoir Henri chaque nuit avec lui pour ne pas négliger ces scènes.

Cependant, Henri se relâche dans son affection pour M..., le soupçonne d'avoir « quatre hommes » en dehors de lui; Henri du reste le laisse dans cette idée. « Tes hommes ne te donnent pas d'argent, dit M...; tu leur fais ce qu'ils veulent et moi qui t'entretiens, tu me refuses des caresses. »

Henri boit, s'enivre et frappe M... en lui disant: « Plus tu recevras de coups, plus tu m'aimeras. » M... se laisse faire et n'en continue pas moins à aimer son amant (pas de masochisme).

M..., avec ses 5 francs quotidiens, fait marcher le ménage et ne garde rien pour lui; 300 francs sur ses 1.200 francs d'économie servent à satisfaire l'intempérance d'Henri.

De temps à autre, Henri emmène M... chez Alfred, et ce dernier vient chez eux; M... paye tous les frais. Au cours de ses visites ils ont ensemble des rapports contre nature, Alfred pratiquant le coït anal sur Henri, qui le pratique lui-même simultanément sur M... .

Dans le courant du mois de novembre, la discorde règne dans le « ménage » Henri-M... Henri réclame sans cesse de l'argent à M...; il lui fait acheter un pardessus qu'il revend aussitôt; il lui vole son porte-monnaie; il découche; il refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui, prétend toujours qu'il est

fatigué et use d'artifices pour calmer les ardeurs de M... (doigt introduit dans l'anus) ; il boit avec Alfred et une nuit, tous les deux couchent au poste.

Pendant huit à dix jours, M... patiente, puis il achète un revolver (4 décembre). Henri, qui le 3 décembre était allé voir Alfred, lui aurait manifesté la crainte d'être empoisonné par M... avec les produits pharmaceutiques que ce dernier rapportait de chez son patron. M... nie avoir eu cette intention et la crainte d'Henri ne fut jamais manifestée devant lui.

Le soir même, quand il rentre, il n'ose rien dire à son « amant », Alfred se trouvant là. Pendant deux nuits ils demeurent tous les trois ensemble sans se parler. Le soir du départ d'Alfred, M..., en rentrant, ne trouve pas Henri dans leur chambre ; il écrit la lettre suivante qu'il gardera sur lui jusqu'au jour du crime :

« Monsieur le commissaire, j'ai connu cet homme il y a neuf mois ; il est devenu mon ami. Vers la fin d'août, me trouvant sans emploi et sans chambre, je vins chez lui. A partir de ce moment j'ai souffert terriblement. Je travaillais, il me mangeait tout mon argent. Heureusement, j'avais pu placer 950 fr. au Crédit Lyonnais. Depuis trois mois, je gagne 5 francs ; il me prend tout, et quand il me frappe, si je n'ai plus d'argent, moi, bête, je me contente de pleurer. Hier, il m'a pris mon porte-monnaie dans lequel il y avait encore 5 francs ; j'avais heureusement caché le reste. Lundi il est rentré saoul, il m'a battu, j'ai pleuré. Mais maintenant arrivera ce que pourra ; je ne pourrai jamais le quitter sans me venger ; ça je ne peux pas. »

Henri, de retour dans la nuit, a des rapports et se montre aimable avec M..., mais cela ne dure pas et il renouvelle ses demandes d'argent. Le 11 décembre, il fait de gros excès de boissons avec trois camarades ; M... qui est venu les retrouver, une fois sa journée terminée, pour emmener Henri, est obligé de dépenser entièrement à offrir à boire les 5 francs qu'il vient de gagner. Il récrimine ; Henri le gifle deux fois en lui disant qu'il a été suivi longtemps par plusieurs hommes avec qui il aurait pu aller coucher, et que si M... ne lui donne pas d'argent il est bien décidé à le quitter.

Le lendemain matin, 12 décembre, une nouvelle discussion éclate : « Ne rentre pas ce soir ici, dit Henri, il y en aura un autre à ta place. » M... riposte ; son amant saisit la lampe et le menace ; il tire alors son revolver et le décharge cinq fois sur Henri qui est tué.

« Je te quitte, mais tu n'en auras pas d'autre », dit-il.

Le crime accompli, M... tombe à genoux auprès de son « amant » ; il l'embrasse sur la bouche et pleure. « Mon pauvre petit homme, lui dit-il, je ne te reverrai plus. » Il demeure une

demi-heure environ auprès du cadavre, s'habille « avec ses plus beaux habits », met la chambre en ordre « pour qu'on ne trouve pas que c'est sale » lorsqu'on viendra, et pare le corps de Henri.

Il descend, envoie une dépêche à Alfred pour lui annoncer qu'Henri « est mort », écrit à sa mère pour lui dire qu'il a tué, étant en légitime défense, et expédie enfin au commissaire la lettre précédente en y ajoutant le *post-scriptum* suivant :

« Aujourd'hui 12 décembre, le coup est arrivé. Après s'être disputés et battus ce matin, je lui ai déchargé mon revolver. Toute la semaine il a été saoul, hier encore. »

Il prend l'après-midi un train qui l'emmène à Nice ; un de ses frères y est garçon d'hôtel ; il espère trouver là du travail, à l'abri des recherches. En arrivant, il voit sa photographie sur les journaux, ce qui le décide à ne pas chercher d'ouvrage. Son désir est de tomber sur un « vieux », riche, qui l'emmènera à l'étranger. Il se promène dans cette intention, mais ne trouve personne. Il passe une nuit excellente. Le lendemain, il a des rapports contre nature avec deux hommes ; à ce moment il pense à son crime, mais n'en éprouve pas de remords bien vifs.

Arrêté le soir sur la promenade des Anglais parce qu'il se dissimule, il est trouvé porteur de son revolver avec douilles vides, mais aussi d'une somme de 130 francs. Après une nuit passée au poste, il est relâché pour être arrêté de nouveau plus tard au moment où il va prendre le train pour Marseille (15 décembre 1911). Amené à Paris. Non-lieu le 26 avril 1912, après expertise de M. Rogues de Fursac dont voici les principales conclusions :

« Dégénéré héréditaire, psychiquement déséquilibré, présentant de l'inversion sexuelle associée à des perversions sexuelles multiples et un état d'érotisme morbide. Meurtre commis sous l'influence des tares psychopathiques. Sujet doublement dangereux au point de vue social à cause des réactions violentes auxquelles le conduisent ses aberrations sexuelles et parce que ces mêmes aberrations peuvent faire de lui, dans le milieu où il se trouve placé, un élément d'infection morbide... À interner et à surveiller étroitement... »

Par erreur, M... est laissé en liberté. Il continue presque chaque jour à avoir des rapports contre nature avec des hommes de rencontre ; il n'éprouve pas avec eux la satisfaction qu'il ressentait avec Henri auquel il pense de temps en temps.

Amené au bout de quarante jours à l'infirmerie spéciale pour être examiné au point de vue mental, il est interné, envoyé à Ville-Evrard, puis à la troisième section de Villejuif.

M... ne présente pas d'antécédents héréditaires bien caractéristiques :

Son père est resté comme charretier pendant de longues années dans la même maison ; il est mort à quarante-cinq ans, il y a six ans, écrasé par sa voiture.

Il faisait des excès alcooliques.

Ses grands-parents paternels étaient vignerons.

Sa mère vit encore ; elle n'est pas très forte de constitution et aurait une maladie de cœur.

Ses grands-parents maternels n'offrent aucune tare pathologique. M... est le troisième de cinq enfants (trois frères et une sœur bien portants).

Chez lui on ne relève aucun stigmate physique de dégénérescence évident. Par contre, il offre des lacunes psychiques qui se traduisent par des perversions du sens génital.

M..., élevé par ses parents dans la Marne, son pays d'origine, a été à l'école jusqu'à treize ans.

Difficulté pour apprendre ; aucun goût pour l'étude. Débilité mentale malgré le certificat d'études.

Il n'a jamais eu de maladies dans l'enfance. Il a toujours été un garçon doux, timide, craintif, peu bruyant.

C'est à l'âge de quinze ans que remontent les premières manifestations de sa perversion sexuelle.

Il est placé dans une ferme ; il se masturbe presque chaque jour depuis une année. Pour éprouver plus de sensations voluptueuses qu'avec la masturbation, il se livre au coït vaginal sur certains *animaux femelles* de la ferme (vaches, brebis, poules). Il n'a pu réussir une fois avec une jument et n'a plus recommencé avec cet animal.

Ces rapports bestiaux se sont prolongés jusqu'à son arrivée à Paris ; il n'y avait recours que par nécessité et n'éprouvait pas de besoin irrésistible et de satisfaction spéciale à les pratiquer ; mais jamais il n'aurait voulu avoir de rapports avec des femmes, n'éprouvant pour elles aucun désir mais plutôt de la répulsion.

A cette même époque, il entend dire qu'un des gros chiens de la ferme pratique le coït anal sur un vieil homme du village. Un jour, il emmène le chien dans un endroit retiré, baisse son pantalon et se met à genoux, le haut du corps fortement penché en avant ; le chien aussitôt pratique le coït anal sur lui ; M..., sent très bien l'introduction de la verge et son augmentation de volume, mais ne laisse pas terminer le coït de peur qu'ils ne puissent se désunir et qu'on les surprenne ainsi.

Pendant tout un hiver, M... a chaque soir des *rapports passifs avec le chien* ; il éprouve relativement plus de plaisir que dans ses rapports actifs avec les animaux femelles.

Toujours vers quinze ou seize ans, il fréquente presque chaque dimanche la maison de tolérance du pays ; ce sont ses

camarades qui l'y entraînent. Il n'a aucun désir à la vue et au contact des femmes; deux ou trois fois, elles ont essayé, à plusieurs, de le faire mettre en érection, mais c'était en vain. Par contre, malgré son ignorance des rapports homosexuels, il regarde le garçon de l'établissement et le trouve « beau »; il se sent une attirance indéfinissable vers lui.

Pendant six mois, il suit encore ses camarades à la maison publique sans jamais avoir de rapports sexuels.

A dix-sept ans, il a une forte crise de rhumatisme articulaire qui le laisse affaibli (insuffisance mitrale).

Ses premières tendances homosexuelles se manifestent. Le fermier qui l'emploie lui ayant raconté que les hommes « allaient entre eux », M... est heureux de l'apprendre. « Je voudrais bien essayer », dit-il. Il essaye en vain d'entraîner son patron; il le guette pour le voir uriner et, ayant aperçu sa verge, il entre aussitôt en érection; il rôde autour de ses fenêtres pour le voir se déshabiller; nouvelles érections quand il le voit se coucher (1).

Il se masturbe et la sensation lui est plus agréable quand il pense à son patron.

Pendant trois ans, il est resté ainsi sans pouvoir satisfaire ses désirs homosexuels. Rappelons qu'il avait des rapports avec les bêtes par nécessité, ne voulant et ne pouvant en avoir avec des femmes.

Sur ces entrefaites, il est ajourné au Conseil de révision. Ce jour-là, il va à la maison de tolérance avec les autres conscrits; une femme l'entraîne, essaye par tous les moyens possibles de produire chez lui l'érection, mais n'y réussit pas; quand elle se montre nue à M..., bien qu'elle soit jeune et bien faite, il a de la répulsion et il est obligé de s'en aller.

Il change de ferme. On le fait coucher avec un compagnon du même âge. Au bout de quelques jours, ils pratiquent l'onanisme mutuel, puis M... propose des rapports pédérastiques; il remplit le rôle actif sans satisfaction, le jeune homme ne lui plaît pas; pour ce motif aussi, il ne veut pas remplir le rôle passif; quatre jours après, ils cessent tout commerce.

M... est incorporé au 25^e régiment d'artillerie. Plusieurs soldats lui plaisent, mais il n'ose le dire. Il est réformé au bout d'un mois. Il reste trois mois chez ses parents. Il est ensuite employé six mois dans une briqueterie; ses compagnons, en plaisantant, lui font quelquefois des attouchements; il a des érections mais il n'ose faire aucune proposition.

(1) Ces particularités se retrouvent dans plusieurs observations d'Havelock Ellis (*L'Inversion sexuelle*).

Il fréquente une jeune fille qui veut se faire épouser par lui ; il danse souvent avec elle. Elle l'entraîne dans des endroits solitaires et veut se donner à lui ; il n'éprouve aucun désir, il n'a aucune érection.

Il quitte son pays au commencement de juillet 1910 et vient à Paris où il se place comme garçon de pharmacie. Il ne tarde pas à avoir des *rapports homosexuels*. Il remplit le rôle passif et il ressent alors les premières « sensations amoureuses vraiment voluptueuses », mais seulement en remplissant le rôle passif ; au moment du coït, lorsqu'il est avec un homme qui lui plaît, il entre en érection et éjacule sans attouchements sur la verge. « La jouissance est quelque fois si forte, dit-il, que je pousse un cri et que je vais jusqu'à perdre connaissance. » La vue d'un homme de son goût, des baisers donnés par cet homme des attouchements extra génitaux produisent chez lui l'orgasme vénérien.

Il lui est arrivé parfois d'avoir à remplir le rôle actif dans ses rapports homosexuels ; cela lui répugnait, comme du reste il lui serait pénible d'accomplir le coït anal sur une femme. « Je n'aime pas du tout faire l'homme », dit-il.

Le coït anal n'est pas la seule pratique à laquelle il se prête ; il faut y ajouter le *coït périnéal*, la *masturbation mutuelle*, l'*onanisme buccal* pratiqué seulement par lui : il éprouve, dit-il, une grande satisfaction à accomplir cette dernière manœuvre ; il entre en érection, mais n'éjacule jamais spontanément, il aime également à lécher l'*anus*. Toutes ces pratiques lui procurent le maximum de plaisir avec Henry. Dès le jour où, à Paris, il a les premiers rapports sexuels contre nature, il s'efforce de trouver les occasions de se donner à des hommes ; il y a chez lui une hyperactivité érotique extraordinaire. « Je n'étais jamais satisfait, dit-il, et j'aurais dormi des nuits entières dans les bras des hommes. » Même au plus fort de son amour pour Henry « qu'il avait dans le sang », il éprouve le désir de le tromper. « Je voulais voir comment cela faisait avec d'autres. » Il regrette de ne pas avoir pu, dans ces occasions, se donner pour le coït anal ; c'est seulement la masturbation et l'*onanisme buccal* qu'il pratiquait, dans les urinoirs, ayant peur qu'en s'absentant trop longtemps, Henry ne s'aperçût de son infidélité ; quand il était un peu en retard, Henry lui examinait l'*anus*.

Jamais il n'a reçu d'argent des hommes qu'il a fréquentés : s'il les suivait, c'était uniquement pour satisfaire son érotisme, malgré qu'Alfred et Henry eussent désiré qu'il se prostituât.

On ne note pas chez M... de conformation physique rappelant celle de la femme.

Ses organes génitaux sont normalement développés. En

passant, disons qu'il n'a pas d'infundibulum et que les plis de l'anus sont bien marqués.

Il n'a pas non plus de démarche spéciale, d'attitudes étudiées, efféminées. « Il faut avoir vécu jeune dans une ville pour pouvoir faire ainsi, dit-il; je suis venu trop tard à Paris pour m'y habituer. » Il voudrait bien, malgré cela, ressembler à une femme.

Le dimanche, il se maquillait; en semaine, il aurait attiré l'attention de son patron.

Jamais il n'a revêtu de dessous ou de costumes féminins, jamais il n'a mis de bijoux ni pris de nom de femme.

Ses goûts n'étaient pas spécialement ceux d'une femme, bien qu'il s'occupât de l'intérieur quand il était avec Henry.

Son caractère, en revanche, l'éloigne beaucoup de celui de l'homme. Il est timoré, craintif, indiscret avec les hommes (son sexe opposé, pour lui) pour ce qui touche l'intimité; c'est une satisfaction pour lui de parler complaisamment de son inversion et de son érotisme; ce lui est une injure de recevoir une gifle de son « amant ».

Il est honteux, embarrassé d'être surpris débraillé par un honime; il ferme vivement sa chemise entr'ouverte sur sa poitrine quand on s'approche de lui, geste qu'il n'aurait pas l'idée de faire devant une femme.

Dans une lettre qu'il nous envoie, il se plaint de troubles digestifs et ajoute : « Si cela pouvait se réaliser, je croirais que je suis enceinte », et plus loin il écrit : ... « Vous n'êtes pas galant avec les dames », parce qu'on lui a refusé quelque chose.

Il regarde d'une façon langoureuse et significative l'homme qu'il désire. Tous les hommes n'attirent pas son attention.

Il préfère les adultes (vingt-cinq à quarante ans), de belle conformation corporelle et génitale, *sans barbe, mais avec de la moustache*. L'homme en uniforme, surtout s'il est gradé, a sa préférence, parce que le corps est mieux moulé par le vêtement.

L'inversion, chez lui, est à ce point prédominante que, dans ses rêves, c'est toujours à des hommes qu'il a affaire, et quelquefois, il lui arrive d'éjaculer.

Jamais il n'a eu, rappelons-le, le moindre rapport sexuel avec une femme.

Etant en place chez des pharmaciens, il aimait respirer l'éther, c'est la seule anomalie à noter à côté de ses perversions sexuelles.

Complétons cette observation par quelques extraits des nombreux écrits de M... On remarquera que M... a une certaine tendance à exécuter des travaux féminins,

si bien que ses frères et sœurs l'avaient surnommé la « fille manquée ».

« Sans le bon conseil et la grâce de M... X. (l'interne de service), je n'aurais jamais raconté tout ce que j'ai dit et que j'avais caché aux autres médecins ; et malgré tout, ce que j'ai dit est la pure vérité. »

« Ma mère était couturière, ce qui fait qu'à l'âge de dix ans, elle me montrait à ourler ou à marquer des mouchoirs. Ce travail me plaisait assez, ce qui fait que tout le temps de ma jeunesse, je n'ai jamais été embarrassé pour tenir une aiguille. »

« Je n'ai jamais trop joué avec des fillettes, comme vous me le demandez, ni je n'ai jamais joué à la poupée, ce qui me paraît ridicule pour un garçon ; malgré tout, je ne déteste pas de causer avec une femme tant qu'il n'est pas question d'amour. Ici, avec mes camarades, soit en manière ou en parole, je ne paraîs pas trop efféminé, mais quand je suis dans Paris, avec mes amis, j'ai bien l'air de ce que je suis. J'ai vu, soit dans nos lieux de rendez-vous ou le mardi-gras, des hommes de mon genre habillés en femme ; je vous assure que cela leur allait bien. Cela me donnait bien quelques envies, mais je n'avais ni la tournure ni les manières pour les imiter ; ce qui fait que je ne me suis jamais habillé en femme. »

« Etant revenu chez mes parents en quittant le régiment, je restai plusieurs mois sans travail et, par la suite, mes journées de travail étant moins longues que celles de ma mère, c'était moi qui faisais la cuisine pour trois, et quand ma mère rentrait, il n'y avait qu'à se mettre à table. C'est de là que m'a été donné ce surnom de femme manquée par ma belle-sœur et quelques voisines, ce qui ne me touchait pas beaucoup ; dans le fond de moi-même, je me disais qu'elles ne se trompaient pas beaucoup ; à ce moment, j'aimais déjà les hommes.

« Quelques détails sur mes mœurs. Je vous ai dit que je n'avais jamais reçu d'argent, je vais vous dire pourquoi. Je ne vais qu'avec les hommes qui me plaisent. Je n'aime que les hommes de vingt-cinq à quarante ou quarante-cinq ans. »

« Et puis, moi, je n'aime pas changer d'homme tous les jours. Je suis fait pour aimer. »

« C'est ainsi que dans les seize mois que j'ai été libre de moi, j'ai eu trois ménages. »

« Il y a des hommes de ma connaissance qui ont commencé à l'âge de seize ans et qui le seront toujours. Je sais bien que c'est des mœurs contre nature et quelquefois l'on se dit entre nous qu'il faut être cochon, mais c'est la nature qui veut ça. »

« Cela fait donc déjà une année que je suis enfermé. J'hésitais à vous écrire, car j'ai toujours peur que vous me fassiez reconduire en prison, car pour moi je ne me crois pas malade. Je sais bien que, après tout ce que je vous ai raconté, mes relations de toute nature avec les animaux et les hommes, relations étant contre nature, je dois passer à vos yeux pour un dénaturé et non un fou, car si j'ai été avec des animaux, c'était toujours des animaux femelles, car j'ai horreur de ce qui est sale, et c'était tout simplement pour satisfaire ma passion; à ce moment, je n'aimais déjà pas les femmes et pour éviter la masturbation que je sais être mauvais. »

« Pour les hommes, je suis comme la femme, un homme qui est beau et plaisant me porte sur les sens, tel que pour l'homme une belle femme. »

« Et puis je préfère être seul que de fréquenter mes camarades; les uns n'ont que grossièreté en bouche, les autres ne pensent qu'à se donner des coups de poing ou à dire des folies. »

« Je vous dirai aussi que beaucoup de drames passionnels comme le mien, ayant pour mobile la jalouse, sont acquittés devant le jury. Pourquoi j'ai été reconnu irresponsable, c'est sans doute à cause de mes mœurs; mon avocat m'a bien aidé un peu en me disant que tout ce que je dirais pour me faire passer pour un être immoral serait bon pour ma défense, et puis j'avais communiqué avec d'autres détenus qui étaient en observation et qui m'avaient donné quelques tuyaux ainsi qu'une lettre que j'avais fait passer à ma mère. »

« Quand je pense tout ce qu'il m'a fait souffrir avant et tout ce que je souffre depuis pour lui, je regrette de ne pas l'avoir fait souffrir de plus. »

« Et puis l'homme que j'ai supprimé n'est pas un grand tort pour la société, un homme qui vivait de sa prostitution, et mon avocat m'avait toujours soutenu que ma cause n'était pas si grave que ça. »

Quelquefois, et surtout lorsqu'il s'adresse à des hommes qui lui plaisent, il parle de lui-même au féminin. « J'ai écrit plusieurs fois à M... X. (l'interne du

service), dit-il, en employant le féminin. Je lui disais : « Je souffre beaucoup et, pourtant, il faudrait si peu de chose pour que je sois heureuse. Vous n'êtes vraiment pas galant avec les dames. »

Et encore : « Quand j'écrivais à mon ami, j'écrivais comme l'aurait fait une femme. Je signais d'un nom de femme, celui qu'il m'avait donné : « Sarah ». Il me répondait du reste de la même façon, me disait par exemple : « Es-tu heureuse ? »

Le malade est présenté à la Société.

Vous venez de voir M... Il n'a pas, vous avez pu le constater, les caractères physiques qu'on attribue d'habitude aux invertis : aspect efféminé, hanches proéminentes, seins développés. Et, cependant, c'est bien une femme, tant au point de vue des réactions sexuelles qu'au point de vue de la mentalité, des goûts et des réactions. En ce qui concerne l'inversion sexuelle, j'ajouterais à ce que nous savons déjà une constatation qui me paraît intéressante. Comme on demandait à M... si les rapports étaient parfois douloureux, il répondit que ses amants avaient des verges grosses et il ajouta que l'introduction se faisait progressivement et que, du reste, « quand on est avec un homme qui vous plaît, cela se dilate tout seul ».

M... s'est épris, dans mon service, de deux hommes et c'était chose intéressante de voir ses yeux langoureux, ses lèvres humides, son attitude à la fois pudique, pleine de réserve et en même temps de désirs contents lorsqu'il était en leur présence.

Il a encore, de la femme, le souci de l'épargne, la préoccupation de la propreté, des soins à apporter au ménage, etc., etc. Un des mobiles de son acte, et non des moindres, a été la colère motivée par le gaspillage de son amant. Enfin, il est timoré, et la prison lui inspire une frayeur qu'il ne cherche pas à dissimuler.

Le crime lui-même est un crime de femme, un crime passionnel. Comme le remarque très bien Havelock Ellis, le meurtre par jalouse est rare parmi les uranistes. C'est au contraire un acte féminin par excellence, fréquent chez les femmes inverties.

Je termine ici cette trop longue communication. Si je l'ai faite, ce n'est pas seulement parce que le cas m'a paru intéressant, c'est aussi parce qu'il soulève un problème médico-légal de la plus haute importance et sur lequel je vous demanderai de bien vouloir exprimer votre opinion.

Deux questions se posent en face du sujet qui nous occupe :

1^o L'inversion sexuelle peut-elle être considérée comme un état d'aliénation mentale?

2^o Avons-nous le droit de garder à l'asile un individu qui n'a jamais déliré et ne déliadera peut-être jamais?

Au premier abord, et avant d'avoir examiné M... de façon complète, je me sentais disposé à ne pas le garder à l'asile. Son acte m'apparaissait comme un crime passionnel vulgaire. L'internement était bien motivé par ce fait que M..., en raison de ses réactions violentes, constituait un danger social, mais il me souvenait d'avoir moi-même examiné des individus tout aussi dangereux au point de vue social, pour lesquels l'internement me paraissait absolument légitime, et de m'être trouvé, à ce propos, en contradiction complète avec mes collègues experts ou médecins des asiles.

En réfléchissant, je suis arrivé cependant à me convaincre de l'utilité de la mesure prise à l'égard de M... Devant une aussi complète transformation de la personnalité, transformation absolument indépendante de la volonté, il est impossible de considérer M... comme un homme normal, comme un homme ordinaire. M... est une femme, il a commis un crime de femme ; il y a chez lui une malformation originelle qui devait donner à réfléchir à l'expert, et il est infiniment probable qu'à défaut de ce dernier, le défenseur n'aurait pas manqué de la relever devant le jury.

L'internement se justifie donc, même si l'on néglige les antécédents nerveux, les habitudes alcooliques invétérées constatés chez les parents, d'après les renseignements recueillis par M. R. de Fursac.

D'après le malade, il y aurait dans ces renseignements une part d'exagération voulue à la suite des conseils de l'avocat et à la suite d'une lettre écrite à sa mère par M....

Il reste encore un dernier point à examiner. Voici un malade qui ne délire pas, qui n'a jamais déliré, qui ne délirera probablement jamais. Il réclamera certainement sa sortie dans un temps plus ou moins long. Devons-nous le garder à l'asile? Remarquez que ce garçon a vingt-cinq ans et qu'en somme, le médecin n'a pas le droit de se substituer au magistrat pour fixer la durée de la détention, car, en pareil cas, l'internement est une véritable détention.

Je serais très heureux d'avoir là-dessus l'avis de la Société médico-psychologique.

DISCUSSION.

M. ROGUES DE FURSAC. — M. Colin se demande s'il faut accepter les renseignements qui représentent comme un grand buveur le père de notre malade.

Cette notion m'a été confirmée par un des anciens patrons de cet homme, qui était, paraît-il, en état d'ivresse lors de l'accident ayant déterminé sa mort.

Lorsque j'ai été chargé d'examiner, au point de vue médico-légal, le sujet que M. Colin vient de nous présenter, j'ai longuement hésité au moment de prendre une décision ; et ce n'est pas à cause de l'inversion génitale que j'ai conclu à l'irresponsabilité et à la nécessité de l'internement. Psychiquement, cet individu est une femme ; mais, de plus, c'est une femme anormale, hyper-émotive, érotique, impulsive ; et ces particularités de l'état mental ont commandé ma détermination plus que l'anomalie sexuelle.

M. VIGOUROUX. — Si j'ai bien compris, c'est en tant qu'individu anormal et inintimidable que le médecin-expert a conclu à son internement. Par conséquent, la question de sortie ne saurait être discutée, tant que les anomalies de son état mental le rendent dangereux pour la société ; l'on ne peut que regretter qu'il n'existe pas pour lui d'asile spécial.

M. PACTET. — Si l'on accepte cette manière de voir, la situation de cet individu est plus défavorable que celle des criminels les plus dangereux. Ceux-ci sont punis en raison des crimes qu'ils ont accomplis et remis en liberté à l'expiration de leur peine ; celui-là sera

séquestré toute sa vie parce qu'on redoute de sa part d'autres méfaits. Cependant, le caractère passionnel du meurtre commis par lui est indiscutable et ne voit-on pas tous les jours la Cour d'assises acquitter et faire remettre aussitôt en liberté des accusés ayant accompli un crime passionnel ? Il serait intéressant de rechercher si, chez cette catégorie de sujets, la récidive est fréquente : je ne le pense pas.

Enfin, je me demande sur quoi l'on peut se baser pour déclarer cet individu inintimidable. Il n'a jamais été condamné jusqu'à ce jour : c'est donc une pure pétition de principe.

M. GILBERT BALLET. — La question médico-légale soulevée par l'examen de cette observation me paraît double. Laissant de côté le crime commis par cet individu, je ne veux envisager que son inversion génitale et remarquer combien il est difficile, rien qu'à ce point de vue, d'adopter à son égard une solution satisfaisante. Le péril moral qu'il constitue — il en serait de même pour un exhibitionniste — justifie-t-il, d'une part, qu'il soit séquestré perpétuellement et, d'autre part, que la société l'ait à sa charge tandis qu'il est capable de gagner largement sa vie ?

M. ARNAUD. — Il est préférable de considérer l'acte grave qu'il a commis, et d'envisager le péril qu'à ce point de vue il fait courir au milieu social si ses tendances pathologiques permettent de craindre des récidives.

M. GILBERT BALLET. — Je veux faire remarquer que de tels anormaux soulèvent un difficile problème d'assistance, même s'ils ne sont pas criminels.

M. ROGUES DE FURSAC. — Pour moi, la question de l'internement ne s'est posée que parce qu'il y a eu crime ; et, comme je l'ai fait remarquer dès le début de cette discussion, j'ai conclu à l'irresponsabilité et à l'internement en vertu d'autres considérations que celle de l'inversion génitale.

Élections pour le Bureau de 1913.

M. SEMELAIGNE, vice-président, devenant de droit président, il est procédé au scrutin pour la nomination du vice-président pour l'année 1913.

A la demande de M. DENY, le scrutin est resté ouvert pendant la séance.

1^{er} tour de scrutin.

Votants	34
MM. VIGOUROUX	16 voix.
RITTI	14 —
PACTET	1 —
FIAQUÉ	1 —
LWOFF	2 —

Il doit être procédé à un second tour.

M. RITTI demande la parole pour dire qu'il n'a pas posé sa candidature à la vice-présidence et qu'il n'entend nullement être le concurrent malgré lui de son excellent collègue M. Vigouroux.

2^e tour de scrutin.

Votants.	32
MM. VIGOUROUX	21 voix.
RITTI	9 —
LWOFF	1 —
PACTET	1 —

En conséquence, M. VIGOUROUX est proclamé vice-président pour l'année 1913.

Élection du secrétaire général :

Votants.	32
MM. RITTI	24 voix.
CAPGRAS	6 —
Bulletins blancs . . .	2

M. RITTI est élu secrétaire général

Élection des secrétaires de séances :

MM. DUPAIN et JUQUELIER sont élus par 27 voix sur 27 votants.

Élection du trésorier :

M. PACTET est élu par 25 voix.

M. BOISSIER est renommé archiviste-bibliothécaire par acclamation.

Le *Conseil de famille* se compose des membres du Bureau et des deux derniers présidents : MM. SÉRIEUX et KLIPPEL.

Le *Comité de publication* est composé de MM. BLIN, BRIAND et POTTIER.

Le *Comité de finances* se compose de MM. BRIAND et COLIN.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

MM. J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 16 décembre 1912.

I. — *Saturnisme et aliénation mentale. Un auto-mutilateur.*
Présentation de malades. — M. A. Marie (de Villejuif) présente deux malades : un atteint de délinence saturnine avec atrophie initiale directe de la musculature de la main gauche qui portait le mastic de céruse habituellement (cas de Manouvier et de Christian). Vient ensuite un paralytique autophage qui s'est dévoré le bras droit au niveau du biceps, croyant lutter avec un adversaire imaginaire (pas d'anesthésie notable à relever).

II. — *Affaire médico-légale. Simulation. Présentation de l'inculpé.* — M. Legras communique une observation intéressante se rapportant à un cas de simulation soutenue sans aucune défaillance pendant près de huit mois consécutifs et qu'a méconnue une expertise médico-légale suivie d'une ordonnance de non-lieu. D'après l'expertise : « Le prévenu était un malade aliéné à interner dans un asile spécial, dont les troubles mentaux ne rentrent dans aucune catégorie nosologique connue et dont les facultés intellectuelles ont subi un affaiblissement global. »

Il s'agit d'un individu à passé judiciaire chargé qui, avec un de ses camarades, avait très habilement combiné et préparé un guet-apens dans lequel était tombé un bijoutier, porteur pour environ une dizaine de mille francs de bijoux. Le coup ne réussit qu'à moitié. Les malfaiteurs se sauvèrent dans la rue et l'individu en question fut appréhendé. Ensuite, il comparut d'abord devant un commissaire de police et, plus tard, devant

un juge d'instruction qui l'inculpa de tentative de vol et de complicité. Interrogé successivement par ces deux magistrats, l'inculpé répondit très lucidement, mais en donnant un faux état civil et un faux nom. Puis, lorsque le juge lui démontra la supercherie, il devint subitement muet, et depuis se cantonna dans un mutisme permanent et irréductible. Le système de simulation reposait sur trois éléments principaux : un mutisme dépourvu de caractères morbides ; un marmottement imperceptible, à peine distinct, et une déambulation sur un trajet invariable le long du mur de la chambre ou du cabinet médical. Mais à diverses reprises, le sujet, ne croyant pas être surveillé ni vu, fut surpris interrompant sa manœuvre intentionnelle, parlant correctement, ne marchant plus et cessant de déambuler. C'est évidemment la preuve que l'attitude affectée était intentionnellement simulée et prémeditée.

III. — *Débilité mentale avec infantilisme. Cryptorchidie. Dépression mélancolique intermittente ; préoccupations hypocondriaques. Présentation de malade.* — MM. Marcel Briand et Salomon présentent un malade entré dans le service de l'admission pour un accès de dépression mélancolique intermittente, chez lequel on pourrait peut-être rattacher les troubles psychiques à des troubles des glandes à sécrétion interne. L'état de ce malade a en effet été rapidement amélioré sous l'influence d'un traitement thyroïdien donné comme stimulant des sécretions internes.

Il s'agit d'un cryptorchide dont les testicules ne sont pas même appréciables dans le trajet et qui présente tous les signes d'infantilisme. Peau fine et glabre, sauf au cuir chevelu et un peu au pubis ; larynx peu saillant, voix peu grave et voilée, développement insuffisant de la verge qui mesure environ 3 centimètres.

Il présente en outre des dystrophies osseuses profondes : exiguïté thoracique, cyphoscoliose cervico-dorsale, développement considérable du bassin, gigantisme des extrémités, malformations crano-faciales.

IV. — *Délire systématisé d'origine onirique chez un débile. Présentation de malade.* — M. Demay montre un malade de vingt-cinq ans, débile, perverti sexuel qui, à la suite d'excès alcooliques, fait une crise de délire onirique au cours de laquelle il croit être frappé de plusieurs coups de couteau. Les idées délirantes, au lieu de se dissiper avec l'accès, se sont organisées en un délire systématisé de persécution et de grandeur.

V. — *Délire d'interprétation hypocondriaque avec réaction, suicide et homicide. Présentation de malade.* — M. Leroy présente une jeune femme de trente-trois ans qui a été internée à la suite d'une tentative de suicide collectif. Elle avait tenté de s'asphyxier par le charbon avec ses deux fillettes, dont une est morte. Cette femme, normale jusqu'à trente et un ans, a présenté un délire d'interprétation hypocondriaque à la suite de la mort de sa sœur décédée de tuberculose. Elle se croit tuberculeuse et syphilitique, moins en raison de sensations internes dénaturées que d'interprétations nombreuses. On crache devant elle pour lui faire voir qu'elle est tuberculeuse, la marchande d'œufs lui fait comprendre qu'elle est pourrie. L'interprétation des faits récents ne lui suffit pas; elle présente un délire rétrospectif des plus intéressants, fouille dans sa mémoire pour trouver matière à de nouvelles interprétations.

VI. — *1^e Tumeur du lobe frontal et du corps calleux chez un dément; 2^e Fibrome de la dure-mère et athérome de l'aorte abdominale chez un hypocondriaque. Présentation de pièces.* — MM. Vigouroux et Hérisson-Laparre apportent deux tumeurs cérébrales. L'une d'elles a envahi le lobe frontal droit et a un noyau dans le corps calleux. C'est une tumeur maligne (gliosarcome ou neuro-épithéliome) autour de laquelle s'est développée une inflammation. Elle a donné lieu à un état démentiel, cliniquement non différenciable de la démence paralytique ou alcoolique. La seconde est un fibrome de la faux de la dure-mère, découverte à l'autopsie d'un dérivant âgé de soixante-dix ans, comprenant les faces internes des deux lobes frontaux. Elle n'a donné lieu à aucun symptôme pathognomonique.

Les auteurs s'étendent sur la pathogénie des troubles mentaux dus aux tumeurs cérébrales.

M. Anglade. Dans les gliosacomes on a éprouvé quelques difficultés à mesurer la part du tissu conjonctif et du tissu névroglique. Cette mesure est possible à l'aide des méthodes de double coloration. J'ai pu identifier notamment les cellules dites neuro-formatrices qui ne sont pas des éléments particuliers caractérisant des tumeurs spéciales. En fait, ainsi que je l'ai établi dans une communication à la Société de Biologie, en 1912, ces cellules neuro-formatrices sont des cellules névrogliques et pourvues d'un protoplasme colorable.

VII. — *Le traitement des escarres par l'enfumage iodé. Présentation de photographies.* — M. Courbon a traité les escarres en utilisant les vapeurs produites par la combustion d'un tampon

d'ouate saturé de poudre d'iodoforme. Cette combustion donne de l'iode à l'état naissant. Les résultats sont des plus avantageux.

JOURNAUX AMÉRICAINS

Journal of Nervous and Mental Diseases.

ANNÉE 1909.

I. — *Trois cas de spasme facial traités par des injections d'alcool*; par Hugh J. Patrick (numéro de janvier). — Avant de parler du traitement et de ses résultats, l'auteur indique quelques signes distinctifs du tic et du spasme, à savoir : le tic est plus commun que le spasme et invariablement lié à une prédisposition neuropathique, au contraire du spasme. Le spasme est un désordre strictement limité au mécanisme de l'innervation motrice, tandis que le tic est un mouvement volontaire, à une extension psychique ; il est comme une obsession motrice ou mieux le résultat d'une obsession, de sorte, qu'au contraire du spasme, il est soumis aux variations de la volonté, de l'émotivité, etc. Le spasme est, si l'on veut encore, un désordre anatomique et le tic un trouble physiologique, et on peut toujours imiter un tic tandis qu'on ne peut pas répéter un spasme. Le spasme peut, au début du moins, se limiter à un faisceau musculaire, tandis que le tic intéresse un muscle ou un groupe musculaire.

L'auteur a constaté que la méthode des injections d'alcool est extrêmement simple et que ses résultats sont plus satisfaisants qu'avec tout autre traitement. Il ne s'agit sans doute pas d'une cure radicale ; mais des spasmes, datant de quatre ans, se sont arrêtés pendant six mois, moment où l'auteur écrivait son article.

II. — *Etude sur la folie hystérique*; par Théodore Diller et George Wright (numéro de janvier). — Encore que l'hystérie présente parfois des symptômes si accusés et si prolongés qu'ils constituent une véritable psychose, elle n'est pas considérée en général comme une forme de la folie par beaucoup d'auteurs.

Et cela dépend surtout du quotient personnel de chacun d'eux

et du point de vue où ils se placent, car le terme de folie ne comporte pas des limites définies et les observations exigent plus ou moins d'intensité ou de durée des symptômes pour considérer qu'il y a ou non folie. Très souvent, disent MM. Diller et Wright, le vrai caractère des symptômes n'est pas reconnu parce que les symptômes n'évoluent pas dans tout leur cours clinique sous les yeux du même médecin, qui, dès lors, range le tableau clinique dans un des groupes symptomatiques dont il a l'habitude. Il s'attache cependant un grand intérêt pronostique et thérapeutique à ce problème, et les auteurs passent en revue les opinions des principaux aliénistes sur « le syndrome complexe de Gausser », qui serait un mélange d'un trouble crépusculaire de la conscience (*Dämmerzustand*) et de réponses inconséquentes approchées, on pourrait dire à erreur presque simulée ou voulue (*Vorbeireden*).

Raecke, qui a observé la nature hystérique de 6 p. 100 des psychoses, leur donne les caractères distinctifs suivants : idées fugitives de grandeur, variabilité de l'expression émotive, hallucinations d'ordre extatique, hallucinations et illusions d'allure émotive, changements considérables dans le tableau clinique sous des influences extérieures, caractère superficiel des troubles. Il reconnaît une forme dépressive et paranoïaque.

Raiman trouve, à la clinique psychiatrique de Vienne, 11 p. 100 de l'hystérie chez les femmes aliénées et 2,2 p. 100 chez les hommes.

Forester trouve, à la clinique d'Heidelberg, 13,8 p. 100 de psychoses hystériques, et son successeur en rencontre seulement 1,5 p. 100. Les auteurs semblent avoir raison de considérer que du point de vue où l'on se place doit dépendre le pourcentage observé. Il y aurait d'ailleurs lieu de distinguer entre les psychoses hystériques pures et les autres psychoses présentant des symptômes hystériques ; car l'hystérie est souvent associée aux diverses formes d'aliénation mentale : suivant l'importance donnée à ce facteur, le pourcentage doit évidemment varier.

MM. Diller et Wright ne croient pas que la qualité particulière des réponses soit spéciale à l'hystérie ; l'association de ce caractère avec l'état crépusculaire signalé seule leur paraît devoir faire songer à une psychose hystérique ; mais, disent-ils, il faut attacher autant d'importance aux illusions qui présentent des caractères spéciaux. Nous ne parlons pas, d'autre part, des autres troubles nerveux objectifs (aphonie, contractions, etc., etc.) qui sont suffisants pour trancher le diagnostic.

Les auteurs appellent l'attention et les recherches des aliénistes sur l'étude de cette question très importante.

III. — *De la paralysie faciale; étude de 335 cas;* par G. A. Waterman (numéro de février). — L'auteur a examiné ces 335 cas à l'hôpital général de Massachusetts et a éliminé les cas dus aux affections de l'oreille, fractures de la base, syphilis cérébrale, tumeurs et glandes. En étudiant ses cas avec ceux de Gowers, Bernhardt, Hübschman et Sossinka, l'auteur trouve que, sur 968 observations, les hommes ont présenté un pourcentage de 52 p. 100; sur ses 335 cas personnels, la paralysie a été 163 fois droite, 157 fois gauche et 15 fois bilatérale.

Pour Neuman, l'hérédité neuropathique se retrouverait fréquemment, puisque, sur 37 cas, 24 fois des maladies nerveuses auraient été constatées chez les proches parents. Pour l'auteur, au contraire, il résulte que cette hérédité n'est pas plus fréquente que pour des sujets pris au hasard. La frayeur semble avoir précédé directement l'invasion de la paralysie dans 3 cas.

Sur 22 cas de paralysie examinés par un auriste, 19 fois l'oreille moyenne fut trouvée normale.

Relativement à l'action du froid, l'auteur conclut avec Bernhardt que si le froid peut être la cause occasionnelle, la cause réelle réside dans la prédisposition de l'individu, prédisposition anatomique ou diminution de résistance aux causes toxiques.

Cette paralysie surviendrait surtout de quarante à cinquante ans, et l'auteur est d'avis que l'excitation galvanique ne joue aucun rôle dans la production de l'hémispasme qui constitue une séquelle relativement fréquente de la paralysie.

IV. — *Le trajet des excitations sensitives dans la moelle;* par le D^r Carl D. Camp (numéro de février). — La dissociation des sensations se rencontre dans les affections du cerveau, des nerfs périphériques et surtout de la moelle; on l'a signalée dans de nombreuses affections (tumeurs, gommes, pachymeningite, gliome, compression de la moelle, myélites, syringomyélie, etc...), et l'auteur fait remarquer qu'elle dépend bien plus de la portion lésée que de la nature de la lésion.

Suivant des idées, d'ailleurs admises, il passe en revue les origines et les voies d'accès dans la moelle des fibres sensitives. Les fibres de la sensibilité douloureuse entrent dans la corne postérieure et pénètrent dans la substance grise de deux à huit segments au-dessus de leur point d'arrivée pour aller, par le cordon de Gowers, dans le cerveau, le cervelet, l'olive infé-

riétre, etc...), soit directement, soit après relai dans des cellules ganglionnaires. Les fibres de sensibilité thermique suivent à peu près le même trajet que les précédentes, mais leur groupe en est distinct. Le sens de la position du corps serait probablement une sensation venue des articulations, et la sensation du mouvement viendrait des muscles ; les fibres suivraient le trajet de la colonne de Clarke.

L'auteur argumente ces données, admises et connues, sur quelques cas pathologiques qu'il a observés.

V. — *Un cas de tabes sacré* ; par le Dr Léopold (numéro d'avril). — Le malade, homme de cinquante-quatre ans, présentait, depuis dix-huit mois avant son hospitalisation, de l'ataxie et de l'incontinence d'urine, auxquelles s'ajoutèrent la paresse pupillaire ; le réflexe achilléen était aboli, mais il y avait persistance des réflexes rotuliens. A l'autopsie, les lésions caractéristiques du tabes existaient, localisées à la région médullaire sacrée ; les segments lombaires présentaient une légère altération seulement. De telles autopsies sont assez rares, et le cas méritait d'être signalé.

VI. — *L'hystérie et la méthode rééducatrice de Dubois* ; par le Dr Smith Ely Jelliffe (numéro de mai). — Jelliffe est d'avis que l'hystérie n'est pas une affection liée à un processus spécial ; il la considère plutôt comme un ensemble, chez un individu, de réponses psychiques à des facteurs physico-psychiques et dérivant d'un arrêt du développement de la mentalité. Elle s'observerait, en effet, chez les jeunes et rarement chez ceux dont la maturité de l'esprit a pu se constituer. Les habitants des campagnes et les travailleurs manuels sont prédisposés à la réaction hystérique. L'hystérie serait comme la réponse ordinaire aux exigences de la vie pour tous les déracinés ou les déçus qui ont conservé le mode simple de réaction psychique des enfants.

Jelliffe considère que l'hystérie tend à diminuer avec les progrès de la civilisation, car l'homme possède aujourd'hui, en présence des conflits intellectuels, politiques ou sociaux, des moyens nouveaux de réagir, tels que la liberté de la presse, les institutions démocratiques, les organisations syndicales qui lui permettent de réagir autrement que par l'hystérie. Il ajoute que le traitement de l'hystérie doit s'inspirer de la méthode de Dubois, qui consiste à reconstruire la synthèse mentale sur une bonne logique.

VII. — *Ataxie motrice sous l'influence de l'émotion* ; par le Dr Weir Mitchell (numéro de mai). — Sous ce titre, l'auteur

décrit des mouvements ataxiques qui se produisent toutes les fois que le sujet cherche à accomplir certains actes en présence d'autres personnes. Le plus habituel de ces actes est celui de la signature. Dans les cas décrits, des attaques soudaines de frayeur coexistaient, et Mitchell considère ce symptôme comme une des manifestations du nervosisme. Il ajoute que le nervosisme dans ses différentes formes est une des nombreuses manifestations des névroses atténuerées, mais qu'il peut constituer en lui-même, chez des personnes en bonne santé apparente, une entité.

VIII. — *Le symptôme complexe d'Adolphe Meyer*; par le Dr Isador Coriat (numéro de mai). — Ce syndrome, décrit par Adolphe Meyer, se rencontre à la période terminale de nombreuses cachexies et en particulier dans les psychoses dépressives. Les symptômes cliniques sont une diarrhée sévère, de la consommation, de la fièvre, des secousses des membres et une exagération profonde des réflexes.

A l'autopsie, on trouve une dégénération des cylindraxes, des cellules motrices, du cortex et des cellules des noyaux craniens, des cornes antérieures et de la colonne de Clarke.

L'auteur rapporte trente-trois observations.

IX. — *Diagnostic différentiel de l'hystérie grave et des affections organiques du cerveau et de la moelle, en particulier du lobe pariétal*; par le Dr Charles K. Mills (numéro de juillet).

— L'opinion de l'auteur est qu'un clonus persistant du pied, comme le signe persistant de Babinski, sont, presque sans exception, le signe d'une lésion organique; ils traduirait alors, en effet, une interruption des fibres cortico-spinales. Certains cas peuvent sembler contredire cette opinion, mais leur étude attentive montrera qu'en présence d'un syndrome présentant le clonus du pied et supposé hystérique, on trouve presque toujours une base organique. Il s'agit, bien entendu, d'un clonus persistant.

L'hystérie simule, pour l'auteur, les phénomènes nerveux élémentaires, tels que les troubles de la sensibilité cutanée, de la motilité, des organes des sens, mais la perte des fonctions hautement spécialisées des centres nerveux, comme la vraie surdité ou cécité verbale, ne se rencontrent pas dans l'hystérie pure.

Dans l'observation qui suit ces considérations, le syndrome pariétal se trouvait constitué par de l'hyperesthésie, des troubles du sens musculaire, du sens stéréognostique, de l'ataxie. Ces

symptômes ne se rencontreraient pas dans l'hystérie. Il s'y ajoutait du clonus du pied et le signe de Babinski, expliqués non plus par la lésion du lobe pariétal mais par la lésion des fibres du système cortico-spinal.

X. — *Le traitement chirurgical de l'athétose et des troubles spasmodiques par l'isolement du groupe musculaire*; par les Drs Schwab et Allison (numéro d'août). — Peu satisfaits des résultats obtenus par la transplantation nerveuse ou tendineuse, les auteurs ont essayé d'un nouveau procédé qui consiste à isoler le nerf dont est tributaire le groupe le plus important des muscles animés de mouvements spasmodiques et à provoquer une paralysie transitoire de ce groupe par une injection alcoolique. Par ailleurs, des exercices de rééducation destinés à augmenter l'activité des muscles antagonistes ont été institués et les auteurs relatent trois cas couronnés de succès. Ils se proposent d'étudier, sur une plus vaste échelle, la valeur du procédé.

XI. — *Inversion et confusion des couleurs comme symptôme précoce des tumeurs du cerveau*; par les Drs Cushing et Bordley (numéro de septembre). — De l'examen attentif de cent cas de tumeurs du cerveau, les auteurs concluent que le symptôme ci-dessus est un trouble très fréquent de cette lésion et que sa constatation a une valeur importante pour le diagnostic précoce.

XII. — *Étude des erreurs dans le diagnostic de la paralysie*; par le Dr Southard (numéro de septembre). — Le diagnostic de paralysie générale a été fait dans 61 cas à l'asile d'aliénés de Dauvers; dans 41 d'entre eux, le diagnostic était considéré comme absolument certain. Sur ce nombre, 35 cas furent confirmés par l'autopsie et 6 montrent l'absence des lésions caractéristiques malgré la présence des signes cliniques.

XIII. — *Étude critique des fonctions sensitives de la zone pré-rolandique, plus spécialement du sens stéréognostique*; par le Dr Hoppe (numéro de septembre). — Passant en revue les cas de la littérature médicale et trois observations personnelles, Hoppe étudie le problème de la localisation corticale du sens stéréognostique. Il montre que les lésions de la région rolandique n'altèrent pas ce sens, sauf peut-être dans les cas d'ablations expérimentales partielles de cette région, car la soudaineté de la lésion ne permet pas la création de voies compensatrices. Cliniquement, les troubles du sens stéréognostique sont beaucoup plus liés, quoique non nécessairement, aux affec-

tions du lobe pariétal et en particulier de la portion supérieure de ce lobe.

XIV. — *Thrombose de l'artère spino-cervicale médiane antérieure*; par le Dr Spiller (numéro d'octobre). — Spiller présente le cas d'un homme qui éprouva tout à coup une douleur dans le dos avec engourdissement et parésie des quatre membres, troubles des sphincters. Cet état s'améliora en partie par la suite. Le diagnostic d'hématomyélie fut porté, mais à l'autopsie pratiquée trois ans après l'accident, on trouva une thrombose localisée de l'artère spinale médio-antérieure.

ED. CORNU.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des thèses de médecine mentale soutenues devant la Faculté de Lyon pendant l'année scolaire 1911-1912.

I. — *L'anthropométrie des dégénérés. Rapport entre les mensurations des différents segments anthropométriques*; par le Dr Paul Vermalle, élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Elève du professeur Etienne Martin, qui est chargé d'un service à la prison Saint-Paul, le Dr Vermalle a pu utiliser pour ses recherches les nombreuses fiches anthropométriques de cet établissement. Les rapports, toujours semblables, qui existent entre les différents segments du corps chez les individus normaux, sont assez souvent troublés chez les hôtes des prisons. Or, l'examen psychique de ces *malfaits* a prouvé qu'il s'agissait presque toujours de sujets mentalement tarés. La simple lecture des fiches de Bertillon, qui indiquent les dimensions de l'oreille et du grand diamètre du crâne d'une part, de la taille et de l'envergure, et de la taille et du buste, d'autre part, etc...., dimensions dont le professeur Etienne Martin, dans ses travaux, et Vermalle, dans sa thèse, ont particulièrement étudié les rapports, permet à quiconque de dépister les individus qu'il y a intérêt à examiner mentalement.

Le Dr Vermalle conclut que cette méthode pourrait servir dans toute collectivité et en particulier dans l'armée, où il se propose de l'appliquer pour la recherche des individus tarés et devant, par conséquent, être l'objet d'une surveillance spéciale.

Ce travail intéressant vient à son heure, puisque le ministre de la Guerre vient de faire créer le *Laboratoire de morphologie de l'armée*.

II. — *De l'infanticide dans ses rapports avec les psychose transitoires des femmes en couches*; par le Dr Jean Sarrat, élève de l'Ecole du service de santé militaire.

La question a été posée plusieurs fois de savoir si l'infanticide ne pourrait pas, dans certains cas, être expliqué par un état mental particulier et souvent très passager, développé chez la femme sous l'influence du travail de l'accouchement. Il résulte d'observations très intéressantes, communiquées à l'auteur par les professeurs Régis et Etienne Martin, ou empruntées à la littérature, qu'il existe des faits certains d'infanticides commis sous l'empire d'une psychose transitoire. Il s'agit, le plus souvent, d'accès confusionnels, mais, quelquefois aussi, de raptus maniaques, mélancoliques, épileptiques ou hystériques. Ces raptus ne surviennent que chez les dégénérées (Dupré), les alcooliques (Dupré et Jean Lépine), les comitiales et les hystériques. Ils sont favorisés par la primiparité, la gémellité et les intoxications de la grossesse. Et l'auteur conclut : « Il résulte de notre étude que l'examen physique et mental d'une femme inculpée d'infanticide est nécessaire pour permettre au magistrat d'élucider très exactement la genèse du crime. »

III. — *Les maladies mentales dans les armées en campagne*; par le Dr Charles Vialatte, élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Ce sujet, indiqué à l'auteur par le professeur Jean Lépine, a été traité un peu sommairement, mais n'en est pas moins intéressant, surtout par ses conclusions en faveur de l'organisation de l'assistance psychiatrique sur les champs de bataille.

Le Dr Vialatte a compulsé tous les rapports des médecins militaires depuis les guerres de la Révolution. Mais ces travaux sont, au point de vue qui nous intéresse, très partiels et très insuffisants jusqu'à la guerre russo-japonaise où les psychiatres firent leur apparition sur les champs de bataille.

Au point de vue étiologique, en dehors des facteurs ordinaires, parmi lesquels une place très importante doit être faite à l'alcoolisme, l'auteur signale l'action des explosifs qui, par les vibrations qu'ils provoquent et les gaz délétères qu'ils

dégagent au moment de la déflagration, suscitent des troubles psychiques, quelquefois instantanés, pouvant aller de la simple obnubilation passagère à la confusion mentale avec stupeur.

En général, les accidents psychiques qui éclosent dans les camps sont surtout d'ordre confusionnel ou dépressif. Mais on signale également des accès maniaques, des accidents épileptiques (émotion épileptogène), hystériques (post-traumatiques). Quelquefois même, des paralysies générales et des démences précoces, jusque-là latentes, trouveraient, au cours de la campagne, prétexte à apparition.

Le Dr Vialatte signale, au passage, des cas de psychoses collectives ; c'est ainsi du moins qu'il qualifie les paniques(?) et les épidémies d'automutilation et de suicide.

Dans ses conclusions, l'auteur demande qu'en temps de paix, des mesures soient prises pour dépister et éliminer les anormaux et pour enrayer l'alcoolisme ; qu'en temps de guerre, une assistance psychiatrique soit organisée avec le concours des aliénistes servant dans la réserve et la territoriale. On mettrait à leur disposition des moyens d'évacuation rapides et spéciaux pour permettre de diriger ces malades, sitôt la psychose décelée, sur les asiles du territoire.

IV. — *Le suicide dans l'armée. Etude statistique, étiologique et prophylactique* ; par le Dr Georges Botte, élève de l'Ecole du service de santé militaire.

Travail de statistique intéressant, posant beaucoup de problèmes auxquels on n'a pas encore trouvé d'explications. Nous résumons ici les nombreuses conclusions de l'auteur.

Proportionnellement, les militaires se suicident plus que les civils de même âge et de même sexe. Mais, tandis que le nombre des suicides augmente dans la population civile, il décroît dans la population militaire. Les officiers se tuent une fois et demie et les sous-officiers deux fois plus que les soldats. C'est dans le corps d'armée de Nancy que les militaires se suicident le moins et dans celui d'Amiens qu'ils se suicident le plus. Proportionnellement, toujours, les suicides sont deux fois plus fréquents dans les troupes d'Algérie et de Tunisie. Dans la métropole, ce sont les cavaliers, les infirmiers et les secrétaires qui se suicident le plus ; puis viennent, par ordre de fréquence décroissante, le train des équipages, la ligne, la garde

républicaine, l'artillerie et le génie. Le suicide est plus fréquent en été et au printemps qu'en automne et en hiver. La moitié des suicidés militaires emploient l'arme à feu, un quart la pendaison, un septième la submersion, un vingtième la précipitation. Pour toute l'armée, la moyenne des trente dernières années donne 34 suicides par an et par 100.000 militaires de tout grade. En 1908, ce chiffre était tombé à 13.

Si l'on établit une comparaison au point de vue qui nous intéresse entre l'armée française et les armées étrangères, on constate que le suicide est particulièrement fréquent en Autriche (125 pour 100.000 hommes); puis viennent l'Amérique, l'Allemagne et l'Italie, où le suicide est beaucoup plus fréquent qu'en France. Dans tous les autres pays, il l'est moins.

Le soldat français se suicide surtout pour des chagrins privés, quelquefois au cours d'une psychose ou après l'ivresse, rarement par crainte des punitions. Ce dernier motif est de beaucoup le plus fréquent en Allemagne et en Autriche.

Comme prophylaxie, le Dr Botte demande que l'on élimine de l'armée les hommes atteints de troubles mentaux, que l'on enrave l'alcoolisme et enfin que l'on développe la surveillance et l'influence morale des supérieurs vis-à-vis des subordonnés.

V. — *Sainte-Beuve. L'homme. L'œuvre. Etude médico-psychologique*; par le Dr Francis Voizard, élève de l'Ecole de santé militaire de Lyon.

Travail très intéressant écrit dans le style qui convenait à une étude autant littéraire que médicale.

Sainte-Beuve était fils d'arthritique et arthritique lui-même. Aux symptômes organiques de cette diathèse se joint chez lui « tout le cortège psychique qui caractérise la psychologie de ces malades ». Il fut un sexuel médullaire et cérébral, un triste, un inquiet, porté à analyser toutes ses sensations, tous ses sentiments, « et par surcroît ceux des autres ».

Sainte-Beuve avait fait pendant quatre ans des études médicales. Il les abandonna pour des raisons pécuniaires et aussi « par dégoût du métier ». Mais il en conserva l'habitude d'examiner ses sujets avec la méthode en usage chez les médecins. Il transporta cette méthode dans le domaine de la psychologie normale et pathologique.

L'auteur des *Lundis* observa comme psychologues et psychiatres le font aujourd'hui; Voizard rapporte quelques-unes de ses *observations* et en particulier celles de Maine de Biran et de Bernardin de Saint-Pierre.

« Sainte-Beuve a transformé la critique littéraire en une partie de la psychologie médicale. » Ses œuvres méritent de voisiner avec les *Essais* de Montaigne au chevet du médecin.

VI. — De l'état intellectuel dans les démences. Paralysie générale, démence sénile, démence précoce; par le Dr Charles-Pierre Puillet, interne des asiles de la Seine.

C'est un très gros volume de 360 pages que le Dr Puillet a présenté comme thèse.

Les méthodes proposées par les psychologues pour étudier l'état intellectuel des individus normaux ou anormaux sont innombrables. L'auteur estime qu'en général, elles sont inapplicables à l'étude de l'affaiblissement intellectuel des déments, par suite de la complexité et de la difficulté des épreuves.

Il propose une méthode nouvelle, méthode expérimentale très simple que MM. Vurpas, Léri et Ribo ont déjà employée pour apprécier l'état intellectuel des choréiques chroniques. L'auteur commence par faire un exposé très complet des différentes méthodes auxquelles il renonce. Il nous donne, en outre, dans une deuxième partie, les résultats qui ont été obtenus avec ces mêmes méthodes dans le domaine des recherches qui l'intéressent. Nous avons ainsi, avant même d'en arriver à la partie originale de l'ouvrage, 140 pages d'étude historique et critique qui, à elles seules, suffiraient à rendre le travail du Dr. Puillet très intéressant en même temps que très précieux pour qui-conque voudrait se documenter sur ce sujet.

La méthode que préconise Puillet consiste tout d'abord à rechercher, par une série de questions simples, l'état de conscience du malade, à qui l'on présente ensuite des vues de Paris sur lesquelles on le laisse causer spontanément. Puis on lui demande d'énumérer les animaux domestiques qu'il connaît, et cette énumération finie, on l'invite à dire ce qu'il sait sur chaque animal. On lui présente ensuite des gravures et on lui dit de les expliquer. On lui demande d'imiter le bruit d'un instrument de musique. Enfin, après lui avoir fait dire lequel de deux

objets est le plus long, puis le plus lourd, après lui avoir fait reconnaître des couleurs, après lui avoir fait énumérer les différents métiers et exécuter quelques gestes professionnels, l'observateur interprète les résultats.

« En somme, nous demandons des définitions et des récits. Or, faire une définition, même imparfaite, est un acte psychique extrêmement complexe et difficile. En dehors des éléments divers fournis par la mémoire, il exige des efforts d'attention, des opérations d'analyse, de comparaison, d'abstraction, aboutissant à un jugement qu'il s'agit non seulement de concevoir, mais encore d'exprimer par le langage..... »

Il n'apparaît pas, à la lecture des observations très longues et très conscientieuses rapportées par l'auteur, que, pour arriver à ce résultat, d'autant nombreuses questions soient nécessaires. Il nous semble que l'on pourrait, et en diminuer le nombre et en varier le fond. Pour apprécier l'état intellectuel d'un malade, il faut, et c'est ce qui ressort de la phrase que nous venons de rapporter, étudier sa mémoire, son imagination, son jugement et son raisonnement. Or, il est évident que l'auteur est fixé sur la valeur de ces facultés quand il a posé au malade les 174 questions que nous retrouvons dans chacune des observations, mais nous avons l'impression que l'on pourrait arriver à ces fins par une voie plus directe.

Quoiqu'il en soit, Puillet obtient des résultats très intéressants. Il étudie successivement l'état intellectuel des paralytiques généraux, des déments séniles et des déments précoce. Après chaque groupe d'observations, il indique en quelques lignes, peut-être un peu sommairement, les déductions qu'il en tire. Ces conclusions peuvent être divisées en deux groupes : conclusions générales, l'auteur faisant en quelque sorte une étude sémiologique des réponses elles-mêmes, et conclusions particulières pour chaque forme de démence. Nous allons résumer brièvement les unes et les autres.

La diminution de la personnalité, l'emploi de termes indéfinis (tels que bête, animal...), en réponse à une question précise, la définition des objets par l'usage, sont des indices de déchéance intellectuelle avancée. L'apparition, puis la persistance des idées se rattachant aux fonctions de la nutrition, indiquent une déchéance terminale. Les stéréotypies sont un procédé de lutte contre la fatigue. Les néologismes sont d'abord un moyen de conservation des idées et sont ensuite employés sans raison et ne répondent à rien de précis.

En dehors d'un certain nombre de points communs, chaque démence présente des caractères un peu spéciaux. Dans la paralysie générale, on observe surtout la perte du contrôle et de l'attention, de la difficulté d'évocation ; le matériel intellectuel est réduit ; le fonctionnement est irrégulier et inégal. Dans la démence sénile, on note surtout les stéréotypies et l'automatisme. Quand on sort des questions usuelles, le malade devient souvent inférieur au paralytique. L'état intellectuel des déments précoce comporte un matériel souvent considérable, se caractérise par une abondance de digressions, de néologismes, « un amour du flou... de l'imprécis... du maniére... un désir de trouver tout semblable pour éviter l'effort de faire une différence ». On est souvent gêné par le négativisme, l'inattention et « une incohérence parfois plus apparente que réelle ».

VII. — *Essai sur l'affaiblissement intellectuel dans la démence épileptique* ; par Léon Morel, interne des asiles de la Seine.

Puillet et Morel avaient travaillé de concert la question des démences, et ce dernier s'était réservé l'étude de la démence épileptique. Il emploie, nous dit-il, la même méthode que Puillet, mais légèrement simplifiée, parce que les comitiaux souffrent particulièrement des longs interrogatoires. Je ne reviendrai pas sur les critiques que j'ai cru devoir adresser à cette méthode que Morel n'a pas, à mon avis, suffisamment modifiée.

Isolée par Esquirol, la démence épileptique fut étudiée par la plupart des auteurs du xix^e siècle, qui décrivirent finalement deux formes types : Delasiauve, la forme paralytique; Charpentier, Marchand, J. et R. Voisin, une forme assez analogue à celle de la démence précoce. Doury a, en outre, signalé inci-
demment une forme de démence épileptique ressemblant à la démence sénile.

Morel rapporte vingt et une observations, très conscientieuses elles aussi et peut-être un peu plus faciles à lire que celles du précédent travail, parce que moins pourvues de signes conventionnels inusités.

Ces vingt et une observations sont divisées en trois groupes inégaux.

Les trois premières ont trait à des démences épileptiques à forme de démence précoce. La lésion intellectuelle primordiale

est celle de l'attention. La mémoire paraît moins atteinte que dans les autres formes. Le déficit est réel, mais inégal. Dans ses grandes lignes, l'affaiblissement intellectuel est assez analogue à celui de la démence précoce ordinaire, mais s'en distingue par le phénomène de la répétition ici très net et très fréquent. Cette forme se rencontre chez les déments épileptiques jeunes.

Un second groupe contient quatorze observations de démences épileptiques à forme paralytique. L'affaiblissement intellectuel, dès qu'il apparaît, est global : attention, mémoire, jugement subissent un atteinte égale et simultanée. Il s'agit alors d'épileptiques devenus déments à l'âge adulte seulement et qui évolueraient vers une pseudo-paralysie générale avec signes physiques (pupilles paresseuses, gâtisme).

Enfin, dans un troisième groupe, l'auteur rapporte cinq observations de démence épileptique à forme de démence sénile. Ce qui domine alors dans le tableau clinique, ce sont les troubles de la mémoire, suivant la loi de Ribot. Il s'agit, dans ces cas, de sujets atteints dans le jeune âge par le mal comitial et chez lesquels l'affaiblissement intellectuel n'est survenu qu'après l'âge adulte.

Morel, dans son travail, d'ailleurs très intéressant puisqu'il met en lumière une forme de démence épileptique à peu près ignorée jusqu'à ce jour, a peut-être donné un peu trop d'étendue aux observations au détriment de l'argumentation.

En terminant, l'auteur insiste sur le symptôme « de la tendance quasi convulsive à la répétition », phénomène particulièrement marqué dans les démences épileptiques, et parmi celles-ci dans celle qui revêt la forme de la démence précoce. Ce phénomène se rapproche de celui décrit sous le nom d'intoxication par le mot, ou de réaction de persévération, et enfin, plus récemment, de viscosité mentale démentielle par Revault d'Allonnes.

VIII. — *Des internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance aux aliénés*; par F. Adam (Thèse analysée dans le numéro de novembre 1912 des *Annales*).

D^r FRANTZ ADAM.

I. — *La localisation de lapraxie*; par le Dr F. d'Hollander. Broch., in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, avril 1912.

II. — *Apraxie motrice bilatérale. Autopsie. Contribution à la localisation de lapraxie*; par le même. Broch., in-8°, avec planches. Extrait de l'*Encéphale*, juin 1912.

A propos d'une observation personnelle, le Dr F. d'Hollander apporte une intéressante contribution à la localisation de lapraxie.

Une malade de cinquante-cinq ans, paraphasique sans paralysie ni ataxie, présente de lapraxie motrice bilatérale, se manifestant non seulement dans les actes composés d'une série d'actes partiels, mais aussi dans les actes très simples, dans les mouvements imités (ce qui exclut lapraxie idéatoire). Les actes autokinétiques (marcher, mâcher, déglutir) s'accompagnent normalement.

On observe, en outre, chez elle une sorte de *persévération tonique* caractérisée par la conservation de la même attitude pendant des heures et rappelant la catatonie de la démence précoce.

A l'autopsie, on trouve dans le cerveau droit un kyste qui détruit exclusivement la partie postérieure de F'. Dans le cerveau gauche, il y a un vaste ramollissement sous-cortical, qui siège dans la substance blanche du lobe occipital et temporal et qui empiète sur la deuxième pariétale et le pli courbe. Il interrompt de nombreux faisceaux d'association.

Cette lésion gauche « s'attaque donc aux parties principales du grand centre d'association postérieur de Flechsig, elle rompt les faisceaux d'association qui unissent ce centre postérieur au senso-motorium gauche ». Ainsi se trouve expliquée lapraxie du côté droit.

Mais ce foyer ne peut pas être la cause de lapraxie du côté gauche; sans doute quelques fibres du corps calleux sont intéressées (*forceps major*), mais cette destruction est trop minime pour produire des troubles apraxiques gauches. Il existe d'ailleurs des observations de lésion étendue du cerveau gauche avec troubles apraxiques localisés exclusivement à droite (Biekowski).

Lapraxie gauche ne peut être expliquée que par la destruction de F' du cerveau droit. Avec Goldstein, on doit consi-

dérer le lobe frontal droit « comme un appareil de transmission intercalé entre le senso-motorium droit et le champ gauche de l'idéation ». C'est dire que l'influx directeur de l'hémisphère gauche, après avoir traversé le corps calleux, ne va pas directement au senso-motorium droit, mais passe par le lobe frontal droit. Ce rôle intermédiaire du lobe frontal, déjà établi par le troisième cas de Hartmann, est donc confirmé par l'observation de d'Hollander.

Etudiant en général la question de la localisation de l'apraxie, d'Hollander fait remarquer qu'il n'y a pas de centre de l'eupraxie, c'est-à-dire « de région corticale nettement circonscrite, réceptacle d'images motrices dont la destruction provoquerait uniquement et exclusivement des troubles moteurs de nature apraxique ».

Pour que la correction absolue des mouvements intentionnels soit possible, il faut que la région senso-motrice (Pa et Fa) soit en relation avec tous les centres d'association. Habituellement, l'apraxie résulte de lésions pariétales, particulièrement de la destruction de la substance blanche du *gyrus supra marginalis* parce que cette région contient des faisceaux d'association importants ; mais il est possible que le centre d'association antérieur (lobe frontal) joue un grand rôle dans l'eupraxie.

En somme, pour d'Hollander :

1° L'eupraxie exige la coopération des deux grands centres d'association antérieur et postérieur avec le senso-motorium gauche ;

2° La direction de l'hémisphère gauche s'exerce sur le senso-motorium droit par la voie « corps calleux plus lobe frontal droit ».

P. GUIRAUD.

Hallucinations unilatérales de l'ouïe; par le professeur Magalhaês Lemos. Broch. in-8°, avec planche. Porto Officina typographica do Manicomio do Conde de Ferreira, 1911.

Un enfant de dix ans présente de la céphalalgie puis des accès d'angine de poitrine, des crises épileptiformes et enfin des hallucinations de l'ouïe unilatérales gauches. Il est atteint en même temps d'une diminution bilatérale de l'acuité auditive plus marquée à gauche. L'unilatéralité des hallucinations est si nette que le malade en demande l'explication.

A l'autopsie, on trouve, dans le cerveau droit, un foyer de ramollissement occupant la portion moyenne de T 1 et de T 2 et empiétant sur T 3. Il n'y a pas d'autre lésion notable.

Comment expliquer par ces lésions la surdité et les hallucinations ?

La surdité se comprend facilement, puisque, dès 1879, Luciani et Tamburini ont démontré que la destruction unilatérale du lobe temporal, chez les animaux, produit la surdité des deux oreilles, mais plus accusée du côté opposé à la lésion. Les hallucinations sont aussi causées par le ramollissement, mais indirectement. Il y a autour de la portion ramollie une zone inflammatoire qui irrite les fibres du corps calleux et va par leur intermédiaire exciter la zone auditive gauche correspondante.

L'unilatéralité des hallucinations demande des explications complexes.

S'appuyant sur de longues considérations anatomo-physiologiques, l'auteur essaie de démontrer que, contrairement à l'opinion de J. Soury, le fait que chaque nerf acoustique se termine dans les deux hémisphères ne rend pas les hallucinations unilatérales impossibles. Il fait de plus remarquer que toute hallucination auditive verbale nécessite l'intervention du centre de Wernicke, par conséquent du cerveau gauche.

Séglas a donné des hallucinations unilatérales une théorie plutôt psychologique. Pour lui, dans certains cas, l'hallucination est localisée d'un côté par des sensations subjectives antérieures (bruits entotiques); d'autres fois, les malades, entendant toujours les voix dans la même direction, seraient en état d'attitude expectante de ce côté et négligeraient inconsciemment la sensation hallucinatoire de l'oreille opposée. M. Magalhaës Lemos n'admet pas ces explications pour son observation : le malade n'avait pas de bruits entotiques; de plus, étonné d'entendre seulement des voix à gauche, « il sollicitait l'hallucination droite » et prenait en vain l'attitude adéquate. Il a recours à des hypothèses anatomo-physiologiques. Il faut remarquer d'abord avec Brenner que, chez les malades de l'ouïe, lorsqu'on excite galvaniquement un côté de la tête, le patient perçoit un son du même côté; lorsque ce son arrive à s'extérioriser, c'est toujours du côté de l'excitation. L'excitation galvanique d'un côté de la tête agirait directement sur l'hémisphère cérébral correspondant et non sur le nerf acoustique : la preuve c'est que l'expérience réussit avec des

malades atteints de surdité par méningite cérébro-spinale chez lesquels le nerf acoustique est détruit.

L'unilatéralité des hallucinations devient ainsi facilement explicable : le foyer de ramollissement droit et sa zone inflammatoire joue le rôle d'une épine irritative qui, par l'intermédiaire du corps calleux, va exciter le lobe temporal gauche. Celui-ci se comporte comme s'il subissait une excitation galvanique directe et provoque, comme c'est la règle dans l'expérience de Brenner, des hallucinations unilatérales gauches.

P. GUIRAUD.

Filosofia biologica : Nuevos conceptos del delito y de la pena
(Philosophie biologique. Nouvelles conceptions du délit et de la peine); par le Dr José Ingegnieros. Broch. in-8°, 20 p., extr. de l'*Argentina médica*, n° du 26 février 1910.

L'auteur édifie une nouvelle conception du délit et de la peine sur la base de ses théories de philosophie biologique. Il définit successivement le concept biologique du délit, le concept biologique de la délinquance, la fonction biologique du droit pénal.

Concept biologique du délit. — Le bien et le mal, fondements de la morale, l'honnêteté et la délinquance, bases du droit, ne sont que des jugements de valeur exprimant le caractère utile ou nuisible de l'expérience, et n'ont pas de réalité concrète. Tout acte n'est ni honnête ni délictueux en soi : il devient délictueux lorsqu'il transgresse les limitations imposées à l'individu par la collectivité dans la lutte pour la vie. Son caractère dépend du milieu où il se produit, car le critérium moral, traduit dans les lois, varie dans le temps et le lieu toutes les fois que changent les conditions du combat pour l'existence.

Concept biologique de la délinquance naturelle. — La morale et le droit, en transformation constante, évoluent parallèlement, mais sans se confondre ; de là la différence entre le délit naturel, infraction à la morale, et le délit légal, violation de la loi écrite. Cette différence dépend du déséquilibre entre les sanctions morales et les sanctions légales dans le cours de l'évolution sociale. Parmi les délinquants naturels qui échappent aux rigueurs de la loi se rangent les sujets qui mènent une vie immorale, les « imbéciles de l'honnêteté » qui vivent sur les frontières du délit, et nombreux de dégénérés. Dans une autre caté-

gorie de délinquants naturels, on peut rencontrer des « anormaux évolutifs », précurseurs des transformations de l'éthique sociale (grands réformateurs sociaux, politiques, religieux, etc.). D'autres individus sont inadaptés parce qu'ils devancent les changements de la législation (délinquance politique, adultère, maints délits de presse, etc.). La défense sociale ne doit pas oublier que réprimer le mal d'aujourd'hui n'oblige pas à nier qu'il puisse être le bien de demain, afin que le doute salutaire atténue toute rigueur à l'égard d'individus qui vivent en marge de la morale ou de la loi actuelle; nulle société ne pourrait fixer de limites précises entre la délinquance évolutive et involutive.

Fonction biologique du droit pénal. — Les institutions répressives du délit représentent l'ensemble des dispositions prises par chaque société pour défendre la vie et les moyens d'existence de ses composants ; le droit pénal exerce une fonction défensive par rapport au délit. La tendance à l'association qui caractérise l'espèce humaine crée entre ses membres une solidarité qui fait considérer tout dommage causé à l'un d'eux comme les atteignant tous. Ainsi, le phénomène purement biologique (réflexe de défense) se transforme en phénomène sociologique : le délit est un fait social, et la fonction « biophylactique » individuelle devient une fonction sociale, dont le droit pénal est l'expression concrète. D'ailleurs, le passage du réflexe défensif (vengeance) des sociétés primitives au système juridique n'est pas simultané chez tous les peuples.

L. ARSIMOLES.

Los dibujos papilares de la palma de la mano como medio de identificación (Les dessins papillaires de la paume de la main comme moyen d'identification); par le Dr Antonio Lecha Marzo. — Broch. in-8°, 10 p. Extr. de la *Revista de medicina y Cirugia practicas*, février 1910.

A côté de la dactyloscopie de Vucetich, peuvent trouver place d'autres moyens d'identification, qui, s'ils n'ont pas la prétention de remplacer cette méthode éprouvée (sauf dans le cas de mutilation des doigts), ont le mérite de faciliter la classification des fiches d'identité ; à ce groupe appartiennent les dessins papillaires de la paume de la main. Ceux-ci présentent les mêmes caractères que les empreintes digitales : même

formation anatomique, même richesse, variation infinie d'un sujet à un autre et d'une main à l'autre chez le même sujet; immuabilité pendant toute la vie. L'étude d'un grand nombre d'empreintes palmaires révèle une certaine symétrie qui permet de reconnaître deux systèmes formés par les crêtes et lignes papillaires : un système deltique et un système nucléaire moins fréquent, et de décrire un type schématique de groupement des lignes papillaires qui comporte d'innombrables variétés. Ces dessins papillaires peuvent être traduits en formules chiffrées. Le facile classement des fiches, prouvé par les récents travaux de Stockis, montre la valeur de ce procédé d'identification.

L. ARSIMOLES.

Experimentos de identificación monodactilar (Expériences d'identification monodactylaire); par D. Federico Oloriz Aguilera. Broch., 15 p. Publié dans la *Revista de Legislación y Jurisprudencia*. Madrid, 1910.

Des diverses expériences auxquelles s'est livré l'auteur pour éprouver la valeur de sa méthode d'identification monodactylaire, expériences qu'il serait trop long de rapporter, ressortent les résultats suivants : sur 101 étudiants ayant fourni l'empreinte d'un seul doigt, 68 furent identifiés exactement ; 17 n'avaient pas de fiche dans le registre d'identification établi préalablement aux expériences ; 16 erreurs furent commises, dont 5 dues à des empreintes défectueuses. La méthode Oloriz donne donc 81 p. 100 de résultats exacts, et seulement 11 p. 100 d'erreur. Les erreurs consistaient dans la non-identification de sujets possédant une fiche ; l'erreur inverse, consistant à prendre un inconnu pour un récidiviste, ne se produisit jamais. Il est donc possible de reconnaître un individu par l'empreinte d'un seul doigt.

L. ARSIMOLES.

La Psicología en la República Argentina (La psychologie dans la République argentine); par le Dr José Ingegnieros. Broch. de 15 p., extr. des *Anales de Psicología*, vol. I, 1910.

L'auteur rappelle les travaux les plus notables parus dans son pays depuis 1875 sur les diverses branches de la psychologie, l'anthropologie, la sociologie, l'anatomie et la physiologie

du système nerveux. Il montre comment l'enseignement de la psychologie, détaché depuis vingt ans de celui de la philosophie, s'est orienté de plus en plus, dans toutes les chaires, vers la psychologie expérimentale et pédagogique, et reproduit les statuts de la Société de Psychologie, fondée à Buenos-Ayres à la fin de 1908.

L. ARSIMOLES.

Dementia præcox mit Alcoholismus chronicus (Démence précoce avec alcoolisme chronique); par le D^r Karl Graeter; Leipzig, 1909; Verlag von I. Ambrosius Barth.

Le but ultime du travail présent est de démontrer l'inexistence de délire systématique chronique alcoolique, admis par beaucoup d'aliénistes. Ces prétendus cas de paranoïa alcoolique ne sont que des complications de démence précoce par de l'alcoolisme chronique, démence précoce prise dans le sens de Kraepelin. Chez onze malades examinés par le D^r Karl Graeter, l'erreur avait été commise, ce qui était fâcheux non seulement pour ces malades, mais aussi pour leur entourage. Le concept de démence précoce étant loin d'être bien défini, il faut, je crois, accueillir avec intérêt ce travail, mais ne pas l'accepter aveuglément et continuer à chercher dans la voie indiquée par l'auteur.

PH. CHASLIN.

Reflex und Psyche; par le professeur Julius Donath, Sammlung klinischer Vorträge, n° 592, *Innere Medizin*, n° 190, 1910.

Ceci est un éloquent discours, prononcé au centenaire de la section neuro-psychiatrique de la Société royale médicale à Budapest, le 17 janvier 1910, dans lequel M. Julius Donath s'efforce de montrer les transitions insensibles qui permettent de passer de la matière inorganique à l'organique et enfin au psychique. Pourquoi admettre, se demande l'auteur, qu'il y ait des bornes infranchissables entre l'inanimé et l'animé? Est-ce que le concept si raide de matière que l'on avait autrefois, il n'y a pas si longtemps, ne fait pas place à un nouveau beaucoup plus souple et fluide? Les cellules de Leduc montrent que la nature inanimée est capable des mêmes mouvements et des mêmes formes que l'animée. La science tend à confirmer chaque jour davantage la thèse de Baruch Spinoza, que pensée et étendue sont les deux attributs de la substance.

PH. CHASLIN.

Zur Bakteriologie der Chorea Sydenhami (Contribution à la bactériologie de la chorée de Sydenham); par le professeur Julius Donath. Extrait du *Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie*, Bd IV, H. 1, 1910.

Sept observations de chorée avec examen bactériologique où M. Julius Donath trouve le staphylococcus pyogenes albus ou aureus. Il croit que ce microbe est bien la cause de la chorée, cause non spécifique, car d'autres auteurs ont trouvé des streptocoques purs ou mêlés à des staphylocoques. La chorée est donc le plus souvent infectieuse. Pourtant, l'auteur admet que les prédisposés peuvent réagir au choc psychique ou à la grossesse en manifestant une chorée de Sydenham.

PH. CHASLIN.

Weitere Ergebnisse der Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum (Nouveaux résultats du traitement de la paralysie générale par le nucléinate de soude); par le professeur Julius Donath. Broch. in-8°. Extrait de la *Berliner klin. Wochenschrift*, 1910, n° 51.

Parmi quinze nouvelles observations, l'auteur qui avait déjà antérieurement essayé ce traitement, en choisit cinq en particulier qu'il donne avec assez de détails. Il a trouvé que l'emploi du nucléinate de soude avait amené des améliorations considérables et rapides chez neuf de ses malades, tandis que cinq restèrent sans amélioration et un mourut d'apoplexie. Des rémissions spontanées ne sont ni aussi fréquentes ni aussi complètes.

PH. CHASLIN.

Sensibel-sensorische Hemiplegie mit Paralysis agitans-artigem Tremor (hémiplégie sensitivo-sensorielle avec tremblement à forme de paralysie agitante); par le professeur Julius Donath. Broch. in-8°. Extrait de la *Med. Klinik*, 1910, n° 46.

C'est un cas curieux et rare de syphilis cérébrale.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

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. 1912. 120 pages in-18. Paris, Vigot frères, 1912.

THÉODORE FOURNIER. Contribution à l'étude de l'alcoolisme cérébral en Normandie. 57 pages in-8°. *Thèse de Montpellier, 1912.*

ALEXANDER PILCZ. Lehrbuch der speziellen Psychiatrie für Studirende und Aerzte. Dritte, verbesserte Auflage. 1 vol. in-8° de 328 pages. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1912.

E. REDLICH. Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen. 97 pages in-8° du *Handbuch für Psychiatrie*, publié par le professeur G. Aschaffenburg. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1912.

CHARLES H. NORTH. Twelfth annual report of the medical superintendent of the Dannemora state hospital for insane convicts, for the year ending september 30, 1911, 26 pages in-8°.

L. LAGRIFFE et J. APPLETON. A propos de l'affaire du Courrier de Lyon. 12 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, numéro du 15 juillet 1912.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Compte rendu de l'Assemblée générale du 29 avril 1912. Paris, imprimerie L. Maretheux, 1912.

MARTIN REICHARDT. Untersuchungen über das Gehirn. II. Teil : Hirn und Körper. Siebendes Heft der *Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg*. 1 vol. in-8° de 509 pages. Iéna, Gustav Fischer, 1912.

O. BÜMKE. Gerichtliche Psychiatrie. — E. SCHULTZE. Das Irrenrecht. 1 vol. de 304 pages du *Handbuch der Psychiatrie* du professeur Aschaffenburg. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1912.

VON BECHTEREW. Die Bedeutung der Motilitätsprüfungen für objectiv-neuropsychische Studien. 40 pages in-8°. Extrait des *Folia neuro-biologica*, Leipzig, 1910.

— Ueber die Hauptäusserungen der neuro-psychischen Tätigkeit bei objektivem Studium derselben (Zur Psycho-Reflexologie). 22 pages in-8°. Extrait de *Zeitschrift für Psychologie*, Leipzig, 1910.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de décembre 1912 : M. le Dr HAMEL, médecin adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est nommé médecin adjoint de l'asile de Fains (Meuse) ;

M. le Dr ALLAMAN, médecin adjoint de l'asile de Fains, est nommé médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne (Marne) ;

M. le Dr JABOUILLE, médecin adjoint de l'asile de Limoux (Aude), est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura) ;

M. le Dr LATREILLE, médecin adjoint de l'asile de Rennes, est promu à la 1^{re} classe de son grade (4.000 francs) ;

M. le Dr COSSA, médecin en chef de l'asile de Saint-Pons (Alpes-Maritimes), est promu à la 2^e classe de son grade (7.000 francs).

— *Arrêté du ministère de l'Instruction publique : M. le Dr ARCHAMBAULT, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Tours, est promu officier de l'Instruction publique.*

CONCOURS DE 1913 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS ET POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN D'ASILE PRIVÉ.

Le ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 2 février 1910, modifié dans ses articles 1^{er}, 16 et 18 par les décrets des 16 février et 6 mars 1912 ;

Sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1^{er}. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 3 mars 1913, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecins d'asiles privés.

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

Art. 2. — 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 service, 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 (1^{er} bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), 7, rue Cambacérès, jusqu'au mercredi 12 février 1913 inclus.

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

Art. 3. — Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 28 décembre 1912.

Pour le ministre et par délégation :

Le sous-secrétaire d'Etat,
P. MOREL.

Le jury du concours est constitué comme suit :

Président. — M. GRANIER, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur.

Membres titulaires. — M. le Dr MARIE (Pierre), professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris.

M. le Dr PARIS, médecin en chef de l'asile de Maréville, chargé du cours clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Nancy.

M. le Dr CORTYL, directeur médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant.

M. le Dr CHEVALIER-LAVAUR, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Montpellier.

M. le Dr DIDE, directeur médecin à l'asile public d'aliénés de Braqueville à Toulouse.

M. le Dr ROGUES DE FURSAC, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard.

Membres suppléants. — M. le Dr BOITEUX, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Clermont.

M. le Dr ROUBINOWITCH, médecin en chef du quartier des aliénés de l'asile de Bicêtre à Paris.

Les fonctions de secrétaire seront remplies par M. TISSOT, secrétaire adjoint de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.

PRIX DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 17 décembre 1912, sous la présidence de M. Gariel, président.

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

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs. — Cinq mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr HENRI COLIN, médecin en chef de l'asile de Villejuif : *Hospitalisation et traitement des aliénés difficiles (aliénés vicieux, criminels, fous moraux)*.

Des mentions honorables sont accordés à :

M. le Dr TH. SIMON, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, asile Saint-Yon, à Saint-Etienne-de-Rouvray (Seine-Inférieure) : *L'aliéné, l'asile, l'infirmier* ;

M. le Dr L. TRANCHANT, médecin-major de 2^e classe à l'hôpital de Fez, et P. LASVIGNES, capitaine au 158^e régiment d'infanterie, à Lyon : *Les condamnés militaires pour délits militaires du pénitencier de Bossuet*.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1.200 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr REVAUD D'ALLONNES, de Paris : *L'affaiblissement intellectuel chez les déments*.

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr ROGER DUPOUY, médecin de la Maison nationale de santé de Charenton, à Saint-Maurice : *Les opiomanes : mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium*.

PRIX HENRI BUGNET. — 1.500 francs. — Douze mémoires ont été présentés.

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr MESTREZAT, chef des travaux de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier : *Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique; valeur clinique de l'examen chimique*.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Des différentes variétés de sciatiques*. — Deux mémoires ont été présentés.

Le prix est décerné à M. le Dr LÉON LORTAT-JACOB, de Paris.

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

Le prix est décerné à M. le Dr GUY LAROCHE, de Paris : *Fixation des poisons sur le système nerveux*.

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

L'Académie décerne le prix à M. le Dr R. BENON, médecin-

adjoint des quartiers d'hospice, à Nantes : *Contribution à l'étude de la démence traumatique non paralytique.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les sujets des prix proposés pour les années 1913, 1914 et 1915. Les *Annales* ont publié les questions relatives à la médecine mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1911, p. 166, et de janvier 1912, p. 118); voici celles proposées pour 1915 :

PRIX DE L'ACADEMIE. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Question : *Physiologie pathologique du coma diabétique.*

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 rapprochés.

PAIX CIVRIEUX. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 800 francs. — Question : *Des formes cliniques du zona.*

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

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX PORTAL. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 600 francs. — Question : — *Etude des lésions du système nerveux central causées par les sérums toxiques.*

PRIX DE L'ACADEMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle, le lundi 16 décembre 1912, sous la présidence de M. G. Lippmann, président. Parmi les nombreux prix distribués, nous citerons les suivants, décernés à des travaux de pathologie mentale et nerveuse :

PRIX MONTHYON DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — Citations : n° 2, M. le Dr HENRI CLAUDE, professeur agrégé à la

Faculté de médecine de Paris, et M. STEPHEN CHAUVENT, interne des hôpitaux de Paris : « Sémiologie réelle des sécrétions totales des nerfs mixtes périphériques »; n° 7, M. le Dr GEORGES SCHREIBER, de Paris : « La poliomyélite épidémique ».

PRIX BELLION. — 1.400 francs. — M^{me} BANDA-LEGRAIN, vice-présidente du patronage des aliénés du département de la Seine, pour la campagne antialcoolique à laquelle elle a dévoué sa vie.

PRIX MÈGE. — 10.000 francs. — Sur les arrérages, 300 francs sont décerné à M^{me} LONG, docteur en médecine, à Paris : « La maladie de Little, étude anatomique et pathogénique ».

PRIX LALLEMAND. — 1.800 francs. — Partagé entre M. G. PETIT, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et M. le Dr L. MARCHAND, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton : « Recherches cliniques et anatomiques sur la pathologie comparée du système nerveux », et M. le Dr GIUSEPPE STERZI, professeur à la Faculté de médecine de Cagliari : « Il sistema nervoso centrale dei vertebrali ».

Mention très honorable : M. le Dr J. DE GOYON, médecin des troupes coloniales : « Sur la conduction sensitive dans la moelle épinière ».

HOMMAGE AU DOCTEUR DENY

Quoique les *Annales* n'aient pas été conviées à la fête jubilaire donnée en l'honneur de notre distingué collègue M. le Dr Deny, le dimanche 29 décembre 1912, à la Salpêtrière, à l'occasion de sa retraite et de sa nomination de médecin honoraire du service des aliénés des hospices de Paris, nous nous faisons un devoir de scrupuleuse impartialité d'en reproduire le compte rendu suivant, publié par la *Gazette des hôpitaux* dans son numéro du mardi 31 décembre 1912 :

« Une réunion très touchante a eu lieu dimanche matin, à la Salpêtrière, sous la présidence de M. le directeur de l'Assistance publique, à l'occasion de la retraite de notre excellent confrère et ami Deny et de la remise qui lui a été faite, par ses élèves, d'une plaquette, œuvre du sculpteur P. Theunissen.

« Dans une allocution pleine de cœur, de regrets et de reconnaissance, M. Maillard a retracé le séjour de Deny à la Salpêtrière, les charmes de son enseignement, les heures trop courtes qu'il passait avec ses élèves à discuter sur les nouveaux cas qui se présentaient, la douceur, la bonté, la grâce, pourraient-on

dire, qu'apportait Deny dans ses rapports avec les malheureux malades.

« M. Camus, en faisant connaître les noms de ceux qui s'exculsaient de n'avoir pu venir, a donné lecture d'une charmante lettre de M. Meige, lettre toute empreinte d'estime et d'amitié.

« M. Gilbert Ballet, dans une de ces improvisations pleines de charme et d'élégance dont il a le secret, a félicité son cher collègue de la part qu'il a prise à la fondation de la Société de psychiatrie, il a rappelé très finement leur mutuel passage dans un fameux service de chirurgie et le signalé service que très simplement et très aimablement lui a rendu son ancien camarade Deny à l'occasion d'une suture difficile dont Ballet, dès ses débuts dans le service, avait quelque peine à sortir.

« M. le directeur de l'Assistance publique a rendu hommage aux qualités, aux vertus du médecin aliéniste si heureusement réunies chez Deny.

« Enfin, Deny, un peu ému, on le serait à moins, a remercié ses amis, ses élèves, et a exposé en quelques mots les réformes qu'il jugeait indispensables, et qu'il faut, selon lui, apporter dans le traitement de certains malades qu'il est injuste de soumettre encore à la loi de 1838. Il a très sérieusement appelé sur cette réforme toute l'attention de M. le directeur de l'Assistance publique. Puis, d'une façon très simple, très touchante, il a remercié ses élèves et tout son personnel de leur bonne et fructueuse collaboration.

« Ce fut une cérémonie très émouvante dans sa simplicité et sa sincérité. — Dr BROCHIN. »

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

A la Côte d'Ivoire. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 17 janvier 1913) :

On sait que M. Angoulvant, gouverneur de la Côte d'Ivoire, a entrepris une courageuse croisade contre l'alcoolisme en interdisant de vendre de l'absinthe aux indigènes.

Cet arrêté est accompagné d'un rapport que nous apporte le courrier de la Côte d'Ivoire et qui signale la gravité chaque jour croissante de la question.

Voici notamment ce que le gouverneur écrit sur les méfaits de l'absinthe :

« De tous les alcools de consommation courante dans les milieux indigènes, l'absinthe est en effet sans contredit celui dont les effets sont les plus dangereux. L'autochtone la substitue peu à peu au gin, il la boit pure, sans eau, à même un quart ou un huitième de bouteille mis en vente.

« Les tirailleurs et les gardes de cercle, sous l'empire de l'absinthe, n'hésitent pas à faire usage de leurs armes ou à se livrer à des manifestations en groupe. Nombreux, malheureusement, sont les cas de cette nature que je pourrais citer et déjà trop longue de liste des meurtres commis à la Côte d'Ivoire par les buveurs d'absinthe. »

À l'appui de cette affirmation générale, M. Angoulvant cite, en effet, plusieurs cas frappants :

« En 1910, à Dimbokro, c'est un tirailleur qui tue un Européen, employé de commerce, blesse un officier et tue deux porteurs indigènes ; à Lahou, c'est un tirailleur qui met en joue un capitaine.

« Sans remonter si loin, j'enregistrerai cette année l'assassinat, au mois de février, du capitaine du génie Raviat, par un garde de cercle alcoolique.

« Le 15 septembre dernier, à Béoumi, le garde Mamady Keita, après une absorption exagérée d'absinthe, épaulé le chef de poste et tire sur deux femmes : l'une est blessée grièvement, l'autre meurt des suites de ses blessures.

« Et à l'occasion de ce drame l'administrateur du cercle du Baoulé-Nord écrit : L'alcoolisme parmi les gardes fait des progrès incessants. Abrutis d'absinthe, tous nos hommes deviennent dangereux. Mamady Keita, excellent serviteur, cité pour sa bravoure, très aimé des chefs qui ont eu à l'employer à des heures difficiles, était le dernier duquel nous dussions attendre pareille folie. Sous l'empire de l'alcool, ses facultés ont été annihilées ; il est devenu une brute qui a épaulé son arme contre l'Européen auquel de sang-froid il aurait fait un rempart de son corps. »

Il est donc urgent de prendre des mesures contre cette épidémie dont la civilisation européenne est directement responsable. Un arrêt de la Cour de cassation de 1896 reconnaît qu'un gouverneur peut, sans violer le principe de l'égalité des citoyens devant la loi et la liberté du commerce, interdire aux indigènes de la colonie l'usage de boissons spiritueuses et défendre qu'il leur en soit vendu sans une autorisation administrative. M. Angoulvant était donc en droit de prendre l'arrêté en question. Il faut souhaiter que son exemple soit suivi par les autres colonies de l'Afrique occidentale.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM

En France. — Le procureur de la République vient d'adresser aux commissaires de police du département de la Seine la circulaire suivante :

« Des informations récentes, ouvertes par mon parquet, ont révélé que les prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, sur la vente des substances vénéneuses, et du décret du 1^{er} octobre 1908, sur la vente, l'achat et l'emploi de l'opium et de ses extraits n'étaient plus exactement observées.

« Dans certains quartiers de Paris, il est possible de se procurer, sans difficulté, de la morphine, de la cocaïne ou de l'opium.

« Or, vous n'ignorez pas que l'usage inconsidéré de ces toxiques est au plus haut point dangereux pour la santé publique, et peut produire sur l'organisme humain les plus funestes résultats.

« Je vous rappelle, en conséquence, que :

« 1^o Le commerce des substances vénéneuses est exclusivement réservé aux commerçants, chimistes, fabricants et manufacturiers qui ont fait à la préfecture de police une déclaration spéciale. (Ordonnance du 29 octobre 1846, art. 1^{er}.)

« Que, seuls, les négociants qui ont fait cette déclaration peuvent se faire livrer ces substances sur une déclaration écrite et signée et que les ventes et achats doivent être inscrits sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, registre sur lequel les inscriptions sont faites tout de suite et sans aucun blanc, au moment de l'achat ou de la vente. (Même ordonnance, art. 2 et 3.)

« 2^o Que la vente au public des substances vénéneuses ne peut être faite que par les pharmaciens pour des usages médicaux, et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté, prescription datée et signée, énonçant en toutes lettres la dose desdites substances et le mode de l'administration du médicament. (Art. 5, même ordonnance.)

« Que les pharmaciens doivent transcrire ces prescriptions sur un registre spécial et ne les rendre à l'acheteur qu'après les avoir revêtues de leur cachet et après y avoir indiqué la date de la livraison et le numéro d'ordre du registre. (Art. 6.)

« Que les pharmaciens doivent apposer sur la préparation médicinale une étiquette indiquant leur nom et leur domicile et rappelant la destination interne ou externe du produit. (Art. 7.)

« Enfin que les substances vénéneuses doivent être toujours tenues dans un endroit sûr et fermé à clef. (Art. 11.)

« Pour l'opium, le décret du 1^{er} octobre 1908 impose les mêmes obligations aux commerçants en gros, industriels, chimistes ou pharmaciens ; de plus, pour l'expédition de l'opium brut à l'étranger, l'expéditeur n'est déchargé que sur la production du certificat de sortie, délivré par la douane, lequel certificat doit rester annexé au registre spécial. (Art. 4).

« L'article 8 de ce décret contient, en outre, une disposition des plus importantes : toute cession d'opium, même à titre gratuit, est interdite même au profit de personnes autres que celles désignées à l'article 1^{er} (commerçants en gros, industriels, chimistes dûment autorisés ou pharmaciens).

« De même, le prêt d'un local pour favoriser la détention et l'emploi prohibés de l'opium est passible des peines de la loi du 19 juillet 1845.

« Vous voudrez bien ne pas perdre de vue ces prescriptions, toutes les fois que vous serez appelé à constater une mort violente, des blessures ou des maladies qui paraîtraient avoir été provoquées par l'abus de la morphine, de la cocaïne, de l'opium ou d'une autre substance vénéneuse, afin de rechercher, avec le plus grand soin, par qui et dans quelles conditions ces toxiques ont été délivrés.

« Je vous rappelle également que les ordonnances et décret précités vous donnent le droit d'opérer des visites dans les établissements ou officines de ceux qui débitent lesdites substances, mais avec le concours du médecin ou du chimiste désigné par le préfet de police.

« D'une façon générale, je désire que vous procédiez à une enquête approfondie, chaque fois qu'une infraction aux textes susvisés ou à l'article 317 du Code pénal vous sera signalée et que vous me fassiez connaître, sans délai, le résultat de vos recherches.

« Vous voudrez bien m'accuser réception de cette circulaire.

« *Le procureur de la République,*

« TH. ESCOUVÉ. »

En Chine. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 12 janvier 1913) :

« On sait qu'à la suite de la révolution, la culture du pavot a repris une grande extension en Chine, et que les populations sont revenues à cet égard à leurs anciennes habitudes. Les milieux jeunes-chinois, contrariés de cette conséquence du mouvement dirigé par eux, ont voulu réagir et remettre en vigueur les décrets impériaux, et les autorités, stimulées par eux, ont usé pour cela de moyens qui, selon les coutumes de ce pays, s'inquiètent fort peu de la légalité et des traités. Nous avons dit ces jours-ci qu'une difficulté venait de surgir entre la Chine et l'Angleterre parce que, sans se soucier des arrangements qui prévoient seulement une diminution progressive de l'importation de l'opium de l'Inde, les fonctionnaires célestes venaient de mettre l'embargo dans les ports sur des quantités impor-

tantes de ce produit, interdisant désormais d'une manière absolue son entrée en Chine.

« Les journaux chinois de Shanghai, qui font une campagne très vive dans ce but, viennent d'adresser au Comité des affaires chinoises créé à Londres une dépêche dans laquelle ils lui demandent son appui pour obtenir l'interdiction absolue du commerce de l'opium, c'est-à-dire la suppression complète de cette importation de l'Inde.

« A l'égard des populations, les mesures les plus rigoureuses et qui dépassent de beaucoup les pénalités prévues par les édits sont prises dans diverses provinces. Alors que ces édits n'interdisent pas complètement l'usage de fumer l'opium, mais exigent une déclaration et le paiement d'une taxe, certains fonctionnaires ont appliqué ces temps-ci, à ce sujet, la peine de mort. Un télégramme de Shanghai annonce même que le gouverneur de Changcha, capitale du Hounan, vient de faire fusiller une femme qui persistait à fumer. L'exécution a eu lieu devant une foule nombreuse. »

TRIBUNAUX

Remède secret. — Le tribunal correctionnel de Tulle a statué hier sur une affaire de vente de morphine, qui fut plaidée le 16 décembre dernier.

Un pharmacien, M. X..., en avait délivré, à plusieurs reprises, sans ordonnance, à un jeune homme de cette ville. Le père du morphinomane porta plainte. Le parquet poursuivit.

Au cours des débats, le pharmacien inculpé prétendit avoir délivré le poison sur une ordonnance, mais ne put montrer qu'une feuille non signée. Il ajouta que connaissant le vice de son client, il ne lui délivrait que des doses minimes d'héroïne.

Dans son jugement, le tribunal déclare que l'héroïne n'est ni une composition pharmaceutique ni un remède magistral, et que la délivrance de ce produit n'exige pas d'ordonnance.

Mais le tribunal a déclaré, d'autre part, que l'héroïne constitue un remède secret, et a condamné de ce chef M. X... à 200 francs d'amende. (*Le Temps*, numéro du mercredi 8 janvier 1913.)

Le testament du prince Alexandre Vogoridy. — La première Chambre du tribunal civil, présidée par M. Monier, vient, après lui avoir consacré de longues audiences, de statuer sur le procès en nullité du testament intenté par les héritiers du prince Alexandre Vogoridy contre Musurus bey, que le prince avait institué légataire universel de sa fortune évaluée à près de 3 millions.

C'est dans une maison de santé, à Suresnes, qu'est mort, en

juillet 1910 et à l'âge de quatre-vingt-huit ans, le prince Alexandre Vogoridy, le testament attaqué étant de février 1909. Car, affligé de démence sénile et interné pour cela, il résultait du rapprochement des dates — et c'est, on le sait, ce qu'ont fait plaider les héritiers du sang — que le *de cuius* était incapable de tester en 1909.

Le tribunal vient de donner à ceux-ci gain de cause en annulant le testament du prince, et voici quelques passages du jugement qu'il a rendu :

« Attendu que le professeur Gilbert Ballet reconnaissait, à la date du 15 février 1910, que Vogoridy était « affecté de « démence sénile accusée avec perte de la notion du temps et « des lieux, incapable de se conduire et de gérer ses biens », ajoutant qu'il considérait cet état comme « un état chronique, « indélébile, susceptible de s'aggraver » et nécessitant pour le malade « aussi promptement que possible une surveillance « médicale » ;

« Attendu que ce certificat, confirmé par une attestation conforme du même professeur à la date du 9 mars suivant, avait été précédé d'un rapport beaucoup plus circonstancié en fait et plus scientifiquement documenté, qui porte la date du 22 janvier 1910, et dans lequel le professeur Gilbert Ballet et le professeur Raymond, dûment commis à cet effet par le président du tribunal, ont consigné le résultat de leurs observations et formulé leur avis commun nettement motivé, à la suite de l'examen très conscientieux auquel ces spécialistes réputés se sont livrés sur la personne du prince à tous les points de vue auxquels leur science et leur conscience professionnelles aussi bien que les circonstances alors actuelles leur ont commandé de se placer pour remplir correctement et complètement la mission dont ils avaient été investis, et dont aucun des côtés, même les plus délicats, n'a échappé à leur connaissance ou à leur perspicacité ;

« Attendu que ce document ne laisse aucun doute sur l'état mental du prince et « l'effondrement profond de ses facultés » ; qu'il avait perdu la notion du temps et des lieux et n'avait pas conservé même la mémoire des événements qui l'avaient le plus vivement impressionné ou le plus douloureusement affecté ; qu'il ne se souvenait plus des grands rôles qu'il avait si brillamment joués au cours des événements historiques auxquels il a été intimement mêlé et qui ont illustré sa carrière et son nom ; qu'en un mot, sa désorientation était complète, son cerveau ayant « subi une profonde déchéance qui s'était accusée dans le « domaine moteur comme dans le domaine intellectuel » ;

« ...Attendu qu'il est établi que le prince Vogoridy, très

longtemps avant 1909, s'était déjà révélé comme un affaibli cérébral qui était mentalement frappé d'incapacité et sur la pente de la dégénérescence mentale ;

« Attendu, en effet, qu'un rapport en date du 8 novembre 1906 d'agents policiers de Vienne (Autriche), où le prince était parti subitement sans but défini, disait : « Le prince est absolument faible d'esprit et ne peut plus retrouver son hôtel. » Il avait oublié où il demeurait, alors qu'il se trouvait dans un quartier de la ville qui lui était le plus familier pour l'avoir autrefois pendant longtemps habité... ;

« Attendu que ces constatations trouvent encore leur confirmation dans une relation écrite de Munir pacha, ancien ambassadeur de Turquie à Paris, adressée à Constantin Carathéodory bey : « Je me rappelle parfaitement, y est-il dit, qu'en 1906 il (Musurus bey, le défendeur) vint me trouver et réclamer mon intervention immédiate auprès des autorités françaises pour retrouver son oncle, qui, disait-il, n'était pas dans son bon sens... ; il n'avait plus conscience de ses actes ;

« Attendu qu'il suit de tout ce qui précède qu'on peut affirmer, soit avec la documentation scientifique versée au débat, soit avec les éléments de fait qui s'y découvrent, que le *de cuius*, mort en état de démence le 17 juillet 1910, avait perdu ses facultés quand il a testé à la date du 28 février 1909 ; que cette perte, sans qu'il soit nécessaire pour les besoins du procès actuel de la faire remonter à 1906, était antérieure à la date du testament ; que vu la nature et l'évolution de l'affection dont le malade était atteint, elle n'a pas été interrompue et persiste à l'époque du testament, qui fait alors par un homme incapable de volonté saine et libre ne saurait échapper à l'annulation à laquelle tendent les conclusions de la demande principale. » (Le *Temps*, numéro du vendredi 10 janvier 1913.)

FAITS DIVERS

Ecole de perfectionnement pour enfants arriérés. — La municipalité de Roubaix vient de prendre une initiative intéressante ; elle va ouvrir pour les enfants arriérés une « école de perfectionnement ». Cette école recevra deux catégories d'enfants : « Les arriérés, c'est-à-dire ceux qui, sans pouvoir être classés dans les anomalies médicaux, sont en état de débilité mentale, et ne possèdent qu'une intelligence et qu'une responsabilité atténues ; les *instables*, c'est-à-dire les enfants affectés d'une incohérence de caractère leur rendant insupportable toute discipline. » La ville a pris à sa charge les dépenses d'installation, et l'Etat payera le traitement du personnel.

Suicide étrange. — On écrit d'Epernay au *Temps* (numéro du jeudi-vendredi 2-3 janvier 1913).

Un jeune carrier, nommé Gaëtan Valencin, âgé de vingt-six ans, s'enfermait hier chez lui et à l'aide d'un détonateur faisait exploser une cartouche de dynamite qu'il s'était placée sur la poitrine. La charge étant trop faible, il ne réussissait qu'à se faire d'affreuses brûlures. Aussitôt d'ailleurs il recourrait à un autre moyen de suicide; avec une farouche énergie, il se frappait de deux coups de couteau au sein gauche. Mais il ne parvenait encore qu'à se blesser grièvement.

Il prit alors un temps de répit. Des voisins l'aperçurent tout ensanglanté se rendant à l'abreuvoir, où il se lavait à grande eau. Comme ils l'interrogeaient, il répondit sèchement « qu'il avait commencé à se suicider et qu'il allait s'achever », mais on ne prêta pas grande créance à ce propos; bientôt, on le vit quitter sa maison tranquillement après avoir changé de linge et de vêtements.

Valencin se cacha à deux cents mètres de sa demeure derrière le mur d'un parc tout proche. Là, il se mit dans la bouche une grosse cartouche de dynamite, et, allumant une mèche, attendit, impassible. Une explosion formidable ébranla les habitations voisines. Quand on accourut, on trouva le cadavre du carrier horriblement broyé. La tête avait été littéralement pulvérisée; des débris de cervelle, le nez, les oreilles furent recueillis à vingt mètres du corps. Quant aux mâchoires, on n'en trouva pas le moindre fragment.

Dans les poches du désespéré, on découvrit une lettre incohérente où il parlait de ses regrets de ne pouvoir « épouser la Vierge Marie ».

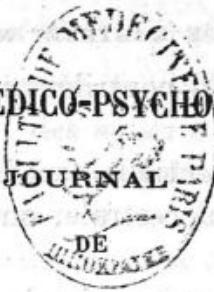
La gendarmerie d'Etoges a ouvert une enquête pour rechercher la personne qui a fourni de la dynamite au malheureux jeune homme.

Bill américain contre le transport de déments aux Etats-Unis. — On télégraphie de Washington au *Temps* (numéro du vendredi 17 janvier 1913) :

« La Chambre des représentants a voté un bill frappant d'une amende de mille francs les compagnies de navigation qui transporteront aux Etats-Unis des étrangers atteints de démence. »

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

LA LOI DE L'INTÉRÊT MOMENTANÉ

ET LA LOI DE L'INTÉRÊT ÉLOIGNÉ

Par le Dr Ch. LADAME

Privat-docent, médecin de l'asile-clinique de Bel-Air (Genève). Il est

Considérée d'un point de vue élevé et général, *l'activité* des êtres vivants nous paraît être déterminée, à chaque instant, par *l'intérêt* du sujet agissant.

L'intérêt, ce mobile de nos actions et de nos pensées, peut être inconscient et automatisé; il concourt au maintien de la vie de l'organisme individuel par la satisfaction des besoins fonctionnels et aussi par l'éloignement

des causes nocives, il contribue ainsi à la conservation de l'espèce.

Cet intérêt est essentiellement la résultante des acquisitions de la lignée ancestrale, ontologique et phylogénique.

« Vivre, c'est pour un animal, dit Claparède, agir à chaque instant suivant la ligne de son plus grand intérêt : on peut donner à cette loi le nom de loi de l'intérêt momentané. Cette loi repose sur l'observation, sa généralisation se démontre aisément par l'absurde : tout animal qui n'agirait pas selon son intérêt périrait. »

Voilà une illustration frappante de l'importance fondamentale de cet intérêt momentané, qui est à la base même de la vie des individus.

On ne saurait trop mettre en relief la valeur de ce facteur qui sélectionne les actes des êtres vivants et aussi le choix des pensées de l'homme. Le méconnaître, c'est manquer totalement de direction dans l'étude et la compréhension des mécanismes de l'activité des êtres vivants.

Mais l'intérêt peut aussi être conscient et raisonné ; il joue un rôle important dans les déterminations et les actes de l'homme et, surtout, de l'homme intellectualisé. Il ne paraît cependant pas être uniquement l'apanage de l'homme, car il semble bien qu'on le reconnaisse aussi dans certains actes des animaux supérieurs dont la psychologie a été particulièrement étudiée ces dernières années.

Une première question se pose : celle de savoir si l'intérêt de l'animal et celui de l'homme à vivre est de même qualité que l'intérêt qui sélectionne les actes et les pensées de l'être humain pensant.

Ces intérêts sont-ils de même nature et ne diffèrent-ils l'un de l'autre que quantitativement, ou bien, au contraire, sont-ils de nature différente ? De prime abord, la

question semble bien simple, ces intérêts n'ont rien de commun, ils actionnent des sphères d'activité si différentes, si distantes, que, sans nul doute, ils doivent être eux-mêmes de toute autre nature.

Considérée plus attentivement la question paraît plus complexe, car ces deux sortes d'intérêt n'ont pas des sphères d'activité aussi tranchées qu'on ne les établit dans la théorie. C'est souvent un entrecroisement, un enchevêtrement si manifeste qu'il n'est pas toujours possible de les délimiter exactement.

Nous distinguerons cependant :

1° *L'intérêt vital, primordial, végétatif ou organique*, qui est la base des actes tendant à la conservation de l'individu et de l'espèce, intérêt qui est un tenant et non le moindre de l'instinct, et 2° *l'intérêt psychologique*, qui se rapporte à la vie intellectuelle et affective, à la vie consciente, à la vie du psychisme supérieur.

Sans nous arrêter au but téléologique (tout hypothétique, du reste, de la conservation de l'espèce), nous reconnaissions volontiers que la momentanéité est bien le caractère spécifique de l'intérêt vital ; il est à la source même de l'activité de chaque être qui vit et qui évolue. Cet intérêt est le premier qui naît, il naît avec la vie même, il est aussi le dernier à nous quitter ; sans lui pas de vie concevable.

L'intérêt momentané, immédiat, semble bien être la raison première, inconsciente de nos actes fonctionnels.

Mais à côté ou, plus justement, au-dessus de cet intérêt, s'en trouve un autre chez l'homme pensant (et peut-être aussi chez l'animal supérieur), qu'on pourrait nommer : *l'intérêt éloigné*, médiat. C'est celui-là même qui caractérise l'être adulte qui pense, combine et réfléchit, l'être qui sait supputer et tente de voir au delà de

son acte actuel ses conséquences possibles, probables, l'être enfin qui sait adapter ses actions présentes à une fin plus ou moins lointaine, indéterminée, problématique même, mais dont le but est nettement conçu et espéré.

Grâce à la plasticité du cerveau de l'homme qui se révèle aussi par des manifestations psychiques variant à l'infini, l'intérêt éloigné acquiert son plein épanouissement. Son existence du reste est rigoureusement dépendante de cette qualité du protoplasma nerveux.

C'est aussi ce qui distingue et caractérise le mieux l'activité intellectuelle voulue de l'instinct impératif et inconscient.

Mais, dans son ensemble, l'humanité est encore loin de pouvoir réaliser ce que les individus pris isolément sont à même d'entreprendre dans ce domaine de l'activité psychique supérieure.

L'observation de chaque jour confirme le bien-fondé de cette façon de comprendre l'intérêt et ses deux manières d'être : momentanée et éloignée.

L'expression la plus pure de l'intérêt momentané s'observe incontestablement dans toute la série animale. Nous en rencontrons encore les manifestations chez l'homme dès le berceau.

Mais de bonne heure, cependant, la naissance et le développement de l'intellectualité, chez le petit enfant, révèlent l'existence de l'intérêt éloigné. Les différentes races humaines nous renseignent aussi sur le développement successif, progressif, de ces deux intérêts et sur la prévalence de l'intérêt éloigné à mesure que l'on s'élève dans la série des êtres vivants.

Enfin, l'existence, la diminution ou l'absence de l'intérêt éloigné nous sera d'une précieuse utilité lorsque nous voudrons qualifier l'involution ou la non-évolution du psychisme supérieur chez l'aliéné et sa ruine totale,

y compris, dans les cas graves, la disparition ultime de l'intérêt momentané lui-même.

Je ne sais ce que vaudra mon explication aux yeux des psychologues; mais si je cherche à comprendre la raison d'être, la raison du développement, la genèse de l'intérêt éloigné, je la vois dans l'apparition de l'imagination créatrice, basée elle-même sur le pouvoir d'analyse, de dissociation, dont a dit Ribot : « Si cette faculté ne nous était pas donnée, nous serions à tout jamais condamnés à la répétition monotone. »

Sortir des cadres rigides et impératifs de l'impulsion séculaire, schématisée, pour tenter librement un essai; arriver après bien des tâtonnements à de splendides résultats, par la persévérance, la tension de la pensée et la portée lointaine des vues de l'esprit qui ose franchir quelques étapes d'un coup, sans s'arrêter à chacune d'elle pour regarder en arrière, s'étant donné pour but conscient un objectif précis mais lointain, telle est l'élosion de l'intérêt éloigné.

Que d'essais infructueux, que de tâtonnements, que de pas en arrière dans cette évolution enfin triomphante!

Un coup d'œil rapide jeté sur les diverses catégories de l'humanité vivaute laisse en effet entrevoir combien lentement l'homme progresse dans ce domaine, comme dans les autres du reste, et combien fragiles encore sont les acquisitions récentes d'un ordre supérieur.

Les races humaines les plus inférieures, encore essentiellement régies par la loi de l'intérêt momentané, n'ont que rarement, et comme des lueurs, des actes permettant de reconnaître qu'ils sont des manifestations de la loi de l'intérêt éloigné.

Ne voyons-nous pas journalement sous nos yeux, tableau fugitif et rapide, l'enfance dans les pays civilisés être d'emblée soumise à l'unique loi de l'intérêt

momentané. Puis, petit à petit, et plus ou moins tôt, l'intérêt éloigné se fait jour comme mobile des actes et des pensées. Il est indispensable, naturellement, que l'intelligence ait atteint un certain développement. Il faut, en particulier, que l'enfant saisisse la notion de durée, la notion de temps. Alors, sortant de cette vie fragmentaire, limitée, au jour le jour, l'enfant devient prévoyant ; il songe déjà à l'avenir lointain qui, pour lui, bien sûr, ne s'étend pas au delà de quelques jours à quelques semaines. Il fait des projets, il combine et prépare une action dont le but n'est pas immédiat, dont la réalisation demande une certaine notion de perspective, de persévérance, de constance dans la pensée, de continuation dans l'effort et de lutte aussi pour franchir les obstacles semés le long de la route et dont la force de l'attention n'est pas le moindre.

Cette disposition est très variable d'un individu à l'autre. Peut-être bien servira-t-elle un jour pour aider à qualifier l'intelligence de l'homme.

Tel enfant, vers quatre à cinq ans, en aura des bases indiscutables, alors que tel autre sera insouciant jusqu'au seuil de la seconde enfance et par delà même l'adolescence.

Tout adolescent arrivé à la maturité psychique possède cette faculté ; seuls les anormaux en sont dépourvus, ils sont en cela restés à un stade inférieur du psychisme. Leurs actes et leurs pensées (combien peu souvent) sont encore réglés par la loi de l'intérêt momentané. Ceci est d'observation courante et ne demande pas de longs commentaires.

On retrouve chez l'homme adulte ces mêmes dispositions. La loi de l'intérêt éloigné régit ses actes et ses pensées dans des proportions variables, selon le degré de développement qu'il a atteint. Car cette faculté est réellement l'apanage de l'individu psychiquement bien.

conditionné. L'épanouissement complet et la suprématie de la loi de l'intérêt éloigné se réalisent chez l'homme civilisé, intellectualisé et moral.

A côté de ces individualités aussi différentes l'une de l'autre, mais chez lesquelles la loi de l'intérêt éloigné possède toute sa plasticité, il y a dans l'humanité toute une théorie d'êtres qui sont plus ou moins totalement privés de cette faculté. Car, dans toute société qui évolue, aux éléments de progrès, se mêlent les éléments de régression, les déchets. Il y a donc les faibles d'esprit, les étroits du jugement, les myopes psychiques, êtres insuffisants, arrêtés dans leur développement psychique, et toute la vaste catégorie des malades psychiques et les criminels qui, tous, rappellent les étapes franchies par l'humanité et auxquelles ils sont restés par tare psychique atavique ou acquise.

Conjointement à la loi de l'intérêt éloigné se développe aussi le pouvoir d'inhibition, de retenue, une fonction elle aussi du psychisme supérieur qui, dans la vie ordinaire, associe si bien son action à celle de l'intérêt éloigné qu'elles sont indispensables l'une à l'autre et qu'on ne saurait parler de l'une sans citer l'autre.

Il est, en psychologie générale, une règle courante, c'est celle qui veut que les facultés qui apparaissent en dernier lieu dans le développement psychique, sont aussi celles qui disparaissent les premières, soit lors du sénium physiologique, soit lorsque l'individu est atteint par une maladie mentale quelconque. Cette loi, du reste, se retrouve telle dans toute la biologie.

Il n'est donc pas étonnant de voir l'inhibition et l'intérêt éloigné, la faculté de prévoyance se dissiper pour laisser la place à l'intérêt momentané, aux instincts primaires qui, ainsi, paraissent gagner du terrain, lorsque s'effectue la désintégration psychique. C'est, au fait, un retour en arrière. De même que l'on observe

tous les degrés dans l'acquisition, de même aussi dans la perte de ces fonctions on observe tous les degrés dans les différentes catégories d'aliénés.

Le paralytique général, dont la déchéance globale est précoce et progressive, est un exemple remarquable pour démontrer la fragilité de ces fonctions supérieures, fleurons de la civilisation, qui disparaissent sans espoir de retour, en quelques semaines parfois, avec l'effondrement de la personnalité même de l'individu.

Le dément sénile, qui vit souvent de longs mois sur son vieux fonds, conserve encore longtemps les reliquats de ces fonctions, qui disparaissent enfin comme s'éteignant. L'intérêt momentané, seule loi régissant les besoins organiques les plus simples, mais les plus immédiats, se maintient, bien qu'allant en diminuant avec l'atrophie sénile.

Le dément artério-scléreux que caractérise d'une part, l'intégrité presque absolue du moi et d'autre part, les altérations lacunaires des facultés psychiques, subit lui aussi, les atteintes dans son psychisme supérieur ; mais ce qui caractérise son état mental, caractérise aussi les désordres subis dans l'inhibition et l'intérêt éloigné, qui sont temporairement éclipsés ou atteints d'une façon fragmentaire.

Les malades frappés par la démence précoce, qui pour la plupart conservent une vie végétative pleine, voient leurs actes et leurs pensées presque uniquement régis par l'intérêt momentané. Ils sont automatisés, stéréotypés et rares sont les manifestations qui pourraient laisser l'espoir de voir l'intérêt éloigné les gouverner. Il est même remarquable, frappant, de voir ici combien est uniforme le niveau psychique, combien tous ces malades se ressemblent et paraissent être sur le même seuil psychique ; l'individualité psychique est réduite, à son minimum, dans la démence.

Cependant, il existe, parmi ces malades, un certain nombre d'individus, tour à tour classés dans le délire systématisé, la paranoïa, puis de nouveau réintroduits dans les cadres de la démence précoce, que l'on appelle aujourd'hui en France : délire d'interprétation, qui font une honorable exception à la règle générale.

Ces malades frappent d'emblée par l'activité de leur imagination créatrice, comme j'ai eu l'occasion de m'en expliquer ailleurs (1).

Leur intelligence est active, entreprenante, elle se maintient pour ainsi dire indéfiniment au niveau qu'elle avait lors des premières atteintes de la maladie, c'est-à-dire qu'on ne constate pas de déficit psychique, pas de démence à proprement parler.

Eh bien ! ces constatations sont largement confirmées par le fait intéressant à relever que l'inhibition comme l'intérêt éloigné sont chez eux des fonctions qui ne souffrent que dans les limites assez définies de leur délire.

Ceci revient à dire que ces gens-là sont susceptibles de se bien comporter en société, de faire preuve de prévoyance, d'application à l'amélioration non immédiate, mais prochaine de leur sort, en un mot, de poursuivre un but plus ou moins lointain, et d'y persévérer.

Ils font même si bien illusion, ces ressortissants à la folie lucide, qu'ils réussissent à donner le change non seulement au public, mais souvent même aux gens avertis, aux magistrats, aux médecins même qui ne sont pas des spécialistes.

Cependant, pour qui sait les reconnaître, il n'est pas difficile tôt ou tard de constater le déficit de ces fon-

(1) Ch. Ladame. *Les manifestations artistiques chez les aliénés*. Conférence faite à l'Institut genevois (section des sciences naturelles), 1910.

tions supérieures, l'inhibition et l'intérêt éloigné, et de voir ces malades, dans les limites de leur délire, être soumis à la seule loi de l'intérêt momentané, et de détruire en un instant ce qu'ils avaient par ailleurs si habilement su construire.

Je pourrais passer encore en revue bien des affections mentales qui confirmeraient sans plus, les exemples que je viens de citer. Je m'arrête, pensant avoir démontré que si la loi de l'intérêt momentané est une loi fondamentale à laquelle il faut remonter pour avoir la raison dernière de notre activité végétative, c'est à la loi de l'intérêt éloigné qu'il faut recourir par contre, pour caractériser l'activité prévoyante de l'homme intellectualisé, de l'homme des civilisations avancées.

L'égoïsme, même l'égoïsme le plus cru, est considéré à juste titre comme une des particularités les plus constantes de l'aliénation mentale, les quelques considérations que j'ai émises au sujet des lois de l'intérêt, en nous montrant la disparition plus ou moins complète de la loi de l'intérêt éloigné accompagnée de la perte de l'inhibition, nous font saisir la raison de l'apparition de cet égoïsme qui n'a de frein ni de limites. C'est la mise à nu de la loi de l'intérêt momentané dans sa plus belle expansion.

Tandis que la loi de l'intérêt momentané est un élément conservateur, lié à l'instinct, à la conservation stricte de l'individu, au contraire, la loi de l'intérêt éloigné est un élément progressiste, utilisant l'inconditionné. C'est une preuve de la plasticité de la substance cérébrale qui est l'instrument actif du progrès de l'humanité dans les voies nouvelles.

Cette loi de l'intérêt éloigné a une grande valeur, car elle peut être utilisée comme critère du développement psychique atteint par l'individu, et, inversement, sa disparition permet d'estimer qualitativement le degré

de déchéance psychique atteint par un malade. Enfin, l'insuffisance de son développement nous renseignera sur le niveau auquel est parvenu le dégénéré ou le faible d'esprit.

L'existence de la loi de l'intérêt éloigné a ainsi une très grande portée pour la psychologie normale et pour la psychopathologie.

Pathologie.

DE LA FUGUE

CHEZ LES DÉSÉQUILIBRÉS
ET DANS UN CAS DE DÉMENCE PRIMITIVE DE DELASIAUVE
DÉMENCE PRÉCOCE DE KRAEPELIN

Par Mlle LÉVÈQUE,

Docteur en médecine.
Chef de clinique adjoint au service des maladies mentales
de la Faculté de médecine de Toulouse.

Nous avons eu l'occasion de suivre pendant quelque temps, à la clinique de M. le professeur Rémond, plusieurs malades qui, durant l'évolution de leur affection mentale, ont fait des fugues. Si la nature de l'accès d'automatisme ne fut pas difficile à déterminer, la classification du trouble mental qui les causa nous donna quelque peine ; et c'est grâce à un nouvel internement que nous avons pu confirmer notre premier diagnostic.

Nous rapportons, dans cet article, l'observation de deux jeunes filles qui ont été placées à deux reprises différentes dans le service spécial de La Grave.

OBS. I. — Eléonore C... est une fillette à la mine rieuse, au nez fureteur, au regard malin. Elle est petite pour dix-sept ans et paraît certainement plus jeune.

C'est presque une enfant abandonnée. Sa mère mourut des suites d'un accident, alors qu'elle était en bas âge. Son père, remarié, s'inquiéta peu d'elle. Elle fut atteinte de surdité à la suite d'une otite et opérée dans sa petite enfance. Les premières règles parurent à quatorze ans, mais elles furent toujours irrégulières : une contrariété les supprimait, et quinze jours plus tard se produisait une nouvelle menstruation.

L'enfant se montra difficile à élever. De tempérament irritable, coléreuse, cette hyperexcitabilité d'humeur persiste chez la jeune fille, et c'est ce qui l'a conduite dans un asile d'aliénés.

Vive et intelligente, la fillette apprenait bien à l'école ; mais on l'en retira à treize ans pour la mettre en apprentissage chez une repasseuse. Celle-ci s'occupa beaucoup d'elle, et la malade lui est fort attachée, alors qu'elle n'éprouve aucune affection pour son père et son frère, qui l'ont négligée.

Aux dires de sa patronne, Eléonore serait une excellente ouvrière, si son défaut d'application, ses crises de flânerie et d'enfantillage ne la rendaient insupportable à l'atelier. Quelques observations au sujet de sa paresse motivèrent une dispute au cours de laquelle la jeune fille s'emporta violemment. Elle invectiva grossièrement sa maîtresse et partit ensuite droit devant elle, sans savoir où elle allait. Le soir, on la vit revenir, implorant son pardon avec larmes. Elle promit tout ce qu'on lui demanda avec la meilleure foi du monde et recommença quelques jours après. C'est ainsi qu'elle quitta cinq fois son domicile, toujours dans des circonstances semblables, et accomplit cinq fugues dans un mois.

Cette jeune fille est une adolescente, presque une enfant. Elle porte quelques traces de dégénérescence physique. Les oreilles sont longues, mal implantées, la voûte palatine normalement élargie et aplatie. Elle n'a pas de besoins organiques et présente seulement quelques troubles digestifs avec alternatives de diarrhée et de constipation.

Au point de vue mental, notons de l'hyperexcitabilité. Toujours en mouvement, bavarde, taquine, querelleuse, c'est « l'enfant terrible » par excellence. Elle fatigue autant par son rire que par ses cris et ses colères, qui sont fréquentes. Lorsque les agents de police l'ont conduite à l'asile, elle est entrée en fureur, brisant tout ce qui l'entourait, déchirant ses habits, mordant ceux qui essayaient de la saisir : on dut la ligoter pour s'en rendre maître. Dans ces moments de violence, elle perd complètement possession d'elle-même, et au cours d'une scène de ce genre, elle saisit des cailloux qu'elle lança avec force à la tête d'une de ses tantes.

Eléonore raconte tout cela avec franchise, sans agraver ses torts ni les diminuer. Elle ne présente pas de délire, mais cependant elle nous dit qu'elle a parfois « comme des visions qui passent ». Elle voit une chauve-souris sur l'épaule de la patronne, l'image de sa mère, une lumière vive, etc..., tout

cela comme à travers une lunette ; le temps de se frotter les yeux, et tout a disparu.

Depuis deux mois, elle souffre presque continuellement d'une céphalée en casque. Son champ visuel est rétréci, ses réflexes cutanés, muqueux, tendineux, sont conservés. Il n'y a pas de troubles des réflexes papillaires, pas de zones d'anesthésie. La peau du tronc et de l'abdomen est le siège d'une hyperesthésie excessive, sans qu'on puisse déceler de zones hystérogènes.

OBS. II. — Notre deuxième malade est âgée de trente et un ans. Elle a une héritéité chargée. Son père était alcoolique, sa mère est une grande débile, un frère de la mère est très nerveux et sa fille est internée.

Il n'y a rien d'anormal dans l'enfance de Marie L... Au moment de l'instauration des règles, son caractère devint plus irritable. A dix-sept ans, elle eut une crise de rhumatisme articulaire aigu avec complications viscérales.

La fillette suivit régulièrement les cours de l'école, où elle fut notée comme très bonne élève. Elle apprit ensuite rapidement la couture et fut assidue à l'atelier. C'était alors une jeune fille douce, rangée, intelligente, très bonne ménagère. A l'âge de vingt-quatre ans, elle devint commis de magasin. Elle avança vite ; ouvrière active, elle gagna la confiance de ses maîtres. Elle fit alors la connaissance du fils du patron qui fut mis par elle au courant de la vente. Cette camaraderie du magasin détermina l'éclosion d'une idylle romanesque dans l'esprit de la jeune fille. Elle croyait conduire le jeune homme à l'autel et devint la risée des méchantes langues. La mère, avertie à ce moment-là, interrompit le rêve de sa fille en écrivant une lettre au père du jeune commerçant. La malade fut renvoyée.

Depuis ce jour, la maladie mentale qui motive l'internement a commencé. Son caractère se modifia brusquement, elle devint très irritable, hautaine, acariâtre. Elle accusa sa mère d'être la cause de son malheur. Placée dans une autre maison, elle n'y put rester, car cette mésaventure la rendit victime de la malignité de ses compagnes.

Il y a sept mois qu'elle ne veut plus travailler, malgré l'état de fortune très précaire de sa famille. Elle s'occupe un peu de la tenue du ménage quand il lui plaît. Elle exécute de petits travaux de lingerie qu'elle distribue autour d'elle. A peu près tous les mois, au moment des règles, la malade s'agitte la nuit et pleure. Nous devons signaler deux fugues dans l'histoire de cette malade.

Un jour, elle quitte brusquement la maison sans avertir personne et s'arrête à l'Eglise métropolitaine, très loin de son quartier. Elle y reste toute la journée. Le soir, deux agents, appelés par le clergé au moment de la fermeture de l'église, la reconduisirent chez elle.

Interrogée à ce sujet, Marie L... se souvient de tout. Elle dit avoir abandonné son domicile *parce qu'elle s'y ennuyait*.

Une deuxième fois, quelques mois après, elle part un matin en prévenant sa mère de ne point l'attendre pour déjeuner, car elle a trouvé une place. Elle va alors faire divers achats de toilette (plume à chapeau, corset, etc.), elle déjeune à l'un des meilleurs restaurants et rentre le soir après avoir dépensé plus de 40 francs, grosse somme pour une famille dans la gêne.

Quand je raconte cette journée à la malade, elle prétend avoir abandonné la maison parce que sa mère lui rendait la vie insupportable par les reproches qu'elle lui faisait au sujet de son oisiveté.

Pendant son séjour dans le service, la malade, d'abord très surexcitée, refuse de manger, puis elle se calme progressivement. Elle éclate de rire sans motif. Pendant deux jours, elle est triste sans avouer la cause de sa mélancolie; elle se couche et s'enferme dans le mutisme.

Examen de la malade. — Lobule des oreilles adhérent, voûte du palais ogivale, mauvaise implantation des dents, légère exophthalmie, le regard est fixe et brillant, il rappelle celui de certaines hystériques. Légère trémulation de la langue, pas d'augmentation de volume du corps thyroïde. Rétrécissement mitral avec roulement diastolique, dédoublement du second bruit. Arythmie pendant quelques jours, le cœur se régularise rapidement avec le repos.

La sensibilité est normale; les réflexes tendineux rotuliens sont exagérés.

Il y a une certaine similitude, entre les faits que nous venons de rapporter. Deny définit la fugue comme « l'abandon ou la désertion du domicile habituel ou occasionnel »; il s'agit bien ici d'actes de cette nature dans les deux cas. Les deux malades sont restées conscientes, elles se souviennent, du moins en partie de ce qu'elles ont fait. Enfin, aucune des deux n'est

délirante, au moins en apparence. De ce chef, nous pouvons éliminer les fugues panophobiques des délirants hallucinés, sortes de fugues par raptus ; nous pouvons écarter également les fugues raisonnées des persécutés qui sont un véritable « acte de défense » pour déjouer les poursuites de leurs persécuteurs imaginaires. Ces fugues sont mnésiques, il ne faut donc point songer à un état second dû à une névrose hystérique ou épileptique.

Tels sont les caractères négatifs qui suffisent pour marquer une place à part à nos deux malades parmi les nombreux fugueurs.

Un point reste encore à déterminer avant d'essayer de les ranger dans une classe spéciale, c'est la spontanéité de ce vagabondage passager, sans que rien permette de le prévoir. Il n'est donc pas la signature d'un état obsédant chez un psychasthénique, et d'ailleurs il n'a pas été suivi du soulagement moral qui accompagne ce genre d'impulsions.

Les fugues ont chacune leur physionomie essentiellement personnelle, qui reflète la constitution même de leurs auteurs. Eléonore C... et Marie L... possèdent cette irritabilité à fleur de peau, cette inconstance, cette susceptibilité, ces colères sans motif qui ont servi de base pour édifier la psychologie de l'hystérique. A côté de l'impulsivité que nous retrouvons dans les deux, nous relevons de nombreuses différences, et dès maintenant il devient utile de les séparer dans l'étude analytique de leur mentalité propre.

Eléonore joint à l'humeur fantasque de la névrosée une imagination fertile qui lui donne des illusions nombreuses, en particulier du sens de la vue. Elle voit sa mère, une lumière vive, une chauve-souris qui vole, ce sont bien là les rêves diurnes semi-hallucinatoires des hystériques. S'il pouvait être encore question de stig-

mates à l'heure actuelle, nous dirions qu'une éducation psychiatrique légère porterait rapidement ses fruits en ce sujet bien préparé aux anesthésies, auquel une seule leçon suffirait certainement pour bien apprendre sa crise. Cette enfant, prompte aux gestes violents, dont le sourire est si souvent proche de l'insulte, nous semble réaliser le type de la déséquilibrée mal douée pour établir une juste balance entre les émotions diverses qui affectent son moi. Comme l'a dit Joffroy, « ce qui caractérise le déséquilibré, c'est la désharmonie et l'incoordination de ses facultés intellectuelles, dont certaines peuvent être tout à fait remarquables et parfois générales. Mais ce fait que les idées, les goûts et les aspirations ne sont pas tous sur la même place, l'unité, condition essentielle de la parfaite volition, ne saurait régner sur le domaine mental du déséquilibré. Or, l'unité c'est la stabilité, la puissance. Il y a désaccord, anarchie entre les diverses tendances. L'une d'elles, prenant le pas, tente de se soustraire à la domination de la volonté et devient impulsive. » (Joffroy et Dupouy. *Fugues et vagabondage.*)

La fugue est en somme le témoignage de l'altération volitionnelle. Elle constitue la preuve de la diminution des facultés inhibitrices. Il serait évidemment quelquefois difficile de distinguer entre les excitations vives, parfois terminées par la violence, d'un homme d'un caractère emporté et les colères pathologiques des dégénérés. « Les gens les plus raisonnables ont parfois leur conscience traversée d'idées bizarres, sollicitée d'impulsions saugrenues. » D'ailleurs la fugue du dégénéré, qui est une impulsion, ressemble beaucoup à un caprice. Nous devons les rapprocher des fugues de l'enfance.

Le vagabondage de l'enfance est fréquent, ainsi que nous en avons souvent la preuve dans les « faits divers » des journaux. L'imagination joue souvent un

grand rôle dans ces départs de petits explorateurs qui tentent la fortune et les aventures sur la grande route. Ceuux-là ne vont jamais bien loin sans être distancés par la police, qui les ramène à leurs parents. D'autres, au contraire, ne céderont pas à l'attraction de l'inconnu, leur fugue ressemble à une fuite, et j'en connais deux cas dans la même famille. La mère, de tempérament hystérique, déséquilibrée, a fait deux tentatives de suicide. Une sœur du père est internée. De cette union sont nés cinq enfants. L'aîné, écolier indocile, mauvaise tête, d'intelligence médiocre, méritait plus souvent les punitions que les éloges. Son père le traita un peu rudement un soir ; le garçonnet supporta la correction, mais le lendemain il disparut et ses parents renoncèrent à le retrouver après de longues recherches. Il reparut à vingt-quatre ans, devenu jockey après une longue série de mutations de domiciles et de métiers, sans avoir usé son mauvais caractère aux aspérités de son existence aventureuse. Trois autres enfants sont rangés, très laborieux, d'humeur facile, et sont arrivés de bonne heure à une situation lucrative et honorable. La dernière des cinq est une fille. Elle est paresseuse, coquette et vicieuse. À l'école, elle n'a pu arriver au certificat après de longues années de classe. En deux ans, elle a fait cinq apprentissages différents. Elle s'est échappée après des reproches, passant des journées entières dehors et rentrant à la nuit tombante.

L'enfant anormal est généralement le produit de parents eux-mêmes anormaux.

Dans les cas que nous venons de rapporter, nous remarquons à peu près les mêmes conditions héréditaires et sociales conduisant aux mêmes effets. Il serait facile de rattacher uniquement ces fugues à la débilité mentale. Nous répondrons à cela qu'aucun des trois sujets dont nous venons de narrer l'histoire n'est un véritable débile,

Débiles du jugement, ils le sont à n'en pas douter, mais beaucoup moins de l'intelligence. Le débile est comme on l'a dit : un faible, un chétif, un malingre de l'intelligence. Ces trois enfants ont été susceptibles d'une certaine culture intellectuelle. Ils ont une compréhension suffisante des notions générales, des idées abstraites. Ils donnent l'impression de sujets à la pénétration d'esprit plus vive que celle de la moyenne des individus. D'ailleurs les fugues de débiles ne ressemblent point à celles que nous venons de relater. « On a rarement l'occasion d'observer de purs débiles à l'asile, parce que précisément leur état mental ne nécessite pas par lui seul leur placement. La véritable fugue du débile est la fugue enfantine par attirance d'un lieu, par besoin instinctif et par plaisir de marcher. Les débiles internés sont tous ou presque doublés d'un délirant ou d'un déséquilibré amoral ou pervers. »

Pouvons-nous invoquer les mêmes raisons pour joindre à ces fugues celle de Marie L...? Nous trouvons chez elle la même hérédité vésanique. Au moment où l'observation fut recueillie, on se trouvait en présence d'une jeune fille d'humeur étrange que bien des personnes de son entourage ne considéraient point comme aliénée. Cependant, malgré l'absence apparente de délire, le brusque changement survenu dans sa vie, faisant une détraquée d'une femme pleine de jugement et de sens pratique, n'avait point manqué d'attirer notre attention.

Il n'est point rare de trouver des originaux qui surpassent la mesure du bon goût, mais ils n'ont rien de pathologique quand ils ont été bizarres pendant toute leur vie... Cette jeune personne qui jusqu'alors avait déployé de rares facultés intellectuelles, la rendant indispensable à sa mère, dont elle gagnait le pain et dirigeait la vie, devint brusquement paresseuse, apa-

thique et indifférente. Le souci du lendemain disparut chez cette ouvrière prévoyante, le dénuement le plus complet fut impuissant à la solliciter au travail. Cet affaissement intellectuel, cette diminution de ses sentiments filiaux nous inclinèrent à penser à une démence précoce, diagnostic qui devrait s'affirmer par la suite.

Les deux fugues que nous relevons dans son existence pathologique sont loin de rappeler le tableau classique des fugues des déments où l'affaiblissement intellectuel est profondément marqué.

Ducosté a montré, dans sa revue générale sur les Fugues de la Démence précoce, que ce qui les caractérise, c'est l'*absence de motif*. Tel est précisément le cas de notre malade à laquelle se peuvent appliquer également les caractères attribués par Touzé aux genres de fugues de la démence primitive. « Parmi les impulsions des déments précoces, dit-il, on note assez souvent les fugues : fugues sans pré-méditation ni plan, que les malades entreprennent au hasard. Seule la démence précoce peut expliquer les fugues sans but, les suicides sans désespoir, les voies de fait sans colère et les calomnies sans haine. »

Au début de leur affection mentale, ces malades sont très susceptibles de conserver de leurs actes un souvenir à peu près net. Plus tard, au contraire, par tassement intellectuel, leur moi prendra une part moins active aux accidents de leur vie, auxquels ils assisteront en spectateurs involontaires et désintéressés.

Il faut dès lors distinguer entre les fugues de la période de désagrégation mentale et celles de la démence terminale. Ducosté en reconnaît quatre sortes : celles qui sont dues à l'instabilité, à l'impulsion, au déficit intellectuel (ou démence légère), à la démence profonde.

La première des fugues de notre malade semble bien

être due à une impulsion. Elle sortait souvent de chez elle brusquement sans dire où elle allait, errant à l'aventure dans les rues, rentrant à une heure avancée, quand elle était lasse de marcher. Une fois seulement, elle ne rentra point, c'est le jour où elle resta à l'église.

La deuxième fugue témoigne d'un déficit intellectuel un peu plus profond.

Nous avons revu cette malade chez elle. Depuis son premier internement, ses facultés mentales ont baissé. Tandis qu'elle travaillait un peu de temps à autre, elle passe au lit la plupart de ses journées. De temps à autre, elle présente quelques périodes confusionnelles hallucinatoires. La malade a édifié un délire avec idées de persécution et de revendications absurdes, tendances érotiques, stéréotypie des mots, sitiophobie. Elle avance progressivement vers la démence complète.

ACCÈS CONFUSIONNELS

CHEZ UN PERSÉCUTÉ PERSÉCUTEUR

Par le Dr Fr. ADAM,

Interne à Charenton.

G..., trente ans, est interné depuis 1907 à l'asile de Bourg. C'est un persécuté-persécuteur, dont l'observation a déjà été présentée aux lecteurs de ce journal (1). Je la résume brièvement.

Un oncle du malade est mort dément organique. Le père a présenté un accès d'excitation maniaque, mais n'a pas été interné ; la mère est une déséquilibrée. Rien de particulier dans l'enfance de G... Engagé volontaire à dix-huit ans, le jeune homme bientôt dégoûté du métier des armes, simule une incontinence d'urine pour se faire réformer et arrive à ses fins.

De retour chez lui, il continue de pisser au lit pour ne pas être pris à la conscription. (Plus tard, en prison, il devait recommencer à simuler la même infirmité pour apitoyer ses juges ; il cessa à l'asile pour ne pas coucher dans un lit de gâteux.)

G... entreprit, il y a quelques années, de vouloir se faire exonérer des impôts qu'il devait pour une petite bicoque qu'il avait construite ; il essaya un refus. Il crut avoir droit à un emploi dans les postes, il se fit éconduire. Entre temps, il prétendit faire rendre justice à sa maîtresse lésée, affirmait-il, dans un héritage. Ces différentes revendications furent le prétexte de milliers de lettres adressées aux différents magistrats de l'ordre administratif ou judiciaire. L'une d'elles, qui contenait des menaces de mort à l'adresse du préfet de l'Ain, amena l'arrestation, puis l'internement de G...

A signaler, chez ce malade une voûture exagérée de la voûte palatine, l'adhérence des lobules de l'oreille, la rareté du

(1) A. Adam. Documents de médecine légale... II. Persécuté-persécuteur, communication du délire à la concubine. *Ann. méd. psychol.*, n° 2, 1910.

système pileux mentonnier et une malformation du canal de l'urètre (double méat).

G... était depuis quatre ans à l'asile et ne cessait de protester contre son internement auprès des médecins et des autorités, quand se produisirent les événements suivants. Il importe de dire, pour bien montrer la transformation de la mentalité du sujet au cours de l'accès, que G... affichait des opinions humanitaires, socialistes, anticléricales et dénonçait dans ses facta les « patriotes du Vatican ».

En septembre 1911, G... fut placé à l'infirmerie de l'asile parce qu'il se plaignait de diarrhée. Il eut pendant deux ou trois jours plusieurs selles semi-liquides et noirâtres. La température ne s'élevait pas au-dessus de la normale, les urines ne contenaient pas d'albumine. Soumis au régime qui s'imposait, traité par une potion de bismuth et de laudanum, le malade se mit au bout de trois jours à changer brusquement de mentalité. Il devint taciturne et cessa de parler et par conséquent de revendiquer. Sa respiration se fit lente, irrégulière et profonde. Après être resté quelques heures dans cet état, G... devint anxieux, se mit à demander qu'on ne l'abandonne pas, ne voulut plus recevoir de soins de la sœur du service, certainement affiliée à la franc-maçonnerie. Avec les médecins, au contraire, il devint affectueux, il nous invita à aller chercher l'aumônier pour qu'ensemble nous passions la nuit auprès de lui « un de chaque côté ». Le lendemain matin, cinquième jour depuis le début des accidents diarrhéiques, l'état mental s'aggrave. Le malade pronière autour de lui des yeux égarés, demande avec angoisse si nous sommes de ses amis, ne boit plus que du lait que j'ai au préalable goûté devant lui. Mais, le soir, il refuse toute alimentation, on doit renoncer à lui faire absorber une potion calmante. On doit également cesser de prendre la température, qui, du reste, a toujours été normale. La diarrhée ne s'est plus reproduite depuis la veille. G... paraît halluciné, il se plaint du vent de mort qu'amènent les tuyaux (conduites d'acétylène), il regarde fixement au plafond et parle à voix basse.

Cet état paroxystique dure quatre jours entiers, puis cesse petit à petit. On peut bientôt causer avec le malade, qui devient de nouveau bienveillant et à besoin d'être rassuré : « Alors, je ne vais pas mourir ? » nous demande-t-il. Pour la première fois depuis quatre ans, il reçoit aimablement ses parents.

Placé dans une salle de malades calmes, G... ne se rappelle

pas qu'il a dû être isolé, il se remet petit à petit, s'alimente. Mais, au bout de huit jours, il devient moins bienveillant, ne cause plus volontiers, et demande à retourner dans sa division. Pendant quelques semaines, il cherche à nous éviter, puis bientôt se remet à écrire et à récriminer. Pour ce qui est de la crise qu'il vient de traverser, il se refuse à en parler, puis, pressé de questions, prétend avoir simulé la folie, « car il n'y a que les fous que l'on renvoie d'ici ». S'il s'est montré gentil avec ses parents, c'est « pour les confesser » et savoir ce que nous leur disons de lui.

En réalité, le malade, qui a conscience d'avoir eu des troubles psychiques et qui en est assez mari, en a trouvé au bout de quelques jours l'explication ci-dessus, mais préfère ne pas nous entretenir de ce sujet.

G... reprit donc sa vie de persécuté-persécuteur ; mais au bout d'un an, en août 1912, il devait présenter un nouvel accès. Frappé de sa mauvaise mine, le médecin le fit un jour aliter. Cette fois encore, des accidents gastro-intestinaux ouvrirent la scène, mais ils furent moins marqués que la première fois : pas de diarrhée, mais seulement quelques vomissements. Pas de température, pas d'albumine dans les urines. Quant aux accidents mentaux, ils sont encore caractérisés par de la stupeur, des hallucinations, du refus d'aliment.

Il y a par moment une légère détente et le malade dit alors qu'on veut l'empoisonner, ou au contraire qu'il va mieux et demande alors qu'on le laisse tranquille. De temps à autre, on doit l'alimenter à la sonde.

Mais cet état dure beaucoup plus longtemps que la première fois, ce n'est qu'au bout de six semaines qu'une amélioration se produit ; les accidents aigus cessent petit à petit, mais G... reste dans un état de confusion chronique qui persiste encore aujourd'hui et est constitué par de la torpeur, de l'indifférence, avec conscience partielle, sans trace de délire. Le malade répond lentement à nos questions. Il reconnaît qu'il est un peu fatigué : « Troubles manuels et maladie de langueur. » « — Etes-vous heureux ou malheureux, lui demandons-nous ? — Oh, il n'y a pas de mélancolie pour l'instant. — Vous ne demandez plus votre sortie ? — Oh ! elle viendra bien d'office. — Et votre place de facteur ? — On aurait bien pu me la donner. »

G... salit son lit ; s'il en est ainsi, c'est, dit-il, « qu'il a besoin de repos et qu'il n'est pas mal comme cela ».

En somme, un individu que des stigmates multiples permettent de classer parmi les dégénérés et qui, depuis une dizaine d'années, présente un délire systématisé raisonnant, fait, à une année d'intervalle, deux accès confusionnels de forme hallucinatoire. Le premier de ces accès cesse petit à petit, et l'on voit réapparaître la mentalité et la personnalité antérieures du malade ; le second a évolué vers une forme chronique simple que l'on n'est pas encore autorisé à considérer comme définitive (Régis, Laurès).

J'ai cru devoir rapporter cette observation, car l'on étudie beaucoup depuis quelque temps les modes d'association des psychoses. Or, tandis qu'il est classique de dire que des délires peuvent se constituer à la suite d'un accès confusionnel (1), il est beaucoup plus rare de voir des accès de ce genre apparaître au cours d'une psychose systématisée chronique. Cependant Séglas, dans ses *Leçons cliniques* et Sérieux, et Capgras, dans leur travail sur les *Délires d'interprétation*, en signalent deux ou trois cas. D'autre part, Vigouroux, en juin 1912, présentait à la Société médico-psychologique « un cas de délire de persécution à base d'interprétation délirante avec épisodes hallucinatoires d'origine toxique ».

Est-ce à dire que l'association de ces différentes formes — car le Prof. Régis (2) a bien montré qu'il s'agissait là de l'association de deux éléments — doive nous étonner ? Ne devrait-on pas, au contraire, s'attendre à rencontrer assez fréquemment en clinique des faits de ce genre ? Ne fait pas en effet de la confusion mentale qui veut ; l'infection et l'intoxication sont évidemment les premiers facteurs des accidents de cette nature,

(1) Voir les travaux de Damaye dans les *Archives de Neurologie*, 1911 et 1912.

(2) Régis. *Les Psychoses d'auto-intoxication. Archives de neurologie*, 1899.

mais les influences héréditaires ont aussi leur importance, et le persécuté-persécuteur, dégénéré par définition, nous semble, plus que tout autre, apte à verser dans la confusion. C'est ainsi que G..., par deux fois, à l'occasion d'accidents gastro-intestinaux, a présenté les accidents que l'on sait.

Tout récemment, je vis un jeune avocat, qui avait eu des convulsions pendant son enfance, et qui, depuis cinq ans, présentait des accidents comitiaux, faire à l'occasion d'une affection intestinale, peut-être éberthienne, un accès confusionnel intense avec onirisme. Après la disparition des accidents psychiques aigus, des idées délirantes post-oniriques ont persisté quelques jours, puis tout est rentré dans l'ordre.

Je crois que ces deux cas méritent d'être rapprochés ; dans l'un et dans l'autre, la nature du terrain fut un élément favorable à l'éclosion d'accidents dont l'infection de l'intoxication ne seraient que la cause occasionnelle.

... M. G... a été admis au service de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var) le 26 juillet 1912, à la suite d'un accident domestique. Il a été placé dans une chambre à deux lits. Il a été admis avec un état de paralysie générale et il a été placé dans une chambre à deux lits. Il a été admis avec un état de paralysie générale et il a été placé dans une chambre à deux lits.

Médecine légale

MEURTRE, TENTATIVE DE MEURTRE ET TENTATIVE DE SUICIDE

PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ UN DÉGÉNÉRÉ

A ASCENDANCE ÉPILEPTIQUE

PAR LES DOCTEURS

BELLETROUD, et FROISSARD,

Directeur - médecin Médecin adjoint

de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var).

G..., coiffeur, est inculpé d'avoir tué son enfant et blessé grièvement sa femme, à coups de revolver, dans la nuit du 26 au 27 août 1912.

Cette nuit là, vers une heure du matin, M^{me} G... couchée dans sa chambre, fut réveillée par des détonations et une vive douleur à la tête. Son mari était debout près du lit, tenant en main un petit revolver, son enfant couché dans la même pièce était immobile dans son petit lit. Comprenant qu'il venait de tirer sur elle, elle sauta à bas du lit, arracha le revolver des mains de son mari, jeta l'arme dans la rue par la fenêtre, et s'enfuit en criant.

Au bruit, des voisins se mirent à leur fenêtre et MM. Pierre et Paul virent ainsi dans la rue M^{me} G... en chemise, ensanglantée, frappant à la porte de la maison voisine de la sienne, en demandant du secours. Elle leur dit que son mari venait de tuer son enfant, de la blesser elle-même et qu'il devait être mort lui-même.

Après avoir abrité la blessée chez une voisine, les deux témoins montèrent chez M. G... qui habitait au 2^e étage. Ils le trouvèrent sur le palier, à la porte de sa chambre à coucher, debout, immobile, un couteau dans la main droite. Paul lui demandant ce qui s'était passé, G... lui dit : « Je ne sais pas ; il doit être venu des voleurs. Ils ont tué le petit, blessé ma femme, tiré des coups de revolver. » Il ajouta, un instant après : « Vous poussez entrer, vous autres. Je ne vous ferai pas de mal. » M. Pierre descendit alors pour chercher un médecin. De la rue, Pierre s'adressa à Paul qui était à la fenêtre de l'appartement de G..., pour lui dire qu'il croyait celui-ci coupable. L'inculpé l'entendit et lui répondit vigoureusement : « — Tu dis que c'est moi qui ai tué ma femme et mon enfant ? — Je ne te parle pas, dit Pierre. — C'est moi qui te parle », répondit G...

Un instant après, G..., qui était descendu à son tour dans la rue, appelaitsa femme : « — Lonise ! viens vite, tu aurais froid ! » G... avait encore le couteau à la main. Il fut, paraît-il, quérir lui-même le médecin qui habite à peu de distance. Ils remontèrent ensemble, accompagnés de Paul, dans la chambre du crime, où G..., qui était blessé, fut couché et pansé.

Les constatations médicales montrèrent que l'enfant avait reçu un projectile de revolver, de petit calibre, dans l'œil gauche. La balle avait pénétré dans le cerveau, produisant une blessure immédiatement mortelle. M^{me} G... avait reçu trois blessures produites chacune par une balle de revolver : une dans l'oreille droite ; une autre dans la partie antérieure du thorax, à droite ; enfin une autre au niveau de la racine du nez.

G..., lui, présentait une plaie ronde, produite par une balle de revolver, au-dessus et en dehors de l'arcade sourcilière droite. La balle paraissait avoir fait séton et être ressortie au-dessus du sourcil droit. D'autre part, il était blessé au creux épigastrique. Deux plaies s'y montraient à gauche, linéaires, peu profondes, produites par un couteau pointu.

On trouvait donc, au total, cinq blessures par balles de revolver.

L'arme du crime, retrouvée dans la rue, était un revolver de faible calibre à cinq coups, dont toutes les

balles avaient été tirées, qui fut reconnu par G... comme lui appartenant.

Lors du premier interrogatoire, G... déclara :

« — Je ne me souviens de rien de ce qui s'est passé cette nuit. Je ne me rappelle pas notamment avoir blessé ma femme, ni tué mon enfant.

« Depuis trois mois, je souffre atrocement de douleurs de tête provoquées par des maux de dents. Hier, dans l'après-midi, pour me distraire un peu, je me suis rendu avec mon frère A... à Brignolles. Nous sommes rentrés à 7 heures. Ma femme, avec laquelle je vis en bonne intelligence, s'est couchée vers 9 heures du soir. Quant à moi, vers 9 heures, j'ai rasé un client. Je suis monté vers 10 h. 1/2 me coucher. Je souffrais un peu des dents, mais pas trop. Je me suis mis au lit. Vers minuit, la douleur était épouvantable. Ma femme se leva pour me faire un cataplasme ; puis, un peu plus tard, je descendis à mon magasin pour chercher de la teinture d'iode. A un moment donné, ma souffrance était telle que je me levais et circulais dans la chambre. Mes souvenirs, à partir de ce moment, ne me servent plus. Tout ce que je me rappelle, c'est qu'ayant vu mon enfant couché dans son petit lit, avec du sang sur la figure, je le pris avec moi dans mon lit. Je cherchais ma femme, mais elle n'était plus là.

« J'ai un revolver dans le tiroir de ma caisse, au magasin, mais je ne me rappelle pas m'en être servi cette nuit. Je ne l'ai pas pris quand je suis descendu au magasin chercher la teinture d'iode.

« C'est quand j'ai vu mon enfant malade que je me suis blessé avec mon couteau.

« Je ne me souviens pas comment j'ai pu me blesser au-dessus de l'œil droit.

« C'est pour mon enfant malade que je suis allé chez le Dr S... C'est alors que j'ai rencontré M. Paul. »

Nous avons successivement étudié l'acte en lui-même comme manifestation d'une psychose, et l'inculpé dans les tares morbides qu'il pouvait présenter.

Ce qui a fort impressionné l'entourage du criminel, c'est l'absence de causes apparentes à ce crime. Le ménage G... était uni, le mari n'était ni violent ni brutal. La jalousie ne pouvait être invoquée. L'inculpé

aimait beaucoup l'enfant qu'il avait tué. Aucune discussion ne s'était élevée ce jour-là. G..., qui avait passé la soirée à la fête de la ville voisine avec son frère, n'avait pas bu et paraissait, en dehors de ses douleurs de dents, tout à fait normal. Le client qu'il rasa ne s'aperçut de rien.

Cependant, en recherchant les phénomènes psychopathologiques susceptibles d'avoir déterminé un tel acte, on constate chez l'inculpé l'existence d'idées de suicide anciennes et d'une tentative de suicide immédiatement consécutive au crime.

L'hypothèse que le meurtre a été déterminé par la volonté de l'inculpé d'en finir avec la vie est donc très vraisemblable. Il ne semble pas qu'il y ait eu suicide collectif. L'enfant était trop jeune pour consentir ; la mère a montré suffisamment, par sa hâte à fuir, le grand cas qu'elle faisait de l'existence. Il y a donc eu meurtre suivi de suicide du meurtrier. Mais ce n'est pas pour échapper à la justice que G... a cherché à se tuer. Il y était probablement décidé lorsqu'il a tué son enfant. On peut admettre que G..., poussé au suicide par ses violentes douleurs et par ses idées hypochondriaques et d'auto-accusation, n'a pas voulu laisser lui survivre deux êtres qui lui étaient chers et pour lesquels il redoutait dans l'avenir des souffrances analogues à celles qu'il endurait actuellement.

Les causes sont lointaines dans l'existence du criminel qui ont fait naître les idées de suicide.

G... a actuellement trente ans. C'est physiquement un débile chétif, de petite taille, de peu de résistance. Psychiquement, c'est aussi un faible, facile à déprimer.

Il a contracté la syphilis avant son service militaire, il y a dix ans. Le diagnostic ne fut pas fait à cette époque. Aucun traitement ne fut institué. G... se maria, il y a quatre ans. Peu de temps après son mariage, M^{me} G... présenta, aux parties génitales, des écorchures spontanément inguérissables. G... avait également sur la verge, de petites plaies semblables. Le ménage fut consulter un médecin, à Toulon, qui diagnostiqua la syphilis chez les deux conjoints et institua un traitement.

G... fut alors très ennuyé. « C'est quand le docteur

m'a dit que j'avais cette maladie et quand j'ai vu que je l'avais donnée à ma femme que j'ai pensé, pour la première fois, à me suicider. »

Le médecin, à qui il avait parlé de son découragement, le calma.

Il y a un an et demi environ, apparurent des douleurs de tête et de fortes névralgies dentaires qui, depuis ce temps, n'ont jamais cessé complètement.

A la même époque, pendant la nuit, G... eut le côté gauche de la face paralysé. Il avait, le matin, « la figure toute de travers ». Il fut soigné par le Dr S... Il lui en reste actuellement une certaine asymétrie faciale.

Enfin, il y a trois mois, les névralgies devinrent insupportables. Un dentiste pratiqua l'extirpation de plusieurs dents sans obtenir d'amélioration. Les idées de suicide se réveillent à ce moment : « Je souffrais continuellement de névralgies et de maux de tête. J'ai eu alors du découragement. J'ai pensé à me suicider seul et avec le revolver. La faute n'en était pas aux autres. »

Quelques autres phénomènes de moindre importance contribuaient à bouleverser l'existence de G... Un tremblement se manifestait dans les mains. Il devenait maladroit. Il lui arrivait de conper des clients. Il lui semblait qu'il devenait irritable et excitable. Il ne pouvait plus raser pendant longtemps, sans éprouver une sensation d'oppression et se voir obligé de sortir au dehors et de prendre l'air pour se calmer.

Il songea à quitter le métier de coiffeur pour travailler à l'agriculture, mais il redoutait fort de ne pouvoir gagner suffisamment pour vivre. « Que deviendrons-nous, disait-il à son frère, quand je ne travaillerai plus ? »

Enfin M^{me} G... nous a signalé que lorsque son mari lisait dans un journal le récit d'un suicide, il disait fréquemment : « Ça m'arrivera un jour ou l'autre. »

De telle sorte que, au moment du crime, l'inculpé était psychiquement fort déprimé et en proie à des idées de suicide qu'accentuaient encore les vives douleurs névralgiques qu'il ressentait. Il avait la notion d'avoir contaminé sa femme et devait redouter pour elle les mêmes souffrances qu'il endurait. Enfin, n'a-t-il pas cru son enfant hérédo-syphilitique ?

Malgré que les idées de suicide soient indéniables, corroborées qu'elles sont par la tentative qui a suivi le meurtre, on ne peut rien faire avouer, à ce sujet, à l'inculpé. Il nie même s'être tiré un coup de revolver et reconnaît seulement que c'est lorsqu'il vit son enfant malade que, désespéré, il s'est frappé de son couteau.

Or, on peut considérer avec beaucoup d'auteurs, que le suicide, sauf de rares exceptions, est un acte morbide, l'acte d'un individu psychiquement taré. C'est, d'autre part, un acte fréquent chez les aliénés et très commun dans certaines maladies mentales.

La constatation de ce phénomène morbide chez G... n'est pas suffisante pour nous dire qu'il n'est pas responsable du meurtre, dont les causes restent hypothétiques, mais elle nous fait présumer que nous nous trouvons en face d'un individu psychiquement anormal.

Cette présomption se trouve appuyée par une autre série de faits qui ressortent de l'étude de l'acte lui-même.

Dans tous ses interrogatoires, G... a toujours prétendu ne pas se souvenir de tout ce qui s'est passé, à partir du moment où il s'est fait appliquer la teinture d'iode jusqu'au moment où il s'est trouvé en face de son enfant mort.

L'épilepsie est la maladie mentale qui offre le plus souvent de telles amnésies localisées, soit au moment des crises, soit au moment d'actes dangereux ou criminels. Or, si on étudie G... en lui-même, on ne trouve aucun symptôme physique ou psychique, aucun stigmate qui permette de dire qu'il est épileptique. Mais dans ses antécédents héréditaires, on voit qu'il appartient à une famille dans laquelle cette psycho-névrose est fréquente.

G... a trois frères et trois sœurs. L'un de ceux-ci est porteur de hernies multiples; un autre, actuellement soldat, a eu des attaques convulsives nombreuses, de seize à dix-sept ans. Le troisième, physiquement très débile, présente une forte asymétrie faciale, du prognathisme, une voûte palatine ogivale; intellectuellement, il paraît normal.

Deux sœurs sont normales. La dernière est épileptique.

Louise, vingt-huit ans, était religieuse dominicaine. Au couvent, elle eut des crises assez fréquentes. La congrégation fit des démarches pour que sa famille la recueille. Elle fut alors envoyée dans une maison religieuse du Var. Là, elle eut une série de crises, nocturnes ou diurnes, avec émission d'urine, perte de connaissance, convulsions, dont l'une nécessita par sa violence la présence du médecin.

Elle fut rendue à sa mère qui, d'ailleurs, connaissait chez sa fille l'existence de cette infirmité.

Ces crises sont accompagnées de troubles mentaux, confusion mentale et amnésie. Elles sont peu fréquentes et parfois remplacées par des équivalents, vertiges ou absences, au cours desquels la malade devient dangereuse. Récemment, son frère, qui l'hébergeait, dut se séparer d'elle parce qu'elle brisait les carreaux à coups de poing sans s'en souvenir ensuite.

Il y a six ans, dans une absence, elle envoya un coup de couteau de cuisine à la main droite de sa mère. Il en reste une cicatrice.

En dehors de ces phénomènes, c'est une fille douce et serviable. Elle est très faible d'esprit. Physiquement, c'est une grande dégénérée.

Le père de l'inculpé est psychiquement normal ; physiquement, très débile.

Sa mère est bien portante et bien constituée. L'un de ses frères, oncle de l'inculpé, a été réformé du service militaire pour épilepsie.

L'une de ses sœurs est également épileptique.

Enfin le grand-père maternel de l'inculpé, distillateur, a de fréquentes attaques d'épilepsie. Nous avons été témoins des troubles mentaux que présente ce vieillard à la suite d'une attaque récente.

Une telle ascendance, rapprochée de l'amnésie révélée par l'inculpé, constituait une forte présomption en faveur de l'existence de l'épilepsie et de la nature comitiale du crime.

L'étude de l'acte fait tomber cette hypothèse.

Les actes des épileptiques, lorsqu'ils sont commis sous l'influence du mal comitial, ont des caractères bien spéciaux et bien connus. Ils sont brusques, soudains, violents, non motivés et ne laissent aucune trace

dans la mémoire de l'auteur. Le crime présente bien quelques-uns de ces caractères, brusquerie, soudaineté, mais il a des motifs : les idées de suicide et leur cause.

D'autre part, l'amnésie qui accompagne cet acte est très mal délimitée. C'est une amnésie qui n'est pas localisée dans le temps, mais qui est localisée à un groupe d'objets ou d'actes déterminés. G... dit : « Je descendis à mon magasin chercher de la teinture d'iode. Un peu plus tard, ma souffrance était telle que je me levais et circulais à travers la chambre. A partir de ce moment, mes souvenirs ne me servent plus... »

« Je vis ensuite mon enfant couché avec du sang au nez, dans son petit lit. Je cherchais ma femme, elle n'était plus là. »

« Comprenant que mon enfant était malade et ma femme partie, je me donnais les coups de couteau. J'ai été ensuite chercher le docteur et j'ai rencontré Paul. »

Or, en même temps que Paul, G... rencontrait Pierre avec lequel il avait une altercation; G... se souvient de Paul, mais pas de Pierre.

G... savait également à ce moment que sa femme était partie de chez lui précipitamment en chemise, puisqu'il l'appela chez la voisine où elle s'était réfugiée : « Louise, viens vite, tu aurais froid ! » Or, actuellement il nie ce fait.

Si on lui demande où est son revolver, il répond : « dans le tiroir de ma caisse ». Or, il sait pertinemment qu'il n'y est plus, puisque le juge, au premier interrogatoire, le lui a fait reconnaître et l'a placé sous scellés en sa présence.

Interrogé sur les blessures qu'il porte, il montre ostensiblement les coups de couteau. Quant à la blessure du sourcil droit, il n'en parle point spontanément. Nous lui demandons pourquoi il ne nous signale pas cette cicatrice très apparente, il répond par des explications enfantines : « Je ne savais pas que je l'avais... elle ne me faisait pas mal... Je n'avais pas de glace pour m'examiner. »

Or, cette blessure a nécessité pendant plusieurs jours un pansement encombrant qui bouchait l'œil droit. G... affirme d'abord qu'il n'a aucun souvenir du panse-

ment, puisque ce pansement était tellement peu gênant qu'il a passé inaperçu. Cependant, il se souvient très bien d'avoir été soigné par le docteur, interrogé par le juge de paix, et d'autres faits connexes qui se sont produits alors qu'il avait le pansement sur la tête.

Ces oubliers surprenants se reproduisent chaque fois qu'il est question du revolver et pour la plupart des faits embarrassants, G... croit se tirer d'affaire en affirmant qu'il ne se souvient de rien.

Il y a loin de ce phénomène à l'amnésie bien localisée des épileptiques. La mémoire de G... a fait un triage; les faits relatifs au meurtre par coups de feu ont été oubliés. Une telle amnésie ne peut être que volontaire et simulée. Il paraît difficile d'admettre que G... se souvienne de sa conversation avec Paul sans se souvenir également des mots aigre-doux qu'il a échangés au même moment avec Pierre. G..., ayant toujours prétendu ne pas s'être servi du revolver, a oublié volontairement tout ce qui a trait à cette arme.

Cependant, si nous avons pu établir que bien des faits immédiatement postérieurs au crime sont volontairement dissimulés par l'inculpé, nous n'avons jamais pu saisir une contradiction, et surtout obtenir un renseignement touchant le moment du meurtre lui-même, de l'instant où, après être allé chercher la teinture d'iode, G... se promenait dans sa chambre, jusqu'à celui où il vit sa femme s'enfuir en chemise et son fils mort.

Le seul fait qui permette de douter de l'obscurité d'origine pathologique de cette période amnésique est l'essai de simulation d'amnésie décelable pour les faits immédiatement postérieurs.

N'y a-t-il pas eu à l'instant du crime un moment de confusion mentale, pendant lequel les faits sont arrivés très effacés et très modifiés à la conscience? L'inculpé ne cherchant nullement à faciliter la tâche de l'expert, mais se bornant à dire : « Je ne me souviens de rien », on ne peut que signaler cette conception à titre d'hypothèse.

Quoi qu'il en soit, l'acte en lui-même ne présente pas tous les caractères des actes dus à l'épilepsie, et l'amnésie qui accompagne le crime nous apparaît comme simulée en grande partie.

Enfin, rien jusqu'ici, dans les antécédents personnels de l'inculpé, ne peut faire soupçonner l'existence du mal comitial chez lui. Seuls ses antécédents familiaux sont une indication concernant cette psycho-névrose, indication que rien ne vient vérifier. Aussi peut-on écarter l'hypothèse que le meurtre reproché à G... est dû à l'épilepsie.

La puérilité du système de défense nous avait profondément surpris. Frappante était également l'indifférence de l'inculpé à l'emprisonnement, l'absence de préoccupations sur son sort juridique, son optimisme sur les résultats de l'instruction et du jugement. L'existence d'une syphilis antérieure chez G... et d'une modification récente de la personnalité firent que notre attention fut attirée du côté d'une paralysie générale possible.

La syphilis chez G... date de dix ans. Il y a un an et demi, apparurent les violentes névralgies avec maux de tête qui n'eurent rien de caractéristique ; un peu plus tard, une paralysie faciale se montre ; puis les névralgies dentaires ne cessent plus. On remarque également à ce moment, chez G..., un tremblement des mains assez considérable pour l'entraver dans l'exercice de son métier. Enfin lui-même et son frère constatent, depuis plusieurs mois, un changement dans le caractère. G... devient irritable, énervé, agacé. Autre symptôme important : son frère, avec lequel G... sortait fréquemment, s'aperçoit que l'inculpé a des distractions. Il oublie certaines commissions, ne vient pas à un rendez-vous ou part avant l'heure fixée pour une promenade.

Il y a donc là, avant le crime, une série de petits phénomènes somatiques, névralgies, céphalalgies, paralysie faciale et tremblements ; et psychiques, troubles de la mémoire, excitabilité, dépression psychique, qui indiquent qu'une perturbation se produit chez l'inculpé en 1911-1912.

Si actuellement on examine l'état mental de G..., on constate une faiblesse psychique assez considérable portant sur toutes les facultés mentales.

L'intelligence est diminuée dans son ensemble. La mémoire n'est pas brillante, surtout pour les faits récents ; G... se trompe de date ; il varie souvent dans

ses récits; il ne se souvient pas du nombre de visites qu'il reçoit; cependant le calcul fonctionne bien et, s'il fait des erreurs, G... les corrige de lui-même; l'attention est mauvaise, difficile à fixer, elle se fatigue vite, les jugements sont puérils; les erreurs de logique sont fréquentes : G... croit par exemple pouvoir sortir bientôt de prison, apprendre facilement le métier de menuisier et y travailler désormais avec son frère; il ne se demande pas si ce frère l'accueillera avec plaisir.

Il n'a pas une conscience bien nette de sa situation. Ne nous disait-il pas : « Si je suis enfermé toute ma vie, je me suiciderai... ; si je ne puis me suicider, je demanderai au jury de me faire guillotiner. »

A l'asile, il n'est étonné de rien.

Il est surpris que sa femme ne lui écrive pas plus affectueusement et plus souvent. Il a présenté une indifférence absolue au moment de son transfert à l'asile.

Si ses parents viennent le voir, il ne demande pas des nouvelles de sa femme ou de son fils, ou de sa situation judiciaire, mais il s'enquiert au contraire de ce qu'est devenu son commerce, si peu important cependant.

L'indifférence et l'apathie sont évidentes et presque constantes. Parfois, au contraire, G... présente une émotivité très exagérée. Certains jours, on peut avoir de longues conversations avec lui, sans qu'il se trouble. D'autres fois, un mot sur le crime provoque une véritable explosion de sanglots, de courte durée. Il existe certainement un déséquilibre profond dans l'affectivité de l'inculpé.

Le ton affectif traduit également sa perturbation par la profonde dépression mentale qui se constate ici.

Tous ces signes de faiblesse psychique sont très légers et ne sauraient, malgré leur ensemble, caractériser seuls une maladie mentale.

Si on examine le crime, on constate que son auteur n'a pas agi avec beaucoup d'intelligence ni de discernement. Il a employé une arme faible, insuffisante à produire des blessures mortelles à coup sûr. Il a essayé ensuite de mettre cet attentat sur le compte de voleurs, dans un pays où les voleurs homicides sont rares. Enfin, la simulation de l'amnésie et le système de défense choquent par leur puérilité. Malgré qu'on lui commu-

nique les documents, G... s'obstine à contredire des témoignages formels. La simulation est sans motif, puisqu'elle ne constitue pas un système de défense.

La faiblesse intellectuelle et les troubles mentaux se retrouvent donc dans le mode du crime.

Cette faiblesse aurait pu être congénitale et l'inculpé, dès sa naissance, un faible d'esprit, un débile à intelligence incapable de se développer. Il ne paraît pas qu'il en soit ainsi.

L'étude de ses antécédents personnels montre, au contraire, que G... a plutôt été un bon élève à l'école, qu'il a passé facilement son certificat d'études, appris son métier sans difficulté.

Cette faiblesse d'esprit est acquise. C'est un affaiblissement récent, qui a débuté il y a dix-huit mois environ et qui est probablement progressif. C'est une démence.

Cette maladie s'accompagne de troubles physiques dont on retrouve certains chez l'inculpé.

On constate chez lui l'inégalité pupillaire. La pupille gauche était plus grande que la droite lors de nos deux visites à la prison ; actuellement, l'inégalité est moins grande, mais la pupille gauche est irrégulièrement arrondie.

L'accommodation à la distance est bonne. L'accommodation à la lumière, bonne à droite, est ralentie à gauche. Ce signe, dit d'Argyll, évident à la prison, est moins net depuis le séjour du malade à Pierrefeu.

G... présente un tremblement très marqué des mains, continu, à grandes oscillations. Ce tremblement est de date récente. C'est lui en effet qui gênait surtout l'inculpé pour raser ses clients et qui le déterminait à changer de métier. Or, pendant huit ans, G... a rasé sans gêne aucune. Ce tremblement n'est pas non plus d'origine périphérique, lié par exemple à une névrite. Il s'accompagne de secousses musculaires qui surviennent surtout pendant la nuit et que G... a constatées depuis son séjour à l'asile. Il ne paraît pas d'origine alcoolique. G... n'est pas un buveur et ne présente aucun signe d'alcoolisme chronique.

Les réflexes rotuliens sont très forts. La langue tremble, mais très légèrement.

Il est un symptôme somatique qui manque rarement dans la paralysie générale, c'est l'embarras de la parole. Ici, on ne peut en faire état. G... ne parle pas correctement, il ralentit souvent sur certaines syllabes, balbutie sur certains mots, en bredouille parfois quelques autres. Mais il y a une telle multiplicité de facteurs à ces troubles très légers d'ailleurs, qu'on ne saurait les attribuer uniquement à la paralysie générale ; ils ne sont pas typiques.

L'inculpé a perdu beaucoup de dents, ce qui le gêne ; sa mâchoire est congénitalement un peu difforme, resserrée dans son diamètre transversal ; enfin, l'accent méridional intervient pour modifier la prononciation.

Cependant, nous avons pu constater un certain mâchonnement avec déglutition fréquente, analogue à ce qu'on voit chez les paralytiques.

Cet ensemble de signes permettait seulement de soupçonner la maladie, sans pouvoir l'affirmer. Or, il est un procédé de laboratoire qui vient confirmer un diagnostic hésitant, en apportant une preuve irréfutable de l'état d'inflammation des méninges et du cerveau : c'est la ponction lombaire suivie de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

L'examen microscopique montra la présence de lymphocytes en petite quantité. Cette lymphocytose, quoique discrète, était certaine et apportait une confirmation au diagnostic de paralysie générale que nous avions fait d'après l'examen psychique.

La paralysie générale est une maladie qui s'accompagne d'attaques congestives rappelant l'épilepsie, dites ictus épileptoïdes, ou l'apoplexie, et qualifiées d'ictus apoplectiformes. Or, l'attaque, suivie de paralysie faciale, que G... a présentée il y a un an, peut très vraisemblablement être considérée comme un ictus du début de sa maladie.

En résumé, on se trouve en face d'un inculpé atteint de paralysie générale au début. Cette maladie est considérée comme d'origine syphilitique. Or, nous retrouvons la syphilis dans les antécédents personnels de G... Elle se traduit actuellement par un affaiblissement intellectuel récent, une diminution de la mémoire, de

l'attention et du jugement. Elle provoque de l'apathie, de l'indifférence. Le malade n'a plus une conscience exacte de sa situation. Enfin, elle s'accompagne d'une certaine dépression psychique qui a favorisé la réalisation d'idées de suicide préexistantes.

Physiquement, on constate du tremblement des mains et une certaine incoordination motrice manuelle, des troubles de l'accommodation pupillaire, de l'exagération des réflexes rotulien ; enfin, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Cette maladie paraît avoir manifesté sa présence depuis plusieurs mois par une paralysie faciale, des céphalées, de violentes névralgies, de l'incoordination motrice manuelle, des modifications de l'humeur, du caractère et de l'intelligence, que nous avons pu déceler dans le passé.

Ainsi donc, on se trouve en face d'un homme malade depuis plusieurs mois et en état de démence au moment du crime.

La paralysie générale affecte ici sa forme mélancolique ; elle n'a pu que contribuer à fortifier les idées de suicide existantes antérieurement chez G... L'acte de l'inculpé nous apparaît donc maintenant comme une tentative de suicide, précédée du meurtre des personnes aimées. G... n'a probablement pas voulu laisser lui survivre sa femme et son fils, qu'il savait contaminés et pour lesquels il craignait soit la misère, soit des souffrances analogues à celles qu'il endurait.

Les idées de suicide sont arrivées à réalisation par suite de l'accroissement de la dépression psychique. Le meurtre a été conçu au moment où la diminution de l'affection de G... pour les siens a été assez marquée pour permettre cette violence chez cet homme très doux, en même temps que la diminution de son jugement lui présentait cet acte comme la seule solution de sa douloureuse situation.

L'affaiblissement psychique a donc été le principal facteur du meurtre et du suicide.

Les névralgies dentaires tenaces n'ont en ici que le rôle de cause occasionnelle. Elles sont d'ailleurs une expression de l'encéphalite centrale retentissant sur les nerfs périphériques. Mais ces douleurs violentes n'ont

été que l'occasion qui a fait se dérouler le drame.

Une hypothèse, très vraisemblable, mais que nous ne pouvons vérifier, n'ayant vu l'inculpé que plusieurs semaines après le crime, est que celui-ci a pu être commis dans un état d'obnubilation, de conscience diminuée qui accompagne les attaques congestives, les ictus chez les paralytiques généraux.

Quoi qu'il en soit, ce crime est l'œuvre d'un dément, commis, selon nous, sous l'influence de la diminution psychique causée par la paralysie générale.

Cet homme ne saurait être rendu responsable de cet acte.

Comme les idées de suicide existent toujours chez lui, et que la maladie dont il est atteint a un caractère nettement progressif, il doit être interné pour éviter le retour d'actes analogues à celui pour lequel il est poursuivi.

Ce rapport nous a paru intéressant par la multiplicité des facteurs morbides qu'on rencontrait chez l'inculpé.

Une hypothèse surgissait immédiatement de l'étude du dossier et des ascendants de l'inculpé que celui-ci était épileptique. Or, l'étude des faits eux-mêmes et de l'inculpé montre que cette hypothèse, quoique très vraisemblable, doit être rejetée, et qu'il s'agissait d'un cas de paralysie générale au début.

Établissements d'aliénés

LE

QUARTIER DE SURETÉ DE VILLEJUIF

(ALIÉNÉS CRIMINELS, VICIEUX, DIFFICILES,
HABITUÉS DES ASILES)

Par le Dr H. COLIN

Médecin en chef des asiles de la Seine.

Suite et fin (1).

IV. — ORGANISATION DU TRAVAIL. — BÉNÉFICES RÉALISÉS.

Nous avons essayé de délimiter, d'une façon aussi précise que possible, les trois catégories de malades internés à la 3^e section.

Tous ces malades, à peu d'exceptions près, sont des hommes valides et capables de travailler. C'est pourquoi il m'a paru que l'organisation du service qui était destiné à les hospitaliser devait être avant tout basée non pas sur le travail considéré à titre de distraction, mais sur le travail productif, de façon à compenser,

(1) Voir les *Annales* d'octobre-novembre et de décembre 1912, et de janvier 1913.

dans la plus large mesure possible, les frais occasionnés par leur assistance.

Pour la première catégorie en particulier (habitues des asiles), le travail, pour la plupart d'entre eux, récupère largement le prix de journée ; le pécule vient ensuite leur permettre de s'offrir quelques douceurs, ou de vivre à la sortie en attendant qu'ils aient trouvé un emploi.

Aujourd'hui que, placés dans des conditions particulières, ils sont astreints à un travail déterminé, ils accomplissent très volontiers la besogne qui leur est dévolue.

Il reste bien encore quelques paresseux incurables, mais la crainte du nouveau service est le commencement de la sagesse pour ces exploiteurs des asiles. Ils hésitent à se faire placer par des amis complaisants ; ceux qui arrivent à l'admission supplient les médecins de ne pas les envoyer à la 3^e section de Villejuif, et ceux qui viennent y échouer réclament bien vite leur sortie avec la ferme intention de n'y pas revenir.

De toutes façons, il en résulte un bénéfice incontestable pour les finances du Département.

Le nouveau service n'est pas moins utile pour les délirants dangereux et pour les individus impulsifs violents qui se sont laissés aller à commettre des actes criminels.

Autrefois, on hésitait à envoyer aux ateliers ces malades qui réclament une surveillance de tous les instants. Actuellement, trois des malades de la 3^e section ont commis des meurtres sous l'empire de leurs idées délirantes, et ils comptent cependant parmi les meilleurs travailleurs.

La disposition des locaux en petits quartiers et en ateliers destinés à contenir trois malades chacun offre cet avantage de rendre plus efficace la surveillance continue des malades avec un personnel limité. Ces ateliers

se complètent par des équipes de travailleurs pour le jardinage, le terrassement, les travaux de maçonnerie, etc.

Les malades sont soumis au contrôle d'infirmiers qui, avant de remplir les fonctions hospitalières, avaient exercé un métier manuel qui les qualifie pour diriger le travail. Les heures de travail sont fixées par un tableau arrêté par le médecin :

NOTE DE SERVICE

A 6 heures (matin).	Réveil des malades.
De 6 h. 1/2 à 7 heures. . . .	Lavabo.
De 7 heures à 6 h. 1/2. . . .	Soupe et récréation.
De 7 h. 1/2 à 11 heures . . .	Travail des malades (en hiver, de 8 heures à 11 heures).
De 9 h. 1/2 à midi.	Visite médicale.
De 11 heures à 1 heure (soir).	Repas et récréation.
De 1 heure à 4 heures	Travail des malades.

*Le Médecin en chef,
Dr COLIN.*

La 3^e section a été ouverte au mois de mars 1910, mais c'est seulement vers la fin de mai que le travail a pu être organisé de façon régulière.

Les travaux comprennent :

1^o Des ateliers de chaussonnerie ;
2^o Des ateliers de tricotage à la machine de bas et chaussettes de laine et de coton.

La fabrication des bas et chaussettes commencés en février 1911, a produit, pour l'année 1911, un bénéfice de 400 francs.

3^o Un atelier de tailleur ;
4^o Des ateliers de réparation de chaises et de menuiserie ;
5^o Des travaux de jardinage et de terrassement.
6^o Un atelier de serrurerie.

Du 14 mai au 31 décembre 1910, il a été fabriqué

3.295 paires de chaussons d'un prix commercial minimum de 3 fr. 50, soit 11.532 fr. 50.

Les dépenses de fabrication (main-d'œuvre comprise) se sont élevées à 8.357 fr. 50, d'où un bénéfice réel pour l'établissement de 3.295 francs.

En 1911, la production s'est élevée à 10.213 paires. Le prix de revient a été de 2 fr. 75, soit un bénéfice de 12.540 fr. 65.

L'atelier de tailleurs occupe trois ou quatre malades. Les résultats ont été les suivants :

La confection des travaux neufs a procuré à l'asile, en 1910, un bénéfice de 100 fr. 80, sur les prix de régie, somme qui paraît minime, mais il ne faut pas oublier que dans ce prix on ne tient pas compte de la réparation de 1.940 gilets et de 1.130 pantalons, exécutée par les mêmes malades.

En 1911, l'atelier a réparé 3.459 gilets, 314 pantalons et 455 vestes, et confectionné 169 effets neufs.

Les travaux de réparation de chaises de l'asile et les différents travaux de menuiserie ont donné les résultats suivants :

Du 14 mai au 31 décembre, il a été réparé 1.359 chaises ou fauteuils (jonchages, cannages et réparations diverses).

En se basant sur le tarif de l'École Braille, où ces réparations étaient faites antérieurement, celles-ci auraient coûté à l'asile la somme de 3.564 fr. 05.

En plus de ces réparations, il a été fait divers travaux de menuiserie tels que : armoires, tables en chêne de diverses longueurs, cabane pour abriter les outils du jardinier, serres, châssis, etc., dont le prix de façon peut être évalué à 773 francs si l'on avait dû avoir recours à un ouvrier à raison de 7 francs par jour.

Soit une valeur totale pour la réparation des chaises et la menuiserie de 4.337 fr. 05. En déduisant la somme de 1.331 fr. 25 pour les dépenses (achat de matière,

journées des malades), il reste un bénéfice net de 3.005 fr. 80.

De nombreux travaux de jardinage (pelouses, plates-bandes, chemins en mâchefer, etc.) et de maçonnerie (canivaux et réparation d'un mur du saut de loup) ont été exécutés.

Pour l'année 1910, ces travaux peuvent être évalués à 3.120 francs, et cette évaluation est faite d'après les journées que l'Administration aurait payées si elle avait dû avoir recours à des ouvriers ordinaires. Confié à des entrepreneurs, ce travail aurait entraîné une dépense supérieure.

Les dépenses pour ces divers travaux (journées des malades) ont été de 391 fr. 75, d'où un bénéfice de 2.728 fr. 25.

Au mois de septembre 1911, on a installé en dehors des quartiers, un petit atelier de serrurerie et une forge. Cet atelier rend les plus grands services pour la réparation des machines à tisser. La réparation de la moindre pièce brisée entraînait une dépense de 12 francs au minimum. Actuellement, cette réparation se fait sur place, très rapidement, et pour un prix insignifiant.

RÉCAPITULATION

Le gain net pour l'établissement, du 15 mai au 31 décembre 1910, peut être évalué à 9.029 fr. 05, et pour l'année 1911, à 17.279 francs.

Depuis l'ouverture de la 3^e section jusqu'au 31 décembre 1910, il y a eu 87 entrées. Il restait à cette époque 45 malades.

En 1911, le nombre des entrées a été de 95. 38 malades entraient pour la deuxième fois dans le service. Il y a eu 68 sorties et 18 transferts. Ces chiffres détruisent l'objection qui se présente tout naturellement.

ment à l'esprit, à savoir que les résultats obtenus pourraient être dus au fait que l'on conserve les bons travailleurs au lieu de les faire sortir dès que leur état le permet.

Ces résultats ne laissent pas d'être encourageants. Ils sont dus certainement à la réglementation très précise d'un travail exécuté dans des conditions déterminées (heures de travail, locaux, etc., etc.), et en même temps à la collaboration précieuse d'un personnel infirmier choisi, qui prend à cœur d'aider le chef de service dans la tâche parfois ardue qu'il s'est tracée.

Mais il ne faut pas oublier que l'un des principaux stimulants du travail consiste dans la rémunération de ce travail.

Comme nous le disions au début, il s'agit ici, non plus d'une distraction, mais d'un travail qui, tout en constituant un traitement moral de choix, est en même temps productif; il faut donc de toute nécessité que chaque travailleur soit payé d'après le labeur fourni et non d'après une somme inscrite au pécule, somme qu'il est impossible de faire varier tous les jours, suivant l'état d'esprit du malade ou pour d'autres raisons, sans provoquer des erreurs d'appréciation entraînant des complications d'écritures innombrables et des récriminations souvent d'autant plus âpres qu'elles sont moins justifiées.

Pour cela, il est nécessaire de dresser un tarif des frais de production et de payer le travail suivant la journée fournie.

Ce que nous avançons ici n'est pas seulement l'expression d'une idée personnelle, c'est la reproduction des vœux formulés par les différentes autorités qui ont visité mon service et qui ont pu se rendre compte du fonctionnement du travail; je fais allusion à la Commission de surveillance, à la troisième Commission du

Conseil général, à l'Inspection générale du ministère de l'Intérieur.

Au point de vue pratique, pour réaliser ces desiderata, il faut admettre qu'un malade (défrayé de tout) pourra arriver, en fournissant un travail convenable, à gagner un maximum de 0 fr. 50 à 0 fr. 60 par jour, suivant une échelle allant de 0 fr. 00 à 0 fr. 60. Il suffira alors d'établir un tarif visant les différents travaux décomposés en autant de parties que la main-d'œuvre en comporte. La chose est facile et d'application courante, et j'ai fait établir ce tarif pour la chaussonnerie.

Sur cette somme maxima de 0 fr. 60, 0 fr. 30 pourraient être prélevés sur le pécule, et, toutes les fois que la production du malade ne dépassera pas 0 fr. 30, les fonds affectés au pécule couvriront la rémunération. Lorsqu'en contrepartie le travail exécuté dépassera 0 fr. 30, le complément, soit 0 fr. 30 au maximum, pourrait être prélevé sur un fonds spécial de gratification. En attendant que 40 malades arrivent à atteindre ce maximum, ce qui est très improbable, c'est une somme de 300 jours de travail de $40 \times 0 \text{ fr. } 30 = 3.600$ francs à inscrire à titre de *provision* au chapitre gratifications aux travailleurs.

Nous avons énuméré plus haut les différents travaux exécutés à l'annexe. Il est dès maintenant établi que ce service peut assurer la production, non seulement des chaussons utilisés à l'asile de Villejuif (5.000 paires par an), mais encore des chaussons utilisés dans tous les autres asiles, à la condition toutefois d'organiser le travail aux pièces. Il sera même facile de diminuer le prix de revient et d'augmenter la durée de l'usage des objets fabriqués.

La 3^e section a de même réparé un grand nombre de chaises de l'établissement, et elle aurait pu facilement entreprendre le même travail pour les autres asiles,

mais cela aurait entraîné une diminution des ressources de l'École Braille, qui, soit dit en passant, grève ainsi, dans une certaine mesure, le budget des asiles d'aliénés.

Ce genre de travaux a dû être écarté pour tout ce qui ne regarde pas l'asile de Villejuif proprement dit; pour le remplacer, on a étudié la fabrication des bas et chaussettes destinés aux malades de l'asile de Villejuif. Ici encore, on peut réaliser une économie d'environ 0 fr. 25 par paire d'objets fabriqués, en payant un maximum de 0 fr. 50 par jour aux bons travailleurs.

Le service actuel est insuffisant pour recueillir les différents malades auxquels il est destiné. D'après les enquêtes faites depuis plusieurs années, on estime à 150 ou 200 hommes et à 50 femmes le nombre des malades dont la place est à la section spéciale.

Lorsque les pavillons projetés auront été construits dans le terrain qui leur est réservé, il sera possible d'envisager une organisation du travail qui permettra la production d'objets indispensables aux autres asiles, et il n'est pas téméraire de penser que le Département réalisera ainsi d'importantes économies.

CONCLUSIONS

Si, laissant de côté les frais d'achat de terrain et de construction du mur d'enceinte, qui se rattachent à l'ensemble du service, on se borne à évaluer les dépenses occasionnées par la construction et l'aménagement des deux pavillons que nous venons de décrire, on s'aperçoit que ces deux bâtiments, susceptibles d'abriter 64 malades, n'ont pas coûté plus cher que les nouveaux quartiers construits soit à Villejuif, soit ailleurs.

On peut évidemment émettre des critiques justifiées à leur égard, et il existe surtout des vices de construction sur lesquels je me dispenserai d'insister.

Tels qu'ils sont cependant, on peut affirmer qu'ils marquent un progrès dans l'hospitalisation des aliénés difficiles, criminels et dangereux.

En tout cas, les principes qui ont présidé à cette création ont fait leur preuve. Il fallait séparer les malades en petits groupes par la division des locaux, organiser méthodiquement le travail sous l'autorité médicale et sous la surveillance d'un personnel dévoué et choisi. C'est ce qu'on a essayé de réaliser le mieux possible et c'est pour cela qu'avec une population aussi spéciale, nous n'avons eu à déplorer aucune révolte, aucun accident grave et que les tentatives de rébellion ont pu facilement être réprimées.

Il faudrait maintenant compléter le service qui est insuffisant, puisqu'il doit comprendre au moins 150 malades hommes. Dans les nouveaux bâtiments, d'importantes améliorations et des économies notables, indiquées par l'expérience, pourront être réalisées. Le pavillon destiné aux aliénés criminels et à certains paresseux irréductibles serait agrandi avec avantage.

Enfin, il y aurait lieu d'organiser l'hospitalisation des malades femmes qui appartiennent à la même catégorie et qui, à l'heure actuelle, sont un élément perpétuel de troubles et d'ennuis dans tous les services ordinaires.

Revue critique.

L'HOMICIDE

EN PATHOLOGIE MENTALE

Par le Dr Paul VOIVENEL

L'Académie de médecine avait proposé, pour le prix Civrieux à décerner en 1908, la question suivante : *De l'homicide en pathologie mentale*. C'était — c'est encore — un sujet d'actualité, car les meurtres commis par les aliénés en tous les pays sont nombreux, trop nombreux même.

Deux mémoires ont été présentés. Le prix a été décerné à celui de M. le Dr D. Vladoff, médecin de l'hôpital Alexandre-I^{er}, à Sofia. Notre distingué confrère bulgare a fait ses études médicales en France ; il est docteur en médecine de la Faculté de Lyon, il se fit ensuite recevoir médecin légiste de l'Université de Paris. C'est dans nos services d'aliénés, dans les œuvres de nos grands aliénistes, qu'il a acquis les sérieuses qualités de clinicien qu'on se plaît à reconnaître dans son mémoire qu'il vient de publier (1) et que nous sommes heureux de signaler à l'attention des lecteurs des *Annales*.

Cet ouvrage est, en effet, remarquable parce qu'il est à la fois très clair et très complet. Après avoir, dans

(1) D. Vladoff. *L'homicide en pathologie mentale (Etude clinique et médico-légale)*. Ouvrage couronné par l'Academie de médecine (Prix Civrieux, 1908). Préface du Dr Legrain, 1 vol. in-8°. Paris, A. Maloine, 1911.

son introduction, défini son sujet et dit les généralités nécessaires, après qu'il nous a résumé l'historique de la question, l'auteur, dans la partie réservé à l'étude clinique, envisage tour à tour : l'homicide en général dans les maladies mentales et l'homicide en particulier dans les syndromes mentaux, puis, termine par l'exposé de la médecine légale de l'homicide en pathologie mentale.

L'ouvrage nous est présenté dans une préface du Dr Legrain, vigoureusement pensée et vigoureusement écrite.

Pour le Dr Legrain, on pourrait étiqueter notre époque, *l'époque où l'on tue* : « Quelque chose d'aigu vient servir d'excitant dans les étages inférieurs de notre vie psychique et les passions avenues, témoins attardés des besoins matériels de l'être, se déchaînent, cependant que partout l'effort social tend à aplatiser la route. Il y a des paradoxes dans l'histoire de l'humanité. » La presse réserve ses colonnes les plus en vue au crime, au banal fait divers, aux exploits des Bonnot et Garnier, tout est analysé ; une littérature populaire s'est étonnamment développée, qui parle d'assassins merveilleux et de policiers légendaires : les Nick Carter, les Pinkerton, les Buffalo-Bill, mauvaise monnaie des Sherlock Holmes et des Arsène Lupin ; et les suggestionnables, les débiles, les dégénérés, les enfants, se laissent influencer. Chaque jour, non seulement la criminalité de l'adolescence, mais la criminalité infantile augmentent, l'enfant « fait le geste de tuer avec la simplicité qu'il mettait tout à l'heure à jouer aux billes ».

Rappelant la parenté toujours troublante de la folie et de la criminalité, pensant que « la marée montante de dégénérescence sociale est composée de vagues de folie accouplées indissolublement à des vagues de crimes, l'une portant l'autre », le Dr Legrain croit que l'homicide en clinique mentale peut éclairer l'homicide en clinique sociale. « Les causes prochaines voilent d'un voile léger les causes profondes ; mais celles-ci encore inhérentes à l'agent même du crime, voilent les vraies causes, extérieures cette fois à l'agent et imputables aux milieux. »

Cette incursion dans le domaine des causes premières, sociales, tend à détacher du geste, du crime purement

objectif et de sa sanction « automatiquement pénale », et si sur le terrain de la répression, le Dr Legrain se rencontre avec les gens qui enferment, il ne s'y rencontre pas autant avec ceux qui châtient délibérément, par système, et entendent voir dans l'acte qui frappe, un geste curateur. L'auteur de la Préface souscrit à la pensée de l'auteur du Livre qui réclame des lieux de détention pure et simple pour les aliénés malfaisants.

L'acte homicide est un *symptôme*, conséquence et quelquefois aboutissant logique, de symptômes mentaux divers, intellectuels *ou* affectifs, ou bien à la fois, et le plus souvent, intellectuels *et* affectifs.

Considéré dans l'antiquité comme un fait d'intervention divine ou démoniaque, — comme par exemple l'acte d'Abraham qui allait sacrifier Isaac sous l'influence de ses hallucinations de l'ouïe, — son histoire doctrinaire en psychiatrie se divise, depuis Pinel, en deux périodes : la première va de Pinel à Morel et considère l'acte homicide comme une entité morbide, sous le nom de *monomanie homicide* (Esquirol), admise par la plupart des médecins (Cazauvieilh, Marc, Baillarger), et généralement combattue par les magistrats (Elias Regnault); la deuxième période, sous l'impulsion de Falret, et surtout de Morel (1860), rattache le crime à la *dégénérescence* et établit qu'il n'existe pas de forme spéciale d'aliénation mentale qui doive porter le nom de monomanie homicide (Trélat, Jousset, Blanche, Dagonet, Fournet, Foville, Magnan, Garnier, Briand, Sérieux, Legrain, Motet, Legrand du Saulle, Ball, Cullerre, Charpentier, Brouardel, Séglas, Bourdin, Dallemagne, Régis, Carrier, Vallon, Joffroy, etc.).

Le Dr Vladoff a tenté une description générale de l'homicide en considérant d'abord le *sujet*, puis la *victime*.

Il a étudié l'état psycho-pathologique du sujet avant, pendant et après l'acte homicide.

Avant : l'acte homicide du *persécuté* est ou a été pré-médité, volontaire et conscient. Ce caractère volontaire se retrouve chez des sujets dont le délire suit également une marche chronique et plus ou moins nettement progressive (hypochondriaques, mélancoliques, mystiques,

hallucinés, ambitieux, érotomanes. A côté des actes homicides volontaires, prémedités ou volontaires suggérés (déséquilibrés, débiles), prennent place les actes impulsifs : psychiques, psycho-moteurs et moteurs. (Chez les obsédés, la volonté joue un rôle inhibitoire. L'impulsion homicide consciente, immédiate et mnésique s'observe chez les déséquilibrés, les hystériques, les alcooliques. L'impulsion automatique, inconsciente, amnésique chez certains excités maniaques, chez les épileptiques et les alcooliques, et chez ces derniers surtout, dans l'alcoolisme aigu : ivresse délirante, ivresse excito-motrice, etc.).

Pendant l'acte homicide, dans les états délirants chroniques, l'acte volontaire est exécuté avec sang-froid et sûreté ; chez les obsédés, dès l'instant où l'acte est commencé, il paraît y avoir chez le malade une détente qui se transforme en plaisir.

L'acte homicide, qui fait suite à une impulsion immédiate et non plus retardée comme chez les obsédés (que cette impulsion se fasse avec ou sans conscience et mémoire), est généralement plus brutal, plus violent. Quand il y a impulsion immédiate, consciente, mnésique, il n'y a ni lutte ni hésitation ; l'acte conçu, est résolu et exécuté de suite. Les alcooliques, les déséquilibrés, etc..., sont sujets à ces impulsions immédiates. L'acte s'accomplit avec violence, mais il est exceptionnel que les malades s'acharnent sur leur victime. Maintes fois, au contraire, l'acte est à peine exécuté qu'ils le regrettent, qu'ils en sont désolés sincèrement.

Dans les impulsions immédiates, inconscientes et amnésiques, l'acte est encore plus violent. Le sujet, confus, obnubilé, plus ou moins excité et désordonné, se conduit avec une véritable férocité : c'est dans ces cas qu'on observe la mutilation, la laceration des cadavres. Les épileptiques, certains alcooliques se livrent à ces actes : ils n'en gardent aucun souvenir.

Après l'acte homicide, les délirants systématiques, persécutés, persécuteurs, jaloux, etc., restent calmes ; ils sont satisfaits, presque glorieux ; ils ont l'orgueil de la légitime défense. L'attitude des mélancoliques après l'acte est différente. Les uns attendent passivement qu'on les châtie ou qu'on les exécute. Les autres sont

en proie à de profondes douleurs parce que, leur homicide accompli, ils n'ont pas eu le courage de se donner la mort. Ils vont alors se dénoncer eux-mêmes, passifs, prêts à tout subir et endurer. Quelques-uns regrettent leur acte; les autres ne le regrettent pas : ils veulent mourir.

Le mystique, qui a obéi à ses hallucinations, se justifie aisément : il recommencera « si la voix le lui dit ». L'hallucination impérative ne lui laissera pas le choix. Il ne peut pas, par suite, songer à se repentir de son acte.

Les obsédés, torturés si longtemps moralement, trouvent enfin, après l'acte, le soulagement qu'ils recherchaient; mais bientôt le remords apparaît, nouvelle obsession, et ils doivent aller se dénoncer. Leurs regrets sont profonds et sincères.

Chez les déséquilibrés, les alcooliques, sujets à des impulsions psychomotrices immédiates, conscientes et mnésiques, on observe presque toujours le regret de l'acte accompli. Quand l'acte homicide est suivi d'amnésie, c'est-à-dire après les impulsions inconscientes et amnésiques, qu'on observe chez les épileptiques et les alcooliques, le regret de l'acte est également fréquent.

L'acte est rarement nié. La négation de l'acte éveille l'idée de la *simulation*. Souvent des déséquilibrés, des hystériques, les mythomanes, les fous moraux, nient leur acte criminel. Ceux-là, les derniers surtout, les anormaux, n'ont aucun regret de leur acte : quelques-uns même affichent une férocité remarquable et un cynisme profond.

Les *victimes* appartiennent soit au milieu familial, soit au milieu social, soit au milieu hospitalier.

Après cette description générale de l'homicide en pathologie mentale, Vladoff étudie l'homicide en particulier dans les syndromes mentaux, se gardant bien, étant donné la diversité, sinon la divergence des classifications psychiatriques adoptées par les auteurs, d'étudier l'homicide successivement dans chaque maladie.

A. — Dans les états délirants chroniques plus ou moins prolongés, avec ou sans systématisation nette, avec ou sans hallucination, l'auteur fait rentrer les per-

sécutés, les mélancoliques, les hypocondriaques, les ambitieux, les mystiques, les érotiques, etc...

Parmi les *persécutés*, Vladoff distingue les états délirants chroniques de persécution, à base d'hallucinations, et les états délirants chroniques de persécution, à base d'interprétation. Dans la première variété, il fait rentrer le délire chronique de persécution de Magnan, le délire de persécution des dégénérés, les délires avec appoint alcoolique, les délires polymorphes, le délire systématisé des alcooliques. Dans la seconde, il envisage le délire des persécutés-persécuteurs et le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. Un point sur lequel il insiste, c'est que, chez l'alcoolique, la menace précède la violence, ce qui est, pratiquement, un point extrêmement important, puisqu'il permet de prévoir les réactions du malade.

Parmi les *mélancoliques*, après nous avoir décrit chez eux, en quelque sorte, la pathologie générale de l'homicide, l'auteur nous donne des exemples de suicide indirect, de suicide agrandi, puis résume l'allure, dans le cas qui l'intéresse, de la mélancolie anxiuse, de la mélancolie intermittente. Dans les états mélancoliques chroniques, le mélancolique avec idées de persécution retient son attention ; son crime est conscient et mnésique et ne provoque, le plus souvent, aucun regret.

L'homicide, au cours des *états hypocondriaques* chroniques ou plus ou moins prolongés, n'est pas très fréquent en raison d'ailleurs de la rareté des délires hypocondriaques purs. Le médecin est maintes fois choisi comme victime. Quant aux personnes qui vivent auprès du malade, elles sont frappées, soit au cours de discussions qui s'engagent dans le milieu familial, soit en raison d'autres idées délirantes qui se surajoutent aux idées hypocondriaques ou qui coexistent avec elles.

Dans les *délires mystiques* l'homicide est précédé d'un état délirant précis, systématisé, avec des hallucinations fréquentes sinon incessantes, à caractère impératif. Le sujet exécute son acte au moment même où on le lui commande.

Le criminel qui tue sous l'influence d'*idées de grandeur* agit volontairement, choisit presque toujours comme victime des personnages importants et se livre

souvent beaucoup plus à une action d'éclat qu'à un véritable attentat.

Idées de jalouxie, réactions persécutrices, telles sont les idées fondamentales qui commandent l'homicide des érotiques : l'acte est accompli volontairement et ses conséquences morales et sociales ne sont pas appréciées sainement par le sujet.

B. — M. Vladoff, passant ensuite aux états délirants aigus : illusionnels, hallucinatoires, confusionnels, étudie l'homicide dans l'alcoolisme chronique avec accidents aigus ou subaigus, dans les ivresses alcooliques délirantes et hallucinatoires, dans l'épilepsie, dans la dégénérescence avec ou sans appont alcoolique.

Dans les accidents aigus ou subaigus de l'*alcoolisme chronique*, le crime est préparé par les désordres profonds de la perception du malade ; il s'ajoute aux troubles illusionnels et hallucinatoires des idées de persécution ou de jalouxie avec des interprétations. A ce moment, l'alcoolique est en puissance de criminalité ; il est prêt à agir ; tous ceux qui l'approchent courrent le risque d'une réaction destructive. Les alcooliques sont, parmi les aliénés, ceux dont le potentiel criminel est le plus élevé. Le crime a lieu généralement la nuit à cause de la prédominance nocturne, chez ces malades, des troubles psycho-sensoriels. On observe fréquemment après, de l'amnésie. Au cours des *ivresses alcooliques délirantes et hallucinatoires*, l'acte homicide est, comme dans l'*alcoolisme subaigu*, un acte non prémedité, mais immédiat et sans réflexion. Le sujet en est plus ou moins conscient, il en garde plus ou moins complètement le souvenir, mais n'a ni raisonné ni préparé son acte. Les états délirants aigus épileptiques s'accompagnent de réactions violentes parmi lesquelles peut se rencontrer l'homicide. Ces actes épileptiques délirants sont involontaires, de forme impulsive, et ils ne laissent généralement pas de souvenir dans l'esprit du malade. Ils sont mal coordonnés, d'une grande violence et, à ce sujet, sont plus terribles encore que les actes des alcooliques. Dans les divers autres états délirants aigus, illusionnels, hallucinatoires, confusionnels, qui s'accompagnent d'homicide, maintes fois on rencontre associés l'*alcoolisme*, l'*épilepsie*, la dégénérescence.

C. — Continuant son analyse, Vladoff étudie les *états démentiels*. Ici, l'homicide est relativement peu fréquent, car l'affaiblissement des facultés mentales est peu favorable à l'apparition de réactions violentes. C'est surtout au début, quand la désagrégation mentale est encore peu prononcée, au cours des périodes d'excitation, que l'aliéné tue. L'auteur étudie le crime, d'abord dans la paralysie générale, puis dans les autres démences organiques.

Les *paralytiques généraux* tuent, soit sous l'influence d'*idées délirantes*, soit au cours de périodes d'*excitation* plus ou moins marquée.

Dans le premier cas, leurs crimes sont des actes plus ou moins volontaires, réfléchis et prémedités ; ils ont, en fait, quelque logique et traduisent une certaine suite dans les idées, mais, en revanche, ces idées sont burlesques, ridicules, absurdes et bien en rapport avec l'état mental général des paralytiques. Dans le second cas, les actes criminels sont exécutés sans réflexion et relèvent plus de l'automatisme que de la volonté.

Dans les *démences organiques* (alcoolique, sénile, traumatique, etc.), les homicides accomplis sans réflexion, partant involontairement, relèvent plus ou moins complètement de l'automatisme et de l'inconscience. S'ils laissent parfois un souvenir assez vague dans l'esprit des malades, ceux-ci n'en voient ni la portée ni les caractères morbides ou criminels.

D. — M. Vladoff groupe sous le vocable d'*états maniaques* les états d'exaltation et d'excitation maniaques. Les observations qu'il donne relèvent de causes variées : puerpéralité, dégénérescence mentale, infection puerpérale, fièvre typhoïde, fièvre intermittente. Cette excitation est parfois d'une grande intensité et on l'a appelée : fureur maniaque, manie furieuse. L'élément hallucinatoire y joue souvent un rôle primordial. L'acte s'accomplit involontairement sur une personne quelconque de l'entourage immédiat ou médiat ; il est inconscient ou seulement partiellement conscient et presque toujours exécuté avec une grande violence.

E. — L'homicide dans les *états impulsifs* comprend l'homicide chez les dégénérés ou déséquilibrés, l'homicide chez certains alcooliques (ivresse excito-motrice,

alcoolisme chronique) et l'homicide chez certains épileptiques (impulsions).

La *dégénérescence mentale* ou *déséquilibration mentale* consiste en une absence d'harmonie entre les diverses fonctions qui permet de classer : les déséquilibrés de l'intelligence, les déséquilibrés de la sensibilité, les émotifs, les déséquilibrés de la volonté, les impulsifs. On observe très fréquemment chez ces malades des obsessions et des impulsions homicides. Dans les *obsessions*, M. Vladoff rappelle comment l'idée obsédante homicide s'empare de l'intellect et décrit ce que Garnier, au Congrès de Bruxelles de 1892, a appelé « l'amorce » et le « coup de plantoir », c'est-à-dire la première cause occasionnelle et le choc moral qui suit ; il note la « capitulation progressive » de l'obsédé, qui cède consciemment. La détente s'accompagne tantôt au moment même de l'acte, généralement après l'acte. Souvent, le malade, sous le coup d'une illusion de fausse reconnaissance, tue un inconnu. L'auto-dénonciation est fréquente. Parmi les *impulsions*, l'auteur cite les impulsions sexuelles et notamment le sadisme, mais passe trop rapidement sur cette question, qui est pourtant une des plus importantes.

Chez les *hystériques*, les *déséquilibrés* et les *débiles*, l'impulsion homicide est une décharge psycho-motrice soudaine, immédiate, consciente, qu'on retrouve aussi chez un grand nombre de *déments précoces*, ce qui, à notre avis, n'est pas étonnant, étant données les relations de l'hystérie et de la démence précoce. Les impulsions *des alcooliques* sont soudaines, sensibles, accompagnées généralement d'amnésie, de regrets et d'auto-dénonciation.

Après avoir décrit dans un autre chapitre l'*épileptique* qui tue au cours des états aigus, hallucinatoires, confusionnels, M. Vladoff le retrouve ici parmi les impulsifs et, dit-il, la fréquence de l'homicide chez lui est plus grande du fait de son impulsivité que du fait des troubles délirants et hallucinatoires. En dehors des crises, l'épileptique peut être amené à tuer, à cause des troubles de son caractère; mais, fait beaucoup plus important, il peut accomplir un homicide sans motif apparent, brusquement, soudainement. Il commet alors de véritables

hécatombes ; l'amnésie est pathognomonique ; elle est localisée, complète et profonde. L'épileptique est le plus dangereux des impulsifs. L'amnésie de l'acte ne s'observe pas chez l'épileptique quand celui-ci agit impulsivement du fait de son *irascibilité*. Se rendant plus ou moins compte de la gravité de son acte, il en conserve en revanche le souvenir et, l'impulsion de cet épileptique, se rapproche alors de l'impulsion des dégénérés, des débiles et de certains hystériques.

F. — Dans les *états passionnels*, l'homicide est causé par la tristesse, la crainte, la jalousie, la haine, la colère, l'amour, etc. Tous ces actes homicides sont des actes *impulsifs*, exécutés immédiatement sans réflexion et *plus ou moins conscients*. Ce sont des actes involontaires qui relèvent des troubles émotionnels considérables qui existent au moment de l'acte. Ils s'accompagnent quelquefois d'illusions de fausse reconnaissance. Ils sont suivis en général de repentir. Chez les alcooliques, on note parfois de l'amnésie ; le plus souvent, la mémoire est intacte.

G. — Dans les *états somnambuliques*, les actes homicides bien coordonnés impliquent la substitution d'un nouvel état psychique à l'état dit normal ou primitif. Ils sont suivis d'amnésie ; parfois, le sujet se rappelle son acte à l'état de rêve. Dans l'*ivresse du sommeil*, on peut commettre un homicide, comme cette mère qui, rêvant que sa maison brûle, court au lit de son enfant et le jette par la fenêtre.

H. — M. Vladoff classe parmi les *états constitutionnels* la débilité, l'imbécillité, l'idiotie, l'hystérie et la dégénérescence mentale, la folie morale. Ce sont des états constitutionnels agénésiques. « C'est ce qui nous a décidé, dit-il, à les grouper ensemble, quoique l'homicide revête chez les uns et chez les autres des caractères particuliers ; sans doute, on aurait pu décrire, par exemple, l'acte homicide dans la débilité, l'imbécillité, l'idiotie, à côté de l'acte homicide chez les déments. Sans doute, chez les premiers comme chez les seconds, la faiblesse des facultés mentales est manifeste, mais chez les déments cette faiblesse psychique est acquise et progressive, cependant que, chez les débiles, imbéciles, etc., il y a insuffisance de développement de ces

facultés mentales ; en un mot, c'est un état congénital et non acquis. »

Dans la *débilité mentale*, en dehors des états impulsifs ou passionnels, le malade peut tuer soit par suggestion, soit par imitation ou contagion. Il en est de même dans l'*imbécillité* et l'*idiotie* où les actes sont souvent très brutaux.

Dans certains cas d'*hystérie* ou de *dégénérescence mentale*, l'acte homicide est intéressant par suite des moyens employés. C'est ainsi que l'*empoisonnement* est en quelque sorte le propre de quelques-uns de ces malades. L'acte est préparé, réfléchi, dans une certaine mesure, volontaire ; en tout cas, il est nettement exécuté avec conscience ; le sujet sait ce qu'il fait et ce qui va arriver. Ces criminels sont souvent des *mythomanes* qui accusent d'autres personnes.

Le fou moral, caractérisé par son absence de sentiments moraux, cynique, féroce, est le type du criminel instinctif. Il tue, n'a aucun regret et estime avoir le droit de tuer. Nous n'insisterons pas.

— *Au point de vue médico-légal*, dit M. Vladoff, il y a irresponsabilité chaque fois qu'il y a trouble psychique, c'est-à-dire chaque fois qu'il se trouve établi que le sujet était délirant, confus, obtus, obnubilé, obsédé, illusionné, halluciné, interprétant, maniaque, somnambule, dément, etc.

Il n'y a guère d'exception que pour certains alcooliques aigus dont l'irresponsabilité totale n'est pas toujours admise.

Les impulsions proprement dites, chez les déséquilibrés, les alcooliques, dans les états passionnels ou constitutionnels, entraînent souvent une responsabilité atténuée dans une plus ou moins large mesure.

En principe, du reste, chaque cas particulier fera l'objet d'un examen approfondi, minutieux et prolongé.

Les fous moraux sont non des « malades médicaux », mais des « malades sociaux ». Ils font partie des « nuisances » des collectivités.

Doivent-ils être mis à l'asile plutôt qu'à la prison ? En l'état actuel des choses, ils sont le plus souvent, à juste titre, dirigés sur la prison.

« Pour ces individus, écrit Vladoff, *des asiles de*

sûreté s'imposent, et Garnier a bien exprimé et défendu cette idée : « Crime et folie, dit-il, marchent trop souvent ensemble, et ici la sécurité publique revendique ses droits. La loi ne peut punir où il n'y a pas de coupable. Mais, à défaut d'un coupable, il y a un être essentiellement dangereux. La raison crie bien haut : au-dessus du respect de la liberté individuelle, de la liberté d'un être reconnu dangereux, il y a le principe de la sécurité sociale. L'asile de sûreté s'impose pour ces individus louvoyant sur les frontières du crime et de la folie ; si leur place n'est pas dans la prison, elle l'est moins encore dans l'asile proprement dit, ce séjour de paix et de réfection morale, où leur présence pourrait être une cause d'épouvante pour les malades, et serait certainement une cause d'affliction, de honte même, pour les familles. Un établissement spécial doit être réservé aux criminels aliénés, c'est l'asile de sûreté. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 JANVIER 1913

Présidence de MM. KLIPPEL et SEMELAIGNE.

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

MM. Cullerre, Ducosté, Dupouy, Ossip-Lourié et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau.

M. KLIPPEL. — Messieurs, il n'y a qu'une seule question qui, parmi tant de travaux divers, accomplis cette dernière année, ait retenu notre attention d'une façon suivie et à laquelle nous n'ayons cessé de faire concourir nos efforts : les rapports du divorce avec l'aliénation mentale.

Les très nombreuses publications parues sur ce sujet sont plus faites pour marquer l'importance de ce problème que pour vous détourner d'en poursuivre l'étude.

Tout le monde comprendra quelle doit être la valeur d'une manière de voir indiquée par notre Société et née de nos réflexions et de nos discussions en commun.

Pour parfaire notre œuvre, je voudrais vous proposer de soumettre nos travaux à un plan défini et de les établir suivant une méthode sans laquelle, en dépit du nombre des questions traitées, nos conclusions resteraient sans force.

Car il est impossible de se faire une opinion sur un sujet de ce genre avant d'en avoir parcouru le champ tout entier.

Tout d'abord, ne serait-il pas utile de faire résumer les points que nous avons déjà traités par un rapporteur ? En considérant les résultats acquis, ce qui resterait

encore à faire pourrait sans doute apparaître plus clairement.

En second lieu, et cela est plus important, ne conviendrait-il pas de compléter méthodiquement cette étude en établissant un programme de questions à traiter? Par exemple et entre beaucoup d'autres, les suivantes :

Réserves relatives à l'incurabilité que le médecin devra probablement exprimer, surtout s'il s'agit de psychoses dites non organiques.

Possibilité de poursuites contre le médecin dont le pronostic pourrait devenir contestable.

Prolongation du délai établi à l'étranger pour affirmer avec grande vraisemblance l'incurabilité d'un malade.

Quelles seront les conditions dans lesquelles un médecin devra observer un malade pour donner son avis sur l'incurabilité dans le délai fixé de quatre ou cinq ans? S'il ne devait voir un tel malade qu'au bout de ce temps, sans l'avoir suivi et observé lui-même les années précédentes, il pourrait se trouver embarrassé d'un cas qui, autrement, ne lui laisserait aucun doute sur l'issue de la maladie? Ne faut-il pas insister sur l'utilité de prononcer un jugement fort de la connaissance, non seulement de l'état actuel, mais d'une observation *personnelle* de l'évolution de la maladie?

Conduite à tenir ou à conseiller médicalement vis-à-vis d'un malade au moment d'une instance en divorce. Les formalités qu'elle exige, les soucis et les émotions qu'elle cause ne seraient-elles pas de nature à nuire à la santé dans telles ou telles formes de maladies mentales, au moment où l'incurabilité n'est pas encore certaine?

Cette liste serait bientôt complétée heureusement si vous vouliez bien y ajouter d'autres questions, en les adressant au bureau de la Société qui prendrait le soin de les classer et les ferait ensuite discuter dans un ordre convenable.

Certes, je crois qu'avec ce mode d'étude, nous arriverons à établir la légitimité du divorce, mais pour des cas restreints et seulement très spéciaux, c'est-à-dire suivant des conclusions différentes des règles plus générales, acceptées en d'autres pays.

Et cependant, cette étude méthodique, que je réclame avec insistance, montre assez que je ne veux préjuger en rien de la solution d'un si grave problème.

En tout cas, j'ai la conviction très sincère que cette question gardera l'ampleur qu'elle doit avoir parmi nous sous la direction de notre nouveau bureau : de notre président, mon cher ami René Semelaigne, qui a écrit de belles pages sur les aliénistes français ; de notre secrétaire général, M. Ritti, auquel s'attache une reconnaissance chaque année grandissante pour les services inappréciables qu'il a rendus à notre Société ; de nos secrétaires des séances, MM. Dupain et Juquelier, toujours irréprochables ; de notre vice-président, élu dans la dernière séance, qui a habitué les sociétés savantes, et surtout la nôtre, à admirer sa constante et féconde activité scientifique.

Vous le voyez, Messieurs, sur ce point mes espoirs en l'année qui commence dépassent les éloges que je pourrais faire de nos travaux de l'an passé.

Cependant l'année 1912 a été particulièrement remplie et intéressante.

Son Président emporte de ses fonctions un souvenir excellent et vous remercie encore de l'honneur que vous lui avez fait.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Jadis, à la Société médico-psychologique, existait une coutume que, pour ma part, je déclare excellente. Lors de l'installation du Bureau, seul le président sortant prononçait un discours. Le nouveau président, après avoir adressé à ses collègues quelques paroles de remerciement, prenait place au fauteuil, et la séance suivait son cours. Respectueux des bonnes traditions, je me borne donc à vous remercier, brièvement mais de tout cœur, de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos débats. Je vous dois une reconnaissance toute spéciale pour m'avoir permis de succéder à mon cher collègue Klippel, le vieil ami des anciens jours. Faire son éloge serait chose facile, mais superflue. Vous connaissez tous, aussi bien que moi, ses importants travaux, et si j'insistais davantage, l'intimité qui nous unit pourrait peut-être me faire taxer de partialité. Je tiens pourtant à dire que sa situation scientifique, solidement établie, fut acquise

par les bons moyens, notre ami étant un modeste, ennemi du bruit, de la réclame et de l'intrigue, ce qui, je pense, n'est pas aujourd'hui plus commun qu'autrefois.

L'an prochain, à pareille époque, je mettrai votre patience à plus longue épreuve, et prononcerai le discours d'usage. Si parfois, au cours de l'année qui commence, je me laissais aller, contre mes habitudes, à quelque intempérance de langage, je vous promets de me rappeler à temps cette parole si sage de l'Ecclésiaste : « La fin d'un discours vaut mieux que le commencement. »

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre de M. Gilbert Ballet qui demande à la Société de transformer son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire. — La Société émet un avis favorable ;

2^o Une lettre de M. Ducosté, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

La correspondance imprimée comprend :

1^o *Sur l'histologie pathologique des veines du cerveau et des méninges*, par MM. Erwin Stransky et Robert Löwy ;

2^o *L'Enfance anormale*, numéro de décembre 1912.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1913.

PRIX BELHOMME. — Question : *De la démence chez les épileptiques*. — Trois mémoires ont été envoyés :

N^o 1. Auteurs : MM. Maurice Brissot et Bourilhet, médecins adjoints de l'asile Sainte-Catherine d'Yzeure (Allier) ;

N^o 2. Auteurs : MM. Benon, médecin adjoint et Legal, interne des quartiers d'aliénés de l'hôpital de Nantes ;

N^o 3. Devise : *Patientia*.

PRIX ESQUIROL. — Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. L'imitation dans les maladies mentales et dans les maladies nerveuses, par M. Georges Genil-Perrin, interne des asiles de la Seine;

N° 2. Les psychoses d'interprétation, par M. Lucien Libert, interne des asiles de la Seine.

PRIX MOREAU (de Tours). — Quatre mémoires ont été envoyés :

1^o Contribution à l'étude de l'alcoolisme cérébral en Normandie, par M. Théodore Fournier, interne à l'asile d'Alençon ;

2^o Les déséquilibrés insociables à internements discontinus et la section des aliénés difficiles à l'asile de Villejuif, par M. Joseph Bonhomme, interne des asiles de la Seine ;

3^o Les délires d'imagination dans la paralysie générale, par M. D.-P. Usse, interne de la Maison nationale de Charenton ;

4^o Etude psychologique du débile mental, par MM. Courbon et François Tissot, médecins de l'asile d'Amiens.

Nomination des Commissions de prix.

PRIX BELHOMME. — MM. Bonnet, Capgras, Klippel, Toulouse, Vallon.

PRIX ESQUIROL. — MM. Charpentier, Kéraval, Rogues de Fursac, Sérieux, Trénel.

PRIX MOREAU (de Tours). — MM. Colin, Leroy, Marchand, Mignot, Séglas.

Rapport de la Commission des finances.

M. H. COLIN. — Messieurs, l'avoir de la Société, au 31 décembre 1911, était de. Fr. 6.682 84
Les recettes en 1912 ont été de. 3.135 10

Total. Fr. 9.817 94

Les dépenses ont été de. 2.370 65

Reste un excédent global de. 7.447 29

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique	Fr.	1.605	19
Prix Aubanel.		3.111	60
Prix Belhomme.		2.200	"
Prix Moreau (de Tours)		300	"
Prix Christian.		230	50
Total	Fr.	<u>7.447</u>	<u>29</u>

formant l'actif en caisse.

Les rentes dont dispose annuellement la Société se décomposent ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique.	Fr.	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 1912.

Pour répondre au désir exprimé par votre dévoué trésorier, auquel elle vous demande de voter des remerciements, elle vous propose de remettre à la séance de janvier l'exposé du budget, ce qui semble conforme à la logique et permettra d'apprécier, d'une façon exacte, les résultats financiers de l'année écoulée.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des remerciements sont votés à M. le Trésorier.

Rapport de candidature.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Messieurs, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Séglas, Arnand, Klippel, Truelle, René Charpentier, rapporteur, pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire que la Société a déclarée vacante.

Un seul candidat, M. Fillassier, se présente à vos suffrages. Docteur en médecine et docteur en droit, lauréat de l'Académie de médecine et de la Faculté de médecine, membre de la Société clinique de médecine mentale, M. Fillassier appartient déjà à notre Société, en qualité de membre correspondant, depuis le 27 juin 1910.

Nombreux sont les travaux parus sous son nom dans le *Progrès médical*, la *Tribune médicale*, la *Gazette médicale de Paris*, les *Annales de médecine légale et d'hygiène publique*, la *Revue municipale*, la *Revue philanthropique*, la *Revue de psychiatrie*, et vous avez encore présentes à l'esprit les intéressantes observations qu'il communiqua en ces dernières années à la Société clinique de médecine mentale et à la Société médico-psychologique.

Utilisant à la fois les ressources cliniques sans égales du service de l'Admission qu'il fréquente assidûment, et les aptitudes spéciales qu'il doit à son éducation juridique et administrative, M. Fillassier s'est attaché à l'observation clinique des faits aussi bien qu'à la solution des problèmes médico-légaux et médico-sociaux. À la première de ces deux tendances, se rattachent ses études sur les *Diverses formes de paralysie générale suivant la prédisposition du sujet*; la *Folie communiquée*; les rapports des diverses formes de délire avec la dégénérescence mentale; les rapports des obsessions, des impulsions et des tics avec l'épilepsie et la dégénérescence. Ses tendances à l'étude des conséquences sociologiques des syndromes psychopathiques se manifestent dans ses articles et communications sur l'alcoolisme (en collaboration avec M. Magnan) et l'absinthisme, l'importance médico-légale des réactions des épileptiques, et enfin plus particulièrement dans ses articles (en collaboration avec M. Juquelier) sur l'*Assistance des aliénés criminels et dangereux au XIX^e siècle* et la *Jurisprudence des tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce à l'égard des alcooliques en particulier et des aliénés en général*.

Tels sont, Messieurs, brièvement exposés, les titres et travaux scientifiques de M. Fillassier. En l'admettant au nombre de nos membres titulaires, vous adjoindrez à la Société un membre qui, tant à cause de son activité scientifique qu'en raison de ses compétences spéciales, prendra une utile part à vos discussions et à vos travaux.

Aussi, votre Commission vous propose-t-elle à l'unanimité de nommer M. Fillassier à la place de membre titulaire que la Société a déclarée vacante.

M. Fillassier est élu membre titulaire à l'unanimité des votants.

Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques,

par MM. M. BRIAND et VINCHON.

M. Dumas a publié dans le *Journal de Psychologie*, un intéressant article sur la contagion du délire entre aliénés (1).

C'est une étude de ce genre qui fait le sujet de cette communication. Nous avons pu suivre, jour par jour, un groupe de malades femmes qui ont vécu ensemble pendant plus d'une année, et nous allons essayer de montrer quelle part chacune a apportée dans la formule du délire de celle d'entre elles, que nous analysons en premier lieu (2).

Marthe C..., entra au service de l'admission, le 3 mars 1911. Les premiers certificats mentionnent un délire mélancolique avec troubles de la sensibilité générale, illusions, interprétations fausses, idées d'indignité et de damnation, préoccupations hypocondriaques, découragement, insomnie, tendance au suicide, inégalité pupillaire.

Au début de son séjour, elle présente les idées délirantes suivantes : Ayant ressenti, un matin, une douleur très vive au niveau de la langue, elle crut que c'étaient les premiers symptômes du cancer : elle se disait infectée profondément et allait contagionner tout le monde. Ainsi les chiens d'un ami, bêtes de race très belles, avaient maintenant le choléra et l'épidémie allait bientôt se répandre. Pour la punir, on l'enterra vivante et on la laissera mourir dans des conditions affreuses. Un jour, au début d'avril 1911, une crise particulièrement violente éclate. Une malade voisine venait de mourir, on l'emporte dans le brancard habituel : Marthe croit que c'est le cercueil que l'on a préparé pour elle et, affolée, tente de s'enfuir de son lit.

(1) Dumas : La contagion entre aliénés, in *Journal de Psychologie normale et pathologique*, 1911, p. 499.

(2) L'observation de cette malade a été rapportée par M. Fillassier, au VI^e Congrès belge de neurologie et psychiatrie tenu à Bruges en 1911. Nous nous sommes servis de cette observation et des notes que l'un de nous avait prises personnellement.

Les interprétations sont déjà fréquentes à cette époque : la soupe est trop salée, c'est pour lui donner de mauvais rêves.

Vers le début des mois de mai et juin, les idées délirantes se précisent davantage, et l'anxiété devient plus vive. On a réuni des oiseaux, des serpents, des chats et des rats dans les greniers de Saint-Anne, où elle ne va d'ailleurs jamais ; il y a même un singe qui lui arrachera les cheveux, on la livrera aux autres bêtes pour qu'elles la dévorent, soit dans son lit, soit dans la bière où elle sera enfermée avec elles. Cette idée est maintenant la dominante du délire, avec quelques variantes. Certains jours, elle pense que l'on forcera les animaux à s'accoupler avec elle ; on fera partir toutes les malades pour l'isoler et ainsi pouvoir la tourmenter à son aise. On ne saura jamais ce qu'elle a pu souffrir et ce qu'elle souffrira. Pour la suppliquer davantage, on garnira la bière avec des pointes acérées qui lui entreront dans les chairs et qui exciteront les bêtes. Ou bien, on la mettra en catalepsie et elle se rappelle des expériences qu'elle a vues autrefois dans le service de Charcot, où elle était infirmière. « On me rendra aveugle comme l'on voudra, sans doute pour toute la vie. Et pourtant, je n'ai rien signé, je n'ai pas abandonné mon corps. C'est terrible de ne pouvoir rien faire pour se sauver. On va me supplicier pendant l'éternité. »

Les interprétations sont devenues constantes. On prend une observation, c'est son acte d'accusation que l'on dresse. « Un grand courant » sort d'elle et entrave ou dirige les actes des voisines du dortoir : c'est ainsi qu'elle empêche une mélancolique de s'alimenter et qu'une autre a de grande difficultés pour uriner. Elles portent des contusions qui sont la preuve de son action sur elles. Les moindres mouvements des médecins, des infirmières, sont la cause d'un redoublement de l'angoisse. Une maniaque s'agitte et crie, c'est sa mort qu'elle annonce ; une autre rit, elle ricane en pensant aux grimaces qu'elle fera, une fois sous terre. On va prendre une tension artérielle au sphygmanomètre, c'est le trocart qu'on prépare pour lui injecter le poison. Les chats miaulent là-haut à la mort ; les chiens aboient d'une manière significative : elle sent, elle pressent sa fin effroyable. Que peuvent contre cela tous les raisonnements ?

Si les interprétations délirantes et les illusions sont continues, il semble que les hallucinations sont beaucoup plus rares et même douteuses. On ne note, pour finir avec cet ordre de troubles, que ceux de la sensibilité générale et quelques sensations, mal définies, de la sphère génitale.

Cet état dure jusqu'en juillet 1912 avec, comme réaction, des tentatives de suicide. Un jour, elle se passe un mouchoir autour du cou, et, ses compagnes, parmi lesquelles se trouvait Sté-

phanie..., une malade dont nous allons nous occuper, doivent aider les infirmières à la dégager. Une autre fois, elle grimpe à pas de loup, dans les dortoirs de l'étage supérieur et se serait jetée par la fenêtre si on ne l'avait pas suivie discrètement. Les actes de la vie journalière sont des plus difficiles à cause de l'anxiété constante et de la fréquence des interprétations, et il faut, par exemple, trois personnes pour la descendre du bain.

Cette anxiété si vive domine tout le tableau clinique et ne cède pas aux traitements divers que l'on essaie ; parfois au cours des paroxysmes, Marthe devient agressive et méchante et tente de passer sa fureur sur ses voisines et les infirmières.

Au point de vue physique, elle présente des signes d'aortite chronique et de brigthisme : un deuxième bruit éclatant à la base, une légère élévation du grand sinus aortique. La région précordiale est douloureuse et par moments la malade a la sensation d'une griffe qui l'étreint. Les artères sont dures. La tension artérielle est élevée. Marthe a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles et la sensation de doigt mort. Fréquemment apparaissent des éruptions prurigineuses, localisées surtout aux deux poignets. Les urines sont pâles et abondantes, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. En présence de cette cause physique d'angoisse, qui vient augmenter l'intensité des troubles mentaux de la malade, nous mettons Marthe C... au traitement ioduré : celui-ci amène une amélioration très appréciable des symptômes d'ordre physique, sans avoir une action aussi nette sur l'anxiété et les symptômes mentaux.

Pourtant, dans le courant du mois de juillet 1912, nous pouvons la faire descendre au jardin avec des malades plus tranquilles, car les idées de suicide sont beaucoup moins obsédantes. Dès lors, l'amélioration suit un progrès très sensible. On la garde encore deux mois en observation, des sorties au dehors sont tentées et couronnées de succès ; elle quitte l'asile au mois d'octobre, complètement guérie, et ne présentant aucun signe d'affaiblissement intellectuel.

Marthe C... nous a fourni elle-même des renseignements importants sur ses antécédents ; elle est fille et tante de suicidés. La sœur de son père est morte épileptique, une de ses sœurs a dû être internée dans une maison de santé.

Elle fut toujours mal réglée de treize à cinquante ans. Depuis une vingtaine d'années, elle a soixante-trois ans aujourd'hui, elle souffre d'artério-sclérose. Elle a toujours eu une tendance à l'hypocondrie qui devient plus prononcée vers l'âge de trente-deux ans. Elle voulait alors se faire enlever l'utérus pour guérir d'une affection dont elle décrivait les symptômes et dont le chirurgien ne trouva pas trace. Ces idées disparaissent assez vite à cette époque.

A partir de son retour d'âge (cinquante ans), sa tendance à la tristesse s'accentue. Pendant dix ans, elle fut inquiétée par ses préoccupations hypocondriaques, qui ne lui laissaient que de courts moments de répit. Cet état s'aggrava encore au moment de son entrée à l'asile, sous l'influence de la réapparition des troubles fonctionnels physiques, dont nous avons parlé.

Voici donc une longue période de mélancolie anxieuse avec délire, sans presque de rémission, qui s'est terminée par la guérison. Le délire, et c'est lui surtout qui nous intéresse plus que l'angoisse fondamentale, immuable, a changé beaucoup ; au début, il était composé d'idées hypocondriaques, d'idées d'auto-accusation et de châtiment. Ces dernières se sont enrichies au fur et à mesure que l'affection évoluait. Les animaux qui n'avaient joué au début qu'un rôle insignifiant, ont pris dans la suite une place considérable. C'est surtout d'eux que la malade avait peur et la vue d'un petit chien suffisait à provoquer un paroxysme d'angoisse.

Dès les premiers jours, nous avions remarqué l'amitié de notre malade pour une de ses compagnes Stéphanie G... Celle-ci était venue spontanément la trouver à son lit et l'avait encouragée. Ces deux personnes avaient vite sympathisé ; nous allons voir pourquoi en rapportant l'observation de Stéphanie.

Elle était entrée cinq jours avant Marthe C., après s'être évadée d'un asile de vieillards. Elle avait soixante et onze ans et présentait des signes d'affaiblissement intellectuel sénile, avec idées de persécution, dépression légère, illusions de l'ouïe (1).

M. Magnan note en plus du tremblement de la main droite « qui dévide du fil » et une sensation nocturne de brûlure dans les jambes. C'est une parkinsonienne. Après un mois de calme, au moment de son entrée, elle recommence à délirer plus activement et sous la forme actuelle qui ne se modifie guère (14 avril 1911).

Des animaux féroces sont enfermés dans le grenier, on les a montés dans des caisses ; « c'est pour eux toute la viande qu'on transporte », on les entend hurler et elle voit leurs excréments

(1) Certificat de l'Infirmerie spéciale.

qu'on descend dans un seau. Elle veut en finir avec la vie et cherche à s'ouvrir les veines, mais ne réussit qu'à se faire une très légère blessure au poignet. Les jours suivants elle est toujours anxieuse. « On me crie, dit-elle, que je suis une sale femme, que je me lève la nuit pour battre les malades. Une voisine de lit m'a menacée de me couper la langue et les poignets, de me jeter dans l'huile bouillante. On me traite de putain, de salope, de cochon, etc. »

A la fin de mai, l'anxiété est encore plus intense. On crie : « A mort la G..., à mort la canaille » ; on murmure sur son passage, parce qu'elle n'a pas une figure sympathique.

Par moments, Stéphanie se présente plutôt comme une persécutée que comme une mélancolique. Elle proteste contre les accusations dont elle est l'objet et s'en indigne ; d'autres fois, elle supplie d'avoir un peu pitié d'elle.

Pendant tout le printemps et l'été de 1911, Stéphanie G... est couchée à quelques pas de Marthe C... ; leur sympathie du début continue, avec pourtant des querelles, lorsque l'une, trop anxieuse, a agacé la voisine par ses plaintes. En automne, elles sont séparées pendant la plus grande partie de la journée : l'état de Stéphanie s'est très amélioré, elle est un peu triste et déprimée, mais peut travailler à de petits ouvrages et aider les infirmières dans une certaine mesure. Si on l'interroge, le délire persiste, mais très estompé.

L'hiver de 1911 et le printemps de 1912 se passent dans des alternatives d'anxiété et de calme, mais M^{me} G... continue à vivre avec les malades tranquilles, ne se retrouvant près de M^{lle} C... que pour la nuit. Un jour, on veut les séparer complètement ; Marthe, très anxieuse, fait une scène pénible, et l'on y renonce.

A la fin d'octobre 1912, M^{me} G... devient de nouveau très inquiète, comme au printemps de 1911. Elle a vu passer de nouvelles caisses renfermant des animaux féroces. C'est pour la faire déchirer par eux et la punir ainsi d'avoir rendu malade ses compagnes de l'asile. Une dompteuse, sa co-internée, a parlé de ses lions. Elle a été très émotionnée de cette conversation qui a amené une recrudescence de l'anxiété. On la forcera à s'accoupler avec eux, puis ils la mettront en pièces, pour la punir d'avoir été une mauvaise mère, et d'avoir mieux aimé laisser sa fille à une parente que quitter son ami (1). On l'abandonnera toute seule dans la salle et on la fera attendre longtemps pour augmenter ses souffrances ; elle y revient à chaque nouveau départ de malades pour des transférences.

(1) Fait d'ailleurs exact.

Chaque fait est prétexte à interprétation : on amène une caisse, c'est l'instrument de torture ; on parle à voix basse, c'est de son supplice ; une malade crie des injures, c'est pour elle. On la regarde avec des yeux qui en disent long.

Elle a probablement été hallucinée au printemps de 1911, mais il semble qu'il n'en est plus de même aujourd'hui. Un jour, elle nous dit : « Je sens comme des crapauds qui me mangent le ventre », mais ce n'est qu'une image pour décrire une sensation douloureuse.

Les réveils et les fins de journée sont pénibles : dans un demi-sommeil, elle croit voir arriver un troupeau de porcs avec les chiens et le porcher ; elle ouvre les yeux et reconnaît la cause de cette illusion : un massif d'arbustes du jardin de Sainte-Anne.

Quand l'anxiété est très vive, le tremblement parkinsonien s'accentue ; des bouffées de chaleur lui montent à la face, elle étouffe et demande de l'air.

Les réflexes rotuliens sont vifs, le côté droit tremble moins et est plus fort que le gauche. La pupille droite est plus grande que la gauche, leurs réactions sont normales. Comme troubles de la sensibilité générale, on ne note que les douleurs abdominales citées plus haut, sans aucune autre algie ou anesthésie. M^{me} G... a tenté, à diverses reprises, de se suicider ; aujourd'hui, cette idée se présente toujours sous la même forme : l'ouverture des veines.

L'affaiblissement intellectuel existe, mais à peine plus prononcé que chez beaucoup de vieillards. Elle pleure et rit facilement, sans trop de raison, quand elle n'est pas anxieuse.

Comme antécédents, nous relevons l'éthylose du père ; un de ses frères avait une conduite irrégulière ; son mari, coureur et buveur, est mort, à quarante-sept ans, d'un ictus. Ils ont dilapidé une petite fortune. La fille de la malade a un caractère difficile.

Stéphanie G... a toujours été nerveuse et triste et a péniblement supporté ses nombreux chagrins : au moment de la puberté, elle aimait à rêver dans les cimetières. Elle put vivre presque normalement jusqu'à l'âge de quarante ans ; elle fut alors soignée par Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, et opérée d'un fibrome. Elle aurait déjà tremblé à cette époque et présenté des troubles mentaux, consistant en craintes d'empoisonnement avec quelques idées de suicide. Dix ans après, au moment de son retour d'âge, elle fut soignée, pendant huit ans, pour une phlébite. La maladie de Parkinson paraît dater de cette époque. Stéphanie fut placée dans une maison de retraite, où elle resta jusqu'à son éviction, qui a été suivie de son entrée à Sainte-Anne. Plusieurs mois avant son départ, elle avait eu avec d'autres vieillards de

nombreuses discussions qui marquent le point de départ des troubles actuels, dont l'évolution ne permet guère de prévoir une possibilité de guérison.

A côté de cette malade, dont on devine, aux traits de l'observation, l'influence sur le délire de Marthe C..., nous devons placer deux autres des pensionnaires de l'admission, une maniaque et une autre internée atteinte du « syndrome de Cotard », qui ont contribué à fixer la teinte du délire de Marthe. Elles sont encore à l'asile.

Joséphine V..., qui présente le vieux tableau clinique de la « manie chronique » a été très souvent internée et se trouve depuis deux ans à l'admission. Elle a un esprit critique assez vif, mais intempestif, et qui s'exerce aux dépens des mélancoliques anxieuses, qu'elle ne pent pas souffrir, à cause de leurs plaintes incessantes. Elle les menace et les injurie grossièrement. C'est parce que nous l'avons souvent entendue, que nous restons sceptiques au sujet des hallucinations de nos deux malades. Parfois, si elle n'était pas surveillée, cette maniaque passerait des menaces aux coups et, à plusieurs reprises, les infirmières ont dû intervenir pour empêcher des batailles.

La femme atteinte du « syndrome de Cotard » est également une ancienne infirmière, Claudine B... Elle est triste et déprimée et, quand elle cesse d'évoquer de vieux souvenirs d'hôpitaux, ce n'est que pour se lamenter : « Tout est fini, tout va disparaître et pourtant je ne mourrai jamais, il n'y aura plus personne autour de moi. Je serai seule, je resterai toujours. Quel malheur ! » Ni Marthe, ni Stéphanie ne croyaient, en entrant, qu'on les laisserait seules dans la salle pour mieux les supplicier. Cette idée délirante leur vient de M^{me} B... De même, celle de l'immensité et de l'éternité du supplice. Notre malade, guérie, l'a reconnu d'une manière extrêmement nette.

Nous avions observé d'autres fois des apports semblables de délires d'autrui dans un délire donné; mais le parallélisme étroit de ces délires chez Marthe et Stéphanie, nous a semblé un fait beaucoup plus rare. C'est sur lui qu'il nous paraît opportun d'insister.

La « contagion » semble avoir porté ses fruits vers la fin d'avril de 1911. Marthe C... introduit alors dans le domaine de ses craintes les animaux de M^{me} G... Souvent, ensemble, elles entendent les mêmes cris, à l'occasion de bruits réels quelconques (porte qui s'ouvre ou se ferme, chiens qui aboient, etc.). Comme l'anxiété est constamment très vive et appelle de nouveaux thèmes, le fond délirant de l'une s'enrichit des interprétations de l'autre. Marthe, plus active que sa compagne, mêle les souvenirs d'hôpital, les injures et les menaces de Joséphine V..., les plaintes de Claudine B..., etc., et arrive ainsi à constituer un système, d'ailleurs un peu absurde, et qui étonne chez une femme intelligente.

Stéphanie, elle, ne s'est guère modifiée pendant longtemps, elle est cependant aujourd'hui moins anxieuse, mais s'en tient à ses premières idées, qui parfois sont tellement voilées, qu'elles semblent avoir disparu. Le délire redevient actif au mois d'octobre 1912, trois mois après la guérison de Marthe B..., bien que les deux amies se soient beaucoup moins fréquentées pendant ces trois mois. Cette fois, et nous insistons sur ce fait intéressant, elle reprend le système de Marthe C..., avec tout le développement que celle-ci lui a donné.

Fréquemment, nous avons profité de visites inopinées pour interroger l'une et l'autre sur la maladie de la voisine; elles ne partageaient pas leurs convictions délirantes réciproques. M^{me} G... nous disait : « C'est impossible, on ne lui fera pas de mal à cette demoiselle qui est si bonne. Je ne peux pas y croire. » Et M^{me} C... avait, en parlant de l'autre, la même attitude. Elles se raisonnaient mutuellement, tout en ayant très peur, chacune, pour son propre compte. Marthe C... disait parfois, quand sa compagne délivrait : « Je sais bien que vous êtes dans le secret, mais c'est pour moi », et l'autre répondait : « Vous vous trompez, car c'est moi qui suis désignée. » Si l'anxiété de l'une et de l'autre devenait plus aiguë, ces conversations dégénéraient en querelles et en courtes brouilles. Une fois, nous l'avons dit, Stéphanie a contribué à empêcher une tentative de suicide de Marthe C... Plus tard, Marthe C..., devenue gaie et heureuse, essaya en vain de faire participer sa compagne à sa satisfaction.

Celle-ci souriait tristement et revenait bientôt à son délire.

Comme nous le décrivons à M^{me} C..., elle nous dit : « Mais c'est mon ancienne maladie, c'est tout à fait cela, elle dit les mêmes choses que moi », et elle évoque devant nous ses anciennes idées dont le souvenir lui est particulièrement pénible, surtout quand elle nous parle des insultes de la maniaque et des plaintes de la femme au « syndrome de Cotard ». Chose curieuse, elle ne garde pas le même souvenir pénible des plaintes de M^{me} G... En reprenant les définitions de MM. Vigouroux et Juquelier (1), nous dirons que Marthe C... a été suggestionnée par les deux premières malades et contagionnée par son amie au cours de la vie de chaque jour. Celle-ci a été contagionnée par elle en retour, et a repris son délire avec le développement apporté par Marthe.

Qu'on nous permette une comparaison : on peut voir là quelque chose d'analogique à ce que l'on observe après le passage de certains bacilles du sang d'un premier animal dans celui d'un second qui exalte leur virulence : si on les inocule de nouveau à la première espèce, leur action deviendra beaucoup plus délétère. Tel est le fait sur lequel nous voulons insister pour terminer et qui montre que, sur ces terrains spéciaux que sont les dégénérés, les idées délirantes voyagent « en zigzag » (2) de l'un à l'autre et, si les circonstances sont favorables, arrivent à se fixer avec une solidité relative.

Comme conclusion pratique, il ne faudrait pas se baser sur ces faits pour condamner le séjour en commun : sans doute des locaux insuffisamment divisés, un personnel trop restreint, obligent à grouper des malades qui, parfois, peuvent paraître en souffrir, mais le fond même de leur état mental tend à s'améliorer dans ces conditions, la longue expérience de M. Magnan l'a prouvé.

Bien plus, il suffit de mettre un des malades dont nous nous occupons dans un local isolé, avec la pensée qu'une séparation momentanée modifierait tout au moins

(1) Vigouroux et Juquelier. *Contagion mentale*, Paris, Doin, 1905.

(2) Dumas déjà cité.

la formule de son délire, pour assister à une exaspération de l'angoisse et perdre, en quelques jours, le bénéfice qu'avait apporté l'alitement dans la salle commune.

Cette dernière constatation n'empêchera pas certains parents de croire que si leur aliéné ne retrouve pas la raison, c'est parce qu'il est enfermé avec des fous.

DISCUSSION

M. JUQUELIER. — La conclusion de MM. Briand et Vinchon est absolument légitime, puisque — leurs observations le démontrent une fois de plus — ce n'est pas la psychose qui est contagieuse, c'est seulement une formule délirante particulière chez des malades présentant au préalable un état psychopathique, et surtout un état affectif, analogue. C'est un point sur lequel M. Dumas a récemment insisté d'une manière très précise, mais qui répond bien à ce que M. Vigouroux et moi avions déjà observé il y a quelques années. En d'autres termes, ce n'est pas la contagion d'un malade à l'autre d'une croyance délirante qui démontre la contagion de la folie.

M. DUPRÉ. — Au point de vue de la transmission d'une formule délirante, M. Briand établit une différence entre la suggestion et la contagion. Veut-il la préciser ?

M. VIGOUROUX. — La nécessité d'un état psychopathique préalable à l'adoption par deux malades d'une même formule délirante est telle qu'avec M. Juquelier nous n'avons pas trouvé d'observation de contagion de la mélancolie, tandis que nous avons aisément trouvé des observations de contagion de délire de persécution. Nous avons, d'autre part, rapporté un fait dont l'exposé va me permettre de répondre à la question de M. Dupré : Un homme de cinquante ans environ est pris assez subitement de mélancolie anxieuse, avec délire d'auto-accusation ; il rentre chez lui un soir, en sortant de son bureau, et déclare à sa femme et à sa fille qu'il a fait des opérations irrégulières, qu'il a volé, qu'il va être arrêté et que les agents vont venir d'un moment à l'autre : « Ce n'est pas tout, ajoute-t-il, comme vous avez profité du produit de mes vols, vous

êtes mes complices et l'on va vous conduire en prison avec moi. » Convaincues par le récit persuasif, suggestif du chef de famille, les deux femmes ne doutent pas un instant de la véracité de ses dires ; elles se préparent à aller en prison. Ce n'est que le lendemain, comme rien ne s'est produit, qu'elles se reprennent et qu'elles vont aux renseignements. Le mélancolique, cependant, continue à attendre les gendarmes. Dans ce cas, il n'y a pas eu contagion du délire, mais suggestion momentanée à deux personnes non aliénées d'une croyance délirante.

M. DUPRÉ. — La femme et la fille de votre malade ont en effet fait preuve d'une grande suggestibilité et plus exactement peut-être d'une grande crédulité. Quoi qu'il en soit, nous sommes tous d'accord pour admettre que la mélancolie n'est pas contagieuse et le titre provisoire de la communication de MM. Briand et Vinchon, « Contagion de délire mélancolique », titre qui figure sur l'ordre du jour, méritait d'être revisé.

M. BRIAND. — Aussi l'avons-nous modifié, et notre titre actuel répond mieux à la réalité des faits.

La séance est levée à 5 h. 40.

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 janvier 1913.

I. — *Crises d'épilepsie jacksonienne provoquées à volonté chez une épileptique à crises cloniques. Présentation de malade.*

— MM. Lwoff et Puillet présentent une malade de cinquante-cinq ans à l'hérédité neuropathologique chargée. Tremblement depuis l'enfance. Emotion violente pendant la Commune; a assisté à l'exécution d'un communard : les enfants du communard criaient en demandant grâce. Depuis, crises cloniques et crises jacksoniennes. Crises cloniques surtout nocturnes avec morsure de la langue; phases toniques et cloniques; pertes de souvenirs et crises jacksoniennes souvent spontanées. Sont aussi provoquées par la vue d'un groupe de soldats, la vue du sang, les sons de la *Marseillaise* jouée ou chantée. Oppression, mouvement rythmé limité d'abord au bras droit et s'étendant ensuite à la jambe gauche; rarement quelques mouvements du bras gauche.

MM. Anglade, Vigouroux, Marchand et Colin font des réserves sur la nature jacksonienne des crises qui semblent provoquées par l'émotion et d'origine pithiatique.

II. — *Utilisation par des escrocs de deux débiles amoureuses de prêtres. Présentation de malades.* — MM. Briand et Vinchon montrent deux malades intéressantes par leurs réactions médico-légales. L'une est devenue la maîtresse d'un prêtre défroqué qui l'a utilisée pour commettre de très nombreuses escroqueries. Elle a manifesté, dès sa première enfance, une tendance au vol remarquable, ainsi que de nombreuses perversions instinctives. Plus tard, elle a opéré pour son propre compte avant d'être la maîtresse et la complice de l'ex-abbé. Cette malade est inimitimidable; elle a passé la moitié de sa vie entre la maison de

santé et la maison de détention et pour elle se pose la question de l'asile-prison.

La seconde a fait chanter un prêtre qu'elle avait réussi à compromettre gravement : elle y fut poussée par un individu qu'elle entretenait, et peut-être aussi par sa famille, car celle-ci a plus ou moins profité de la situation et réclame sa sortie avec insistance. Elle n'a pas été poursuivie puisqu'il n'y a pas eu de plainte, mais il est probable que si cela avait été, l'action de la peine aurait pu être salutaire.

Ces malades sont à rapprocher des amoureuses de prêtres, car elles n'ont commis leurs délits que dans les milieux religieux et avec la complicité de gens qui en font partie. Elles constituent un des dangers qui menacent les ecclésiastiques et amènent la justice à intervenir dans le monde qui vit autour des églises et parmi lequel se glisse toujours un certain nombre de malades et de malfaiteurs.

III. — *Un ménage de syphilitiques. Paralysie générale et démence précoce.* — MM. Leroy et Rogues de Fursac présentent un ménage de deux malades, tous deux syphilitiques, actuellement internés à Ville-Evrard.

La femme entre pour la première fois dans les asiles, en janvier 1909, pour un état de dépression mélancolique. Elle avait contracté la syphilis du fait de son mari à la fin de l'année 1907. Elle sort améliorée, mais non guérie, au bout de sept mois de traitement, présentant un grand degré de maniérisme. Son mari venait la visiter pendant son séjour à Ville-Evrard ; il était normal et ne présentait aucun symptôme morbide. Un an après la sortie de la malade, le mari entre à son tour à Ville-Evrard le 28 août 1911, pour une paralysie générale classique. Il avait contracté la syphilis vers 1904. L'examen du sang a donné la réaction de Wassermann positive et l'examen du liquide céphalo-rachidien a montré une lymphocytose abondante, de l'albumine et un Wassermann positif. En juillet 1912, la femme est internée de nouveau à Ville-Evrard ; elle se montre inconsciente de son état, bizarre d'ailleurs, tout à fait indifférente, ne s'occupant jamais de son mari. C'est une démence précoce type. La réaction de Wassermann a été positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier ne contenait ni lymphocytose, ni albumine.

IV. — *Un cas de démence neuro-épithéiale. Présentation de pièces.* — MM. Pactet et Vigouroux présentent des préparations histologiques relatives à un cas de démence précoce. Il

s'agit d'un jeune homme qui, après des études classiques plutôt brillantes, vit rapidement décliner son intelligence alors qu'il préparait l'examen de la licence ès lettres et chez qui une démence complète et définitive était constituée à l'âge de dix-neuf ans. Il mourut à vingt-sept ans de tuberculose pulmonaire.

L'examen histologique de l'encéphale révéla l'existence exclusive de lésions du tissu neuro-épithéial.

V. — *Syndrome paralytique déterminé par de l'encéphalite non folliculaire. Présentation de pièces.* — MM. Bonnet et Marchand montrent les pièces d'une femme de vingt-huit ans, chez laquelle ont apparu successivement du strabisme, de l'Argyll-Roberston unilatéral, du tremblement de la langue et des extrémités, de l'hésitation de la parole. Les réflexes patellaires sont exagérés ; signe de Babinski bilatéral. Au point de vue mental, désorientation complète. Mort dans le gâtisme un an et demi après le début des accidents. A l'autopsie, plaques d'encéphalite disséminées au niveau du pied de la frontale ascendante droite, de la pariétale droite, dans la couche optique. A l'examen histologique, on constate une périvascularite très accusée, des lésions dégénératives portant sur les cellules nerveuses, les fibres myéliniques, la névroglie. Absence de follicules tuberculeux. La nature tuberculeuse des lésions est attestée par la présence des bacilles de Koch dans l'aventice des vaisseaux.

VI. — *Gliome de la couche optique. Présentation de pièces.* — MM. Demay et Hérisson-Laparre montrent une tumeur localisée à la couche optique de l'hémisphère droit chez un homme de cinquante-trois ans qui n'avait pas présenté de syndrome thalamique. On avait constaté chez lui de l'hémi-parésie gauche non douloureuse avec exagération du réflexe rotulien, signe de Babinski, et légers troubles de la sensibilité du côté parésié (erreurs de localisation). L'affection avait débuté par de violents maux de tête et avait évolué vers l'affaiblissement intellectuel et la torpeur. Importance médico-légale de ce cas : le sujet avait été victime, quelques mois auparavant, d'un traumatisme de la région sus-orbitaire. L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un gliome.

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of Psychology.

ANNÉE 1909.

I. — *La psychophysique du climat*; par le Dr E. B. Titchener (numéro de janvier). — Article court, mais extrêmement important, avec une analyse sommaire de diverses publications concernant la météorologie, et dans lesquelles leurs auteurs ont essayé de faire concorder des échelles de sensation avec les échelles de mesure de la température, du vent, de l'humidité atmosphérique, etc. Comme le dit Titchener, c'est là incontestablement Fechner *redivivus*. Cela ne veut pas dire que les échelles de l'impression interne et celles des variations météorologiques soient reliables les unes aux autres par la formule logarithmique de Fechner (c'est là, du reste, moyennant l'emploi de certains artifices légitimes, une chose toujours possible, ainsi que l'a montré l'auteur de ce compte rendu), mais cela signifie que l'établissement d'une graduation des impressions est parfaitement possible, car souvent même les météorologistes ont fait des enquêtes auprès de groupes de personnes qui ont fourni des graduations concordantes, sans d'ailleurs paraître connaître en quoi que ce soit la loi de Fechner.

La conclusion qui semble s'imposer, mais que ne donne point Titchener, est que la psychophysique pourrait être constituée comme science, même si les psychophysiologistes n'avaient jamais travaillé : les physiciens, les astronomes, les météorologistes, et, d'une façon générale, tous les praticiens des sciences exactes, reconstruiront quand ils voudront la psychophysique, sans s'occuper de l'avis des « philosophes » qui, s'ils ont souvent le sentiment des nuances et des valeurs, n'ont guère celui de la continuité, encore moins celui de la mesure, et restent aristotéliciens presque autant à notre époque qu'au moyen âge. Comment, d'ailleurs, pourrait-il en être autrement ? S'ils avaient le sens de la continuité, ils abandonneraient évidemment la dissertation élégante et romanesque pour les recherches précises et numériques.

II. — *Une pyramide colorée pour démonstrations*; par le

D^r E. B. Titchener (numéro de janvier). — Exposé de la disposition et de la construction d'une pyramide octaédrique pour la démonstration des faits fondamentaux de la théorie « antagoniste » des sensations visuelles.

III. — *Le diagnostic mental par la méthode des réactions associées*; par R. M. Yerkes et C. S. Berry (numéro de janvier). — Relation d'expériences de démonstration collective suivant la méthode de Wertheimer et de Jung. Cette méthode, sur laquelle certains psychologues et criminologues fondent beaucoup d'espérances, semble bien capable de renseigner sur le contenu mental du sujet; mais celui-ci peut à volonté chasser momentanément de son esprit le fait sur lequel on voudrait être édifié.

IV. — *Etudes sur le ralentissement survenant par fatigue dans le « tapping-test »*; par le D^r F. Lyman Wells (numéro de janvier). — On compte le nombre de « taps » effectués sans arrêt pendant trente secondes, par intervalles de cinq secondes; tandis que, normalement, la main gauche donne 175 et la droite 194, les malades déprimés n'en donnent que 159 et 170, d'après les moyennes obtenues par l'auteur. Ce ralentissement est donné par l'école de Kraepelin comme pathognomonique de la folie maniaque-dépressive. A la vérité, cependant, on a trouvé des maniaques dont les tapping-tests sont l'antithèse de ceux des déprimés (Hutt). Wells pourrait remarquer que le choix des malades a une certaine importance et que, malheureusement, il est toujours difficile d'assurer que l'on a bien affaire à un maniaque-dépressif plutôt qu'à un autre malade.

Il y a lieu de signaler, dans ce travail de Wells, que les nombres de « taps » vont en diminuant en progression géométrique, quand la durée de l'expérience croît en progression arithmétique (sujets normaux), suivant la loi explicitée par Ameline comme loi de l'usure ou de la fatigue cérébrale. Chez les malades, on constate des irrégularités, signe assez ordinaire de fatigue surajoutée.

V. — *Chapitres d'une psychologie biologico-empirique*; par R. Gurley (numéro de janvier). — « *Nihil in mente nisi prius in mundo* », est l'exergue donné par le révérend Gurley à ces chapitres où l'auteur distingue la « pénultième philosophie » ou psychologie de l'ultime philosophie ou « philosophie », que seule regardent les problèmes nouménals. Il tire parti des rayons N de Blondlot (purement illusoires, comme on le sait), de la conductibilité électrique anormale du carbone. Pour lui,

la loi de la conservation de l'énergie n'est contrariée par aucun fait psychique. De plus, au cas où l'énergie nerveuse serait électrique, la formule de Fechner trouverait une signification physique. Peut-être que si l'auteur donnait le développement complet de ses idées, son exposé de la psychologie acquerrait-il quelque clarté; mais tout cela paraît bien conjectural, la justesse de certaines conclusions n'impliquant pas celle des prémisses.

VI. — *Sur trois types d'attitude : la mécanique, la coercitive (magique) et l'anthropopathique (comprenant la religion);* par le Dr J. H. Leuba (numéro de janvier). — Il y aurait trois façons de se comporter dans l'existence, suivant les circonstances dans lesquelles on peut se trouver. L'attitude « mécanique » diffère de l' « anthropopathique » par l'absence de considération pour les personnalités, et elle suppose une relation constante et quantitative entre la cause et l'effet. L'attitude magique se distingue de la première par la méconnaissance des relations quantitatives, et de la dernière par la négligence de l'influence personnelle. L'attitude anthropopathique admet seule la possibilité d'une punition et d'une récompense : elle admet des relations aussi bien entre les hommes qu'entre ceux-ci et des dieux.

VII. — *Une critique des méthodes de Wirth pour la mesure de l'attention;* par le Dr L. R. Geissler (numéro de janvier).

VIII. — *L'analyse de la mémoire auditive;* par le Dr F. Kuhlmann (numéro d'avril). — Pour égaliser les conditions des expériences, Kuhlmann s'est servi d'un phonographe auquel il faisait répéter des discours ou des sons familiers. L'importance des images visuelles a été considérable dans l'évocation des souvenirs (53 p. 100 contre 35 p. 100 pour les images auditives). Pour les détails, les processus moteurs employés furent le facteur le plus important; ils étaient le moyen nécessaire pour se remémorer la durée des sons.

IX. — *Contribution à l'étude des processus affectifs;* par le Dr T. Nakashima (numéro d'avril). — La question se pose de savoir si le ton affectif est un pur attribut de la sensation, coordonné avec l'intensité et la qualité, ou si c'est une sensation (organique ou centrale). Par des expériences sur des sons et des couleurs, Nakashima trouve que les jugements affectifs sont directs et immédiats, comme des jugements sensoriels. Pour le toucher et l'odorat, contrairement à l'affirmation de Wundt, le processus affectif n'est pas le messager du processus sensitif, mais accompagne ou suit ce dernier, sans le précéder ni se pré-

senter seul. De plus, il faut plus de temps pour réagir à une différence de sensation qu'à une distinction de tonalité affective. Nakashima penche donc délibérément pour la séparation de l'affection et de la sensation proprement dite.

X. — *Les guérisons miraculeuses*; par C. Wadler (numéro du 3 avril). — Wadler est convaincu que prêtres, médecins et psychologues ont besoin de collaborer, et que la bonne santé mentale est un moyen curatif et possède une valeur pédagogique. Wadler ne semble guère se douter que les « guérisons » miraculeuses puissent souvent concerner des pseudo-malades.

XI. — *L'abandon du sensationalisme en psychologie*; par Marie Whiton Calkans (numéro d'avril). — Mme Calkans constate que l'on admet de moins en moins que tous les états de conscience sont réductibles à des sensations; c'est la théorie de Wundt assurant que l'affection n'est qu'un attribut de la sensation, qui semble avoir le plus souffert de cette tendance.

XII. — *Education sexuelle et nudité*; par Havelock Ellis (numéro de juillet). — L'auteur reprend le thème connu, mais dont on ne voit guère d'application générale possible, sur la modestie du nu total.

XIII. — *La mémoire de l'enfant et de l'adulte*; par le Dr Cephas Guittet (numéro de juillet). — L'auteur s'est servi, pour étudier ce qu'il appelle la « rétentivité » de listes de noms d'animaux en diverses langues : anglais, français, allemand, japonais. L'enfant examiné n'ayant que deux ans et demi, il paraît difficile de généraliser les résultats obtenus par l'auteur.

XIV. — *Le « tapping-test » et les différences sexuelles*; par le Dr F. Lyman Wells (numéro de juillet). — Les différences constatées entre les résultats d'expériences faites sur dix hommes et dix femmes tiendraient, suivant Wells, surtout au facteur affectif. Les femmes montrent moins d'individualité que les hommes, mais ce facteur cause chez les femmes de plus grandes variations que chez l'homme. En tout cas, des phénomènes moteurs aussi élémentaires que le « tapping » peuvent être influencés par l'affectivité.

XV. — *La relation entre la précision dans la sensibilité sensorielle et l'intelligence générale*; par E. L. Thorndike, R. P. Dean et Wilfrid Lay (numéro de juillet). — Les auteurs ont apprécié, soit chez des jeunes gens, soit chez des jeunes filles, la précision des sensations en leur faisant copier des lignes de longueurs données ou imiter des poids fixés.

L'intelligence des élèves était appréciée par leurs professeurs et aussi par les élèves mêmes. Ils n'auraient pas vérifié les conclusions de Spearman, pour qui toutes les branches de l'activité intellectuelle ont en commun une fonction fondamentale ou un groupe de fonctions, tandis que les éléments de cette activité semblent dans chaque cas différer entièrement les uns des autres. Ils trouvent que l'existence d'une relation entre la précision de la sensibilité et l'intelligence est plus que douteuse. Ils notent que si Spearman a obtenu un autre résultat que le leur, c'est peut-être que les sujets de Spearman avaient surtout à comprendre ce qu'on exigeait d'eux, c'est-à-dire à manifester justement leur degré de développement intellectuel.

XVI. — *L'influence de la durée et de la vitesse des mouvements du bras sur l'appréciation de leur étendue*; par J. H. Leuba et Ethel Chamberlain (numéro de juillet). — A l'aide de l'appareil de Leuba décrit dans le même numéro, les auteurs ont cherché l'origine de l'illusion de Loeb, étudiée aussi par Kramer, Moskiewicz et Jaensch, illusion qui consiste dans la surestimation de l'étendue des mouvements au début desquels les muscles sont très contractés. Rejetant les diverses explications données par les expérimentateurs cités, Leuba conclut que la comparaison en étendue des mouvements de l'avant-bras dépend à la fois de leur durée et d'une sensation articulaire résultant de leur vitesse. Une compensation quasi-automatique existe entre durée et vitesse, et quand une résistance est opposée au mouvement, il y a diminution de la vitesse qui est sous-estimée par suite des moindres frottements articulaires, donc une surestimation de la durée du mouvement contrarié.

Leuba aurait, de plus, constaté, par l'interrogatoire de ses trois sujets, que les représentations visuelles peuvent être absentes, et, par suite, que Kuelpe a eu tort de dire que les jugements sur l'extension des bras ne nécessitent que des images visuelles et n'ont pas de relation avec l'idée de temps. Enfin, Leuba dit ne pas voir la nécessité de considérer des signes locaux pour les sensations articulaires.

XVII. — *La sensation organique*; par le Dr Elsie Murray (numéro de juillet). — Les conclusions de Murray sont : 1^o la distinction des sensations en internes et externes est beaucoup moins évidente et plus délicate qu'on l'a cru, car un grand nombre de sensations sont regardées comme internes qui ne sont probablement que des résultantes d'excitations cutanées; 2^o l'organisation de l'amas des sensations peut créer d'aussi

apparentes différences qualitatives que celles provenant de la spécificité d'un organe sensoriel; 3^e les sensations internes diffèrent des externes plutôt constitutivement que qualitativement; 4^e la solution de certains problèmes en rapport avec les sensations internes pourrait se trouver dans la possibilité pour la douleur d'avoir un commencement indifférent.

XVIII. — *La mesure de l'attention*; par le Dr L. R. Geissler (numéro d'octobre). — Dans ce travail important et soigné, Geissler est arrivé à une conclusion très intéressante : un parallélisme très étroit existerait entre les degrés d'attention évalués introspectivement par les sujets et la précision du travail mental mesurée par l'observateur, pourvu que l'estimation des degrés d'attention soit basée sur la clarté apparente, et que le travail mental soit uniquement sous la dépendance des variations de l'attention. Geissler aurait, semble-t-il, pu parler, comme Titchener à propos de la météorologie, de Fechner *redivivus*. Il est même remarquable que très sensiblement les degrés d'attention (subjectifs) qui varient en proportion arithmétique peuvent correspondre à des évaluations (objectives) de la précision du travail mental accompli variant très sensiblement en progression géométrique. De même, les épreuves correspondant à des degrés de difficultés variant en progression arithmétique sont subies avec une perfection mesurée par des nombres en progression géométrique; mais ici c'est l'expérimentateur qui gradue subjective-ment les difficultés, tandis que c'est le sujet qui sert d'instrument de mesure externe de l'excitant (épreuve) : c'est l'expérimentateur qui est le véritable sujet en expérience.

Geissler a trouvé que l'estimation par les sujets de la qualité du travail accompli ne correspond point à leur estimation de l'intensité d'attention. Geissler remarque qu'il serait possible d'établir un seuil différentiel de clarté, très utile dans la mesure de l'attention. Enfin si, ordinairement, dans l'application de l'esprit à deux tâches simultanées, l'attention ne peut se porter sur l'une qu'au détriment de l'autre, il peut y avoir des gens qui ont conscience de disposer de plusieurs visées nettes et simultanées.

XIX. — *Une étude expérimentale de l'attente*; par le Dr W. H. Pyle (numéro d'octobre). — Les expériences de Pyle lui ont montré que l'attente est préparée par une perception, et que cette perception est suivie par des sensations organiques et céphaliques, et dans quelques cas, par des idées verbales. Ces éléments sensitifs, consécutifs à la perception ou à l'idée initiales

sont l'aspect conscient d'une « question » posée par la perception comme résultat de l'habitude. L'attente est un état de conscience adapté. L'état de conscience expectant n'existe pas en lui-même, mais comme un état de conscience sur le point d'exister, préparatoire et de transition.

D^r AMELINE.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène du système nerveux. La neurasthénie; par le Dr Châtelain, ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier. 1 vol. in-16 (178 pages) de la *Petite bibliothèque d'hygiène*. Lausanne, librairie Payot et Cie S. d.

Les ouvrages traitant de l'hygiène du système nerveux sont nombreux. Il en est de très savants, de très développés, à l'usage des médecins praticiens qui y trouvent de quoi satisfaire aux multiples exigences de leur clientèle de névropathes. D'autres, plus modestes, s'adressent au grand public; n'ayant d'autre but que de donner quelques conseils généraux, ils valent surtout par la netteté et la précision. En cette délicate matière, la meilleure œuvre de vulgarisation serait un petit traité d'éducation de l'enfance et de la jeunesse, basé sur les connaissances scientifiques fournies par l'étude clinique des maladies mentales et nerveuses et destiné surtout à être lu par les mères de famille et les éducateurs de la jeunesse. C'est dire assez qu'il doit se recommander et par le fond et par la forme.

Le petit ouvrage de notre savant collaborateur et ami, le Dr Châtelain, nous semble réaliser à tous égards l'idéal qu'on peut se faire d'un livre sur l'hygiène du système nerveux mis à la portée du grand nombre. Ecrit avec une rare compétence, il est le fruit d'une longue existence consacrée tout entière à l'étude des maladies mentales et nerveuses. Ajoutez-y un style clair, net, précis, assaisonné d'humour, avec, de loin en loin, une anecdote piquante qui illustre le texte. Ne sont-ce pas là des qualités suffisantes pour produire une œuvre utile et d'une lecture agréable ?

M. Châtelain divise son travail en treize chapitres. Les deux premiers sont consacrés à un exposé rapide, mais clair, de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux; les deux suivants nous apprennent ce qu'il faut entendre par un cerveau sain et un cerveau faible; après ces préliminaires, on entre en plein dans le sujet avec le portrait du neurasthénique. L'auteur

passe ensuite en revue l'hérédité et le mariage, l'alcool et l'hérédité, l'éducation, les sports. Avec son bon sens ordinaire, il fait ressortir tout ce qu'il est important de connaître sur ces différents points pour combattre le développement de la neurasthénie; mais il ne manque pas non plus de montrer dans quelles exagérations on peut tomber en ce qui concerne, par exemple, la pratique des exercices poussés jusqu'au surmenage. Citons à ce propos le passage suivant (p. 119) qui donnera une idée de la manière de l'auteur :

« Les sports violents, au rebours de la marche, fatiguent beaucoup le cerveau, et l'on peut être certain qu'à part peut-être quelques individus exceptionnellement résistants, les jeunes gens qui s'y livrent avec excès n'en retireront aucun bénéfice ni pour leur santé, ni pour leurs études. On nous dit : voyez ces jeunes Anglais, quelle santé, quelle force!... Beaux garçons, superbes filles, j'en demeure d'accord, mais savez-vous ce qu'ils ont dans la tête? Et qu'ils sont donc charmants ces beaux garçons quand ils reviennent du jeu, jambes nues, cheveux dans les yeux, genoux ensanglantés, vêtements couverts de boue! Non, qu'on ne nous les donne pas en exemple. Il existe en Angleterre un élite intellectuelle de premier ordre, à laquelle je tire mon chapeau; mais tous ces désœuvrés qui remplissent les hôtels de Suisse ou du Midi, suivant la saison, fument leur pipe au nez des passants et n'ont d'autre but dans la vie que le golf, le football ou le tennis, ne sauraient exciter mon admiration. » Et plus loin, résumant son opinion sur cette manie des sports qui semble comme une des caractéristiques de notre époque, il ajoute : « La valeur d'un homme n'est pas dans ses biceps, mais dans son cerveau; la force brutale n'a jamais rien donné à l'humanité. »

Que de choses intéressantes, et toutes marquées au cachet du bon sens, il y aurait à cueillir dans les chapitres suivants qui traitent du choix des professions, de l'alimentation et du régime, du travail et de la fatigue, du repos et, enfin, du sommeil.

M. Châtelain considère le sommeil — et un sommeil prolongé — comme le meilleur remède de la neurasthénie. « La marmotte, dit-il à ce sujet (p. 165), est vraiment un heureux animal. Dormir tout l'hiver, dans un chaud nid de foin sec, à l'abri de la bise et des faux progrès, dormir une fois tout son saoûl, à poings fermés, regagner en une nuit de cinq mois tout le repos perdu, pour se réveiller au bon soleil d'avril, le cerveau

rafraîchi, les nerfs reposés, le « grand ressort » remonté!... Le savant qui trouvera le moyen d'introduire ce mode de traitement du nerveux aura bien mérité de l'humanité... Sérieusement, il paraît que si l'on pouvait endormir le neurasthénique pendant un temps suffisamment long, il se réveillerait guéri; mais nous n'en sommes pas encore là. Peut-être y viendra-t-on un jour, car physiologiquement rien ne s'y oppose, et on connaît des cas de sommeil cataleptique prolongé sans dommage pour l'organisme. Beau sujet de recherches pour les jeunes savants en quête de découvertes sensationnelles. »

Nous en avons assez dit pour montrer tout l'intérêt de la nouvelle œuvre de notre excellent collaborateur, à laquelle nous souhaitons de nombreux lecteurs et de non moins nombreuses lectrices. On ne saurait mettre en doute que, sous l'influence de causes multiples, la folie et la neurasthénie sont, à notre époque, en constant accroissement; tout ce qui peut aider à combattre ces deux fléaux de notre société surmenée doit être le bienvenu.

ANT. RITTI.

Les anormaux et les malades mentaux au régiment; par le Dr G. Haury, médecin major de 1^{re} classe. Préface de M. le professeur Régis. 1 vol. in-8° de 376 pages. Paris, G. Masson, 1913.

Il y a longtemps déjà, plus de vingt ans, que le professeur Régis a attiré l'attention de nos confrères, civils et militaires, et celle surtout des pouvoirs publics sur la nécessité de ne pas seulement considérer les qualités corporelles du soldat, mais aussi de s'inquiéter des tares psychiques qu'il peut posséder. Qu'importe que l'homme soit grand, valide et fort, puissamment musclé et superbement membré, si son esprit est mauvais, s'il est capable de fugue, de désertion, de vol, d'indiscipline? Les qualités primordiales du soldat — du soldat moderne — doivent être l'obéissance absolue à ses chefs et l'énergie morale qui, seules, permettent d'endurer les fatigues d'une campagne et d'assurer la réussite des plans élaborés par les stratèges chargés parfois de diriger les mouvements d'une armée comptant plus de 100.000 combattants; les dernières guerres de Mandchourie et des Balkans l'ont surabondamment démontré. Et doivent être rigoureusement éliminés, exclus de l'armée, les

têtes fortes ou folles, les cerveaux brûlés ou dégénérés, les anormaux et malades mentaux, impulsifs et déséquilibrés de toute espèce, auteurs de désordre, semeurs de panique, meneurs de révolte ou d'exaction. Pour ce faire, il faut connaître ces anormaux et ces malades mentaux, il faut savoir les dépister, il faut pouvoir les empêcher d'entrer dans l'armée et les en faire radier s'ils y ont pénétré à la faveur d'une incorporation d'office au titre « bon absent » ou d'un engagement volontaire.

L'officier et le médecin doivent collaborer étroitement à cette œuvre de prophylaxie et d'hygiène sociale militaire. Le professeur Régis, en 1908, a inauguré, dans une conférence aux élèves de l'école militaire d'infanterie de Saint-Maixent, cette instruction psychiatrique élémentaire de l'officier qui lui est nécessaire pour cette collaboration. Aujourd'hui, le Dr Haury, médecin-major de 1^{re} classe et dont les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* connaissent déjà les importants travaux psychiatriques (sur les fugues, l'indiscipline morbide, les déserteurs à l'étranger, la paresse pathologique, la psychiatrie dans l'armée, etc.), vient de faire paraître le livre attendu sur cette question des anormaux et des malades mentaux au régiment

L'ouvrage débute par l'exposé rapide d'un certain nombre de connaissances psychiatriques générales indispensables à l'officier pour poursuivre cette étude : qu'est-ce que le cerveau? qu'est-ce que la folie? comment et pourquoi devient-on aliéné? Puis sont décrits les types morbides qu'il lui faudra désormais reconnaître et dépister : les anormaux, les débiles mentaux, les déséquilibrés. Le Dr Haury montre de quelle fragilité spéciale, aux difficultés de la vie, aux toxiques, aux fatigues et aux privations, sont doués ces anormaux, ce qu'ils deviennent au régiment, les conditions et les limites de leur utilisation, les procédés à employer pour leur dépistage. Il s'étend enfin longuement et sagelement sur le rôle de l'officier constamment appelé à juger l'état mental de chaque soldat, à surveiller l'esprit de la troupe qu'il commande, à prendre sur tous un ascendant moral indiscutable et à apprécier les services particuliers que chacun de ses hommes, par ses qualités intellectuelles et physiques, peut rendre au pays à l'occasion d'un conflit armé. L'officier doit être ainsi averti de toutes ces causes morbides de l'indiscipline et mis à même de poser un diagnostic mental.

Le livre du Dr Haury est fait pour lui et dans ce but, qui est, pour nous servir des expressions du professeur Simonin, du Val-de-Grâce, d'aider à la réalisation de l'hygiène intellectuelle

et morale de l'armée, véritable fondement et base même de la discipline. L'importance sociologique d'une telle œuvre est considérable ; car, suivant l'ultime conclusion de l'auteur, « l'armée, complétant ainsi son rôle bienfaisant d'éducatrice, aiderait de la sorte, par l'exemple donné, à la marche victorieuse et incessante de l'humanité ».

ROGER DUPOUY.

Psychothérapie ; par le Dr André Thomas. Introduction du professeur Déjerine, 1 vol, in-8° de la *Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Caïnot*. Paris, J.-B. Bailliére et fils, 1912.

Cet excellent manuel s'ouvre sur des considérations générales, primordiales en l'espèce à bien connaître, surtout à bien méditer, de la part de qui veut faire de la psychothérapie. Car celle-ci est à peine une science, mais bien plutôt un art, et elle se sent plus qu'elle ne s'apprend. La psychothérapie, suivant la définition de Grasset, est « le traitement des maladies par les moyens psychiques, c'est-à-dire par la persuasion, l'émotion, la suggestion, la distraction, l'éducation, la foi et les prédications, en un mot par la pensée et tout ce qui s'y rattache ». Cette seule définition suffit à faire comprendre le rôle immense en médecine de la psychothérapie, la diversité infinie de ses modalités et de ses applications, et quelles sont les qualités intellectuelles et morales de celui dont les radiations psychiques doivent influer sur le malade, transformer en quelque sorte sa mentalité et guérir le mal dont il souffre.

La plupart des malades tirent un large profit de la psychothérapie, mais c'est surtout à celles dans lesquelles l'émotivité joue le principal rôle que ce mode de traitement est indiqué. Dans certaines circonstances, l'émotion crée la maladie, mais dans beaucoup d'autres, l'émotion est un agent puissant de guérison et constitue, au fond, tout le secret de la psychothérapie. M. Thomas s'est donc attaché tout particulièrement, dans son préambule, à exposer les conceptions modernes sur l'émotion et l'émotivité, d'après le récent débat des Sociétés de Neurologie et de Psychiatrie sur cette question.

Quant aux principes et aux méthodes de la psychothérapie, ils ont tous pour but, comme principale idée directrice, de prendre une certaine influence sur le malade et d'user ensuite de cette influence pour modifier ou transformer ses idées, son

jugement, sa volonté, sa moralité, ses sentiments : pour faire disparaître les phénomènes morbides. Cette influence peut s'exercer brutalement comme dans la suggestion, ou bien au contraire progressivement, par l'intermédiaire de la conviction, comme dans la persuasion. Elle se renforce presque toujours dans l'isolement qui, à lui seul, est un excellent agent thérapeutique.

L'ouvrage est divisé en deux parties. Dans la première, sont exposées les méthodes générales de psychothérapie. M. Thomas entreprend, notamment, la discussion, toujours si délicate, de la suggestion et de la persuasion : les deux termes ne sont pas synonymes, ils correspondent à deux procédés très différents mais qui cependant s'associent souvent pour le même but ; le suggestionné est commandé, il obéit aveuglément ; le persuadé est conseillé et consulté, il agit après discernement. C'est ensuite le procès de l'hypnotisme, « procédé dangereux et mauvais, qui fait de l'individu un automate et non un être libre et pensant, en détruisant ou en arrêtant dans leur développement les facultés supérieures de jugement et de raisonnement ».

La deuxième partie est consacrée au traitement des maladies par la psychothérapie. Les affections justiciables de cette thérapeutique sont d'abord les psycho-névroses, hystérie et neurasténie ; ensuite les maladies mentales, obsessions, folie morale, mélancolie, cénestopathies, intoxications, et toxicomanies, anorexie mentale, confusion mentale, tics, arriération intellectuelle, incontinence nocturne essentielle d'urine ; enfin certaines maladies organiques du système nerveux, aphasies, ataxie locomotrice, chorée de Sydenham. C'est, en effet, dans les méthodes de persuasion qu'il faudrait ranger les méthodes décrites sous les vocables : rééducation de la volonté, autorééducation, rééducation de l'attention, rééducation de soi-même.

Au résumé, l'ouvrage du Dr Thomas est un manuel essentiellement pratique, très éclectique au surplus, où toutes les théories sont exposées clairement et sans partialité, qui de ce fait rendra les plus grands services à tous ceux qui ont pris pour but de leur carrière le traitement des malades atteints d'une affection nerveuse ou mentale.

ROGER DUPOUY.

Curso de psychiatria. Lição de abertura. Relações da psychologia com a neurologia (Leçon d'ouverture du cours de psychiatrie. Sur les rapports de la psychologie avec la neurologie); par le professeur Magalhaes Lemos. Broch. in-8°. Porto, 1912.

La psychologie et la neurologie ont trop longtemps été séparées. L'ancienne psychologie, partie intégrante de la philosophie classique, s'occupait de l'âme et de ses facultés et ignorait volontairement tout de l'anatomie des centres nerveux. Mais peu à peu une « entente cordiale » s'est faite entre les deux sciences. Th. Ribot créa la psychologie expérimentale ou physiologique: ce qui n'empêcha pas la méthode de l'introspection de continuer à révéler des faits intéressants. Pour bien comprendre le fonctionnement du cerveau, substratum organique de tout phénomène psychologique, il faudrait connaître complètement les éléments de l'architectonique du cortex cérébral, partie de la science que les travaux les plus récents des histologistes et des neurologistes commencent à élucider. Mais on est plus avancé lorsqu'il s'agit des fibres d'association et des fibres de projection, ce qui a déjà permis de résoudre bien des problèmes de première importance en psychologie.

La question des localisations cérébrales, surtout lorsqu'il s'agit des phénomènes moteurs plus que des voies sensitives, commence à être bien connue, bien que Roussy considère par exemple les couches optiques comme indépendantes des centres sensitifs et nie l'existence du carrefour sensitif de Charcot. On commence à connaître le trajet exact du faisceau de Turk et du faisceau longitudinal externe. Enfin, aujourd'hui, les fonctions du proto-neurone centripète, des ganglions ou relais des centres nerveux, sont bien connus et l'on sait l'exacte localisation des centres d'aboutissement des voies centripètes, aussi bien que l'origine des voies centrifuges ou motrices. M. Magalhaes Lemos, dans son intéressante leçon d'ouverture dont nous donnons ici la substance, rappelle les principales de ces localisations sensitives et pose la question des centres mnésiques dont on commence à entrevoir la solution.

L. WAHL.

Notes on the History of Psychiatry (Notes sur l'histoire de la psychiatrie) ; par le Dr Smith Ely Jelliffe, professeur de clinique psychiatrique à l'Université Fordham, New-York.

S'intéressant depuis longtemps à l'histoire de la psychiatrie, le Dr Jelliffe a publié sur ce sujet une série de notes qui ont été reproduites dans *Alienist and Neurologist* en 1910 et 1911. Dans les brochures que nous avons sous les yeux, il passe en revue les travaux des anciens sur les troubles de l'esprit et fait défiler devant nous les opinions d'Esculape, d'Hippocrate, d'Erasistrate, de Dioclès, de Philotime, de Celse, d'Arétée de Cappadoce et *tutti quanti*. Un pareil travail n'est guère susceptible d'analyse. Quelques fleurs, toutefois, émaillent cette sèche matière. En voici deux que nous nous faisons un plaisir de présenter ici. Nous les croyons peu connues, et il faut savoir gré au Dr Jelliffe de les avoir remises au jour.

« Philotime, condisciple d'Hérophile et successeur de Praxagoras, est célèbre pour la cure qu'il fit d'un malade hanté par cette idée fixe qu'il n'avait plus de tête. Il lui mit un couvre-chef de plomb et le patient, grâce au poids de cet objet et à la gêne qu'il en éprouvait, finit par se convaincre qu'il avait bien sa tête sur ses épaules. » Ces anciens étaient heureux. Ils guérissaient par des moyens qui n'auraient aucun succès entre nos mains. Sont-ce les malades ou les médecins qui n'ont plus la foi ?

Et ce merveilleux diagnostic d'Erasistrate ? Qui de nous pourrait s'en offrir les moyens ? « Stratonice, seconde femme du roi Séleucus, était passionnément aimée de son beau-fils. Le prince n'avait osé confier son amour à personne et tomba malade de désespoir. Bien qu'il ne se plaignît d'aucun mal, sa santé déclinait insensiblement sans que personne en pût découvrir la cause. Erasistrate, dans les yeux excavés du malade, dans ses pâleurs et sa voix mourante, finit pourtant par discerner les ravages d'un amour secret. Pour arriver à la certitude, il eut recours à l'artifice que voici. Posant la main sur le cœur du patient, il fit défiler devant son lit toutes les femmes du palais. Le prince ne se troubla qu'au moment où il aperçut sa belle-mère : à sa vue, ses joues, soudain, se colorèrent, sa peau devint moite, son corps trembla de la tête aux pieds et son cœur se mit à battre avec violence. Quand Erasistrate eut découvert la vérité à Séleucus, le roi, qui aimait son fils par-

-dessus tout, lui donna Stratonice pour épouse et il ne tarda pas à revenir à la santé. » *et cetera* A. CULLEURRE.

Cornell University medical bulletin. Studies from the department of neurology (Bulletin médical de l'Université Cornell. Etudes de la section de neurologie). New-York, octobre 1911.

Ce volume est composé de dix-neuf mémoires de neuro-pathologie publiés de 1908 à 1912 dans différents recueils par des membres de l'Université.

Le premier de ces travaux est consacré par le Dr Dana à la guérison de la paralysie générale à sa première période. Les faits sur lesquels son opinion s'appuie seraient si nombreux et si démonstratifs qu'il n'y aurait plus lieu de douter de la possibilité de guérir de nombreux paralytiques, non seulement au début, mais encore au cours de la maladie confirmée. Il est certain que les quatorze cas de guérison que contient son mémoire sont impressionnantes.

Citons, du même auteur, un travail sur la zoophilie considérée comme maladie mentale; une note sur l'hématoporphyrinurie d'origine médicamenteuse; deux études sur les fonctions de la couche optique et des corps striés; enfin un mémoire sur l'interprétation de la douleur et les dysesthésies, qui est d'un grand intérêt psychologique.

Le Dr Ramsay Hunt nous présente: un cas de névrite professionnelle de l'arcade palmaire; un très important mémoire sur la fonction sensitive du nerf facial et sa symptomatologie; un cas d'inflammation du ganglion géniculé d'origine herpétique; une contribution à la symptomatologie et au traitement chirurgical des tumeurs de la moelle (en collaboration avec M. G. Woolsey).

Du Dr H. W. Frink, nous signalerons trois études sur les psycho-névroses et, en particulier, un travail très intéressant sur l'origine des rêves et sur leur rôle en psychopathologie: « Les rêves sont l'accomplissement imaginaire de désirs refoulés hors de la conscience. » C'est la théorie de Freud, à laquelle l'auteur se rattache, et dont il fait ressortir l'importance au point de vue de la thérapie des psychasthénies.

Du Dr Frédéric Farnell, nous lisons un cas d'atrophie musculaire du type Charcot-Marie-Tooth; des Drs Foster Kennedy

et C. P. Oberndorf, une observation de myotonie atrophique; et enfin du premier seul de ces auteurs, trois mémoires intéressants sur la symptomatologie et le diagnostic des tumeurs cérébrales.

A. CULLERRE.

Edgar Poe; par Emile Lauvrière. 1 vol. in-18 de 262 pages.
Paris, Bloud et C^{ie}, éditeurs, 1911.

C'est une fortune singulière, pour un écrivain, de se voir couronné à la fois par l'Académie française et par l'Académie de médecine. Tel est le cas de M. Emile Lauvrière dont l'ouvrage : *Edgar Poe, sa vie et son œuvre*, paru il y a deux ans, chez Alcan, dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, fut jugé digne du prix Marcellin Guérin par les hôtes du Palais Mazarin, et du prix Henri Lorquet par ceux de la rue Bonaparte. C'est que ce livre n'est pas seulement une œuvre littéraire remarquable, c'est encore, dans toute l'acception du mot, ainsi que nous l'annonce son sous-titre, une étude de psychologie pathologique que voudrait avoir signée un psychiatre de profession.

Aujourd'hui, sur un autre plan, sous une forme plus condensée et avec tous les compléments que lui ont permis les renseignements acquis depuis la publication de son dernier livre, M. Lauvrière nous donne une biographie d'Edgar Poe, émouvante comme une œuvre d'imagination, documentée comme une observation clinique, où il nous fait toucher du doigt la logique implacable du destin de ce génial dégénéré, né de l'alcoolisme et de la tuberculose, à l'intelligence prématûrement développée, à la sentimentalité exaltée, orgueilleux sans mesure, instable, circulaire, impulsif, dipsomane, toxicomane, halluciné. Est-ce un fou, est-ce un être génial que cet inquiétant déséquilibré dont l'étrange mentalité erre sur les confins du crime et du génie, se demande M. Lauvrière. Il est l'un et l'autre, c'est l'évidence même; pas un lecteur n'en pourra douter un instant. Sous un vent de folie, tremble, à la vérité, son œuvre monstrueuse, mais tel est le prestige de tout l'art dont elle brille, que le plus récalcitrant des juges sera forcé de reconnaître que cet homme extraordinaire était autre chose qu'un simple aliéné.

A. CULLERRE.

Franciscus Sylvius (François Sylvius); par le Dr Smith Ely Jelliffe. Broch. in-8^e. Extrait des *Proceedings of the Charaka Club*, vol. III.

Le nom de Sylvius est attaché à au moins cinq régions cérébrales, sans que l'on soit exactement fixé sur celles qui doivent commémorer le nom de Jacques (1478-1555) et celles qui rappellent celui de François (1614-1672). Il semble bien, toutefois, que ce soit ce dernier qui a donné son nom à la fameuse scissure de Sylvius et à l'artère qui la parcourt. D'une famille de protestants français que le malheur des temps avait obligée à s'expatrier, François Sylvius (de le Boë), après les plus brillantes études médicales à Sedan, à Paris et à Bâle, où il prit ses grades, s'installa à Hanovre, suivant le vœu de sa famille. Il y conquit rapidement la plus haute considération, mais c'était, pour son mérite, un bien trop modeste théâtre. Il ne tarda pas à reprendre le cours de ses voyages afin de se perfectionner dans les sciences et d'acquérir de nouvelles connaissances. Sa renommée l'avait précédé à l'Université de Leyde où des centaines d'étudiants se pressèrent à un cours d'anatomie qu'il y ouvrit (1640). La ville d'Amsterdam voulut se l'attacher : Sylvius accepta. Sa vogue y fut telle qu'on eût dit Apollon descendu de l'Olympe pour guérir les habitants de cette capitale. Mais en 1658, Leyde, jalouse, voulant le reconquérir, lui offrit la chaire d'anatomie devenue vacante à son Université. Ce sont toutes ces péripéties de la vie de François Sylvius que raconte agréablement la plaquette de M. Jelliffe, sans négliger de mettre en lumière la science profonde et l'originalité de ce savant médecin.

A. CULLERRE.

Brain tumor of psychomotor area (Tumeur de la zone motrice); par les Drs Frank Warren Langdon et Simon Pendleton Kramer, professeurs à l'Université de Cincinnati. Broch. in-8^e. Extrait du *Journal of American medical Association*, 3 décembre 1910.

Il s'agit d'une fille de trente-neuf ans, chez qui existaient de l'épilepsie jacksonienne, localisée d'abord, puis généralisée, des hallucinations de la vue, des troubles de la sensibilité

générale qui lui faisaient croire qu'on lui avait coupé un des membres inférieurs, et une hémiplégie gauche avec astéréognosie. Malgré l'absence de quelques-uns des symptômes habituels des néoformations intracraniennes, tels que céphalalgie, vomissements, vertige, œdème de la papille, on diagnostiqua une tumeur de la région rolandique. L'opération, faite en deux temps, permit d'enlever une masse circonscrite de 2 cent. 1/2 de diamètre logée dans la substance grise et adhérente à la pie-mère (endothéliome), à cheval sur le tiers supérieur du sillon de Rolando. Quatre mois et demi après l'opération, la malade avait recouvré l'usage de son membre inférieur, mais à la main persistait un certain degré de faiblesse ainsi que l'astéréognosie. Plus de phénomènes jacksoniens ni de troubles psychiques. Les auteurs insistent sur la complète disparition de ces derniers qui avaient motivé la consultation dans laquelle le diagnostic fut posé.

A. CULLERRE.

On the lesions of the mid - brain, with special reference to the Benedict syndrome (Sur les lésions de l'isthme dans leurs rapports avec le syndrome de Benedikt); par le Dr Smith Ely Jelliffe, de New-York. Broch. in-8°. Extrait de l'*Interstate medical Journal* 1911.

Une femme de trente-deux ans, de bonne santé apparente, à part une légère lésion cardiaque consécutive à une scarlatine grave à l'âge de sept ans, est soudain frappée d'une attaque avec hémiplégie droite, hémianesthésie, hémianopsie, troubles de la parole et troubles oculo-moteurs du côté opposé. Elle se rétablit rapidement, mais au bout de trois mois elle commence à trembler du bras droit. Au bout de cinq mois, il ne subsiste guère de tout cela qu'un reste d'hémianopsie, un peu de déviation de la langue à droite et une exagération du réflexe achilléen. Le tremblement a pris la forme de celui de la paralysie agitante. Il s'agit d'un cas de « syndrome de Benedikt » par lésion de l'isthme. L'auteur, à propos de son observation, se livre à une critique serrée des opinions émises sur l'origine des tremblements observés dans cette affection et conclut qu'on n'est pas encore en mesure d'en préciser le siège anatomique.

A. CULLERRE.

Tumors of the pineal body (Tumeurs de la glande pinéale) ; par les Drs Pearce Bailey et Smith Ely Jelliffe, de New-York. Broch. in-8°. Chicago, 1911.

Les auteurs relatent l'observation d'un garçon de douze ans, porteur d'un tératome de la glande pinéale. Ils en profitent pour donner un résumé de cinquante-neuf cas de tumeurs analogues empruntés à diverses sources et pour tracer les linéaments du « syndrome pinéal » avec ses deux ordres de symptômes, nerveux et métaboliques. Les symptômes nerveux sont ceux des tumeurs cérébrales avec quelques signes spéciaux résultant de la compression possible des tubercules quadrijumeaux (vue), des corps genouillés (ouïe) et du cervelet (équilibre). Les symptômes métaboliques sont le développement du tissu adipeux, la maturité sexuelle précoce et la cachexie terminale.

A. CULLERRE.

The meningeal forms of epidemic polio-encephalomyelitis (Les formes méningées de la polio-encéphalomyélite épidémique) ; par le Dr Smith Ely Jelliffe. Broch. in-8°. Extrait du *Journal of the American medical Association*, juin, 1911.

L'épidémie récente de poliomélyélite a permis d'observer nombre de cas anormaux et des formes rares qui ont singulièrement étendu la connaissance clinique de cette affection. Cependant, il est une de ces formes qui a été fréquemment méconnue : c'est le type méningé qui prend les allures de la méningite tuberculeuse et qui peut être confondu avec elle. Ce sont à peu près les mêmes symptômes et la même marche. L'auteur donne une observation type où la maladie se termine par l'amélioration progressive des paralysies oculaires et la guérison.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VON BECHTEREW. Ueber die Anwendung der assoziativ-motorischen Reflexe als objektives Untersuchungsverfahren in der klinischen Neuropathologie und Psychiatrie. 20 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie*, Berlin, 1911.

— Ueber die Lokalisation der Sehenstrums auf der medialen Fläche des Okzipitallappens bei Hunden. 6 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1912.

VICTOR DELFINO. La vida universal y el origen de los seres. La doctrina de la generación espontánea. 132 pages in-16. Barcelona. Librería de Félix y Susanna, 1912.

Sixty first annual report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Pa., for the year ending September 30, 1911. 68 pages in-8°. Harrisburg, 1912.

CHRISTOPH ASWADAROW. Ueber die Sympathicusymptome bei der Migräne, insbesondere über die Anisokorie. 38 pages in-8°. Extrait de la *Wiener klinische Rundschau*, 1911, n°s 40-45.

F. D'HOLLANDER. A propos d'infantilisme. 4 pages in-8° avec figure. Extrait du *Journal de neurologie*, Bruxelles, 1912.

— La localisation de l'apraxie. 27 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, avril 1912.

— Apraxie motrice bilatérale. Autopsie. Contribution à la localisation de l'apraxie. 12 pages in-8° avec planches. Extrait de l'*Encéphale*, juin 1912.

HANS RÖMER. Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien, für die Zwecke der Statistik vereinbart zwischen der psychiatrischen Klinik Heidelberg und der Heil- und Pflegeanstalten Illenau und Wiesloch. 22 pages in-8°. Extrait du *Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie*. Berlin, 1912.

ARMAND DEVaux. Traitement de l'épilepsie par l'acide borique. 78 pages in-8°. *Thèse de Toulouse*, 1912.

GASPAR BERGONZOLI. Note statistiche e relazione sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera nell'anno 1911. 95 pages in-folio. Voghera, 1912.

RICARDO LYNCH. Rapport présenté au Dr José Maria Ramos Mejia, président du Conseil national d'éducation de Buenos-Aires, à l'occasion d'expériences faites dans les écoles Nicolas Avellaneda et Onesimo Leguizanion sur un groupe de

trente-cinq enfants débiles, maladifs, chlorotiques, nerveux, apathiques, mélancoliques, peu intelligents et arriérés en enseignement, à l'effet de les améliorer et de renforcer leur état psychique et somatique. 293 pages in-8°, Buenos-Aires, 1911.

Sociedad de psiquiatría, neurología y medicina legal. Trabajos presentados durante el primer año de funcionamiento, 1911. 97 pages in-8° avec planches. Buenos-Aires, imprimerie de l'*Hospicio de las Mercedes*, 1912.

CH. LADAME. Encéphalite sous-corticale chronique. Un cas de psychose d'origine artério-scléreuse. 27 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, juillet 1912.

— Un cas de psychose aiguë. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue suisse de médecine*, octobre 1911.

MAGNAN. De l'alitement (clinothérapie) dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris et du département de la Seine (asile clinique Sainte-Anne). 15 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 23 juillet 1912.

MAGALHAES LEMOS. Hallucinations unilatérales de l'ouïe. 65 pages in-8° avec planche. Porto. Typographie du *Manicomio do Conde de Ferreira*, 1911.

— Curso de psychiatria. Lição de obertura. Relações da psychologia com a neurologia. 21 pages in-8°, Porto. Typographie de l'*Hospital de alienados do Conde de Ferreira*, 1912.

MAX DUBUSSON. Le péril alcoolique. Articles de l'*Avenir du Quercy*, numéros des 17 et 24 août 1912.

R. MASSELON et CHARPENTIER. Rapport médical, compte moral et administratif de l'asile de Prémontré. Exercice 1911. 64 pages in-4°. Laon, imprimerie du *Courrier de l'Aisne*, 1912.

The eighty-fifth annual report of James Murray's royal asylum, Perth. 50 pages in-8°, Perth, 1912.

GIACINTO FORNACA. Sopra due casi di microgiria. Ricerche di anatomia patologica. 21 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1912, fasc. I-II.

— Suppurazione fetido-gassosa da anaerobio in una demente precoce. 11 pages in-8°. Extrait des *Annali di Freniatria e Scienze affini*, 1912, fasc. II.

— Le iniezioni epidurali come cura dell'incontinenza d'urina negli alienati. 10 pages in-8°. Extrait de la *Rassegna di studi psichiatrici*, juillet-août 1912.

VERNET et DALMAS. Compte rendu administratif et rapport médical pour l'année 1911 de l'asile d'aliénés d'Alençon, 25 pages in-8°. Alençon, imprimerie alençonnaise, 1912.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1913

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 30 décembre 1912, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1913.

Ont été élus :

Président : M. SEMELAIGNE ;

Vice-président : M. VIGOUROUX ;

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaire annuels : MM. DUPAIN et JUQUELIER ;

Trésorier : M. PACTET.

Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

BALLET (Gilbert), professeur de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.

NAGEOTTE, médecin de la Salpêtrière, professeur au Collège de France, 82, rue Notre-Dame-des-Champs. — 25 juillet 1898.

TAGUET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Brive-la-Gaillarde (Corrèze). — 15 novembre 1875.

VOISIN (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 novembre 1879.

MEMBRES TITULAIRES

ANTHEAUME, médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton, 6, rue Scheffer. — 27 mars 1899.

ARNAUD (L.-F.), médecin-directeur de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

- BLIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOISSIER (François), médecin, 276, boulevard Raspail, Paris. — 29 octobre 1894.
- BONNET, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile Saint-Anne, 1, rue Cabanis. — 25 juillet 1881.
- CAPGRAS, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 janvier 1906.
- CHARPENTIER (René), médecin de la maison de santé, 6, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
- CHASLIN (Ph.), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CLÉRAMBAULT (de), médecin-adjoint de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de police, 23, quai Voltaire. — 30 décembre 1907.
- COLIN (H.), médecin en chef de l'asile de Villejuif, 26, rue Vauquelin. — 29 février 1892.
- DENY, médecin honoraire de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépirière. — 27 décembre 1897.
- DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 juin 1888.
- DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 17, rue Ballu. — 26 décembre 1898.
- FILLASSIER, médecin, 111, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 27 juin 1910.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur au Collège de France, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 janvier 1895.
- JUQUELIER, médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 29 mai 1905.
- KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 29 novembre 1897.
- KLIPPEL, médecin des hôpitaux, 63, boulevard des Invalides. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 30 juillet 1888.
- LEGRAS, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 34, rue des Petits-Hôtels. — 26 décembre 1898.
- LEROUX (Raoul), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 mars 1898.
- LWOFF, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 20 janvier 1893.
- MAGNAN (V.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine,

- membre de l'Académie de médecine, 10, quai de Suresnes, Suresnes (Seine). — 27 novembre 1871.
- MARCHAND, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 25 mars 1901.
- MIGNOT, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1905.
- PACTET, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 29 février 1892.
- PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, 81, rue Saint-Lazare. — 17 avril 1905.
- PIÉRON, directeur du Laboratoire de Psycho-physiologie de la Sorbonne, 96, rue de Rennes. — 27 avril 1903.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la Maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RITTI (Ant.), médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton, 68, boulevard Exelmans. — 27 mars 1876.
- ROGUES DE FURSAC, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 février 1910.
- ROUBINOVITCH (G.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 115, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAIGNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 mai 1891.
- TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), 20, avenue Elisée-Reclus. — 27 juin 1892.
- TRENEL, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1895.
- TRUELLE, médecin-directeur de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1901.
- VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue Soufflot. — 12 mars 1883.
- VIGOUROUX, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 mars 1893.
- VURPAS (Cl.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 161, rue de Charronne. — 27 juillet 1903.

MEMBRES CORRESPONDANTS

- AMELINE**, médecin-directeur de la Colonie d'aliénés de Chezal-Benoît (Cher). — 30 mai 1910.
- ANGLADE**, médecin en chef, maison de santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 juillet 1899.
- ARMAINGAUD**, correspondant de l'Académie de médecine, 55, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
- BARBÉ**, médecin-suppléant à l'Hospice de Bicêtre, 11, rue de Luyne. — 24 avril 1911.
- BARUK**, médecin-directeur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.
- BEAUSSART**, médecin-adjoint de l'asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 25 novembre 1912.
- BELLETRUD**, médecin-directeur de l'asile de Pierrefeu (Var). — 26 décembre 1910.
- BERNARD-LEROY** (Eugène), médecin, 51, rue Miromesnil, Paris. — 27 novembre 1899.
- BESSIÈRE**, médecin-directeur de l'asile d'Evreux (Eure). — 26 juin 1905.
- BIAUTE**, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juin 1880.
- BLAISE**, médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 janvier 1889.
- BOUBILA**, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 20, rue Saint-Jacques, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1892.
- BOUCHAUD**, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, Saint-André-lès-Lille (Nord). — 12 mars 1894.
- BOURDIN** (V.), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 28 juin 1897.
- BRETON**, médecin, 15, place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
- BUSSARD**, médecin-adjoint de la Maison de santé de Saint-James, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 29 juillet 1907.
- BUVAT**, médecin-directeur de la Villa Montsouris, 130, rue de la Glacière, Paris. — 27 mars 1905.
- CHARDON**, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord). — 27 novembre 1905.
- CHARON** (René), médecin-directeur de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). — 27 juin 1898.
- CHENAISS**, médecin en chef de l'établissement hydrothérapeutique, 14, rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 mars 1903.
- COLOLIAN**, médecin, 37 bis, rue de Ponthieu, Paris. — 27 octobre 1902.
- COLOMBANI**, médecin, 15, rue d'Arzew, Oran (Algérie). — 27 janvier 1902.

- COMAR, médecin, 6^{ter}, avenue Mac-Mahon, Paris. — 28 juillet 1902.
- CONSO, médecin de la Villa Montsouris, 130, rue de la Glacière, Paris. — 27 mars 1911.
- COULON, médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 30 janvier 1899.
- CROUSTEL, médecin-directeur de l'asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan). — 25 avril 1910.
- CULLERRE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 27, rue de Srasbourg Nantes (Loire-Inférieure). — 30 juin 1879.
- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1^{er} juin 1896.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.
- DELMAS, directeur de la Maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.
- DEVAUX, médecin de la Maison de santé, 6, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
- DHEUR, médecin de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 février 1898.
- DIDE (Maurice), médecin-directeur de l'asile de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 28 janvier 1901.
- DREMARD, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 29 octobre 1906.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Figeac (Lot). — 24 novembre 1890.
- DUCOSTÉ, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 décembre 1912.
- DUFOUR, ancien député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 27 novembre 1871.
- DUHEM, médecin, 10, boulevard Sévigné, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 29 avril 1907.
- DUMAS (Georges), chef de laboratoire de psychologie à la clinique des maladies mentales, 49, boulevard Saint-Germain, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 23 février 1891.
- DUPOUY, directeur de la maison de santé, 23, rue Saint-Germain, Fontenay-sous-Bois (Seine). — 29 juillet 1907.
- FABRE DE PAREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.

- GIMBAL, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot). — 25 juillet 1904.
- GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 février 1894.
- Greffier, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.
- HAMEL, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 28 janvier 1895.
- HANNION, médecin, Nogent-s.-Vernisson (Loiret). — 29 octobre 1894.
- HÄRTENBERG (Paul), médecin, 64, rue de Monceau, Paris. — 24 juin 1907.
- JACQUIN, médecin en chef de l'asile Sainte-Madeleine, Bourg (Ain). — 25 novembre 1907.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX, médecin-directeur de la maison de santé de Sainte-Marthe, 8, boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.
- LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAGRIFFE, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 18 décembre 1905.
- LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 bis, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 décembre 1901.
- LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 28 novembre 1898.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 823, calle Lavalle, Buenos-Aires (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 92, rue de Miromesnil, Paris. — 30 décembre 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 18, rue des Guingettes, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LÉPINE (Jean), professeur de la Faculté de médecine, 30, place Bellecour, Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LEVASSORT, médecin-adjoint de l'asile, 27, rue Marthe-le-Rochois, Caen (Calvados). — 27 janvier 1908.
- LEVET, médecin-directeur de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre). — 29 juin 1908.
- LIBERT (Lucien), interne de l'asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1912.

- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARIE, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 janvier 1893.
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.
- MAUPATÉ, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord). — 28 mai 1894.
- MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 juillet 1891.
- NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.
- NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 février 1898.
- OLIVIER (Maurice), médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- OSSIP-LOURIÉ, professeur honoraire à l'Université libre de Bruxelles, 42, avenue Wagram, Paris. — 25 novembre 1912.
- PAGE, directeur-médecin de l'établissement hydrothérapeutique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 mars 1906.
- PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allées de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PARANT (Victor), fils, médecin de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, allées de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- PASCAL (M^{me}), médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 26 juin 1911.
- PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 novembre 1872.
- PERPÈRE, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, 34, rue Desbordes-Valmore, Paris. — 24 décembre 1906.
- PHILIPPE (Jean), médecin, chef des travaux du laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, rue de la Pitié, Paris. — 24 mars 1902.
- PHULPIN, médecin, 111, rue de Rennes, Paris. — 29 mai 1905.
- PICARD, médecin de la maison de santé de la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PICHENOT, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Buxy (Saône-et-Loire) — 18 décembre 1905.

- PIERRET, professeur honoraire de la Faculté de médecine, Lyon (Rhône). — 12 mars 1883.
- PITRES, professeur à la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.
- POROT, médecin de l'Hôpital civil français, 5, rue d'Italie, Tunis. — 25 novembre 1912.
- PRON, médecin, 3, rue Michelet (Alger). — 28 décembre 1903.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Biois (Loir-et-Cher). — 24 décembre 1888.
- RAVARIT, médecin-adjoint de l'asile d'aliénées, 7, rue Boncenne, Poitiers (Vienne). — 30 novembre 1908.
- RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 mai 1900.
- RÉGIS (Emmanuel), professeur-adjoint à l'Université de Bordeaux, chargé du cours de clinique psychiatrique, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- RÉMOND (de Metz), professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté, 45, rue des Tourneurs, Toulouse (Haute-Garonne). — 29 avril 1907.
- REVERTÉGAT, médecin, 43, boulevard Haussmann, Paris. — 29 janvier 1906.
- REY (Ph.), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 26, boulevard Philipon, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RICHE (André), médecin de l'hospice de Bicêtre, 46, rue du Général-Foy, Paris. — 25 février 1907.
- RIEDER, médecin, 26 bis, avenue Raphaël, Paris. — 27 novembre 1905.
- RIST (Adrien), 29, rue de Béthune, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- RODIET, médecin-directeur de la Colonie familiale, Dun-sur-Auron (Cher). — 25 novembre 1907.
- ROUBY, médecin de la maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIMON (Th.), médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 24 mai 1909.
- SIZARET, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.
- TATY (Th.), médecin-directeur de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris. — 26 février 1901.
- TERBIEN, directeur du Sanatorium de Doulon-lès-Nantes (Loire-Inférieure). — 24 décembre 1898.

- THIBAUD, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise). —
28 juin 1897.
- THIVET, médecin à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). —
31 mars 1890.
- TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). —
25 novembre 1895.
- TISSOT, médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme). —
27 juin 1910.
- TOY, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du Rhône). — 25 janvier 1897.
- VERNET (Georges), médecin-directeur de l'asile d'Alençon (Orne). —
28 novembre 1904.
- VIEUX-PERNON, médecin de l'établissement de Divonne (Ain). —
24 juin 1912.
- WAHL (Maurice), médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche). — 22 juillet 1901.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

- BRESLER, médecin en chef de l'asile de Luben en Silésie. —
29 janvier 1900.
- FOERSTER (Richard), privat-docent de neurologie à l'Université de Bonn. — 28 novembre 1904.
- FRIEDLANDER, directeur de la clinique de Hohe-Mark, au Taunus, près Francfort-sur-le-Mein. — 29 mai 1911.
- GROSS, médecin-directeur de l'asile de Rouffach (Alsace). — 27 février 1911.
- HUEBNER, privat-docent à l'Université de Bonn. — 24 février 1908.
- LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.
- NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.
- NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 mars 1892.
- PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenholz-Coswig, près Dresde. — 27 mai 1895.
- RANKE (Otto), assistant à la clinique psychiatrique de l'Université de Heidelberg. — 24 février 1908.
- SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (grand-duché de Bade). — 28 mai 1888.
- TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 novembre 1893.

WITTRY, médecin, Trèves-sur-Moselle. — 30 décembre 1907.
 ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université de Berlin.
 — 22 février 1897.

ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 janvier 1875.
- BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor »,
 New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.
- CHAMBERS (James), médecin de la maison de santé de Friory,
 Rochampton. — 25 mai 1912.
- CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg — 31 octobre 1881.
- FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 novembre 1894.
- GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.
- GOODALL (Edwin), médecin en chef de « Joint Counties Asylum », Carmarthen (Province de Galles). — 30 juin 1902.
- GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.
- MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.
- MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
- NICOLSON (David), « Lord Chancellor's visitor », Balgownie, Edgeboroug road Guildford. — 31 octobre 1881.
- PERCY SMITH, ancien superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 36, Queen Anna street, Cavendish square, Londres. — 24 juin 1895.
- ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, the Bryn, Godalming, Surrey. — 31 octobre 1881.
- RAYNER (Henry), médecin, 16, Queen Anna street, Londres. — 31 octobre 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish square, W. — 31 octobre 1881.
- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SUTHERLAND, « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. — 26 février 1901.
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 décembre 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

- DONATH (Julius), privat-docent à l'Université de Budapest. — 24 décembre 1906.
- HASKOVEC (Ladislas), privat-docent de neuropathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 mars 1905.
- ÖBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 mai 1901.
- PANDY (Kalman), docent de psychiatrie et de neurologie à l'Université, médecin en chef de l'asile de Lipometzo, Budapest. — 25 mai 1908.
- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.
- PILCZ, professeur à l'Université, 43, Alserstrasse, Vienne. — 27 juin 1898.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.
- STRANSKY (Erwin), privat-dozent de l'Université, Mölker-gasse, 3, Vienne. — 29 février 1904.

BELGIQUE.

- BOULENGER, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Fort-Jaco, 6, rue de l'Esplanade, Bruxelles. — 13 juillet 1906.
- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evere, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue du Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- D'HOLLANDER, médecin à la colonie de Gheel. — 25 novembre 1907.
- DUCHATEAU, médecin en chef de la Maison de santé, Gand. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 décembre 1894.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 décembre 1875.
- MASOIN (Paul), médecin en chef de l'asile de Dave, Namur. — 26 février 1901.
- MEEUS, médecin à la colonie de Gheel. — 29 février 1904.
- MOREL (Jules), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 56, boulevard Léopold, Gand. — 26 octobre 1874.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.

SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 octobre 1899.
VILLERS, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, 131, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

BRÉSIL.

EIRAS (Carlos), médecin de maison de santé d'aliénés, Rio de Janeiro. — 28 décembre 1908.
MOREIRA (Juliano), directeur de l'hospice national des aliénés de Rio de Janeiro. — 25 novembre 1907.
PEIXOTO (Afranio), professeur suppléant de médecine légale à la Faculté de médecine, Rio de Janeiro. — 29 février 1904.
ROCHA (Franco da), directeur-médecin en chef de l'asile de Juquery (Etat de Saint-Paul). — 24 décembre 1906.
SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.
TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio de Janeiro. — 26 novembre 1883.

CANADA.

BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.
CHAGNON, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal. — 27 mars 1899.
VILLENEUVE (G.), professeur-adjoint de médecine légale et des maladies mentales de l'université Laval, superintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 26 novembre 1900.

CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 mars 1897.

CUBA.

VALDÉS ANCIANO (J.-A.), professeur des maladies nerveuses et mentales à l'Université de la Havane. — 28 novembre 1910.

ÉGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

ESPAGNE.

BRAVO Y MORENO, médecin-légiste, Barcelone. — 25 juillet 1910.
GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.
LECHA-MARZO (Antonio), médecin, rue Claudio-Moyano, Valladolid. — 29 mars 1905.
M. MARTIN CLAVEIRA, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Saragosse, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapeutique de Segura. — 30 janvier 1911.

- RIERA** (Gimeno), médecin en chef du manicom de Saragosse. —
30 mai 1910.
YRIGOYEN (Ciriaco), médecin, 23, Fuenterrabia, Saint-Sébastien.
— 29 novembre 1909.

ÉTATS-UNIS.

- ALEXANDER** (M^{me} Harriet C. B.), médecin du Mary Thompson Hospital, Chicago. — 25 mars 1912.
BLUMER ALDER, superintendant, Butler Hospital, Providence, R. T. — 30 octobre 1899.
BRUSH, superintendant de « Sheppard and Enoch Pratt Asyleum », Towson, Maryland. — 30 juin 1902.
BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 novembre 1899.
CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.
COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lean, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.
ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.
GORDON (Alfred), 1430, Fine Street, Philadelphie. — 22 février 1909.
HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 mai 1887.
KIERNAN JAS. (G.), privat-docent de psychiatrie, 910, 103 State street, Chicago. — 25 novembre 1895.
MANN (EDWARD), directeur de la Maison de santé, 801, Madison avenue, New-York. — 31 décembre 1895.
ROBINOVITCH (M^{me} Louise), médecin, 32, Broadway, à New-York. — 30 octobre 1899.

GRÈCE.

- CATSARAS** (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 octobre 1886.
MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales, à l'Université, 68^a, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1899.
VLAIVIANOS, professeur agrégé à l'Université, 45, rue de Stade, Athènes. — 25 mai 1912.
YANNIRIS, médecin et sous-directeur de l'asile de Dromocaïtis. — 28 mai 1900.

HOLLANDE.

- HUBRECHT**, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, la Haye. — 27 octobre 1879.
JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.
SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.

VAN DEVENTER, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 24 février 1902.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

ITALIE.

ALBERTI (Angelo), médecin en chef du manicomie de Pesaro. — 30 décembre 1907.

ALGERI (Giovanni), médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », Monza, près Milan. — 26 novembre 1906.

ANTONINI (Giuseppe), médecin du manicomie provincial d'Udine. — 27 juin 1904.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.

CAPPELLETTI (Luigi), directeur-médecin du manicomie de Pesaro. — 28 mai 1906.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicomie d'Aversa. — 30 mars 1896.

D'ORMEA (Antonio), médecin-directeur de l'asile de Pesaro. — 29 juin 1908.

ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicomie interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 avril 1904.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 juillet 1901.

DEL GRECO, directeur-médecin du manicomie de Côme. — 27 juillet 1903.

FORNACA (Giacinto), médecin en chef du manicomie de Saint-Clément, Venise. — 30 novembre 1908.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie, docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 novembre 1883.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomie de Sienne. — 29 avril 1878.

GIACCHI, médecin-directeur du manicomie provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 novembre 1878.

LAMBRANZI (Ruggieri), médecin en chef du manicomie de Vérone. — 13 juillet 1906.

LUCANGELI (Gian Luca), médecin en chef de l'asile San Cipriano (Province de Gênes). — 31 juillet 1911.

MAGGIOTTO (Ferdinando), vice-directeur manicomie provincial de Côme. — 29 janvier 1912.

MARIANI, assistant honoraire de la clinique psychiatrique de l'Université de Turin. — 27 avril 1908.

MARRO (Ant.), médecin du manicomie royal de Turin. — 30 décembre 1901.

- MASSALONGHO (Roberto), professeur de neuropathologie à l'Université de Padoue, médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.
- MEDEA, médecin, Paleocapa, 3 (Staz. Nord), Milan. — 28 juillet 1902.
- MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 décembre 1895.
- MONGERI (Luigi), médecin-directeur de la « Casa di Salute Dufour », S. Vittore, 16, Milan. — 30 juillet 1900.
- MORSELLI (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes
- MOTTI (Giovanni), directeur du manicomio d'Aversa. — 25 mars 1907.
- MUGGIA, médecin en chef du manicomio S. Servolo, à Venise. — 25 novembre 1907.
- PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 mars 1882.
- SALERNI (Aleardo), médecin en chef du manicomio de Vérone. — 27 mars 1911.
- RUATA (Guido), médecin en chef du manicomio de Feraro. — 24 juin 1912.
- SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 mars 1897.
- SAPORITO (Filopopo), médecin des manicomios civil et judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.
- SEPELLI, médecin-directeur du manicomio de Brescia. — 27 mars 1882.
- STACCHINI, vice-directeur du manicomio de Florence. — 30 juillet 1877.
- TAMBRONI (Ruggeri), directeur-médecin du manicomio provincial de Ferrare. — 28 avril 1902.
- TAMBURINI, directeur du manicomio de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
- TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 mars 1866.
- VIRGILIO, médecin-directeur du manicomio d'Aversa. — 28 novembre 1881.

Norvège.

- BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.
- EVENSEN (Hans), médecin-directeur de l'asile de Trondhjem. — 29 avril 1907.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania.

— 29 décembre 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand.

— 29 décembre 1884.

PORUGAL.

BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne.

— 25 juillet 1887.

COELHO (Antonio), médecin, Porto. — 30 novembre 1908.

MARTIN (Lopès), professeur à la Faculté de médecine de Porto.

— 29 juin 1908.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto.

— 24 février 1890.

SOUZA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Aires. — 25 février 1889.

DELFINO (Victor), médecin, Buenos-Aires. — 22 mars 1910.

INGEGNIEROS (José), professeur à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. — 25 juillet 1904.

ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.

SOUTZO (fils), médecin-assistant de l'hospice de Marcoutza, Bucarest. — 26 novembre 1906.

RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de la maison de santé de Levinstein, Moscou. — 30 juin 1884.

BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 novembre 1896.

BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Pétersbourg. — 11 novembre 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 décembre 1898.

GORSKY (Mme DE), Jounovskaja 38, Saint-Pétersbourg. — 29 octobre 1888.

GREIDENBERG, médecin en chef de l'asile départemental de Kharkow. — 26 novembre 1900.

HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 avril 1863.

ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 février 1899.

- POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 octobre 1888.
 ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.
 SCHMIERGELD, médecin, Lodz (Pologne-Russe). — 29 juin 1908.
 SEMIDALOW (Béjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 avril 1902.
 SKWORTZOFF (M^{me} Nadine). — 25 juillet 1881.
 SOKALSKY, médecin-directeur de l'asile d'Oufa. — 28 février 1898.
 SOUKHANOFF, privat-docent de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 juillet 1896.

SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

SUISSE

- CHATELAIN (Aug.), ancien médecin en chef de l'asile de Pré-fargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.
 GODET (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Pré-fargier (Neuchâtel). — 27 février 1899.
 LADAME (Charles), médecin-adjoint de l'asile de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.
 LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 5, rond-point de Plainpalais, Genève. — 28 juillet 1884.
 MARTIN (Joannès), ancien professeur de médecine mentale à l'Université, 12, rue du Général-Dufour, Genève. — 26 février 1895.
 PACHOUD, médecin de la Maison de santé de Sully, Vevey-Montreux. — 28 mars 1892.
 RABOW, ancien professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. — 27 février 1899.
 SERRIGNY, ancien médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 16 décembre 1898.

TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1893.

URUGUAY.

ETCHEPARE (Bernardo), professeur de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Montevideo. — 24 mai 1909.

Récapitulation.

Membres honoraires	4
— titulaires	46
— correspondants	122
— associés étrangers	177
Total	349

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 30 janvier 1913 : Sur la proposition du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr LEGRAS (Arthur-Benjamin), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt, près la préfecture de police. Successivement depuis 1875 : médecin inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, médecins adjoint, premier médecin adjoint et médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt près la préfecture de police. Expert depuis plus de seize ans près les tribunaux de la Seine. Plus de trente-sept ans de services.

— *Arrêtés de janvier 1913 :* M. le Dr AMELINE, médecin-directeur de la Colonie familiale de Chezal-Benoît (Cher), est promu à la 3^e classe de son grade (6.000 fr.);

M^{me} PASCAL, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est promue à la 1^{re} classe de son grade (4.000 fr.).

M. le Dr BRICHE, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la 2^e classe de son grade (7.000 fr.).

COMMANDANT DE NAVIRE DEVENU ALIÉNÉ
AU COURS D'UNE TEMPÊTE.

On a pu lire dans les journaux politiques le fait de ce commandant d'un navire devenu aliéné au cours même d'une tempête. La dépêche suivante envoyée de Fécamp au *Petit Journal* (numéro de samedi 4 janvier 1913), nous fournit des renseignements très exacts sur ce douloureux événement :

« On a des détails sur les circonstances de la mort du capitaine Joseph Liboubau, commandant du trois-mâts goélette l'*Alcyon*, mort fou, en mer, au cours d'une tempête dans le golfe de Gascogne. Ces détails empruntés au livre de bord sont particulièrement émouvants.

« L'*Alcyon* avait quitté Ivice (Espagne), avec un chargement de sel marin, à destination du port de Fécamp. Au bout de dix jours de mer, une tempête éclata et au cours des manœuvres faites pour y échapper, le commandant Liboubau fut atteint de folie. Il prit son fusil et parcourut le pont en menaçant de tuer ses officiers.

« Le second, M. Ferdinand Ligon, prit conseil de l'équipage et décida, pour la sécurité de tous, d'enfermer le capitaine dans sa cabine. Mais les matelots eurent beaucoup de peine à s'emparer du malheureux dément qui leur opposa une résistance désespérée. Il détruisit tout ce qui lui tombait sous la main, les appareils et les papiers précieux du bord. Enfin il fut maîtrisé et enfermé.

« La tempête faisait rage et le navire menaçait de sombrer à chaque instant. Cette situation affreuse dura plusieurs jours. La mer balayait le pont, une voile se déchira, puis la grand'voile, le petit foc et la trinquette furent enlevés. La corne de misaine et la corne de grand'voile furent brisés, la caisse à eau douce défoncée fut envahie par la mer. Des canots, guérites, bastingages étaient emportés. Le lieutenant Ligon lui-même fut enlevé à la mer par un paquet de mer.

« Pendant ces jours d'angoisse, le capitaine Liboubau était toujours enfermé dans sa cabine, gesticulant, hurlant et refusant d'absorber les boîtes de lait concentré qu'on lui passait. La tempête ayant disjoint sa porte, il put s'échapper un jour, et, en chemise, escalada le pont. Un matelot le retint au moment où il allait se jeter à la mer. On dut le renfermer de nouveau, mais quelques jours après on le trouva mort — sans doute d'épuisement — dans sa cabine.

« Son corps dut être immergé. Enfin, la tempête se calma, et l'*Alcyon*, ayant reçu les secours du *Caravellas*, put enfin gagner Fécamp. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Il y a quinze ans que nous avons commencé à recueillir d'une façon systématique tous les faits d'actes délictueux et criminels commis par les aliénés en liberté qui arrivaient à notre connaissance. A la fin de chaque année, nous en établissons la statistique, et tous les cinq ans, nous présentons, avec commentaires à l'appui, un relevé de ces statistiques annuelles.

Prochainement, nous publierons une récapitulation de ces quinze années, et ce travail d'ensemble nous paraît devoir être la preuve la meilleure de l'utilité de nos recherches. Aujourd'hui, en effet, nous considérons comme définitivement démontré l'axiome suivant : Les aliénés en liberté constituent le plus souvent un danger pour la sécurité publique.

Il nous semble donc inutile de poursuivre plus longuement notre enquête, ce qui ne doit pas nous empêcher de publier les faits les plus saillants qui se produiront ; ils serviront à corroborer en quelque sorte les conclusions de nos recherches et à confirmer l'exactitude de l'axiome que nous en avons déduit.

Multiples meurtres et incendie. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 22 janvier 1913) :

« La *Militärische Rundschau*, de Vienne, annonce qu'un caporal en activité du 18^e régiment d'infanterie, qui paraît avoir agi dans un accès de folie, a tué, à coups de feu, trois de ses camarades, à la caserne de Névésinia, en Herzégovine, et en a

blessé trois autres. Il a aussi tué un homme faisant partie d'un peloton de cavalerie. Il a lui-même été tué par un peloton de soldats chargés de l'arrêter, après avoir fait une résistance désespérée et incendié partiellement la caserne. »

Un érotomane. — Très correctement vêtu, un monsieur, paraissant âgé d'une cinquantaine d'année, était surpris, la nuit dernière, sous les arcades de la rue de Rivoli, en face de l'immeuble portant le n° 226, au moment où il grimpait sur une échelle, adossée le long d'un pilier et qui sert au nettoyage des becs de gaz de la galerie. « Que faites-vous là? lui dit un agent. — Mais j'accomplis un exercice qui m'est d'autant plus familier que je le renouvelle à peu près tous les soirs », répondit l'inconnu d'un ton calme.

L'explication parut d'autant moins satisfaisante au gardien de la paix que ce personnage lui avait été signalé par des amis de M^{me} Eve Lavallière, comme la suivant depuis plusieurs jours, et que la charmante artiste habite précisément rue de Rivoli, 226.

Conduit au poste de police, le « grimpeur » déclara se nommer Auguste Deschamps et être âgé de cinquante-deux ans. Il ne voulut rien dire de plus. On le renvoya devant M. Coutant, juge d'instruction, qui ouvrit une enquête. Le magistrat apprit, par des amis de la pensionnaire des Variétés, que le personnage arrêté était toujours sur les pas de l'artiste, se précipitant devant d'elle quand elle descendait de son auto, courant lui ouvrir la portière quand elle s'apprêtait à y monter et quittant le théâtre. Voyant que M^{me} Lavallière était obsédée par la sollicitude de ce « suiveur » obstiné, ils avaient voulu connaître qui il était. Et ils s'étaient adressés à une agence privée. Bien que n'ayant pu découvrir l'identité de cet adorateur anonyme, l'agence s'était toutefois rendu compte des singuliers exercices d'échelle auxquels il se livrait toutes les nuits. Le gardien de service rue de Rivoli avait été prévenu.

Interrogé par le juge, Auguste Deschamps finit par donner la clef de l'énigme. Il déclara qu'éperdument épris de la sympathique artiste, son plus grand bonheur était de la voir le plus souvent possible. Dans cette intention, il avait même réussi à se faire engager au théâtre des Variétés, et il avait été admis à jouer dans l'*Habit vert* le rôle d'un « homme du monde », rôle de personnage muet, mais qui demande élégance et maintien. De cette façon, il pouvait contempler son idole tout à son aise.

Auguste Deschamps est un dément. Il s'était récemment échappé d'un asile d'aliénés.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

M. Janvier, maire de Rennes, a pris, le 21 janvier dernier, un arrêté aux termes duquel il est interdit désormais, sur le territoire de la commune de Rennes, d'ouvrir des débits de boissons à moins de 150 mètres des monuments publics.

Cette arrêté entraînera la suppression, par voie de disparition, des trois cinquièmes des débits de boissons existants.

Le maire de Firminy et l'alcoolisme. — Nous empruntons au *Temps* (numéro du 14 février 1913) le résumé suivant d'une intéressante conférence du maire de Firminy sur les rapports de la criminalité et de l'alcoolisme :

On sait qu'une série de conférences sur « le crime » est organisée à l'Ecole des hautes études de sciences sociales, sous la présidence de M. Jean Cruppi, ancien ministre. Hier le conférencier était M. Lafont, maire de Firminy, dont on connaît les démêlés retentissants avec les marchands de vin de la ville qu'il administre. Il a parlé de la criminalité et de l'alcoolisme.

« La criminalité est en rapport avec l'alcoolisme, et l'alcoolisme provoque la criminalité. » C'est à cette démonstration qu'il s'attacha. En une telle matière, il faut évidemment avoir un peu recours à la statistique. L'orateur n'en abusa pas et il eut soin de prévenir son auditoire qu'il ne fallait accorder aux travaux de ce genre qu'une confiance limitée.

Quelques chiffres pourtant, parmi ceux dont l'exactitude est la moins douteuse, ont une éloquence particulière, ainsi qu'on peut en juger.

La statistique suivante, communiquée au récent Congrès des médecins aliénistes (Bruxelles) par MM. Ley et Charpentier et relative aux arrestations policières dans l'Etat du Nord-Dakota (Etats-Unis), est très suggestive.

Neuf mois avant la prohibition de l'alcool :

	6 petites villes	—	7 grandes villes
Ivresse	319		1.492
Coups, batailles	223		535
Autres causes	192		1.545
Totaux	<u>734</u>		<u>3.572</u>

Neuf mois après la prohibition :

Ivresse	66	302
Coups, batailles	60	435
Autres causes	108	699
Totaux	<u>234</u>	<u>1.436</u>

Voici maintenant l'Etat de Birmingham, où la prohibition a été adoptée en 1908 :

	1906	1907	1908
Ivresse	1.277	1.434	396
Outrages aux mœurs	1.147	912	602
Coups et blessures	792	738	463
Méurtres	56	65	29
Mendicité	31	17	2
Vol	653	618	537
Jeu	479	441	271
Vagabondage	361	398	267

Par contre, l'abandon des mesures prohibitives provoque immédiatement la recrudescence de la criminalité.

Dans l'Etat de New-Hampshire, après une période de prohibition, au cours de laquelle la population des asiles de correction était descendue au chiffre de 473, on reprend le régime de la licence : l'année suivante, la même population correctionnelle comptait 838 individus, et ce chiffre montait au total de 2.181 après quatre années de licence.

Après avoir communiqué ces chiffres à son auditoire, M. Lafont expliqua pourquoi l'on doit considérer les statistiques comme ne donnant du fléau de l'alcoolisme qu'une idée inférieure à la réalité. Il cita l'exemple du département de la Gironde, pour lequel la consommation, par habitant et par an, d'alcool pur — le seul dont se préoccupe le fisc — est indiquée comme étant inférieure à 3 litres, tandis que si l'on tient compte de l'alcool de vin, cette consommation atteint 30 litres — dix fois plus ! Des exemples du même genre, ajouta l'orateur, pourraient être cités en matière de répression de l'ivresse : en France, la plupart des délits de cet ordre se trouvant transformés presque inévitablement en rébellion ou outrages aux agents de la force publique, tapage nocturne, etc.

C'est pourquoi, selon M. Lafont, le bon sens et la franchise permettent, mieux encore que l'examen des statistiques, de juger les progrès incessants de l'alcoolisme.

— Et, ajouta-t-il, n'est pas seulement alcoolique l'individu que l'on voit tituber dans les rues, rouler dans les ruisseaux. Il y a trois sortes d'alcooliques : ceux que je viens de dépeindre et sur les vices desquels tout le monde est fixé ; ceux qui, réussissant à conserver toujours une certaine tenue, sont seuls à connaître leur malheureux penchant, et enfin ceux qui s'alcoolisent sans le savoir — au moins sans le vouloir. Ces derniers — les plus nombreux — sont, si j'ose dire, victimes de « l'alcoolisme de politesse », de « l'alcoolisme de solidarité ». Chez un ami, ils estimeront ne pouvoir refuser le petit verre qu'on

leur offrira ; et ils ne pourront rencontrer dans la rue un camarade sans céder à l'invitation qui leur sera faite d'entrer au cabaret voisin.

Cette dernière constatation amène M. Lafont à parler des moyens qu'il juge propres à réfréner la passion de l'alcoolisme. Glissant modestement sur la lutte qu'il soutient à Firminy pour la défense de ses idées, il démontre que la première mesure qui s'impose est la réduction du nombre des cabarets.

— Mais, continue M. Lafont, pourrons-nous jamais l'obtenir, cette réduction, et aussi la suppression de l'inavaisemblable privilège des bouilleurs de cru ?

Et ici M. Lafont qui est, comme on sait, socialiste uniifié, dut constater que tous ses amis de la Chambre n'avaient pas su montrer, dans une occasion encore récente, autant de courage qu'il aurait souhaité.

— Il est douloureux de songer, dit le maire de Firminy, que des hommes qui professent les mêmes idées politiques que moi ont estimé ne pouvoir voter la réduction du nombre des cabaretiers sous le prétexte que ces cabaretiers sont des « camarades ». On pourrait voir là de « l'alcoolisme par solidarité ». En réalité, ce raisonnement sophistique cache seulement une manœuvre électorale... et cela est plus triste encore !

Mais le maire de Firminy espère quand même. Il faudra seulement, affirma-t-il, en terminant sa conférence, beaucoup de courage aux hommes politiques qui voudront heurter la puissance des cabaretiers. Comme lui, ils risqueront l'excommunication « s'ils se refusent à communier devant la sainte table de zinc ».

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM

Condamnation d'un pharmacien pour vente illicite de morphine. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 2 février 1913) :

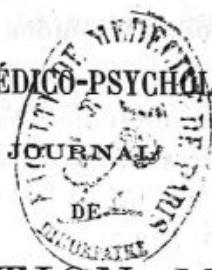
La 9^e chambre correctionnelle a condamné hier un pharmacien de Paris à quinze jours de prison et 2.000 francs d'amende pour vente illicite de morphine, de cocaïne et d'opium, destinés à alimenter des fumeries.

— D'autre part, le même journal, dans son numéro du samedi 15 février, annonce que deux pharmaciens qui avaient vendu de l'opium sans ordonnance ont été condamnés, sur appel, chacun à 1.000 francs d'amende.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

PSYCHOSE PÉRIODIQUE COMPLEXE

DÉLIRE D'INTERPRÉTATION, PSYCHOSE EXCITO-DÉPRESSIVE,
OBSESSIONS ET IMPULSIONS

PAR LES DOCTEURS

Maurice DIDE et G. CARRAS,

Directeur médecin Ancien interne
de l'asile d'aliénés de Toulouse.

Les rapports de la paranoïa et de la folie maniaque dépressive sont encore discutés. Deny ne disait-il pas récemment au Congrès belge de neurologie que la question de la paranoïa reste entière ?

Specht, dans un effort synthétique qui n'a pas reçu l'approbation de Kraepelin, essaye de réduire la paranoïa à une modalité de la psychose maniaque dépres-

ANN. MÉD.-PSYCH., 10^e série, t. III. Mars 1913.

1. 17

sive. Rayer de la nosologie toutes les formes mentales que l'Ecole Française étudie avec Sérieux et Capgras sous le nom de *délires d'interprétation*, est une tendance qui nous ramène à peu près à la conception de Pinel. On a progressé depuis : le substratum *affectif* de la paranoïa se distingue aisément de celui des états maniaques ou mélancoliques ; et quant au substratum mental, s'il est excessif avec Kraepelin de parler de *paralysie psychique* dans les états maniaques et mélancoliques, du moins y constate-t-on, comme l'un de nous a coutume de l'enseigner, une *idéation improductive* ; or, il faudrait vraiment forcer les faits pour trouver cet attribut psychologique dans la paranoïa, où l'activité délirante est considérable parfois, et généralement très cohérente.

La conception de Specht semble étayée pourtant par quelques constatations ; c'est ainsi que le *délire de revendication* s'accompagne souvent d'exaltation maniaque et que parfois on ne sait s'il vaut mieux ranger ces malades parmi les maniaques ou parmi les paranoïaques ; mais, ainsi que l'un de nous l'a montré (1), il y a lieu d'accentuer la division proposée par Sérieux et Capgras et de considérer les revendicateurs comme les représentants ultimes d'un groupe psychopathique ayant pour caractère commun les *interprétations passionnées* et qui, dans son ensemble, est nettement distinct de la classe des délires d'interprétation. Or, les *idéalistes passionnés* ont des caractères généraux suffisamment accusés pour que leur autonomie ne puisse souffrir du contact d'états maniaques ; ces derniers, s'ils s'y rencontrent, doivent être considérés comme des phénomènes surajoutés.

Un autre argument souvent invoqué en faveur de la théorie de Specht, est la coexistence fréquente d'in-

(1) Maurice Dide. *Les Idéalistes passionnés*, 1 vol., chez Alcan, 1913.

terprétations délirantes et d'états maniaques ou mélancoliques, si bien que la même déviation idéo-affective ou simplement affective engendrerait toutes ces manifestations qui ne représenteraient que des modalités d'une même entité clinique ; mais à cela on peut faire l'objection suivante : le délire d'interprétation peut se développer sans manifestations maniaques ou mélancoliques.

Peut-on aussi facilement dire que les états maniaques ou mélancoliques sont exempts d'interprétations délirantes ? Certainement non, et l'observation qui va suivre montrera quelle richesse délirante on peut enregistrer chez un homme qui, à première vue, n'offrait aucun signe extérieur invitant à penser à la paranoïa. Nous y reviendrons.

Dès maintenant, nous tenons à faire justice d'une conception d'après laquelle les interprétations délirantes notées au cours d'autres états psychopathiques, ne seraient pas de même nature que celles qu'on rencontre dans les délires systématisés.

Nous sommes de plus en plus persuadés de l'identité de nature de l'interprétation délirante qu'elle soit à observée à l'état épisodique, transitoire, intermittent ou progressif.

L'un de nous a tenté de montrer (1) que le groupement plus ou moins complexe de différents états psychopathiques élémentaires ne leur fait perdre aucun de leurs attributs spécifiques et la périodicité dépasse les états maniaques dépressifs. Mais au lieu qu'elle soit la règle chez eux, elle est l'exception dans les états paranoïaques, si bien que l'association de l'interprétation délirante avec des états d'excitation ou de dépression affectera en général un caractère de chronicité ;

(1) Les Dyspsychies, *Encéphale*, mars 1912.

on assistera ainsi à l'installation de délires à évolution systématique empruntant à l'une et à l'autre des psychoses élémentaires certains caractères.

Ces psychoses typiques sont actuellement mieux connues grâce aux travaux de Masselon, de Dupré, et, qu'on nous permettre d'ajouter, aux nôtres.

Mais l'évolution d'un état excito-dépressif sur un fond délirant, si elle est théoriquement admise, est moins richement illustrée d'exemples. Il faut en effet soigneusement rechercher le délire chez ces malades qui n'ont aucun désir spontané de l'extérioriser, et plus nous observons les folies périodiques, plus nous constatons la fréquence de cas analogues à celui-ci.

Nous avons obtenu la description qui va suivre en invitant le malade en question à nous écrire ses confidences ; on jugera quel intérêt elles comportent.

Au point de vue objectif, le malade G... était entré une première fois avec un état de mélancolie anxieuse ; son mutisme était presque complet, son attitude était celle de la souffrance morale profonde ; il gémissait, se mettait parfois à genoux, demandait pardon. Il fait des tentatives d'émasculation, dont l'une s'accompagne d'un commencement d'exécution. Un traitement approprié provoqua une amélioration, si bien qu'on put faire travailler un peu G..., qui, excellent musicien, fut autorisé à jouer de l'orgue et invité chez l'un de nous à faire de la musique d'ensemble. Mais il fallait vraiment lutter avec lui pour le contraindre à jouer, et parfois il s'arrêtait pour se dire indigne d'accompagner des violonistes tels que nous (idée manifeste d'humilité, car M. G..., professionnel du piano, est un véritable artiste). Les choses allèrent de la sorte pendant quelque temps, et l'amélioration s'étant notablement accentuée, une sortie d'essai fut tentée.

Avant l'expiration des trois mois, le malade deman-

dait lui-même à rentrer à l'asile, et peu de temps après son retour il offrait un accès de manie légère avec fuite des idées, propos incohérents et lubriques (particulièrement remarquables puisqu'il s'agit d'un maître de chapelle). Cette exaltation se calma bientôt pour faire place à un état d'indifférence apparente entrecoupée de colères brèves et que, faute de mieux, nous avions classé dans la catégorie des états mixtes suivant la formule de Kraepelin. C'est pendant cet état, qui dure depuis des mois, que les lignes suivantes furent écrites.

Compte rendu de mes observations depuis quatorze mois, à l'asile (Henri Guim..., 13 mai 1911-5 août 1912).

OBSERVATION ME CONCERNANT.

Je me souviens que l'année dernière, depuis le mois de juin à décembre, mon esprit n'était plus le même qu'aujourd'hui. D'après une réminiscence qui m'avait été faite en allusion d'un certain péché de ma jeunesse, j'ai cru que le pape, le ciel, Dieu, ne me pardonneraient qu'après une satisfaction pouvant réparer mon crime. J'avais outragé la pureté de la Sainte Vierge à l'âge de sept ans! Je crus que ce péché avait entraîné les pires catastrophes sur la France et dans le monde. Que faire en réparation? Ce que tout homme valeureux et d'honneur eût pensé. On ne me parla pas. Je compris. Dès cette révélation (c'est M. R... dont j'ai parlé qui me la fit connaître), je compris toute l'étendue de mon malheur. Avoir insulté la très Sainte Vierge, la pureté même, la mère de Jésus-Christ! D'autres coïncidences historiques, telles que la série des papes : Pie IX, Léon XIII, Pie X, la guerre de 1870, l'inondation de 1875 et d'autres maux qui ont endeuillé notre pays, me firent frissonner d'épouvante. « Quand on a été si lâche, il faut racheter. » Je me confesse deux fois. Je commence à jeûner, me condamne à l'abstinence de viande pendant cinq ou six mois, ainsi que de toute nourriture superflue. Je prends les draps de ma couche et les jette à côté, et je dors sur la dure ; si je me réveille, c'est pour prier avec larmes, implorant le secours du Très-Haut pour avoir le courage de réparer, autant qu'il m'est possible, mon forfait.

Ma femme, mes enfants viennent pour me voir au parloir : je refuse une entrevue. Rarement, je vis ma femme durant ces quelques mois et la seule prière que je lui adresse, c'est de me faire le plaisir de m'apporter une corde de violoncelle. Elle me le promit. De quoi donc s'agissait-il, mon Dieu ? N'avez-vous pas deviné ? N'avez-vous pas entendu dire parfois à un homme « Tu n'es pas un homme ? » C'est cette phrase terrible qui sonnait comme un glas à mes oreilles. Non ! Je ne méritais pas le nom d'homme ! Telle était mon intelligence. Mon entourage achevait de confirmer mon illusion malheureuse. M. T..., ramassant des cailloux, se frottant la jambe droite, regardant le ciel, corroborait dans mon intelligence l'évocation de ma faute juvénile ressuscitée par M. R... Désolé, je ne voulais pas recevoir l'absolution de mon confesseur, mon crime étant trop grand ! Ma femme ne m'apporta pas la corde en boyau désirée, et pourtant je sentais le sacrifice qui s'imposait. Au hasard, je m'appropriai une corde très solide, un morceau de verre et je tentais plusieurs fois, mais en vain, l'ablation de ma droite.

Courage terrible ! Au moment d'exécuter, malgré mes résolutions, mes prières ferventes, le courage et la force me manquaient. Un jour, pourtant, désespéré, je résolus d'en finir. Il y avait des dates pour cela : le 5, le 7, le 10, le 11, le 15, et d'autres chiffres dont le sens m'échappait alors. Un jour donc, j'entre aux water-closets, la cour était déserte, j'entoure mon testicule droit avec une corde solide et un morceau de verre pour briser cet organe. Je serre doucement, j'invoque Dieu, je serre d'un coup sec. Un cri de douleur retentit, plusieurs pensionnaires viennent et me trouvent en cette position. Aussitôt l'un d'eux, M. B..., et plusieurs autres, avec leur canif, coupent le lien ; je l'avais solidement garrotté. Les gardiens arrivent et, me tançant fort, me font promettre de n'y plus revenir, mais j'étais très honteux de ma défaite ; j'eusse désiré être seul dans ma chambre sans témoins, ou bien faire faire cette opération par un spécialiste. Sais-je par quelles péripéties je suis passé ? Puis-je me les rappeler ?

Aujourd'hui, j'en ris, car je comprends et ai deviné toute la trame de cette action.

Etais-je fou à cette époque ? Pourquoi, pendant cinq ou six mois, ai-je nourri ce funeste projet et pourquoi n'ai-je pas essayé de le mettre à exécution ? J'ai des témoins : celui et ceux qui m'ont délivré de cette torture.

1911

Avant de parler des malades crucifiés dans leur lit, je ferai

remarquer qu'il y a dans l'asile des pensionnaires âgés qui rai-
sonnent très bien, sont très lucides et sont enfermés depuis dix,
vingt ou trente ans! Pourquoi leur présence dans un asile
d'aliénés, tandis qu'il y a l'hospice de la Grave ou, ce qui serait
mieux, leur maison et leur famille? Car on ne sait pas trop, en
fin de compte, ce qu'est Braqueville. Est-ce un asile d'aliénés,
un hôpital ou une prison?

Malheur! malheur à celui qui entre bien constitué, bien
portant, et dont le sort, au bout de quelques jours, est de
geindre, tomber malade et s'aliter petit à petit! Ses forces
diminuent, ses chairs se resserrent au bout de quelques semaines
malgré les visites de M. le Directeur et des internes; il devient
la proie de la consomption, du marasme et de la maigreur, un
vrai squelette, un cadavre vivant. L'aumônier vient quelquefois
adoucir l'instant heureux de la mort.

Je ne puis parler des malades, ne connaissant pas leur mal;
mais il paraît très bizarre, curieux, de voir un pensionnaire bien
portant tomber malade et rester des mois et des mois au lit,
attendre la guérison d'un mal qui paraît dû à l'influence.

Je ne m'aventurerai donc pas à approfondir; je constate
seulement que de nombreux malades s'alitent pour éprouver une
maladie de consomption. Je ne puis analyser, n'étant pas
docteur ni savant, mais je suis fort persuadé que les malades
sont malades à cause d'un motif caché. C'est mystérieux. Ce
motif ou ce mobile, nous le connaîtrons si on ne l'a deviné
déjà.

Rester dans une maison de santé à parler des loges. Dans
chaque quartier de Braqueville, il y en a quatre souvent occupées
et par qui, à Ferrus, il y a un détenu en loge avec lequel j'ai eu
l'occasion de causer. Son caractère est doux: m'ayant toujours
parlé allégoriquement, il ne m'apparaît pas fou du tout; je me
trouve aussi digne que lui d'occuper ce réduit. C'est la réclusion,
ce n'est pas un *fou furieux* comme l'on pense. Pourquoi
occupe-t-il cette prison?

Ne possédant aucune notion sur le magnétisme ni sur les
multiples cas de maladie mentale, je ne puis rien affirmer
d'une manière péremptoire: ce qui me fortifie, fait naître mes
soupçons et me donne l'assurance d'être dans la voie de la
vérité, c'est le régime auquel nous sommes tous soumis, la dis-
position et conformation de l'asile.

Il semble évident que lorsqu'on a un malade à soigner, on
doit l'entourer et lui prodiguer des soins pour sa maladie. A un

ou ou aliéné, que faudrait-il?... Des distractions variées, des réjouissances spirituelles, des livres, images, jeux divers, des causeries amicales où l'esprit puisse se développer, des promenades au dehors, auditions de musique, salle de spectacle, jeux d'émulation, etc... Dans les asiles d'aliénés, c'est tout l'opposé. Contrariétés journalières, oisiveté perpétuelle, point de livres, vacarme infernal, disputes, aucun jeu, pas de promenades, toujours enfermé dans l'étroit quartier, triste, pas d'émulation, privé de tabac la plupart du temps, et quel tabac! dortoir commun, loin des amis, des parents, qui ne peuvent ou ne doivent pas venir... Pour la table, le strict nécessaire, toujours la sempiternelle soupe, variée, il est vrai, par un plat de légumes; peu de vin, pas de fourchette, ni couteau, ni serviette, ni canif, la tête toujours tondue comme les galériens, contrariété, tristesse, amertume, abandon, oisiveté, abrutissement, voilà la vie du malade que l'on cherche à guérir à Braqueville. Quel parallèle! et cela est vrai, je ne me trompe pas, hélas!...

Ne comprenez-vous pas, d'après cela, qu'il y a une cause cachée, mystérieuse, dans cela: Si un malade perd la raison, n'est-il pas mieux chez lui, avec du pain noir et la liberté, que dans ce lieu infâme où, au lieu de guérir, selon l'idéal, on assomme et l'on fait mourir à petit feu, comme l'on dit? et je ne crains pas de l'affirmer et de le redire... c'est un lieu infâme.

L'observation et l'étude des bâtiments achèvent de confirmer les suppositions déjà préconçues. Sans m'arrêter à des titres significatifs pour *moi seul* dans quelques inscriptions dès l'entrée principale, tels que :

L. Marre.	L. Marcé.	Broc.
Nom de ma belle-mère.	Invitation.	Vous devinez.
Esquirol.	Dei	
Le grelot.	Dedieu.	
	Nom de ma mère.	

et divers titres ou noms significatifs à tout esprit perspicace, on peut comprendre que cela a été écrit par une main fataliste.

Le parloir contient un crachoir où, avec le nom du fabricant, il y a ce signe . . . Grand Orient.

La chapelle a trois piliers. Pourquoi ces trois piliers, et les vitraux avec leur mascaron démoniaque aux cornes vertes. Quatre fenêtres, le (4)! le clocher avec sa galerie un peu démantelée à la base, la petite fenêtre à jour symbolisant l'ouverture

ou fente de la fameuse opération, une fourchette à cinq branches sur la façade. Nous connaissons aussi l'alphabet chiffré ainsi que la puissance des nombres. Par exemple, 724 donnera, en additionnant les chiffres composant ce nombre, $1 + 3 + 3 = 4$. La salle des bains et douches est signée de ces attributs. Ainsi, un tuyau conducteur d'eau est marqué, du côté de la lance, d'un triangle, et, dans ce triangle, des fleurs de trèfle. Le bassin des douches est recouvert d'une céramique blanche avec bandes bleues. *Idem* pour un urinoir blanc et bleu, un autre urinoir rouge. Que symbolisent ces couleurs? Le blanc, l'innocence; le bleu, le ciel; le rouge, l'effusion de sang. Comptez le nombre d'arceaux de l'entrée de la cour principale. Vous y trouverez le chiffre éloquent 7 ou 9, 5 ou 3. Les chiffres et les nombres ont leur sens heureux ou malheureux. Ainsi, 3 signifie la Trinité; le triangle, . . . ; 4, le carré. C'est un chiffre fataliste, irrémédiable; 5 ou 6, la corde, ou l'action de la castration; 7, un coup déterminant une blessure; 9, la mort; 11, on le conduit vers Terre-Cabade; 10, les ciseaux. Ensuite, en additionnant les chiffres en treize et les réduisant à un seul, on retrouve le chiffre seul. Les chiffres 1, 2, 6, 8, sont des chiffres heureux. Ce système m'a été révélé par l'observation. Ne le voyons-nous pas s'étaler dans les affaires politiques, la date des événements heureux ou malheureux, les lois, dans le commerce, le prix des marchandises, etc... Je n'en finirais pas, car je m'éloignerais du sujet. Je n'affirme pas que ce système est infaillible, s'appliquant à tout nombre, mais j'estime que, généralement, il se trouve représenté selon qu'un nombre est heureux ou malheureux.

Dans la cour principale des quartiers, côté des hommes, on foule une espèce de mosaïque représentant des attributs bizarres. Ainsi, une croix à cinq branches, un aigle, un poingon, un homme et une femme, le mot *Batizat*. Ce mot *Batizat*, ainsi que les attributs d'Eglise ne sont qu'un leurre; l'Eglise est tout à fait étrangère à la castration. Certains ouvrages vous renseigneront à ce sujet. C'est un mensonge hypocrite... Un calice, un ostensorio, un pain, une sorte de salière, un canif, un homme portant un chapeau triangulaire surmonté d'un plumet retombant à gauche, un gros poisson et un triangle à niveler appelé ordinairement fil à plomb. Ces images, fixées au sol, ont certainement une signification et évoquent une idée de l'émasculation. La croix à cinq branches, chiffre 5, l'aigle, ne faut-il pas s'élever jusqu'à Dieu pour accomplir soi-même cette opéra-

tion ; le poinçon, lorsque l'on a serré le testicule, on l'ouvre d'un coup de poinçon avant de le sectionner ; un pain, c'est comme le blé : cela représente la semence ; le gros poisson, tout le monde comprend sa signification, de même que le fil à plomb, symbole maçonnique.

Dans cette immense cour, se trouve une plantation d'acacias et de tilleuls, formant quatre longues allées de part et d'autre ; de chaque côté de l'allée principale (4, chiffre fatal). Ces chiffres significatifs se retrouvent dans le nombre de carreaux des portes et fenêtres et représentent 7, 3, 9 ou 11. Pourquoi les menuisiers de l'époque ont-ils enchâssé des fenêtres sur quatre charnières petites, tandis qu'il en reste une inactive en dehors ? Cela montre les Croisés (chiffre 4). Le plafond du réfectoire a cinq grands caissons.

Ne dites pas que ces observations sont puériles et n'ont aucune signification. Elles peuvent le paraître de prime abord, mais tout esprit fin y découvrira une image ou une allusion.

La salle du réfectoire est peinte couleur marron, avec des lisérés rouges. Quelle drôle de couleur marron, couleur équivoque, ni éclatante, ni douce, ni rutilante, ni plaisante à la vue, mais plutôt sale, significative de châtaigne. Marron, vous comprenez?... Nous sommes également habillés couleur marron. L'hiver, tout est marron. Cette couleur n'évoque-t-elle pas la sensation du dépit, de blessures ?

Actuellement, nous sommes tous vêtus couleur bleue. Ne pensez qu'au ciel. Le liséré ou petit filet rouge tranchant sur le marron ne rappelle-t-il pas le sang ? Si les peintres de l'époque à laquelle le réfectoire et autres pièces de même couleur doutaient, tel que gris ou rouge foncé, n'eussent pas un but allegorique en badigeonnant, ils eussent choisi de préférence des couleurs voyantes, telles que blanc, vert tendre, parsemées de dessins agréables et innocents. Comme vous devez le comprendre, tout cela est au rebours du goût et du bon sens, ou bien c'est l'expression d'un symbole méchant et caché.

Le plancher du réfectoire est en bois sur lequel a été versée une sorte de composition vermillon rouge. Que veut donc dire encore cela ? Un simple plancher de planches en chêne n'eût-il pas suffi, ou bien un simple carrellement en briques eût équivaut à ce double plancher, qui, certainement, rappelle l'effusion du sang.

Sur les ustensiles de la table du réfectoire, au dos de l'assiette, je trouve les mêmes chiffres et lettres (les lettres aussi ont un

sens maçonnique 7. 3. 5. C. F. Le fond du verre porte l'inscription Portieux (porte les œufs), *Vier zon* G. R. 5. (*Vier ou fier zon.*) G, septième lettre de l'alphabet. R, inverse de B, indique un testicule ouvert. 5, l'acte de l'ouvrir. J'oubiais la syllabe *zon*, bruit de la corde, provoqué dans la castration. Il en est de même des syllabes *gnon*, *zon*, etc., qui imitent et veulent dire cette action. Cela paraît stupéfiant. Pourtant, j'ai observé quantité de mots, soit des mots français académiques ou des noms propres ou géographiques. Il y a assurément un germe maçonnique. Cela m'entraînerait trop loin si j'entrais dans ce domaine.

Après le réfectoire, passons au jardin. Ici, nous sommes dans un jardin carré, peu spacieux relativement au nombre des pensionnaires, des pelouses formant un triangle dans lesquelles verdoient des géraniums, symbole de la crédulité ; je crois, c'est tout ce que la terre a produit pour nous, avec quelques fleurs jaunes. N'est-ce pas maussade et symbolique ? Et les arbres ? Depuis l'orgueilleux cèdre jusqu'à un mûrier, cèdre, pin, if, deux pins juxtaposés symbolisent le n° 11, le cimetière. Un arbre quelque peu renversé représentant ma femme avec une inscription gravée sur le liber F A (faire il faut agir). Sur un chêne séculaire, deux lézards ou clé de Saint-Pierre en face le mûrier rugueux, et une sorte de groupement géométrique d'arbres dont la curiosité me fut démontrée il y a longtemps, mais que je ne puis décrire. Il faut s'y rendre pour le voir et le comprendre : des fusains toujours verts, de la verdure et du vert. Si les yeux se portent vers l'horizon où nous sourit la liberté, on a devant soi un immense fossé aussi profond que les fossés des anciens châteaux forts ? Cela est très consolant pour un fou. Après ce fossé, un immense jardin potager et un mur de ronde entourant Braqueville, de sorte que les quartiers sont éloignés de la grande route. Que de précautions pour des aliénés ! Ne voit-on pas ici un soin tout particulier à les tenir plus isolés de la société ? Ne serait-il pas rationnel, au contraire, de leur permettre de se promener partout, dans la grande cour comme au jardin ? Que craindrait-on, des dégâts aux légumes ? Nous ne dégradons aucune fleur ni aucune pelouse dans le petit jardin du quartier. Pourquoi le ferait-on dans le jardin principal ? Pourquoi ne pas agrémenter notre jardin de fleurs variées et non symboliques ? Il résulte de cette position qu'une grande soif d'air, de liberté, agite nos coeurs, soif, hélas ! toujours inextinguible..

Autre remarque : Pourquoi nos gardiens portent-ils sur leur képi le mot A. P. A. Est-ce digne d'un peuple civilisé de rappeler constamment aux aliénés qu'ils sont dans un asile? APA, asile public aliénés, jeu de mots amer, traduisez plutôt « Apa » et, d'un coup de poing très asséné, vous criez « Che » ! Voilà la vérité ou sottise, ou cruel calembour.

Le soir, après avoir fait mille tours dans cette désolante cour, oisif, livré à vos idées, abruti, vous vous dirigez au dortoir, non sans avoir avalé une sorte de remède de bonne femme, sorte de liqueur agréable, mais n'influant en rien sur la santé, c'est-à-dire digestif simplement ; prétendre que ce flacon guérit la folie, l'adoucit, est aussi sensé que de poser un rigolot sur une jambe de bois. C'est un leurre, pour faire croire aux malades que leur guérison dépend de cette absorption. On l'a cru bien longtemps. J'en avale le contenu tous les soirs, je ne me trouve ni mieux ni plus mal qu'au commencement. C'est une gourmandise. Donc, après le remède, on va reposer au milieu du dortoir, où sont étendus des draps de lit blancs. Et nous qui allons en sabots ou nu-pieds, ou espadrilles, pourquoi ces précautions ? Un tapis blanc au dortoir, tandis qu'à table nous n'avons ni nappe ni serviette ? Il y a évidemment une allégorie là-dessous. Ma première impression fut que je foulais l'innocence, que je la foulais aux pieds... Donnez une explication plus naturelle et plus plausible ? Qui donc ordonne cette mise en scène ? Un simple tapis ordinaire, linoléum, etc., ne serait-il pas plutôt à sa place ?

Les cabinets de nécessité naturelle n'échappent pas à cette loi tyrannique qui vous obsède. Point de siège, obligé de se baisser dans une sorte de versant ; impossible de bien se tenir sur les jambes (1). C'est comme un fossé, et la plupart du temps on est obligé d'évacuer sur la limite plane afin d'éviter toute contraction où effort dans les jarrets. C'est un tourment. Qui a bâti ces water-closets pareils dans tous les quartiers ? Y en a-t-il dans le monde dans ce genre ? Cela est fait à dessein ! Souffrir et toujours souffrir.

J'oubiais certains détails : pourquoi au plafond des dortoirs y a-t-il trois cercles de dimensions plus petites, enroulés les uns dans les autres ? Pourquoi certaines couvertures des lits sont-elles marquées par trois points ou un triangle ? J'ai

(1) Il s'agit simplement de cabinets à la turque (N. d. A.)

eu l'occasion d'en faire la remarque. Pourquoi au dortoir y a-t-il un crucifix dont la croix est toute noire et le linge cachant la nudité du Divin souffrant est-il bleu ? Y a-t-il des christs représentés ainsi dans nos demeures et les églises ? Pourquoi si peu, si grossier et si mauvais tabac ? Pourquoi m'a-t-on fait absorber une composition, il y a plus d'un an, qui m'a rendu la chair et la peau plus molles, plus élastiques, comme du caoutchouc ? Excusez si mes idées sont décousues et manquent de plan. L'important pour moi, est d'accuser ? N'importe la forme du style et du plan. J'accuse avec tous les aliénés de Braqueville, tous témoins.

Les quartiers sont partagés en diverses catégories : ceux qui paient et ceux qui ne paient point. Au quartier Ferrus, on ne paie pas ; l'entretien est gratuit. Pourquoi l'Etat prend-il à sa charge cette lourde dépense et nous oblige-t-il de nous nourrir avec ce qu'il lui plaît de nous offrir ? Chaque aliéné n'est-il pas libre de manger ce qu'il lui plaît et faut-il qu'il soit obligé de changer la table pauvre ou abondante de sa famille pour venir consommer ici des aliments grossiers ou qui lui répugnent ?

Un autre, le quartier appelé quartier des riches, a une table plus somptueuse ; ils ont aussi une salle de billard ! C'est bizarre que ces riches soient obligés de faire des parties de carambolage pour se distraire. Pourquoi, moi qui aime la musique, n'aurais-je pas un instrument ?

Il existe autour de l'asile des chalets séparés pour un seul pensionnaire, avec un ou deux gardiens pour son service. Ces aliénés paient 18 francs par jour, m'a-t-on dit. Etre fou, enfermé par ordre de la Franc-Maçonnerie et payer par-dessus le marché ! Mais s'il y a des fous réellement, à Braqueville, qu'y a-t-il chez le Dr Parant ? Tous ceux qui sont enfermés dans tous les quartiers ne paraissent pas plus fous qu'à Ferrus. Ils simulent la folie, voilà tout.

N'ayant jamais quitté le quartier Ferrus, je ne puis parler des autres signes qui peuvent se trouver dans les autres quartiers, Esquirol, Dei, Aubanel, Leuret, Voisin, Métivier, ni de l'immense quartier des femmes.

Nous voyons parfois ces malheureuses venir cultiver le jardin potager en face notre cour. Leur maintien et leur allure dénotent bien qu'elles sont lucides et, hier encore, j'ai assisté à une prise de cliché photographique d'un groupe joyeux et charmant de jeunes détenues. Donc, pas de fous, pas de folles.

Il doit certainement exister des documents et des preuves

qui favoriseraient ma plaidoirie. Les sentiments et les preuves de MM. les Internes, Infirmiers et la Haute sanction de M. le Directeur-Médecin en chef de l'Asile, Spécialiste qui possède un casier, des rapports sur chaque pensionnaire.

Si je n'ai pu scientifiquement démontrer d'une façon irréfutable que la folie *n'existe pas*, j'ai en ma possession des preuves très abondantes pour faire comprendre et démontrer que Braqueville est une prison sanguinaire, une annexe du bagne, Cayenne, quoi ! comme on l'appelait lorsqu'on le bâtissait.

L'Histoire ne nous apprend pas qu'il y ait eu un nombre aussi effrayant d'aliénés, il y a cent ou deux cents ans. La Fontaine fait bien allusion aux Petites-Maisons, dans une fable, mais il y avait bien moins de fous à cette époque. Qui édifa les Petites-Maisons ? Eh mon Dieu, ceux qui édifièrent Braqueville, Maison-Blanche, Ville-Evrard, Villejuif, etc. Tous les faits accusent la Franc-Maçonnerie. Ne sait-on pas que c'est la Maçonnerie qui a fait brûler Jeanne d'Arc comme sorcière, et fait guillotiner des milliers de Français excellents en 1793 ? N'attendez pas que l'Histoire vous le montre. Qui aujourd'hui n'est pas bien renseigné ? Quel est le citoyen honnête et brave qui ne frémît à ce seul nom ?

Ignorant mon Histoire ancienne, je ne puis en parler. Je sais qu'elle a toujours délibéré et agi *secrètement*.

Au milieu des nations qui la croient philanthrope, certains Maçons désabusés, bravant la peine de mort qui les attend à cause de leur parjure, n'ont pas craint de dévoiler la superstition, les rites, les signes, etc., et même les innombrables assassinats et forfaits dont elle est l'auteur. Il faut croire que longtemps elle a abrité des Magiciens, Sorciers, Prestidigitateurs, et que c'est avec ce terrible engin, le *Magnétisme*, dont elle a eu le monopole, qu'elle a pu essayer d'abord de charmer, influencer, magnétiser, envoûter, etc., des sujets, à titre d'essai, en les faisant passer pour fous devant la société ignorante, puis, petit à petit, se glissant au Pouvoir, renversant la Monarchie, formant les foules à son gré, enrôlant dans son sein Députés, Ministres, Présidents de République, Rois, elle est devenue maîtresse absolue du Monde entier.

C'est donc avec cette arme redoutable, l'influence magnétique, que la Maçonnerie a pu entreprendre l'œuvre immense des asiles qui se sont vite développés. Les maisons de santé bâties, les fous les ont vite remplies ; d'abord, les familles alar-

mées se sont crues soulagées dans leur malheur et ont bénii cette bonne mère de République qui venait dans la famille soulager la détresse, soins gratuits, entretien gratuit, mais guérison, c'est autre chose! Nous, détenus, qui pensons et raisonnons très bien, savons-nous quand nous sortirons? Pourquoi nous retient-on? C'est donc une prison. Nous sommes des victimes, qu'avons-nous fait?

Voici l'explication que l'on pourrait envisager :

La Maçonnerie est une société de superstition. Comme on a pu le voir, les chiffres, les dates, les noms servent ses rites. Pourquoi ai-je été traqué, moi, à Toulouse, avec mon portrait dans les rues, des affiches sur les murs et un ameutelement formidable qui s'est dressé vers moi, mettant ma vie en danger? Pourquoi cette apothéose non signée à Terre-Cabade? Pourquoi ce désir de m'enlever un testicule dans Braqueville? Ne voit-on pas l'influence ou la main de cette société secrète?

Au surplus, l'Eglise catholique l'a toujours démasquée et haïe comme sa rivale, l'ambassadrice de Satan. Pourquoi la Maçonnerie a-t-elle longtemps agi secrètement? L'Eglise se cache-t-elle? Pourquoi la Maçonnerie cache-t-elle ses mystères? Si parfois on parle d'elle, on évite le plus possible de s'étendre et de l'approfondir. Qui, enfin, connaît à fond ce qui s'y passe comme dans nos temples chrétiens?

Ne voyons-nous pas aujourd'hui un Vadecard, un André, un Nupistre, remplir le rôle le plus abject en organisant la délation par les fiches, en portant atteinte à cette fameuse liberté? Ces individus sont aussi F.-M. . . que Robespierre et que leurs ancêtres coupeurs de têtes.

Oui! c'est en 1793 que cette secte sortit son corps entier dans toute la France pour y régner par l'absolu, elle seule maîtresse, réformant le calendrier, terrorisant les foules apeurées, sacageant les campagnes et inondant le pays dans le sang d'innocentes et nobles victimes... Pour la première fois, on la vit debout.

Par ces temps de lumière, courtoisie, progrès, elle règne avec une autre tactique. Les suspects de 93 sont les fous d'aujourd'hui. N'attendez pas des gestes patriotiques chez les dirigeants qui ont la bouche pleine de discours grandiloquents, enthousiastes; ils préfèrent assister impassibles à la dilapidation des sommes immenses engouffrées pour l'entretien des prétendus fous, que de faire éclater leur indignation et obéir au sentiment de la vraie fraternité en essayant de nous délivrer.

Tout ce que je viens de dire est une faible esquisse de tout ce qu'il y aurait à dire et à faire. L'infâme prison où nous gémissons, l'étroit où nous promenons un reste de liberté, les mauvais traitements, les humiliations continues, la structure détaillée des divers quartiers, tout contribue à prouver surabondamment la présence de la Franc-maçonnerie, et que l'aliénation mentale n'est qu'un moyen paraissant plausible pour prouver notre séquestration légale.

J'ai sous les yeux une annonce de journal ainsi conçue :

« Magie noire et sorcellerie. Livre dévoilant tous les secrets, pacte avec le démon, philtre triomphateur d'amour pour y gagner aux loteries et au jeu, pour jeter un sort et le détruire, pour faire réussir mariage, tous les secrets de guérison, domination des volontés, pouvoir irrésistible assurant réussite et fortune. »

Sur le journal *la Dépêche*, depuis quelque temps, une annonce de ce genre devient plus caractérisée et précise. Y a-t-il eu quelqu'un qui ait relevé déjà une si infâme malhonneté?

Si avec le sortilège on peut guérir, dominer la volonté, subjuguer en un mot, quels maux ne peut-on pas semer inversement? Les fièvres mortelles, les grippes, l'influenza, surdité, cécité, toutes les sortes d'infirmités, maladies, et la mort, ne sont qu'un jeu entre des mains criminelles. C'est l'arme des lâches, sûrs de toute impunité!

Je me lancerais dans des dissertations trop éloignées de mon sujet, si je voulais essayer d'aborder cette question. C'est effroyable rien que d'y penser.

Donc, si avec le magnétisme on peut accomplir ou faire accomplir de belles actions, il devient dans le cœur d'un homme méchant, un terrible engin de destruction.

Cette force criminelle est mise à la portée de tout le monde; c'est la lutte secrète du plus rusé et du plus fort!

Quand donc ouvrira-t-on les yeux et comprendra-t-on que c'est une arme terrible qui devrait être réprimée au plus tôt?

J'estime que c'est avec ce seul moyen que quelques détenus simulent la démence, pour justifier l'existence de l'asile.

Ah! s'il était en mon pouvoir de convoquer un jury de docteurs aliénistes, de magiciens, il me semble que la question serait tranchée après quelques expériences!

Du moins ne pourrait-on pas, dès à présent, aborder franchement cette question par le moyen de la presse, tandis que les journaux des maçons continuent à prôner et affirmer la folie,

les journaux aimant le bien et la liberté, essaieraient d'approfondir cette question.

Il n'y a pas de doute, ou je raisonne comme un fou, ou bien nous sommes tous victimes d'un éternel guet-apens maçonnique.

Je vous prie d'excuser mon style, mes fautes de français, mes ratures et ne considérer que l'ardent désir d'être utile à tous mes semblables, en provoquant la lumière de la vérité.

Braqueville, le 5 août 1912.

Guim...

P.-S. — Je vous supplie d'ouvrir la bataille et d'ouvrir les yeux des Français. La vraie bastille est ici!...

Après avoir lu les pages qui précèdent, le diagnostic de délire systématisé ne paraît pas douteux : il s'agit, en effet, d'un délire d'interprétation très actif où la *perplexité pessimiste* est remplacée par un doute angoissant et diffus qui rattache par un lien effectif cet état paranoïaque aux manifestations mélancoliques ; c'est quelque chose qui rappelle par certains côtés le *délire de supposition* de Tanzi, mais qui a un caractère nettement interprétatif : la signification réelle de toute chose, la valeur symbolique cachée des paroles et des actes, des objets, des couleurs, rien n'échappe au besoin insatiable d'explications et de suppositions du malade. Mais les suppositions finissent toujours par rentrer dans le système délivrant du malade : il proteste contre toute intention d'expliquer les phénomènes étranges qu'il constate, mais il y reconnaît pourtant la preuve de la toute-puissance néfaste de la franc-maçonnerie. On a remarqué aussi la tendance rétrospective du délire qui englobe des faits antérieurs à son début.

Il est intéressant de se demander si les interprétations délirantes existaient lors de la phase mélancolique et subsistaient pendant la courte période d'excitation ; il est impossible de l'affirmer, mais cela est au moins probable ; les idées d'humilité et d'indignité sont no-

tamment expliquées et liées à des interprétations spéciales ; la tentative de castration est due à un phénomène obsédant qui a groupé autour de lui d'autres manifestations psychopathiques, mais il est certain que des interprétations délirantes sont venues confirmer le malade dans l'absurde dessein qu'il avait conçu.

Il convient donc d'envisager l'état obsédant du malade dans ses rapports avec les manifestations cyclothymiques d'une part, et de l'autre avec le délire d'interprétation.

L'un de nous a montré la très grande fréquence des obsessions dans la folie périodique (1), et cela après Séglas, Gilbert Ballet, Lallemand et Dupouy, Raymond et Janet, Sollier et Chartier, Deny et Logre.

D'après Deny et Charpentier, qui furent précédés dans cette voie par Gilbert Ballet, il y aurait lieu d'envisager les obsessions paroxystiques comme équivalents psychiques de la psychose maniaque dépressive, ou, en d'autres termes, une crise d'obsession pourrait être, dans une folie périodique, considérée comme équivalente d'un accès de manie ou de mélancolie.

Cette synthèse extrêmement vaste qui ramenait à la maniaque dépressive le délire d'interprétation et lui fait englober les états obsédants ou impulsifs, ne nous paraît pas conforme à l'observation clinique.

Il n'est pas douteux que les états maniaques et mélancoliques appartiennent au même groupe psychologique que les états obsédants ou impulsifs ; mais de la parenté de diverses psychopathies, conclure à leur identité, il y a un pas qu'il nous semble dangereux, pour la clarté clinique, de franchir.

La succession de plusieurs états psychopathiques n'implique pas leur équivalence et la preuve du con-

(1) Carras, *Thèse de Toulouse*, 1911.

traire est fournie par leur coexistence possible : on conçoit mal deux états identiques coïncidant au même moment chez le même sujet.

L'école de Magnan triomphe alors en rappelant que les périodiques sont pour elle des dégénérés et que la constatation de phénomènes obsédants est simplement la signature de l'état dégénératif (syndromes épisodiques).

Mais contre cela se dresse une objection de haute valeur : il existe d'incontestables folies périodiques exemptes d'obsessions et d'impulsions vraies. La dépression mélancolique légère, alternant avec les beaux accès de manie, est généralement exempte d'obsessions.

Chez notre malade, les obsessions vraies, au contraire, se rencontrent à la phase dépressive, et c'est bien un phénomène de cette nature que la hantise de l'autocastration. La résolution impulsive (commencement d'exécution) s'observe nettement.

L'observation du malade poursuivie en dehors de l'asile (pendant son congé) nous fournit la preuve d'autres signes du même ordre ; c'est ainsi qu'étant au théâtre, il confie à sa femme le désir incompréhensible de jeter sa fille par-dessus la balustrade.

Mais ces phénomènes obsédants et impulsifs, comme la dépression et l'agitation, ont ici un caractère quelque peu cyclique. Les uns et les autres semblent reliés par une psychose interprétative qui demande à être cherchée, mais dont l'activité sous-jacente est très intense. La continuité semble pouvoir être provisoirement admise, mais elle n'est pas un article de foi, et nous ne serions pas surpris d'y constater quelque jour des rémissions.

Cet exemple clinique de psychose périodique complexe où se succèdent et se mêlent la dépression mélancolique, l'agitation maniaque, des troubles obsédants et

impulsifs et un délire d'interprétation, ne constitue pas une rareté.

Si nous l'avons publié, c'est pour montrer par un exemple concret l'intérêt qu'il y a à analyser ces malades à la lumière de la synthèse dyspsychique que l'un de nous a proposée.

Chaque psychose élémentaire y garde ses attributs respectifs constituant un groupement syndromique où il est aussi inutile que peu clinique de vouloir subordonner les symptômes les uns aux autres.

La paranoïa ni les obsessions ne sont des modalités de la maniaque dépressive, pas plus que la psychasthénie ne peut légitimement absorber la maniaque dépressive. Chacune de ces formes cliniques dont l'autonomie doit être conservée, affecte avec sa voisine une parenté psychologique évidente et réalise dans la pratique des associations morbides plus ou moins complexes que le clinicien doit respecter.

DÉMENCE PRÉCOCE ET ALCOOLISME

Par le Dr SERGE SOUKHANOFF

Médecin de l'hôpital de Notre-Dame des Affligés,

Privat-Docent de l'Université de Saint-Pétersbourg.

Les nouvelles tendances scientifiques de la psychiatrie clinique, ayant laissé de côté le point de vue symptomatologique et s'exprimant, entre autres, par la synthèse de nouvelles unités nosologiques, à savoir « démence précoce » et « psychose maniaque dépressive », se sont reflétées aussi sur bien d'autres régions de l'étude des maladies mentales. Ainsi, par exemple, les idées sur l'ancienne *paranoia* chronique se sont beaucoup modifiées, en présentant par elle un groupe complexe de différentes parties de diverses affections psychiques.

Cette nouvelle tendance nous fait envisager aussi autrement, sans doute, les psychoses d'intoxication et, en particulier, l'alcoolisme chronique. En ce qui concerne ce dernier, nous avons déjà eu occasion de dire que l'intoxication donnée sert souvent d'expression d'un fond psycho-pathologique, d'un phénomène d'une psychonévrose quelconque, souvent restant sans appréciation suffisante ou peu prise en considération dans le diagnostic de l'alcoolisme, basé sur la symptomatologie seulement. Nous avons déjà attiré l'attention sur les particularités des manifestations externes de l'alcoolisme, se trouvant en liaison avec la psychasthénie, l'hysté-

rie, l'épilepsie et le raisonnement pathologique (logophatie) (1).

Le Dr Stöcker (2), dans sa monographie sur les psychoses alcooliques, expose un point de vue analogue, considérant l'alcoolisme, comme symptôme de différentes maladies psychiques : la psychose maniaque-dépressive, l'épilepsie (latente), la démence précoce, etc.

Le Dr Graeter (3), en se basant sur ses observations cliniques, démontre que quelques malades sur qui on porte le diagnostic d'alcoolisme chronique, sont en réalité des déments précoces chez qui la maladie mentale fondamentale n'est que compliquée de symptômes alcooliques.

Cette question complexe générale, dont nous parlons pour le moment, peut être partagée en questions plus particulières ; par exemple, il serait désirable d'élucider séparément la liaison de la démence précoce et de l'alcoolisme.

Assez souvent, même de notre temps, on pose le diagnostic de *paranoia alcoolique*, où, de pair avec un délire plus ou moins systématisé, on observe, chez le malade, des hallucinations et des illusions très intenses, et la maladie revêt alors un cours continu, sur le fond duquel se développent des phénomènes de l'affaiblissement de l'activité mentale. On emploie aussi le terme de *démence alcoolique*. Jusqu'à présent reste non élucidé et pas ponctuellement institué le rapport de ces syndromes psycho-pathologiques avec la démence précoce. Et sur ces questions nous aurions voulu nous arrêter à pré-

(1) Soukhanoff, Serge. Pathologische Psychologie des individuellen Alcoolismus. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 1909, H. 6.

(2) Stöck-r, W. *Klinischer Beitrag zur Frage der Alcoholpsychosen*, 1910, Iena.

(3) Graeter, Karl. *Dementia præcox mit Alkoholismus chronicus*, 1909, Leipzig.

sent et élucider les points de vue de départ concernant ce sujet.

I. L'observation démontre que dans certains cas d'alcoolisme le tableau du *delirium tremens* ne se termine pas, comme cela a lieu ordinairement, par la guérison. Chez le malade, après que se seront effacés les symptômes de la psychose alcoolique aiguë, reste ce qui, par la combinaison des phénomènes, correspond à la notion d'avant *paranoia*. Le malade, vivant dans la sphère de ses fantaisies et de ses hallucinations, perd la liaison avec le milieu qui l'entoure, devient agressif, parfois très méchant, ne s'occupe à rien ; son intelligence baisse, ses intérêts s'éteignent progressivement ; et il reste habitant constant d'un établissement psychiatrique, passant dans la catégorie des « chroniques ». Est-ce, donc, véritablement une *paranoia alcoolique*, c'est-à-dire une affection mentale, provoquée par l'abus des boissons fortes ? Ou bien, peut-être, l'alcool a joué ici un autre rôle ? Les symptômes fondamentaux de maladie mentale, observés dans ces cas, coïncident avec ceux qui sont considérés comme caractéristiques de la forme paranoïde de la démence précoce (démence paranoïde) ; en faveur de ce point de vue parlent et le processus démentiel, et le délire de l'influence physique avec diverses hallucinations des organes des sens. L'alcool apparaît ici comme moment qui donne la manifestation de nouveaux phénomènes à caractère d'intoxication ; et certains de ces phénomènes peuvent même avoir une marche à forme aiguë, par exemple, sous l'aspect de *delirium tremens*. La démence précoce est une affection, se développant d'une manière néfaste et basée sur les anomalies constitutionnelles de la structure des régions supérieures du système nerveux central ; elle revêt sous l'influence des boissons fortes un cours moins favorable ; et ici se manifestent plus vite

les phénomènes de destruction et de désagrégation de l'activité psychique. Si l'investigateur porte son attention de ce côté, si dans le diagnostic différentiel on a en vue la possibilité de la démence précoce aussi, alors on réussit parfois à reconnaître cette psychose, quoique cette dernière apparaisse cachée et éclipsée par les phénomènes aigus de l'alcoolisme, rappelant le délire tremblant. La symptomatologie et la marche de la maladie de la *paranoia chronique alcoolique* prouvent que c'est toujours la même démence précoce, et justement sa forme paranoïde.

II. Si nous nous adressons au terme « démence alcoolique » et si nous comparons la description de cette maladie par divers auteurs, alors il sera facile de s'assurer que les limites de cette psychose ne sont pas nettes, qu'elles sont confuses et peu accusées. La seule chose qui sera indubitable ici, c'est justement que l'abus chronique ou réitéré des boissons fortes mène à l'abaissement et à l'affaiblissement des capacités mentales. L'alcoolisme donne un tableau de dégénérescence psychique particulière (*degeneratio psychica alcoolica*) ; mais quoique les accès d'alcoolisme soient jusqu'à présent excessivement fréquents, on ignore jusqu'à quel degré et profondeur peuvent se détruire les capacités mentales dans ces cas. Lorsque la dégénérescence psychique chez l'alcoolique est exprimée d'une manière plus ou moins marquée, alors les manifestations externes de l'alcoolisme revêtent chez lui un caractère déjà nettement pathologique ; l'impétuosité à s'enivrer outre mesure, l'apparition du tableau de l'enivrement pathologique, le développement d'accès épileptiques, somnambulisme, etc., — tout cela et aussi la rencontre avec la loi criminelle mènent à l'intervention de l'entourage dans la vie d'un tel individu et on l'interne parfois dans un établissement spécial, où on le prive

de la possibilité d'abuser des boissons fortes et il reste avec la dégénérescence acquise de sa personnalité. Avec la cessation de l'alcoolisme il ne survient point de processus démentiel, ; au contraire, il peut apparaître, à des conditions favorables, même une certaine amélioration. Pour la dégénérescence psychique alcoolique on considère comme caractéristique un abaissement général, plus ou moins égal, de diverses sphères de l'activité psychique.

Dans l'alcoolisme chronique, le sujet devient étourdi, volage, les intérêts baissent chez lui; les inéliminances et les chagrins de ses proches et de son entourage n'émotionnent plus, comme avant, le malade; les soucis pour ses proches s'expriment plus en paroles et s'effectuent plus rarement. Il peut avoir une haute opinion de lui-même; mais les idées délirantes définies font absence chez lui; dans quelques cas seulement, on rencontre le délire de jalousie et d'infidélité conjugale, plus propre à des alcooliques raisonneurs. Si le tableau de dégénérescence psychique alcoolique, indiqué ici, n'a pas, tout de même, de limites définies dans les cas où elle apparaît en aspect de psychose avec des modifications anatomiques grossières, ni dans ceux où elle ne s'écarte pas loin de la norme présupposée, alors tout de même il faut dire qu'elle ne rentre pas dans les cadres de la démence précoce.

Les cas d'alcoolisme chronique, dans lequel se manifeste une démence progressive avec des phénomènes hébéphréniques ou catatoniques, ne se rapportent pas, certes, à la démence alcoolique; ici, on peut admettre ou que l'abus des boissons fortes se combine avec la démence précoce, ou que l'intoxication soit seulement d'un des symptômes de l'affection donnée. Et cela ne sera pas régulier, comme il paraît, de poser le diagnostic de démence alcoolique là où surgissent les

phénomènes caractéristiques des formes hébéphrénique et catatonique de la démence précoce. En comparant l' « humour alcoolique » avec l'inclination au maniérisme et à une affectation outrée de l'hébéphrénique, nous voyons entre ces deux symptômes une différence non seulement externe ; la faiblesse mentale chez l'hébéphrénique sera plus profonde, et cela éloigne le malade du monde externe ; et le sujet ici s'adonne davantage à ses fantaisies délirantes, perdant graduellement la liaison avec le milieu environnant.

Dans la dégénérescence psychique de l'alcoolique, la personnalité du sujet, seule, se modifie et se dégrade ; mais il n'existe aucun trouble dans ses rapports avec tous ceux avec qui il lui arrive d'avoir des relations et à qui il a affaire. A l'hébéphrénique sont propres les idées délirantes du contenu le plus varié, insuffisamment liées souvent, portant parfois le caractère d'absurdité ; il peut exister chez lui des hallucinations des sens, des actes agressifs peu motivés, indiquant la perversion de la réaction motrice. A cela il faut ajouter encore qu'aux symptômes hébéphréniques, dans la marche ultérieure, s'associent aussi des symptômes catatoniques (négativisme, stéréotypie, poses étranges, etc.).

Tout cela n'entre pas dans le tableau de la dégénérescence psychique des alcooliques. Voilà pourquoi il faut enlever du tableau de la « démence alcoolique » (resp. *degeneratio psychica potatorum*) tout ce qui est entré ici occasionnellement ou par erreur. De ce point de vue, ce qu'on aurait pu nommer *démence alcoolique* sera alors une compréhension un peu plus déterminée, délivrée de tout ce qui était de trop ici.

La démence précoce est l'une des affections mentales les plus répandues, et il n'y a rien d'étonnant en cela puisque, vu la propagation de l'alcoolisme, souvent on

rencontre des cas où coexistent les phénomènes de l'intoxication donnée et les symptômes de démence précoce (en forme hébéphrénique, catatonique et paranoïde). Faut-il parler ici de psychose combinée (alcoolisme chronique et démence précoce) ou de l'abus des boissons fortes, comme de l'un des symptômes de la démence précoce? Cette question théorique ne présente pas de grande signification pratique. D'ailleurs, souvent on ne peut même pas faire une délimitation si précise.

Bien plus grave serait d'élucider et de déterminer les particularités cliniques permettant de faire un diagnostic régulier dans les cas où nous avons justement, par exemple, un tableau de l'alcoolisme chronique, rappelant le délire tremblant, et où ensuite se sont manifestés les phénomènes incontestables de démence précoce. Quelquefois, les symptômes de cette dernière sont tellement cachés sous les accessoires d'intoxication occasionnels que ces symptômes restent jusqu'à un certain temps non diagnostiqués. L'observation démontre que si, dans le tableau rappelant le *delirium tremens*, nous apprenons du malade que les « voix » et les hallucinations qui persistent apparaissent, d'après son opinion, comme une « comédie » quelconque ou comme des tours d'adresse que quelqu'un lui montre et arrange pour lui, alors il faut penser au développement chez un tel malade de la démence précoce, c'est-à-dire d'une affection plus sérieuse que le *delirium tremens*. Dans certains cas de ce genre, sautent aux yeux encore d'autres particularités, rendant le diagnostic défavorable. L'absence de l'« humour alcoolique » habituel n'abandonnant pas le sujet, parfois même dans la période (réitérée) du *delirium tremens*, un rapport hostile et méchant envers l'entourage, la disparition de tout rapport critique (même passager) pour son surveillé, sans parler déjà des phénomènes hébéphréniques ou catatoniques, tout cela

doit nous faire pencher pour l'opinion que, dans le cas donné, nous avons affaire à la démence précoce. Le cours ultérieur de la maladie, sans doute, ne tardera pas à confirmer la régularité du diagnostic posé, après que le brouillard enveloppant se sera dissipé. Dans bien des cas de démence précoce à leur période prodromale, parfois de longue durée, il y a chez le malade une impétuosité pour les boissons fortes, pouvant mener dans ces cas jusqu'au développement du *delirium tremens*; dans les cas de cette sorte, une analyse plus circonstanciée donne un point d'appui précieux pour poser un diagnostic plus régulier. Il faut seulement avoir en vue ce fait que souvent les personnes contractant la démence précoce, commencent à user des boissons fortes, même à en abuser.

Résumant les considérations exposées plus haut, relativement au rapport réciproque de l'alcoolisme et de la démence précoce, on peut tirer les conclusions suivantes :

1^o Bien des cas de la soi-disant *paranoïa alcoolique* doivent être rapportés à la démence paranoïde;

2^o Du tableau de ce qui porte le nom de *degeneratio psychica potatorum* ou « démence alcoolique » doivent être enlevés les cas avec symptômes hébephreniques et catatoniques, se rapportant à la démence précoce;

3^o La démence alcoolique (resp. la dégénérescence psychique des alcooliques), après en avoir séparé les cas, apparaissant dans leur essentiel comme des cas de démence précoce, sera une notion plus juste, plus ponctuelle et plus nettement limitée.

DE QUELQUES PARTICULARITÉS OBSERVÉES

DANS UN

ÉTAT HALLUCINATOIRE

CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL

Par le Dr A. ALBÈS,

Médecin de l'asile d'aliénés de Montpellier.

Les hallucinations dans la paralysie générale ne font, à l'heure actuelle, de doute pour personne. Il suffit d'avoir observé un certain nombre de malades atteints de cette affection pour se convaincre qu'elles ne sont pas une rareté. Aussi l'objet de cette observation n'est pas d'ajouter un document nouveau à tant d'autres établissant la réalité de ce symptôme. Nous voudrions seulement mettre en relief quelques particularités qui nous ont paru intéressantes à noter, car les observations les relatant ne semblent pas fréquentes. C'est à ce titre que nous publions l'observation suivante :

Troubles hallucinatoires à type cinématographique et à caractère conscient chez un paralytique général. Redressement de l'hallucination.

M. R..., quarante-deux ans, entre le 5 mai 1910 à l'asile d'aliénés de Montpellier. Haut fonctionnaire colonial, il vient d'être rapatrié parce qu'il présente des signes évidents de paralysie générale. On note en effet un état démentiel bien caractérisé, de l'euphorie, une inconscience complète de sa situation, une perte absolu de l'auto-critique. Le malade s'inquiète surtout de son internement qu'il trouve inexplicable. Irritabilité

successive, bouffées de colère à la moindre objection. Il existe des idées de richesse et de grandeur, des idées érotiques très actives s'extériorisant surtout dans des écrits nombreux et prolixes : « Il m'arrive, écrit-il, une aventure merveilleuse, je demanderai 30 milliards de francs pour avoir été injustement incarcéré dans un asile de fous, et c'est le moins ; 10 milliards que j'aurai, car je connais le futur président des assises. Quelle veine stupéfiante que de ramasser une fortune si colossale. Ma demande sera de 60 milliards et je m'arrêterai là-dessus, etc. » Facies pâle, terreux et atone.

Les *troubles physiques* sont des plus évidents. Les pupilles présentent le signe d'Argyll ; tremblement avec incoordination de la langue, des muscles du visage et de l'extrémité des membres supérieurs ; dysarthrie, abolition des réflexes rotuliens.

Pour compléter le tableau clinique, on note une syphilis en 1890, vingt ans avant l'évolution de la paralysie générale. Le malade avait alors vingt et un ans. La syphilis a été soignée régulièrement et intensivement. Diplopie il y a trois ans.

Tout cet ensemble symptomatique ne permet pas de douter de l'existence d'une paralysie générale typique.

Le point qui fait l'objet de l'observation s'est présenté dans les conditions suivantes. Depuis quelques jours, le malade ne s'endormait guère que vers les deux heures du matin ; or, le 15 juin, vers 10 heures du soir, il voit apparaître une clarté qui semble venir du plafond de la chambre. Bientôt des personnages divers, des paysages, des jardins, tout un ensemble de tableaux se met à défiler devant lui, comme dans un cinématographe. Il découvrait des villages dont les rues lui paraissaient habitées par des gens bizarres, à mine étrange, qu'il prenait pour des fous. Tous ces personnages allaient et venaient, paraissaient s'occuper de leurs affaires, il y en avait parmi eux, disait-il, qui dansaient une sarabande effrénée. Dans cette clarté lumineuse, il voyait de même surgir des animaux, tels que des tigres et des éléphants. Ces personnages ne se contentaient pas de l'étonner par leur présence, ils l'étonnaient bien davantage par les paroles qu'ils prononçaient et qui venaient frapper directement ses oreilles. Les uns disaient : « Tiens, nous allons passer cette rivière avec le bac » ; les autres conversaient de leurs affaires. Une fois, l'image hallucinatoire a revêtu la forme de son propre individu. Très distinctement, il s'est vu se promenant autour d'un étang ; il entendait le bruit de ses pas,

mais n'éprouvait aucune sensation musculaire ; il croyait se voir comme dans un spectacle cinématographique qui lui aurait été donné. Un peu étonné de découvrir les yeux grands ouverts ces vues cinématographiques, il fit plusieurs expériences pour savoir à quoi s'en tenir sur leur réalité. Il pensait à une Espagnole, à une danseuse annamite et aussitôt il voyait, en les appelant, apparaître ces personnages vêtus de leurs costumes pittoresques, l'Annamite portant au cou le collier de cuivre traditionnel. Parfois, un personnage s'approchait de lui, mais aussitôt qu'il était près de le toucher, il le voyait disparaître. Voulant compléter ses expériences, il pensait à la couleur noire et aussitôt une nappe de coaltar s'étendait sur tout ce qu'il voyait. Il fermait les yeux, enfonçait la tête dans l'oreiller pour ne point voir et, malgré tout, ces scènes continuaient à se développer. Fort de ces expériences, il en vint à conclure que ces phénomènes n'avaient certainement pas une réalité objective et qu'ils devaient sûrement se passer dans le cerveau à la façon d'un rêve. Au reste, voici la relation que le malade fit, quelques semaines plus tard, de cet épisode onirique.

« Au sujet de mes cauchemars affreux et de mes rêves.

« Dans la nuit du 6 au 7 (erreur de date), à la suite d'une violente colère provenant du fait de mon incarcération, j'ai peu dormi et ai vu défiler, devant mes yeux ouverts ou fermés, une série de tableaux variés. C'est un marché, c'est un verger, une mare, un étang, c'est une ville entière de fous avec une grande rue pleine de monde et des boutiques les plus diverses limitant l'avenue des deux côtés.

« La lumière fatiguant mes yeux et apparaissant dans tous les tableaux en rêve, je prononce le mot « noir », je sens que mon cerveau va me faire voir du noir et, dans certains cas, je vois des gens qui renversent des tonneaux pleins de coaltar, de telle façon que le tableau vivant disparaît. J'appelle un individu que dans un tableau je distingue très clairement. Je dis à haute voix : « Donnez-moi une allumette, allumez du feu » ; je vois, les yeux ouverts ou les yeux fermés l'individu mettant l'index, dans la boîte carrée d'allumettes et qui pousse pour avoir les allumettes. Malgré mon insistance, je n'ai pu voir brûler une seule allumette.

« Quand je demande de la lumière, une source de clarté naît à ma droite. Je sens qu'il y a là une source de lumière qui éclaire le tableau, mais aussitôt que les yeux s'obliquent vers la droite, la lumière disparaît.

« Au cours d'un rêve, je me suis vu marchant et courant autour d'un étang, j'entendais le bruit de ma marche et mon haleine. C'est moi qui voyais dans mes yeux ce tableau, me voyant moi-même marchant et courant. J'ai fait un nouvel appel de ma femme, et elle est aussitôt apparue. »

Pendant plusieurs nuits, les phénomènes hallucinatoires se montrèrent, puis enfin disparurent complètement pour ne plus réapparaître. Un an après, en état de rémission, mais dément, le malade quitte l'asile sans avoir présenté de récidive de l'état hallucinatoire. Il avait encore conservé le souvenir comme au premier jour de ces troubles qui l'avaient si frappé, et, quand on l'interrogeait à ce sujet, il narrait d'une manière stéréotypée tous les détails de ses *rêves*.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, car elle met bien en relief quelques particularités, soit dans le caractère onirique, nous dirions plutôt cinématographique, des hallucinations, soit dans le caractère conscient de l'imagerie hallucinatoire. Dans la paralysie générale, on observe, en général, l'hallucination avec tous les caractères que revêtent les autres symptômes, participant à la désagrégation psychique. Elles sont empreintes de cette absurdité, de cet illogisme, de cette contradiction, qui sont comme la signature de leur origine démentielle. Parfois l'hallucination peut rentrer dans la genèse d'un délire à systématisation plus ou moins parfaite; dans d'autres circonstances, elle peut être au premier plan des symptômes et la paralysie générale, alors, simule une psychose hallucinatoire (forme sensorielle de la paralysie générale). Dans tous ces cas, cependant, le caractère essentiel de l'hallucination, qu'elle apparaisse à titre épisodique ou durable, est d'avoir une empreinte démentielle, qui est à la base de l'affection.

Ici, nous n'avons observé rien de semblable. L'image hallucinatoire combinée forme un tout cohérent, se déclanchant subitement comme dans un cinéma-

graphie ; elle étonne le malade, le choque, il en fait la critique et se livre à des expériences pour déterminer la nature du phénomène perçu. Est-ce un rêve ? Est-ce une réalité ? Il arrive à un diagnostic précis : tous ces phénomènes n'avaient pas de réalité objective, ils ne se produisaient pas en dehors de lui, ils devaient donc avoir une réalité subjective et se produire dans le cerveau à la façon d'un rêve. Le malade n'est donc pas dupe de l'imagerie hallucinatoire, dont la projection dans l'espace lui donne l'illusion du réel et du présent. Il n'est pas jusqu'à l'image à caractère autoscopique qu'il n'ait pu redresser correctement. Il a vu nettement son double : l'image visuelle était combinée à l'image auditive et, malgré son étonnement, n'a pas hésité à rapporter ce trouble à une illusion dont il n'était pas le jouet.

Quant à la pathogénie de cet épisode, il est malaisé de la saisir ? Pourrions-nous penser à un processus toxique ? Cette hypothèse, quoique très vraisemblable, ne peut être appuyée par des constatations cliniques, car au moment où l'état hallucinatoire s'est produit, il n'a pas été possible de déceler aucune trace d'intoxication. Au reste, trois mois après, le malade fait une pneumonie classique, dont la convalescence s'est compliquée d'un état de confusion surajouté. Pas de trace d'onirisme pendant cette période, qui a duré environ une quinzaine. Peut-on penser à l'excitation d'une zone de l'écorce par un processus congestif ou une lésion anatomique ? Il paraît bien difficile d'être fixé à cet égard.

Thérapeutique.

LA PSYCHIATRIE ACTUELLE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS CURABLES

Par le Dr Henri DAMAYE,

Médecin de l'asile de Bailleul.

C'est aujourd'hui un fait bien établi que les troubles mentaux exigent pour se manifester deux éléments indispensables et combinés en proportions diverses : la prédisposition et les causes occasionnelles. Ces dernières retiennent l'attention des psychiatres depuis assez peu de temps encore ; la psychiatrie, comme les autres branches pathologiques, n'envisagea tout d'abord que le terrain, puis elle vit la nécessité de faire entrer en ligne de compte les éléments sur lesquels notre influence immédiate peut s'exercer. Actuellement, on peut dire que l'étude des maladies mentales a bénéficié de deux acquisitions essentielles : la connaissance scientifique de la dégénérescence avec Morel et Magnan, et plus tard le rôle de l'infection et des intoxications avec Régis et son École.

Il faut envisager la conception de la dégénérescence comme une des plus belles conquêtes, non pas seulement de la psychiatrie, mais aussi de la pathologie générale. Cependant, il importe de ne point rendre son

domaine infini, si l'on veut conserver à cette conception toute sa valeur pathologique et sociologique. Il y a quelques années, certains psychiatres firent de la dégénérescence presque un synonyme de trouble mental. On ne saurait admettre cette idée si l'on donne aux maladies mentales leur place véritable au sein de la pathologie. La dégénérescence, en effet, n'est point un fait particulier à la psychiatrie : c'est un fait de pathologie générale. Elle ne favorise pas spécialement les troubles mentaux, mais toutes les infériorités de notre organisme. C'est ainsi que des tuberculeux, des arthritiques, des hépatiques ou des rénaux, etc., sans réaction mentale, sont beaucoup plus atteints par la dégénérescence que nombre de psychopathes même chroniques. Si le cerveau peut être malade pour son propre compte, ses affections sont aussi bien souvent secondaires à celles d'un autre organe, et le trouble mental n'est alors qu'une réaction, une conséquence, en d'autres termes une résultante. En somme, la dégénérescence ne porte pas spécialement son action sur le cerveau : elle peut la porter sur n'importe quel viscère, sur un ensemble viscéral, sur tout ou partie de l'organisme. L'appoint dégénératif n'est pas nécessaire à l'éclosion des troubles mentaux : l'observation et l'hérédité elle-même nous le montrent suffisamment. Et d'ailleurs, existe-t-il bien des familles où le trouble mental, le nervosisme, n'aient jamais été le lot d'une ou plusieurs générations ?

Si l'on envisage l'hérédité, on voit facilement que les affections mentales sont loin d'être fatalement héréditaires. L'hérédité se transforme continuellement à travers une série de générations. Des arthritiques, des tuberculeux, sans troubles mentaux, engendrent des candidats aux psychopathies. Inversement, on voit des descendants de psychopathes, même chroniques, ne présenter aucun trouble appréciable dans la sphère mentale.

et intellectuelle. Ainsi va le genre humain. Dans une famille, il faut parfois rechercher jusqu'à un cousin éloigné pour retrouver une forme pathologique analogue. L'étude de l'hérédité comitiale, faite par plusieurs auteurs, notamment par Bourneville, montre le fait d'une façon assez nette. La dégénérescence rend l'hérédité pathologique plus fatale, mais l'hérédité pathologique sous toutes ses formes et avec toutes ses transformations.

Magnan avait sagement limité le domaine psychiatrique de la dégénérescence à l'idiotie, à l'imbécillité, aux débilités intellectuelles et morales et aux différents déséquilibres. Aller plus loin, c'est confondre la dégénérescence avec la prédisposition. La dégénérescence est un fait à la fois biologique et sociologique ; la prédisposition est un élément essentiellement médical, indispensable à toute maladie, et dont l'étude est un perpétuel devenir. Une maladie, même chronique, peut éclore sans l'appoint dégénératif : elle se passe très souvent de cet appoint.

L'étude de la prédisposition est appelée à restreindre encore l'influence que nous attribuons au terrain dans l'élosion des troubles mentaux. Nombre d'affections regardées comme « constitutionnelles » à l'heure actuelle seront vraisemblablement expliquées dans l'avenir par l'action de cytotoxines que nous soupçonnons fort, mais dont la nature ne nous est pas encore connue. Par les travaux de la pathologie expérimentale des Instituts Pasteur, s'étendra et se transformera la notion de l'influence toxique en psychiatrie. Nous ne connaissons actuellement que l'intoxication brûtale, pour ainsi dire, celle qui s'accompagne d'effets simultanés à grand fracas ; il est, à n'en douter, d'autres poisons plus discrets fabriqués, non pas par des germes pathogènes, mais par la cellule des tissus elle-même.

Enfin, sous peine de contradiction avec nous-mêmes, n'abusons pas de la notion de dégénérescence ; conservons-lui les limites indiquées par ceux qui l'ont conçue. Nous pensons aujourd'hui que l'affection mentale est une maladie susceptible de traitement et non fatallement une infirmité. Elle a son bilan de chronicité comme les affections des autres viscères ont aussi le leur. Rien jusqu'ici n'autorise à attribuer à la pathologie cérébrale une tare toute spéciale, rien, si ce n'est le vestige inconscient des conceptions de l'ancienne barbarie.

La psychiatrie doit s'abreuver à d'autres sources que celles d'un psychisme trop littéraire, et la psychologie doit, pour convaincre, ainsi que le dit H. Piéron, être basée sur la physiologie.

Ceux qui ont fondé en France la pathologie mentale avaient reçu pour la plupart une forte éducation hospitalière avant de se spécialiser. C'est l'œuvre de ces grands maîtres français que nous devons, à la suite de Régis, nous attacher à continuer et à parfaire. L'Angleterre en sut tirer parti peut-être mieux que nous-mêmes, tandis que nous tentions d'acclimater en notre pays un système psychopathologique qu'il est encore à comprendre.

*
* *

L'Angleterre nous a devancés, disons-nous, dans l'hospitalisation des troubles mentaux aigus, et s'est depuis longtemps attachée à faire la part des malades curables. C'est à la médecine générale que nous devons demander le progrès dans notre science. Les symptômes psychiques, selon l'expression de Jean Lépine, ne constituent que des syndromes (1) ; par eux-mêmes, ils

(1) Jean Lépine. L'esprit de la psychiatrie française d'aujourd'hui. *Presse Médicale*, 13 juillet 1912.

sont trop souvent impuissants à nous fournir des données un peu précises tant sur le diagnostic réel et le pronostic que sur le traitement à instituer. En effet, dans les asiles, nous nous trouvons en présence, pour une grande part des cas, de tuberculeux, de femmes atteintes d'affections gynécologiques, même légères, de brightiques, de sujets ayant fait récemment une grippe ou quelque autre maladie infectieuse, de gastro-entériques, d'artério-scléreux. Chez tous ces malades, le cerveau réagit comme réagirait tout autre organe. Ce sont là les causes occasionnelles les plus fréquentes parmi celles actuellement connues, et sans aucun doute l'avenir nous en dévoilera bien d'autres encore.

La clinique doit certainement avoir une existence autonome et conserver le pas sur les investigations de laboratoire ; mais pour faire œuvre utile, elle doit aussi considérer tous les éléments mis à sa disposition. Un diagnostic différentiel ne saurait être suffisant ; à côté de celui-ci se place toujours le diagnostic étiologique sur lequel on basera la thérapeutique. Pendant longtemps, on ne traita que des symptômes ; il est indispensable de combattre aussi la cause et, par conséquent, de s'efforcer de la découvrir. Nos établissements ont été organisés, dans leur personnel et dans leurs locaux, pour la surveillance et l'observation. Il est évident qu'aujourd'hui des modifications s'imposent, de plus en plus pressantes, de plus en plus fatales, à mesure que se font jour les indications nouvelles. La psychiatrie sort peu à peu du berceau pour s'introduire à l'hôpital, où pendant longtemps elle a été méconnue. Les médecins des grands centres songent à soigner eux-mêmes leurs malades mentaux curables ; demain, cette émulation s'étendra peut-être à des villes secondaires ; quel que soit le temps nécessaire à cette longue évolution, l'asile voit maintenant la nécessité de transformer sa

hiérarchie médicale — qui fut celle des hôpitaux de l'ancien temps — pour la mettre en harmonie avec les besoins actuels, avec les responsabilités de demain. Guérir et améliorer est, en effet, la formule qui s'ajoute et détrône même un peu son ancienne : garder et surveiller. La thérapeutique ne saurait aller sans l'initiative et la responsabilité accordée à celui qui la pratique ; elle réclame la tolérance, la délicatesse entre confrères. C'est elle aussi qui exalte l'esprit médical, seul capable de substituer à une certaine inquiétude l'émulation, la joie du succès et du bien accompli.

* * *

Le malade admis dans un asile ne doit pas seulement faire l'objet d'un certificat, résumé des symptômes mentaux ; il doit également être l'objet d'un *diagnostic physique* en vue du traitement causal. On ne saurait, en psychiatrie, formuler un pronostic sans tenir compte de l'état physique.

L'examen des organes, la recherche des éléments anormaux dans l'urine — parfois même celle de la quantité des chlorures, de l'urée et de l'azote total — devront être pratiqués. Les indications fournies par le sang, notamment la formule leucocytaire, sont aussi bien utiles à connaître dans certains cas. N'oublions pas la température, qui peut aider à dépister un processus inflammatoire aigu ou subaigu.

D'une façon générale, on peut dire que tous nos malades indigents, les femmes principalement, présentent un état physique plus ou moins précaire à leur arrivée. Les troubles mentaux sont évidemment, dans un très grand nombre de cas, en rapport avec ce mauvais état somatique. D'où l'importance d'une très bonne alimentation et d'un régime reconstituant pour les ma-

lades nouveaux. Plusieurs facteurs ont contribué à cette débilité physique : le surmenage, quelques excès, l'hygiène défectiveuse, une alimentation mauvaise ou insuffisante. Ces conditions, exaltant ou même créant de toutes pièces la prédisposition mentale, ont simultanément fait éclore les maladies somatiques que nous citions plus haut.

Presque systématiquement, nous soumettons les malades de cette sorte à un traitement général, basé sur la suralimentation, et qui donne les résultats les meilleurs. Nous employons, à cet effet, les aliments « vivants » : viande crue ou jus de viande, lait et œufs crus (1). Des organes faciles à se procurer dans les asiles, la rate et la moelle osseuse, employés comme nous l'indiquions avec M. Mézie, constituent également un aliment-médicament de premier ordre dans le traitement des psychoses toxiques (2). Comme adjuvants, il y a lieu de citer le collargol, le nucléinate de soude, la lécithine, et aussi le sirop antiscorbutique iodé, le gaïacol, dont l'action sur le système nerveux a été indiquée par Bur-lureaux (3). L'iode et les iodures, depuis longtemps employés dans le syndrome paralysie générale, trouvent, à plus forte raison, leur indication dans les simples vésanies toxiques non tuberculenses, étant donné que les processus anatomiques sont les mêmes et ne diffèrent que par leur intensité.

Cette médication relève, d'une façon souvent mer-

(1) Damaye. Les affections mentales curables et leur traitement. *Journal de neurologie de Bruxelles*, avril 1911.

(2) Damaye et Mézie. Moelle osseuse et rates crues dans le traitement des affections mentales aiguës et subaiguës. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 mars 1910.

(3) Gaïacol, 8 grammes ; alcool, 5 grammes ; sirop antiscorbutique, 1 litre. — Iode, 1 gramme ; alcool, 5 grammes ; sirop antiscorbutique, 1 litre.

Formules bien acceptées par les malades.

veilleuse, l'état général, quelle que soit la forme vésicale ; elle place le cerveau et l'organisme entier dans des conditions favorables pour résister à l'intoxication et réparer ensuite leurs lésions (1). Les nécropsies nous ont montré qu'une forte proportion des malades mentaux indigents sont atteints de tuberculose pulmonaire au début ou, plus souvent encore, de bacille pleuro-péritoïdique. En utilisant la thérapeutique dont nous venons de parler, les lésions tuberculeuses se résolvent fréquemment, et parfois en assez peu de temps. A défaut de spécifiques, de vaccins ou de sérum, cette méthode est celle qui nous a donné les résultats les meilleurs. Elle prouve aussi le rôle considérable de la tuberculose dans l'étiologie des troubles mentaux.

Le traitement des maladies mentales aiguës et sub-aiguës est donc facilement réalisable. La guérison du malade concentrera de plus en plus nos efforts. Elle est notre principale raison d'être et, à notre avis, la négligence en cette matière comporte aujourd'hui une responsabilité certainement plus grave que celle des fameuses séquestrations, hantise, il y a quelques années, d'une certaine opinion.

Il est un autre aliment qui rend de grands services chez les sitiophobes et les cachectiques : c'est le sucre à hautes doses (50, 100 grammes par jour), introduit par Toulouse dans la thérapie mentale. Sous forme de lait sucré mêlé d'œufs, il constitue un excellent moyen d'alimentation chez de tels malades.

Enfin, pour les épileptiques, on dispose actuellement de trois méthodes assez précieuses. Le bromure à doses minimes avec l'hypochloruration (méthode de Toulouse-

(1) Le sérum de cheval hématopoïétique, que nous expérimentons actuellement, donne des résultats excellents et rapides, associé à la viande crue.

Richet). La galvanisation, selon le procédé de Hartenberg (1). Les injections de venin de crotale, réellement efficaces dans certains cas. M. Mézie, qui travaille depuis deux ans la question à l'Institut Pasteur de Lille, a déjà obtenu à Bailleul un certain nombre de beaux résultats et d'intéressants documents au moyen de préparations qui évitent la réaction locale.

* * *

A défaut d'une organisation des asiles actuellement destinés aux maladies mentales, les affections curables émigreront avec lenteur, mais d'une façon certaine, vers les services hospitaliers. Le médecin qui, dans ce cas, opterait pour les hospices de chroniques, se verrait alors disputer aisément l'autorité et les avantages inhérents à une situation autant ou plus administrative que médicale.

Nous croyons indispensable de faire de l'asile une maison de santé véritable. Nous croyons très utile la relégation du terme « aliéné », aujourd'hui malsonnant et d'ailleurs fort souvent inexact. Nous voudrions enfin voir annexer à nos établissements des sections ouvertes pour les psychonévroses qui relèvent autant du psychiatre que du neurologue.

Pénétrons-nous bien de cette vérité que le principal besoin du futur psychiatre est, avant d'aborder la spécialité, un stage *réel* et prolongé dans les services hospitaliers médicaux et chirurgicaux (2).

(1) P. Hartenberg. Un nouveau traitement de l'épilepsie par la galvanisation cervicale. *Société de Psychiatrie*, 18 janvier 1912.

(2) Dans les grands centres, nous croyons en outre indispensable aujourd'hui, pour le futur psychiatre, de joindre au stage dans les asiles la fréquentation des services psychiatriques hospitaliers et celle des services de psychonévroses.

Médecine légale

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
ATTENTATS SIMULÉS

DU LIGOTAGE

Par le Dr Lucien LAGRIFFE,

Médecin des asiles publics d'aliénés.

Tout le monde a remarqué combien sont fréquents les cas dans lesquels des attentats sont simulés par des personnes qui mettent ainsi en campagne les magistrats et leurs auxiliaires, qui se livrent à de prétendues révélations qui, pendant des jours, des semaines, des mois, défrayent la grande et la petite Presse, jusqu'au moment où l'invraisemblance de leurs allégations finit par apparaître comme telle, que la simulation saute aux yeux des personnes les moins averties. Il est difficile de dépister ces cas dès le premier moment, quoique, cependant, ces attentats présentent très souvent des caractéristiques qui doivent donner l'éveil et inciter les magistrats enquêteurs à une très grande réserve. Malheureusement, malgré le très grand intérêt de cette question, aucune monographie ne lui a encore été consacrée, et les magistrats et les médecins, légistes ou

experts, sont obligés, en présence de cas semblables, de s'en référer aux observations éparses dans les travaux des criminologues ou de ceux qui ont écrit sur la médecine légale.

Une des particularités les plus intéressantes des attentats simulés est, incontestablement, la très grande fréquence du ligotage; à telle enseigne que l'on peut, pour ainsi dire, poser en principe que toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un individu ligoté, il est de règle de penser à la simulation. Mais il importe de distinguer dans cette simulation deux modalités : tantôt le ligotage est le fait d'une simulation pure et simple, tantôt il est le fait d'une complicité avec innocence simulée. Ceci est vrai, d'ailleurs, non seulement du ligotage, mais encore d'autres procédés dont le plus fréquent est l'incendie, destiné, dans la pensée de ses auteurs, à masquer un crime déjà consommé. Cependant, ce dernier procédé est ordinairement le fait de criminels vulgaires et il ne se rattache qu'indirectement à la médecine légale.

Le ligotage, au contraire, se présente dans des conditions telles que l'attention doit toujours être éveillée sur la capacité mentale de la victime, lorsque le ligotage et le ligoté constituent les seuls éléments du délit ou du crime. Deux cas peuvent se présenter, suivant que l'on se trouve en présence d'une personne vicieuse, mue par le désir maladif de se rendre intéressante ou d'attirer l'attention sur elle, ou qu'on se trouve en présence d'un névropathe, sincère dans sa tromperie, victime, pour ainsi dire, de son imagination et abusé, comme a dit Legrand du Saulle, « par une sorte de mirage ».

C'est un cas se rapportant à cette dernière forme que nous relatons ici, non pas tant à cause de sa rareté, car il nous a paru banal, mais surtout pour attirer l'atten-

tion de ceux de nos confrères qui ont l'occasion d'en observer de semblables, et parce que nous pensons qu'il serait intéressant de chercher à fixer les caractères cliniques d'une forme particulière de la simulation, que la « simulation » laisse beaucoup trop dans l'ombre dans les traités ou les précis de médecine légale.

Nous tenons d'ailleurs à faire remarquer que, dans le cas actuel, pas un moment l'action de la justice ne s'est égarée, et que, dès le premier instant, les magistrats du Parquet ont soupçonné la supercherie.

En effet, le 29 juillet 1911, dans l'après-midi, M. le Juge d'instruction de l'arrondissement d'Auxerre nous priait de passer à son cabinet pour une communication urgente ; arrivé là, il nous demanda de l'accompagner dans un transport de justice ; « c'est une nouvelle affaire X... », nous dit-il, faisant allusion à une affaire récente où le ligotage joua son rôle, mais à laquelle un verdict de non-culpabilité ne nous permet pas de faire une moins discrète allusion. Il nous expliqua, au surplus, qu'il réclamait nos services d'abord parce que l'affaire lui paraissait être surtout du ressort de la neuro-psychiatrie, ensuite parce que le commissaire de police, nouvellement arrivé, avait fait déjà une enquête sommaire, et qu'il s'était fait assister, sans s'en douter, par le médecin-légiste du tribunal.

Cette situation constituait, pour l'expert psychiatre, une bonne fortune, puisque, grâce à cette erreur, il allait lui être permis de recueillir, dans leur nouveauté, les renseignements nécessaires à l'établissement de son rapport médico-légal. On verra en effet, par la relation de cette affaire, que, commis plus tard, l'expert eût été, très certainement, privé de la connaissance exacte de certains éléments dont la valeur est capitale.

Les constatations que nous pûmes faire sont consignées dans le rapport médico-légal suivant :

Je soussigné, etc., etc..., commis par ordonnance de M. le juge d'instruction près le tribunal civil d'Auxerre, à l'effet de :

1^o Procéder à l'examen corporel de la jeune M... (Alice), dire si elle porte sur le corps des traces de violences quelconques et si elle a été déflorée ;

2^o Procéder à l'examen mental de la fille M..., dire si, étant données les circonstances de la tentative dont elle se déclare victime, il y a ou non simulation de sa part.

Serment préalablement prêté, ai procédé à cet examen, pris connaissance des pièces du dossier, examiné l'état des lieux et consigné mon opinion dans le rapport suivant :

Le 29 juillet 1911, à 10 heures du matin, M^{me} J.... servante d'un boucher d'Auxerre, venant faire une livraison chez les époux B..., remarqua que la porte de l'appartement, situé au premier étage, était entr'ouverte ; elle appela la bonne et ses appels étant restés sans réponse, elle entra, traversa la cuisine et pénétra dans la chambre à coucher y attenante. Là, elle trouva M^{me} M... étendue sur le plancher, les pieds attachés aux barreaux du lit de fer, les mains ramenées derrière le dos, une serviette sur la bouche ; effrayée, elle tenta d'enlever la serviette et, n'y parvenant pas, voyant que la jeune bonne paraissait inanimée, elle quitta l'appartement et descendit chercher du secours. M^{me} N..., une voisine, se rendit à l'appel, détacha les pieds qui étaient liés séparément, enleva la serviette et constata qu'elle empêchait seulement la respiration buccale, qu'elle était assez serrée, et que ses deux chefs, ramenés en avant, étaient réunis sous le menton par un nœud simple. Elle raconta plus tard que le visage était bleu, que les lèvres étaient tuméfiées. Soulevant ensuite M^{me} M..., elle constata que les mains étaient attachées derrière le dos, le dos d'une main reposant sur la paume de l'autre ; elle coupa la corde et mit la victime sur le lit pour lui donner des soins : elle remarqua alors qu'elle respirait difficilement et qu'elle avait les yeux *tournés*. Demandant des précisions au témoin, on apprend que la respiration était bruyante, qu'après avoir été étendue sur le lit, M^{me} M... poussa un gros soupir et qu'inter-

rogée elle répondit : « Lui, un homme ! » un homme qu'elle déclara ne pas connaître, et qu'aussitôt après avoir répondu elle se rendormit pour revenir bientôt à elle. Le témoin précisa aussi que les jupes de M^{me} M... étaient relevées, mais probablement par suite de leur chute, les pieds étant relevés sur la barre horizontale du lit ; la petite fille des maîtres de M^{me} M..., pleurant doucement, cherchait à relever les bas de sa bonne qui étaient tombés.

Revenue complètement à elle, M^{me} M... fit le récit suivant : ses maîtres étant partis, elle était sortie à 7 h. 1/2 du matin pour se rendre avec la petite fille dans un jardin situé à environ 150 mètres de l'habitation dans une voie transversale ; elle était rentrée vers 8 h. 3/4 et avait épluché des pommes de terre dans la cuisine (comme elle fut incapable de représenter les épluchures, force lui fut d'avouer, qu'en réalité, elle avait fait ce travail dehors et qu'elle avait menti pour n'être pas grondée). A 9 h. 1/2, se disposant à faire la chambre, elle entra dans cette pièce, ferma la fenêtre et elle allait faire le lit, lorsqu'elle entendit ouvrir la porte de la cuisine ; elle s'avança dans cette pièce et se trouva en présence d'un homme de taille moyenne, avec une forte moustache et une barbe de plusieurs jours, des yeux noirs et brillants. Agé d'environ quarante ans, il était vêtu d'un pantalon gris, d'une veste de drap bleu, coiffé d'une casquette grise et chaussé d'espadrilles de même couleur à semelles de corde. Il demanda si les maîtres étaient là parce qu'il voulait leur parler et, sur une réponse négative, il s'avanza vers la jeune fille, les yeux plus brillants encore ; M^{me} M... recula dans la chambre, l'homme la suivit, la saisit, elle ne se souvient plus si ce fut à la gorge ou aux épaules et lui dit : « Si tu dis un mot... ». Sans pouvoir entendre le reste de la phrase, elle sentit la respiration lui manquer et elle perdit connaissance jusqu'au moment où elle se réveilla sur le lit entourée par des voisines ; elle ajouta seulement qu'au moment de l'attentat la petite fille appela : « maman ! »

Il importe de faire remarquer que deux témoins déclarèrent avoir rencontré le matin, dans le voisinage, un voyageur dont le signalement répondait à celui de

l'homme décrit par M^{me} M..., à cela près que son veston était gris et non bleu, que son pantalon était retenu par une ceinture rouge et qu'il portait une valise jaune. Cet individu qui, d'ailleurs, ne se cachait pas, était en effet passé dans la rue vers l'heure du drame ; il fut facilement rejoint ; arrêté, il nia énergiquement, ne fut pas reconnu par M^{me} M... et fut aussitôt remis en liberté.

Pour répondre à la première question posée par M. le Juge d'instruction nous avons procédé à un premier examen au cours du transport de justice, le 29 juillet, six heures environ après l'attentat. À ce moment, nous avons observé un très léger sillon rouge et circulaire au niveau du poignet gauche, pas d'autres traces de violences au niveau du poignet droit, des pieds, des membres inférieurs, des épaules, du cou ou des autres parties du corps ; il n'existe plus aucune trace de violences au niveau des organes génitaux externes et des régions avoisinantes. L'hymen persistait, à bords irréguliers et frangés, de coloration uniforme et sans trace aucune de tentatives d'effraction ; on observe seulement du gonflement et de la rougeur de la muqueuse entourant le méat urinaire, signes probables d'une irritation causée par le passage de l'urine chez une femme qui prend peu de soins de propreté. Dès le début de l'examen nous voyons se produire tout d'un coup, à travers l'orifice de la membrane hymen, un écoulement sanguinolent peu abondant et qu'il faut rapporter au début de la période menstruelle. Aucune particularité digne d'être notée au niveau et sur le pourtour de la région anale.

De ce premier examen, nous pouvons conclure qu'il n'existe pas de traces de violences directes sur M^{me} M... et que cette jeune fille n'a été ni déflorée, ni victime d'une tentative de viol.

Continuant nos recherches et nos examens pour répondre à la deuxième question de M. le Juge d'instruction, nous avons fait les constatations suivantes :

L'appartement occupé par les époux B... est situé dans une maison isolée dans une impasse ; pour y accéder, il faut nécessairement passer devant les fenêtres de l'appartement occupé au rez-de-chaussée par M^{me} R..., laquelle, alitée pour cause de maladie chronique, n'a pas quitté

sa chambre dans la matinée, a parfaitement vu rentrer M^{me} M... à l'heure indiquée et n'a, ensuite, vu passer personne. Le témoignage de M^{me} R... a d'autant plus de valeur que, en raison de la très grande chaleur qui régnait ce jour-là, les fenêtres de sa chambre étaient ouvertes. Or, nous savons que, à partir du moment où M^{me} M... est rentrée, l'attention de M^{me} R... était éveillée, que par conséquent personne n'a pu entrer ensuite ; il aurait donc fallu que la personne accusée pénétrât dans la maison avant la rentrée de M^{me} M... et se cachât ; puisque la victime prétend avoir entendu ouvrir la porte de la cuisine, elle ne pouvait se cacher que dans l'escalier ; or, l'escalier est très étroit, il ne présente aucune anfractuosité et il était matériellement impossible à l'agresseur de s'y dissimuler et de faire, qu'en rentrant, M^{me} M... ne le vit pas ; l'attentat n'aurait pu être commis que dans cet escalier et M^{me} R... n'aurait pas pu ne pas entendre.

D'autre part, au moment où les secours sont arrivés, la chambre des époux B... était encore disposée comme elle est disposée pendant la nuit, sans trace aucune de désordre : or, l'attentat ne pouvait être commis sans que les meubles fussent dérangés : en effet, la porte est à l'extrémité du mur, le lit occupe en largeur tout l'espace compris entre la cloison et cette porte et, devant cette dernière, l'obstruant aux deux tiers, il y avait un guéridon de bois très léger, servant de table de nuit. Or, en présence d'un individu aux intentions menaçantes, M^{me} M... dit avoir reculé dans cette chambre ainsi embarrassée ; à moins de prendre des précautions assez lentes, il est impossible, dans de telles conditions, de pénétrer dans cette pièce sans renverser le guéridon et sans faire du bruit ; à moins que, l'agresseur voyant sa victime perdre le sentiment alors qu'elle était à peine sur le seuil de la chambre, la retint dans ses bras pour l'empêcher de tomber et de faire du bruit, puis l'emportât jusqu'au pied du lit sans renverser, ni déplacer le guéridon, ce qui, pratiquement, est impossible. Il n'y avait dans l'appartement aucun désordre ; de plus, aucun objet n'a été dérobé : M^{me} M... était étendue et attachée au pied d'une armoire à glace contenait une somme assez importante en billets de banque ; or, ce meuble

est resté intact. Enfin M^{me} M... ne porte aucune trace de violences directes, puisque nous n'avons observé sur elle qu'un sillon très léger produit par une des cordes, et il est peu vraisemblable qu'au cours d'un attentat qui a laissé à l'agresseur le temps de ligoter assez soigneusement sa victime, la petite fille, qui était présente et dont nous n'avons pu d'ailleurs tirer aucune indication précise, n'ait pas crié; son attention est pourtant assez éveillée, puisqu'elle a eu la présence d'esprit nécessaire pour chercher à corriger la tenue de sa bonne en relevant ses bas.

En dernier lieu, et en dehors de ce fait que la serviette qui servit de baillon avait été prise sur la table à toilette située dans la chambre, notre attention doit être attirée sur le point suivant : une perquisition minutieuse n'a pas permis à M. le Juge d'instruction de retrouver dans l'appartement, ni dans ses dépendances, une corde semblable à celles ayant servi au ligotage de la victime; mais dans le jardin, situé, nous l'avons dit, dans une rue transversale et totalement distinct de la maison d'habitation, à 150 mètres de laquelle il se trouve, M. le Juge d'instruction a pu saisir un paquet de cordes qu'un expert a déclaré être semblables à celles ayant servi à maintenir M^{me} M... Il y a là une coïncidence qu'il importe de retenir.

L'ensemble des circonstances du fait : pas de témoignages, pas de traces de violences, pas de désordre, pas de mobile appréciable, nous autorise à nous demander si nous ne nous trouvons pas là en présence d'un de ces cas si souvent signalés d'attentat simulé, soit par une personne vicieuse, soit par une névropathe. C'est à l'examen de ces deux hypothèses que doit être consacrée la deuxième partie de notre rapport.

Au cours de notre premier examen, pendant le transport de justice, parce que notre attention avait été vivement sollicitée par ce fait que le ligotage est la forme la plus fréquemment observée d'attentat simulé par les femmes et par les adolescents, nous avions fait quelques rapides recherches sur l'état et le fonctionnement du système nerveux de M^{me} M... : pour explorer la sensibilité générale, nous avions pratiqué l'occlusion

des yeux ; or, notre examen terminé, nous avons pu constater que M^{me} M... avait perdu connaissance ; il n'y avait ni pâleur de la face, ni ralentissement du pouls ; les yeux étaient révulsés en haut, la résolution musculaire était complète, la sensibilité générale était abolie ; il y avait là tous les éléments permettant de reconnaître l'attaque de sommeil hystérique dans sa forme narcoleptique. Le réveil fut facilement obtenu par simple insufflation sur la face ; M^{me} M... ne put réprimer un léger étonnement et déclara d'ailleurs n'avoir pas dormi.

Les examens ultérieurs nous ont fourni les données suivantes : M^{me} M..., âgée de seize ans, est normalement développée, bien proportionnée et d'une taille plutôt au-dessus de la moyenne. Son père et sa mère sont vivants et bien portants, ainsi que ses huit frères et sœurs. Elle-même n'a jamais été malade, elle a fréquenté l'école de huit à douze ans et y apprenait bien ; elle a été réglée pour la première fois à treize ans et l'a toujours été bien depuis, à la fin de chaque mois.

Nous observons chez elle un degré appréciable d'anosmie à droite, une voûte palatine ogivale, une abolition complète du réflexe pharyngien, une diminution du réflexe patellaire, surtout marquée à gauche, et une diminution considérable du réflexe plantaire des deux côtés. Nous observons en outre une diminution de la sensibilité générale au niveau de la cuisse et de la jambe gauches, de tout le membre supérieur droit, de la face plantaire des deux côtés et de la face dorsale du pied droit, une hyperesthésie de la jambe droite et de la face dorsale du pied gauche. Enfin, il existe trois plaques d'hyperesthésie profonde : au niveau de la région inguinale gauche, au niveau de l'hypocondre gauche et au niveau de la région mammaire droite.

Ces troubles de la sensibilité générale ne répondent à aucune lésion organique, car ils sont disséminés, ne correspondent pas à des territoires nerveux et ne sont pas accompagnés de troubles de la motilité ; le fait qu'ils coexistent avec des plaques d'hyperesthésie profonde, avec des troubles sensoriels (odorat), permet de les considérer comme des troubles purement fonctionnels traduisant une altération dynamique des centres nerveux connue en médecine sous le nom de névrose hys-

térique. Cette hystérie est peu marquée ou, du moins, peu marquée encore, car M^{me} M... n'a que seize ans et il n'est pas douteux que ces troubles ne feront que s'accentuer avec l'âge.

Les hystériques, en même temps que des stigmates physiques, présentent des troubles mentaux plus ou moins accusés qui, chez les uns, se révèlent par des signes à peine perceptibles et qui, chez les autres, vont jusqu'à la folie confirmée ; ces troubles mentaux sont essentiellement caractérisés par un rétrécissement général du champ de la conscience. Ce rétrécissement fait que, suivant les cas, un nombre plus ou moins considérable de sensations qui, normalement, devraient aboutir au domaine du conscient pour être rectifiées, expliquées, ou coordonnées, restent dans le domaine du subconscient et donnent lieu ou peuvent donner lieu à des réactions anormales, inutiles ou nocives, parce que non contrôlées.

Nous retrouvons justement chez M^{me} M..., grâce au témoignage des personnes chez qui elle a servi, quelques-uns des stigmates mentaux de l'hystérie : elle est menteuse, elle montre une prédilection particulière pour les romans d'aventure, et, malgré une instruction rudimentaire, elle lit énormément. Surtout elle est menteuse : elle achetait souvent du tabac à priser, disant que c'était pour sa maîtresse, alors que l'instruction a montré que c'était pour elle-même. Après l'attentat dont elle se plaint, elle n'a montré aucune frayeur, a préféré coucher dans sa chambre, isolée dans un grenier, plutôt que de coucher, comme on le lui offrait, dans une pièce voisine de la chambre de ses maîtres. Au moment où, peu après l'attentat, elle a été remerciée, on a trouvé, épingle à sa chemise, un certain nombre de mouchoirs volés.

La dissimulation et le mensonge sont chez M^{me} M... la marque des défaillances de la faculté de contrôle qui, chez les individus psychiquement sains, réfrène l'imagination.

L'état d'hystérie que l'on observe chez M^{me} M... est-il en relation directe avec l'attentat dont elle dit avoir été victime ? Il est possible. Cette possibilité s'appuie non seulement sur des exemples semblables, dont le

plus typique à cet égard est celui cité par Legrand du Saulle, d'après Toulmouche (*Les hystériques*, par Legrand du Saulle, Paris, 1883, obs. XXXV), celui aussi, très connu, du lieutenant de La Roncière, en 1834, qui donna lieu à une épouvantable erreur, mais encore sur les circonstances du fait que nous avons vu plus haut s'être produit dans des conditions invraisemblables ; d'autant plus invraisemblables que, contre les impossibilités matérielles que nous avons pu relever, on ne peut éléver que l'unique témoignage de la plaignante, que ce témoignage n'a aucune valeur, et que, de plus, comme nous avons pu nous en convaincre au cours du premier examen et tout à fait par hasard, M^{me} M... est hypnotisable. Or, c'est cette dernière circonstance qui peut seule nous donner l'explication la plus probable de l'incident dont la maison de la rue R... a été le théâtre et dont voici la genèse hypothétique.

Il y a dans cette affaire deux éléments à dissocier : l'individu accusé et l'attentat. L'individu, non pas comme coupable, existe certainement ; son *image* n'a pas été créée de toutes pièces par M^{me} M... ; elle l'a assurément rencontré le jour même, la veille ou les jours précédents ; elle prétend bien ne l'avoir jamais vu avant le moment de l'attentat, mais c'est probablement parce que le jour où il s'est présenté à elle, elle était en état second et que l'image de cet individu est restée dans son subconscient ; cette image a été perçue, elle n'a pas été aperçue. Il a suffi, pour la faire reparaître, d'un retour à un état second semblable, et il a fallu pour déterminer ce retour des circonstances favorisantes.

Mais il n'a pas été nécessaire que ces circonstances favorisantes fussent en bien grand nombre ; on sait, en effet, combien grande est l'influence du physique sur le moral ; or, l'état de santé physique de M^{me} M... n'est pas des plus brillants : chloro-anémie avec décoloration des muqueuses, souffle extracardiaque, diminution de la capacité respiratoire ; signes de pré-tuberculose : blépharite ciliaire, lèvres épaisses, etc. En somme, état de nature à accroître considérablement l'émotivité. De plus, M^{me} M... avait été très vivement réprimandée la veille, elle en était restée toute nerveuse, nous ont dit les époux B..., enfin elle approchait de son époque mens-

truelle. Il a donc fallu bien peu de chose pour la faire entrer en état second le 29 juillet, pour faire d'elle, pendant quelques instants, la personne physique et morale qu'elle était lorsqu'elle a rencontré un individu qu'ignorera toujours sa personnalité première. Alors, toujours dans son subconscient, elle a bâti le roman de ce qui aurait pu arriver, elle s'est rapidement hypnotisée sur cette idée, les yeux imaginaires de l'individu imaginaire l'ont plongée dans l'hypnose, et elle a extériorisé son rêve de possibilité en réalisant par ses propres moyens — de la corde emportée du jardin — l'attentat qu'elle a imaginé pouvoir craindre. L'attentat n'a donc été, très probablement, qu'une attaque hystérique équivalente ; comme à la suite de telles attaques, elle a souffert de courbature généralisée, de maux de tête, bien que l'attentat n'ait laissé aucune trace physique ; enfin, elle n'a ressenti aucune frayeur consécutive.

Il est donc probable que l'attentat dont se plaint M^{me} M... n'est le fait d'aucune personnalité étrangère. Pratiquement, nous ne pouvons pas serrer le problème de plus près. Nous pourrions, si nous voulions avoir une certitude, provoquer des aveux de la plaiguante en déterminant, par l'hypnose, un retour à l'état second ; mais ce serait là outrepasser notre rôle d'expert. Notre discréption ne serait coupable que dans le cas où, au cours de notre examen, nous aurions appris que, trompée par les apparences, la justice faisait fausse route et allait condamner un innocent. Ce n'est heureusement pas le cas.

CONCLUSIONS : 1^o M^{me} M... ne porte sur le corps aucune trace de violences ; elle n'a pas été déflorée ;

2^o M^{me} M..., étant données les circonstances du fait et d'elle-même, a *probablement* simulé l'attentat dont elle dit avoir été l'objet, mais dont elle ne saurait être rendue responsable à l'occasion de cette simulation possible.

La lecture de ce rapport montre bien, ainsi que nous le disions plus haut, que M^{me} M... appartient, non pas à la catégorie des simulateurs mus par le désir morbide

d'attirer l'attention sur eux, mais à celle des névrosés sincères. En effet, nous ne retrouvons pas ici ce luxe de détails, cette abondance de renseignements que l'on observe chez les premiers ; les faits sont exposés simplement ; dans le récit fait par la victime, il n'y a rien de trop et M^{me} M... ne se plaint d'aucune violence particulière ; elle ne cherche pas d'explication à ce qu'elle croit lui être arrivé ; d'ailleurs, elle ne se plaint de rien, elle a perdu connaissance dès le premier moment, elle ne sait et ne peut savoir, dans la situation où elle se trouve, situation psychologique s'entend, que ce qui lui a été raconté ensuite ; or, ceci qui lui a été raconté, elle ne l'interprète pas.

Cela tient, évidemment, à la nature particulière du sommeil hypnotique dans lequel elle s'est trouvée subitement plongée. Elle n'a réalisé que la violence très simple dont elle a rêvé. Mais elle aurait tout aussi bien pu rêver quelque chose de plus compliqué, de plus... personnel, de plus précis, de plus détaillé et l'on pourrait même se demander alors si l'explication n'aurait pas elle-même été rêvée ensuite.

Un point particulier doit être discuté, c'est le signalement de son agresseur donné par M^{me} M... Ce signalement, en effet, ne correspond pas d'une façon exacte avec celui du personnage rencontré et arrêté. Eh bien, il ne faut faire aucun fond sur cette discordance qui, de prime abord, pourrait être mise sur le compte de la dyschromatopsie, fréquente chez les hystériques ; nous avons vu que M^{me} M... ne présente pas ce trouble sensoriel. Malgré quoi, il ne faut attacher aucune importance à ce fait, car, même les témoins qui venaient de rencontrer l'individu et qui déposèrent le jour même à l'instruction, ont donné un signalement qui, lui non plus, n'était pas conforme à la réalité ; dans ces conditions, et sans chercher à épiloguer sur la valeur du

témoignage en général, on comprendra facilement que nous n'attribuions pas à ce fait une importance qu'il n'a pas au point de vue pratique. Dans tous les cas, il ne paraît pas douteux qu'il s'agisse du même individu, car, il est un détail qui ne saurait tromper, celui du port d'espadrilles, genre de chaussure peu commun dans l'Yonne. Par conséquent, sans qu'il soit possible, évidemment, d'affirmer d'une manière absolue que l'individu arrêté doive se confondre avec l'agresseur imaginaire, on peut dire, malgré les différences de description, que les deux personnages sont probablement identiques.

Cependant, M^{me} M... ne l'a pas reconnu. Il est difficile de dire pourquoi; mais il est possible que, dans son rêve, M^{me} M... ait généreusement doté son agresseur d'attributs fictifs qui ne lui ont pas permis de l'identifier. C'est là l'explication la plus probable; en effet, à l'instant où les faits se sont déroulés, M^{me} M... était en état second et, au moment où nous l'avons examinée et interrogée pour la première fois, elle se trouvait dans un état mixte, constitué par des éléments disparates et incomplets tenant à la fois et de sa personnalité prime et de sa personnalité seconde. Cet état a dû durer pendant un temps assez long, les éléments émergents encore de la personnalité seconde n'ont dû disparaître que peu à peu, car les examens ultérieurs, pratiqués jusque vers le milieu du mois d'août, c'est-à-dire jusqu'à après deux semaines environ des événements, nous ont permis de constater l'apparition progressive de lacunes. Il n'est donc pas impossible qu'un moment soit venu où le souvenir des faits qui se sont accomplis dans la matinée du 29 juillet ait disparu d'une façon à peu près complète par suite d'une restitution totale de la personnalité prime; constatation que la fin de notre mission ne nous a pas permis de faire.

Par ailleurs, il faut dire que nous avons été servi par

les circonstances pour obtenir la quasi-certitude d'une simulation ; non seulement en raison des invraisemblances d'un attentat dans les conditions particulières de lieu que nous avons dites, un attentat vrai n'ayant pu se commettre sans bruit, mais encore, en raison du caractère éminemment suggestionnable de M^{me} M... Ce sont là, en effet, des éléments que, seule, notre présence au transport de justice nous a permis de recueillir. Plusieurs jours après, notre tâche eût été beaucoup plus difficile, en raison du caractère essentiellement instable de la mémoire qui rend le témoignage progressivement douteux, et qui ne nous eût pas permis, par exemple, de recueillir des renseignements aussi précis que ceux qui nous furent donnés ce jour-là sur la disposition des meubles de la chambre dont l'importance est presque capitale.

Restait, et c'est là le principal intérêt de ce cas, au point de vue purement légal, à faire la preuve d'une simulation. Malgré les éléments, très nombreux, dont nous disposions, malgré la certitude [morale] que nous avions de l'inexistence d'une agression, nous avons pensé qu'il était sage de rester sur la réserve et de ne conclure que dans le sens d'une possibilité et d'une probabilité. En effet, il était impossible d'affirmer quoi que ce soit, parce que, en réalité, nous n'avions aucune autre certitude que : l'invraisemblance matérielle d'un attentat, l'absence de motifs de cet attentat, la recherche infructueuse du coupable, d'une part ; d'autre part, l'existence de la névrose hystérique chez M^{me} M... et sa suggestibilité. Ces divers éléments réunis ne pouvaient en aucune façon nous permettre une affirmation. De telle sorte qu'au point de vue pratique, la question se réduisait à ceci : 1^o existe-t-il dans la maison ou dans ses dépendances une corde semblable à celle ayant servi au ligotage ? 2^o M^{me} M... reconnaîtra-t-elle son

prétendu agresseur ? La prudence nous faisait donc un devoir de ne rédiger notre rapport qu'après la solution de ces deux questions. Or, la première fut résolue par l'affirmative ; c'était là une première présomption que l'instrument de l'attentat avait été fourni par M^{me} M... elle-même. Quant à la deuxième question, elle fut résolue par la négative, et c'était la plus importante, car c'est elle qui devait régler notre conduite ; M^{me} M... allait-elle ou non reconnaître l'individu arrêté ? Il était à souhaiter qu'elle ne le reconnût pas. Cependant si ce souhait ne s'était pas réalisé, notre devoir était tout tracé : la provocation d'un retour à l'état second.

L'utilisation des procédés hypnotiques, comme adjoints des recherches de médecine légale, est d'une légitimité très controversée, et sa rareté montre que l'avis prédominant est qu'ils ne doivent pas être employés. Mais là, comme partout, il y a des questions d'espèce. Nous estimons que le cas présent est une de celles dans lesquelles cette utilisation peut devenir un devoir. Pratiquée dès le premier examen et au cours même de l'attaque de sommeil que nous avions pu constater, la provocation d'aveux, dans un but d'enquête, eût été fâcheuse, inopportune et répréhensible. Mais si, ultérieurement, au cours de la confrontation, M^{me} M... avait reconnu formellement son agresseur, il y aurait eu alors comme une sorte de conflit entre cette reconnaissance et les éléments, que nous disions plus haut, d'une simulation probable, et alors, mais alors seulement, nous aurions en non seulement le droit, mais encore le devoir, de provoquer artificiellement des aveux ; dans ce cas, en effet, il ne se serait plus agi d'une simple curiosité scientifique, la plaignante n'aurait plus été seule en cause, mais aussi l'accusé, et notre but eût été non plus seulement la recherche de la vérité pure, mais encore le désir d'éviter une erreur que nous étions en

droit de considérer comme possible et même comme probable, et d'empêcher, par cela même, l'action de la justice de s'égarer. Cette opinion ne nous est d'ailleurs pas personnelle, elle n'est que le reflet de celle plus autorisée de M. Brouardel.

Abandonnant maintenant le côté légal de cette observation, pour nous placer au point de vue purement clinique, nous croyons utile d'insister sur les conditions particulièrement intéressantes dans lesquelles s'est produit le fait qu'il nous a été donné d'observer. M^{me} M... n'est très probablement pas atteinte de la forme la plus accusée de la névrose hystérique ; elle n'est pas ou, du moins, elle n'est pas encore une grande hystérique ; les stigmates qu'elle présente sont minimes, et, jusqu'au moment de l'attentat, elle n'a été, pour ainsi dire, qu'un terrain de prédisposition. Il a fallu, pour que la crise équivalente que constitue cet attentat puisse se produire, un agent provocateur. Il est vraisemblable que cet agent provocateur a été de nature émotive. L'émotion, constituée en l'espèce par une vive réprimande, n'a pu déterminer la crise, la provoquer, que parce qu'elle a éclos sur une base, sur un antécédent somatique ; cette émotion n'a fait, suivant les idées soutenues par Lange, par W. James, par Sergi, que constater ou enregistrer le désordre physiologique.

Or, ici, le terrain était merveilleusement bien préparé et particulièrement propice, caractérisé qu'il est par les attributs du lymphatisme et de la prétuberculose ; nous pouvons donc fixer schématiquement comme suit la physiologie pathologique des phénomènes : émotion évoluant sur un terrain prédisposé et favorisant ainsi la fixation de l'idée évoquée par la vue ou par le souvenir d'un individu déjà perçu, cette idée fixe étant considérée, à la façon de Bain, de Spencer, comme l'*acte déjà commencé*.

Mais il est une autre circonstance favorisante dont la valeur est loin d'être négligeable, c'est l'approche de la période menstruelle. Il ne semble pas que celle-ci ait été avancée, du moins de beaucoup, par les événements du 29 juillet, puisque l'écoulement est apparu à l'époque où, d'après les renseignements recueillis, il avait coutume d'apparaître. On connaît, d'autre part, les modifications que la menstruation apporte au fonctionnement cérébral, particulièrement au niveau de la sphère affective ; déjà Krafft-Ebing avait signalé, il y a longtemps, que l'époque menstruelle est essentiellement favorable, chez les hystériques, à l'éclosion des délires primitifs de persécution ; or, l'attentat peut légitimement être considéré comme un tel délire vécu. Mais, aujourd'hui, on peut sans doute aller plus loin encore que le célèbre psychiatre viennois, en regardant l'influence cataméniale comme étant, peut-être, plus active encore qu'on n'a cru. En effet, la connaissance que nous avons maintenant des phénomènes si curieux d'anaphylaxie nous autorise à nous demander, puisque aussi bien les manifestations hypnotiques ont un caractère d'oniromanie très évident, si nous ne nous sommes pas trouvé en présence d'un cas d'hypersensibilisation par exagération momentanée des sécrétions ovariennes physiologiques.

Cette hypothèse d'une explication anaphylactique de certains phénomènes hystériques est très séduisante, car il n'est pas douteux qu'elle nous donnerait la clef de quelques-unes de ces manifestations dont les théories purement dynamiques ne fourniront jamais une explication suffisante.

Si cette hypothèse pouvait être vérifiée, elle ne ferait, somme toute, que consacrer la renaissance d'une idée ayant servi de base à une théorie ancienne, la plus ancienne de celles que nous connaissons, puisque la

névrose hystérique lui doit son nom : la théorie génitale, mais considérée au sens le plus large du mot et non plus, comme avant Sydenham, dans le sens exclusif d'une sorte de chorée de l'utérus. Cette hypothèse serait aussi de nature à expliquer pourquoi l'hystérie n'apporte rien de nouveau à l'individu et pourquoi, surtout chez les femmes, ses manifestations ne sont que l'exagération d'une mentalité normale : la grande suggestibilité, qui constitue un de ses éléments essentiels, n'étant que l'exagération de la tendance de l'esprit féminin à se soumettre à l'autorité masculine, et la simulation, le mensonge hystérique, n'étant qu'une survivance psychique de l'époque lointaine où la femme n'avait comme moyen de défense contre la force brutale de l'homme que la ruse et la duplicité ; propositions de F. Parkes Weber que M. P. Hartenberg résume en disant : « La mentalité hystérique n'est que l'exagération ou la perversion de la mentalité féminine. »

Personne ne ressemble plus à la femme que l'enfant ; c'est pourquoi l'enfant emploie les mêmes armes qu'elle et il les emploie pendant d'autant plus longtemps que, plus longtemps aussi, il conserve, son enfance étant dépassée, les attributs de cette phase de son existence. C'est pourquoi la simulation, dans le sens où nous l'entendons dans cette étude, est fréquente aussi chez lui et ne se rencontre généralement, en dehors de la femme, que chez les adolescents à évolution pubérale retardée. Chez eux, comme chez la femme, le moyen le plus fréquemment employé est le ligotage.

Le caractère clinique le plus spécial des attentats simulés est ordinairement le moyen mis en œuvre, car, en dehors de ce point particulier, on peut rencontrer toutes les modalités : il peut exister des traces de violences, mais elles sont ordinairement toutes superficielles et, en réalité, malgré leur premier aspect, souvent

particulièrement effrayant, leur nature cadre mal ou ne cadre pas du tout avec les signes physiques, très atténués, auxquels elles sont censées correspondre ; or, non seulement ces traces sont le fait du simulateur, mais encore elles sont elles-mêmes quelquefois simulées. Un magistrat des plus distingués nous signalait, tout récemment, le cas d'une femme ayant ainsi simulé des violences et qui accusait de vives douleurs internes consécutives, disait-elle, à un coup de pied dont on voyait, sur l'abdomen, les traces, caractérisées par une ecchymose de couleur noire ; un premier médecin appelé reconnut les signes d'une péritonite traumatique, mais un deuxième praticien, mieux averti et, surtout, plus curieux, montra que la prétendue ecchymose avait été faite avec de l'encre. Le devoir du médecin légiste, qu'il y ait ou non présomption de simulation, est donc non seulement de reconnaître la nature exacte des blessures, mais encore d'étudier leur mode de production, car c'est dans les petits détails que l'inexactitude se fait jour ; souvent, l'étude de la direction du coup permet d'apercevoir que ses caractères ne correspondent pas du tout au récit du plaignant ; d'ailleurs, la plupart du temps, la quantité des traces l'emporte beaucoup trop sur leur qualité.

En dehors de ce fait que des traces de violences peuvent exister, il peut y avoir aussi simulation de motifs, surtout, on pourrait même dire exclusivement, le vol ou le viol ; c'est alors qu'il faut redoubler de prudence, et c'est pourquoi, en tout état de cause, l'examen très approfondi de la victime doit primer tout. Cette nécessité est d'autant plus impérieuse qu'assez souvent la conclusion pratique de ces simulations est une dénonciation, non pas la dénonciation mal déterminée d'un individu X, comme dans le cas présent, mais la dénonciation formelle et circonstanciée d'une per-

sonne bien déterminée et suivie de toutes ses conséquences. Si, alors, par suite de l'absence d'un examen minutieux, le médecin légiste n'est pas en mesure d'éclairer immédiatement, d'une façon plus ou moins complète, le magistrat instructeur sur la validité du témoignage du plaignant, de regrettables erreurs peuvent se produire.

Quoi qu'il en soit, ce qui doit dominer toute la question, c'est une extrême prudence : autant il est fâcheux de ne pas voir pour s'être contenté de regarder, autant il serait contraire à toute bonne méthode d'affirmer lorsqu'on n'a pas la preuve positive. Ces questions de simulation, hors le cas que nous avons prévu d'une erreur qui se dessine et qui justifie alors certaines interventions, dont la conscience reste seule juge, doivent se conclure seulement par des probabilités et jamais par ce que Renan a appelé « l'horrible manie de la certitude ».

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1913

Présidence de M. RENÉ SEMELAIGNE, président.

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

MM. Delmas, Dupony, Perpère, membres correspondants, assistent à la séance.

Félicitations à M. Legras.

M. le PRÉSIDENT. — Depuis notre dernière séance, notre collègue M. Legras a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Je suis heureux d'applaudir à cette nomination et de féliciter M. Legras au nom de la Société médico-psychologique, qui se réjouit tout entière d'une récompense si bien méritée.

M. LEGRAS. — Je remercie M. le Président des félicitations qu'il veut bien m'adresser et je le prie d'être auprès de tous nos collègues l'interprète de mes sentiments de reconnaissance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre de M. Gilbert Ballet, remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;

2^o Une lettre de M. Fillassier qui remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

1^o *La pratique chirurgicale en psychiatrie*, par M. Benjamin Larroque ;

2^o *L'enfance anormale*, numéro de janvier 1913.

A propos du III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre du Bureau du III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie qui doit se tenir à Gand du 20 au 26 août 1913, et par laquelle nos confrères belges revendiquent pour cette réunion le droit de porter le titre de III^e Congrès international, contrairement aux prétentions de leurs collègues suisses qui, en annonçant l'organisation d'un Congrès international qui doit se tenir en Suisse, l'appellent II^e Congrès international. Le premier, d'après eux, s'est réuni à Amsterdam en 1907; alors que pour nos confrères belges, le premier a eu lieu à Bruxelles en 1897, le second à Amsterdam en 1907. Le secrétaire général demande à la Société quelle est l'attitude à prendre dans le conflit qui s'est élevé entre la Belgique et la Suisse, et dans quel sens il devra répondre à la lettre du Bureau du III^e Congrès international de neurologie et de psychiatrie.

M. ARNAUD communique ensuite l'essentiel de la lettre émanant du Comité d'organisation du Congrès de Berne (1904, neurologie, psychiatrie et psychologie), Comité nommé par la Société suisse de neurologie.

Le Comité belge se propose d'organiser le III^e Congrès international, celui de Gand devant succéder à ceux de Bruxelles (1897) et d'Amsterdam 1907.

Le Comité suisse considère que le Congrès de Bruxelles, d'ailleurs très réussi, était un Congrès belge; et, faisant commencer la série internationale au Congrès d'Amsterdam dont il estime avoir recueilli l'héritage, il demande l'adhésion des Sociétés compétentes au Congrès de Berne (1914), qui sera le II^e Congrès international.

Après échange d'observations entre les membres présents, la Société ne se croit pas qualifiée pour trancher cette question de priorité.

Mais à ce propos, M. RITTI et M. ARNAUD rappellent que les premiers Congrès internationaux de médecine mentale et d'assistance aux aliénés ont été tenus à Paris en 1867, en 1878 et en 1889.

**Sur la comparution en justice d'aliénés internés,
prévenus de crimes ou de délits,**

par M. TRÉNEL.

Un psychopathe constitutionnel, plusieurs fois interné après des incidents multiples : menaces de mort, tentative de suicide, accidents alcooliques d'origine dipsomaniaque ou mieux pseudo-dipsomaniaque, est arrêté pour avoir tiré un coup de revolver dans un urinoir. Il est poursuivi pour port d'armes prohibées et condamné par défaut. Arrêté, il fait opposition au jugement, et avant que son affaire revienne, il est interné pour la quatrième fois pour alcoolisme, tentative de suicide, excitation, désordre des idées et des actes. A l'asile, il redevient rapidement calme et ordonné. A ce moment, il m'est demandé par le président du tribunal si M... est en état de comparaître. Je répondis par ce certificat :

Débilité mentale. Déséquilibration intellectuelle. Excès de boissons paraissant de nature dipsomaniaque. Tendances dépressives.

Ce malade se montre actuellement calme et lucide, mais il serait à craindre qu'une comparution devant le tribunal n'influât défavorablement sur son état mental en raison de ses tendances dépressives qui, d'après les renseignements, auraient antérieurement déterminé chez lui deux tentatives de suicide. A été interné quatre fois depuis 1909.

Il y aurait lieu d'épargner à ce malade la comparution en justice.

De l'avis d'un magistrat que j'ai interrogé à ce sujet, la situation peut se dénouer de diverses façons.

En ce qui concerne les délais légaux :

Le malade ayant fait opposition au jugement, il devait comparaître dans les trois jours (art. 187 du Code d'instruction criminelle). S'il avait fait appel, le délai aurait été de dix jours (art. 203).

Au point de vue de la situation du malade :

S'il veut s'expliquer devant la Cour d'appel, il doit comparaître *en personne*, sinon il sera condamné par

défaut (art. 208), c'est-à-dire que le jugement de première instance sera confirmé à moins qu'il n'y ait appel *a minima* du ministère public, ce qui n'est pas impossible, et dans ce cas la peine sera augmentée.

Les solutions à envisager seront les suivantes :

1° Demander à la Cour de renvoyer l'affaire *sine die* jusqu'au jour où l'inculpé pourra se présenter (dans l'hypothèse où son internement paraît devoir être de courte durée).

2° Le laisser condamner par défaut s'il doit rester interné plusieurs années. S'il reste interné plus de cinq ans, la peine sera prescrite et il n'aura pas à la subir (art. 636 du Code d'instruction criminelle).

3° Enfin le laisser condamner par défaut et subir la peine au sortir de l'asile. Dans ce cas, il y aurait lieu de s'entendre avec le Parquet (bureau de l'exécution des peines). Solution qui paraît au magistrat la plus simple si le malade prévenu est intimidable.

Les cas de ce genre sont fréquents et il serait intéressant de discuter la voie la meilleure à suivre dans l'intérêt de ces malades.

Médicalement, il nous est difficile d'accepter la dernière solution, car, malgré tout, le malade est un malade, et nous n'aurons guère confiance dans le procédé de l'intimidation, quoique M... soit tout à fait lucide en dehors de ses paroxysmes éthyliques plus ou moins irrésistibles.

La deuxième solution n'est guère acceptable, même si le malade est destiné à rester interné, car en tout état de cause, la condamnation lui inflige une tare ainsi qu'à sa famille.

La première solution paraît la plus pratique et c'est, en fait, celle qui se produit ici ; l'affaire ayant été vraisemblablement remise sur le vu de mon certificat.

Actuellement, le malade insiste pour sortir, quitte à passer en jugement.

Des cas plus complexes peuvent se présenter, et récemment les journaux ont fait connaître le cas d'un aliéné interné, qui a dû comparaître, tout délivrant qu'il fût, devant la Cour d'assises.

Il serait désirable que la mise en scène judiciaire, qui reste inévitable dans l'état actuel de la législation,

fût épargnée à de semblables malades, qui, s'ils ne sont pas déments, peuvent être péniblement impressionnés. Un mélancolique, un persécuté, pourraient avoir des réactions dangereuses pour eux-mêmes ou autrui en de semblables circonstances.

DISCUSSION

M. COLIN. — Dans les cas analogues à celui que M. Trénel vient de nous exposer, je fais toujours comparaître le malade, à moins que son état physique ou son délire ne l'en empêchent. Quand un accusé a fait appel d'un premier jugement le condamnant, il est toujours frappé plus sévèrement s'il fait défaut en appel. Aussi, l'avocat d'un de mes malades me demandait-il instamment ces jours-ci de laisser comparaître son client. Lorsque le malade est lucide, il n'y a aucun avantage à s'opposer à sa comparution.

M. LEGRAIN. — On peut aussi, et c'est ce que j'ai eu parfois l'occasion de faire dans le service de Ville-Evrard qui est aujourd'hui celui de M. Trénel, faire désigner un « mandataire *ad litem* » qui se présente pour l'inculpé devant les juges.

M. FILLASSIER. — A une audience de la 9^e Chambre correctionnelle à laquelle j'assistais récemment, une affaire où devait se présenter un aliéné interné a été ajourné *sine die*. Cet ajournement n'est pas un abandon, et pourtant l'intéressé a avantage à se présenter dès qu'il le peut devant ses juges.

M. BRIAND. — Il a même toutes chances de bénéficier de leur indulgence s'il fait figure de malade, ou d'obtenir la nomination d'un expert. M. Legrain n'est-il pas d'avis que la nomination d'un « mandataire *ad litem* » importe surtout dans les affaires civiles.

M. LEGRAIN. — Elle peut être demandée au correctionnel ou au criminel et rendre les plus grands services aux défendeurs. Si le malade de M. Trénel désire comparaître, il peut écrire au Procureur de la République.

M. TRÉNEL. — Il a précisément écrit.

M. LEGRAIN. — En somme, il y a plusieurs solutions;

la difficulté est bien plus grande lorsqu'il s'agit d'engager une instance où figure un aliéné interné.

M. VIGOURUX résume en quelques mots les observations de deux malades qui présentent de l'intérêt dans la discussion soulevée par M. Trénel ; il se réserve d'en parler avec plus de développements dans la prochaine séance.

Quelques résultats d'une enquête sur le mariage et la vie conjugale de mille aliénés parisiens,

par MM. JUQUELIER et A. FILLASSIER.

Nous avons entrepris l'enquête dont nous vous apportons aujourd'hui quelques résultats, dans le but de joindre un certain nombre de documents cliniques et statistiques inédits, aux notes de médecine légale, de jurisprudence et de législation comparée constituant la majeure partie de nos communications antérieures sur la question *Aliénation mentale et divorce*.

L'intérêt que vous avez paru prendre au problème social rappelé par notre modeste intervention, à l'occasion d'une double proposition de loi récente, s'est manifesté par l'ampleur des discussions consécutives ; et, au risque d'être importuns, nous avons pensé que nous n'avions pas le droit d'exposer devant une autre Société que la Société médico-psychologique les indications résultant de nos recherches.

Dans les circonstances complexes où nous nous trouvions, il nous a été commode d'examiner uniquement des *hommes* entrés dans le service de MM. Magnan et Briand, à l'Asile clinique, en 1911 et en 1912. *A priori*, nous avons pensé que l'étude d'une première série de 100 dossiers nous aurait permis d'entrevoir, au point de vue de la vie de famille de nos malades, quelques indications générales : la vérité est qu'après avoir réuni 1.000 observations, nous ne voulons formuler aucune règle, même en y prévoyant de nombreuses exceptions. D'ailleurs, eussions-nous pu agir autrement qu'on nous eût à juste titre objecté que des conclusions établies à

propos de malades d'un seul sexe et recrutés dans le même milieu social, perdraient une grande partie de leur intérêt. Nous nous contenterons donc d'indiquer quelques résultats, en les faisant suivre d'un rapide commentaire. Auparavant, une remarque s'impose encore : préoccupés de la solution du problème du divorce des aliénés, il est bien entendu que nous avons attribué au mot mariage sa signification strictement légale.

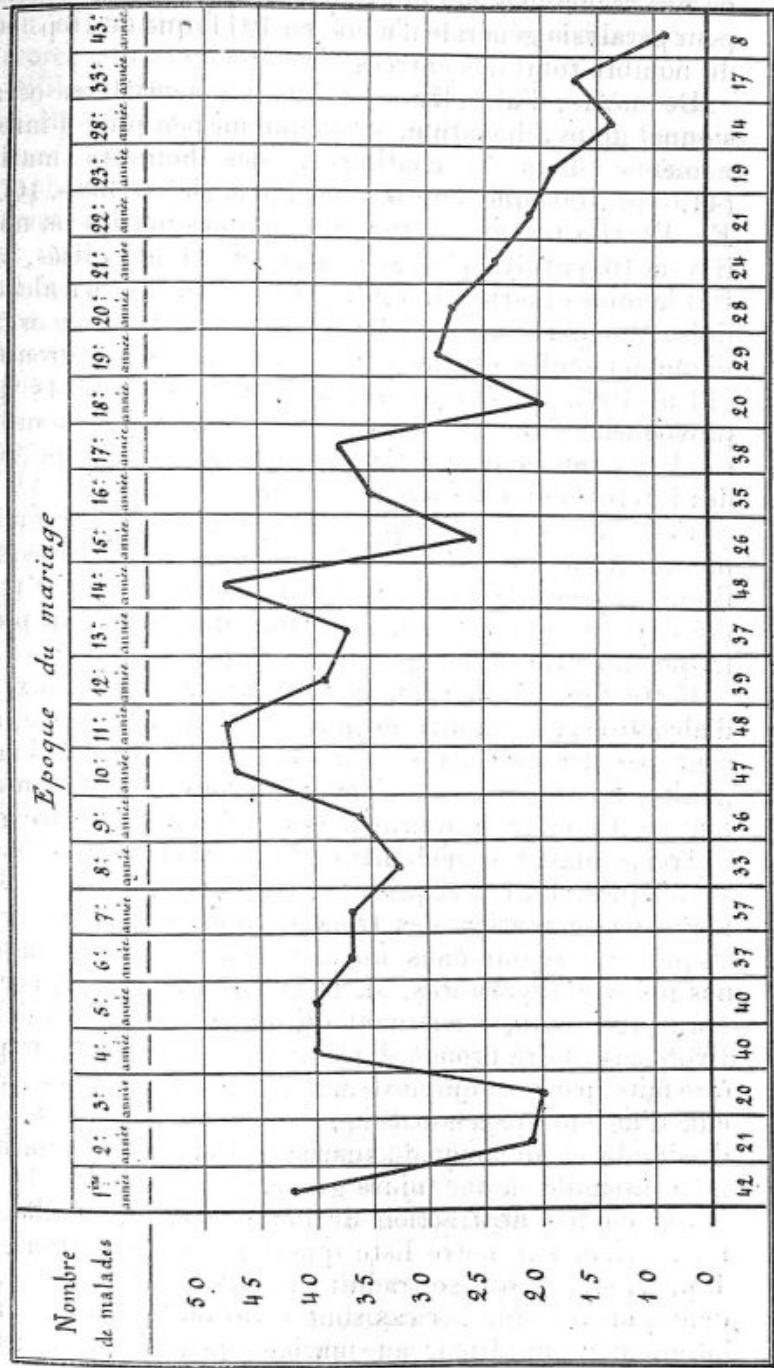
Les aliénés mariés représentent un peu moins du tiers des hommes admis à l'asile clinique : dans le même temps que nous avons réuni nos 1.000 observations, on a compté 3.105 admissions au pavillon des hommes.

Au point de vue de l'âge du mariage, nos 1.000 aliénés parisiens ont présenté les quelques particularités suivantes : L'annuaire statistique de la Ville de Paris pour 1910 (le dernier paru) indique que, pour les hommes, le maximum des mariages est contracté entre vingt-cinq et vingt-neuf ans. Chez nos malades, ce maximum doit être quelque peu avancé, et reporté entre vingt-trois et vingt-sept ans, la vingt-quatrième et la vingt-cinquième année, avec 116 et 124 mariages, l'emportent sensiblement sur les autres.

Les mariages séniles sont peu nombreux : 6 p. 1.000 entre cinquante et un et soixante-quatre ans. Par contre, le nombre de mariages très précoces est relativement fort élevé, puisque nous avons compté 35 unions contractées avant la vingtième année ; de tels mariages sont le fait de jeunes débiles ou de jeunes déséquilibrés qui s'y résolvent avec leur habituel défaut de réflexion.

Après avoir recherché les indications tirées de l'âge du mariage de nos malades, nous avons groupé ceux-ci d'après la nature de l'affection qui les avait conduits à l'asile.

Or, et en admettant même qu'un certain nombre de diagnostics aient dû être réformés dans la suite, il n'en reste pas moins évident que, parmi les aliénés mariés, la proportion des paralytiques généraux est considérable. Sur 1.000 malades, nous avons compté 296 paralytiques, soit près de 30 p. 100. Or, dans le service de l'admission chez les hommes, c'est-à-dire dans le milieu

Malades internés pour la première fois après leur mariage.

où nos recherches ont été faites, la moyenne des entrées pour paralysie générale n'a été, en 1911, que de 16 p. 100 du nombre total des entrées.

De même, l'alcoolisme, élément essentiel ou occasionnel de psychopathie, provoque un peu plus d'internements dans le contingent des hommes mariés (41,6 p. 100) que dans le contingent global (39 p. 100). En d'autres termes, si, sur 100 hommes mariés ou non, il y a 16 paralytiques généraux et 39 alcoolisés, sur 100 hommes mariés, il y a 29 paralytiques et 41 alcoolisés. Comme le nombre des entrées pour démence organique ou sénile est identique dans les deux groupes (14 p. 100), les états vésaniques proprement dits qui provoquent, dans le sexe masculin, 31 p. 100 du nombre total des internements, ne provoquent que 16 p. 100 des internements des aliénés mariés.

Ces chiffres n'ont rien d'absolu ; mais l'écart qu'ils marquent vient à l'appui de l'opinion que si la déséquilibration mentale est la cause de quelques unions très précoces et regrettables, il semble que beaucoup plus fréquemment, elle éloigne du mariage.

Cette forte proportion de paralytiques généraux et d'alcoolisés, c'est-à-dire de malades qui, d'habitude, ne sont pas frappés dans leur intelligence avant l'âge adulte, explique pourquoi nous n'avons constaté qu'un tout petit nombre d'internements antérieurs au mariage.

Treize malades seulement (trois alcooliques, deux maniaques, huit déséquilibrés ou débiles) avaient eu, avant de se marier, des troubles mentaux ayant provoqué leur séjour dans un asile d'aliénés. A l'une de nos précédentes séances, M. le Dr Ritti nous a rapporté deux jugements, concernant des malades contre qui le divorce avait été prononcé, parce que la preuve avait pu être faite, par le conjoint demandeur, de l'existence chez eux d'un état psychopathique antérieur au mariage et dissimulé au moment du mariage. Cette dissimulation a été assimilée à une injure grave.

Si l'on fait abstraction de l'épilepsie, qui d'ailleurs n'intervient sur notre liste que dans la proportion de 1 p. 1.000, et qui se traduit par la brutalité des accidents, on voit que les cas sont rares où la notion d'un internement antérieur au mariage peut à la rigueur

constituer un commencement de preuve de dissimulation et servir de point de départ à une instance en divorce contre un aliéné.

S'il est rare d'observer des séjours à l'asile avant le mariage, il est relativement fréquent que l'internement interrompe très vite la vie conjugale. En examinant le graphique ci-joint, on se rend aisément compte que, parmi nos malades, la première année après le mariage est une de celles au cours desquelles les internements ont été les plus nombreux. On sait que certaines unions sont décidées et contractées sous l'influence d'une psychopathie commençante, et parfois, en particulier au début de la paralysie générale; ainsi s'explique que les placements à l'asile dans les quelques mois qui suivent le mariage soient proportionnellement si nombreux.

Il était intéressant de rechercher quelle est la part de la paralysie générale et de l'alcoolisme pour les années où nous avons noté le maximum des placements (10^e, 11^e et 14^e années). Cette recherche nous a donné les résultats suivants :

10 ^e année.	47	malades,	dont	25	alcooliques	et	12	paral.	génér.
11 ^e —	48	—		19	—		15	—	
14 ^e —	48	—		17	—		22	—	

Soit, pour ces trois années, 143 malades, dont 61 alcooliques, ce qui donne une proportion de 42,66 p. 100 et 49 paralytiques généraux, soit 34,26 p. 100.

La mortalité infantile sévit particulièrement dans ces ménages.

Sur les 1.000 mariages au sujet desquels nous nous sommes documentés, 268 sont demeurés stériles.

Pour les 732 autres, nous avons enregistré 2.378 grossesses, dont 284 se sont terminées prématurément par des fausses couches ; nous avons compté en outre 48 enfants morts-nés ; enfin, 563 enfants, nés vivants et viables, sont décédés à l'heure actuelle. Au total, dans la descendance de nos 1.000 aliénés parisiens, la mortalité s'élève à 37,64 p. 100.

Indépendamment des fausses couches et des mort-nés, la mortalité infantile proprement dite est considérable, puisque 185 enfants sont morts en bas âge de

maladie non désignée, 120 sont morts de méningite et 45 de convulsions.

Certaines familles ont été particulièrement éprouvées, celles des alcooliques et des paralytiques généraux le plus souvent.

En effet, pour ces deux catégories de malades, la mortalité infantile s'élève à plus de 49 p. 100 du nombre des naissances :

138 alcooliques ont eu 594 enfants dont 293 sont morts en bas âge ;

66 paralytiques généraux ont eu 210 enfants dont 103 sont morts en bas âge ;

Telles sont les premières indications que nos recherches sur 1.000 familles d'aliénés parisiens nous ont permis de dégager ; elles en renferment d'autres, d'un ordre différent, mais intéressant : nous aurons l'occasion d'y revenir.

DISCUSSION

M. JUQUELIER. — Au cours de la discussion qui est ouverte depuis deux ans devant la Société, sur la question du divorce des aliénés, plusieurs auteurs, notamment M. Trénel et M. Ladame, ont attiré notre attention sur cette circonstance que : dans les pays où le divorce est autorisé pour cause de folie, le nombre des instances est, de ce chef, très peu élevé. On peut se demander s'il en serait de même en France. Or, à l'exception de quelques cas où les troubles mentaux ont apparu très peu de temps après le mariage, nous n'avons guère entendu les femmes de nos malades désirer reprendre leur liberté, même lorsque l'union était demeurée stérile. On objectera que l'attitude de quelques-unes eût sans doute été différente si la loi leur eût permis d'entrevoir une issue à leur situation ; cela est possible. Cependant, plus on examine le cas particulier, plus on a la conviction que, s'il était réalisable demain, le divorce pour cause d'aliénation serait surtout dirigé contre quelques déséquilibrés malfaisants et non internés.

Dans une de nos discussions, M. Vigouroux a eu, je le crois bien, l'occasion de nous communiquer que son

observation de nombreux exemples, dans son service de Vaucluse, lui laissait une impression analogue.

Pourtant, toutes ces observations n'ont porté que dans un seul milieu et il est possible qu'il n'en soit pas ainsi dans toutes les classes de la Société.

M. TRÉNEL. — Si les entrées à l'asile peu après le mariage sont fréquentes, c'est qu'il s'agit souvent d'unions contractées dans de mauvaises conditions, et c'est là un argument de plus pour admettre l'aliénation mentale parmi les causes de divorce.

Contrairement à MM. Juquelier et Fillassier, je crois que si la loi permettait demain à la femme d'un aliéné de demander le divorce contre son mari, de telles instances seraient peut-être assez fréquentes. Il y a actuellement dans mon service de Ville-Evrard un malade que sa femme a placé volontairement et de qui elle réclame la sortie aujourd'hui pour qu'il puisse se présenter contre elle dans l'instance en divorce introduite par elle ; elle m'a bien recommandé de ne le laisser partir que le jour de sa première comparution, afin qu'il ne boive pas d'ici là. Cette femme, qui prend toutes ses précautions pour divorcer, aurait probablement en ceci des imitatriices si la loi le permettait.

M. JUQUELIER. — Il s'agit dans l'exemple de M. Trénel d'un buveur, buveur et ivrogne probablement avant d'être aliéné. C'est encore un de ceux à propos desquels il est regrettable que l'aliénation mentale puisse servir de prétexte à rejeter toute instance.

M. FILLASSIER. — Il est d'ailleurs probable que la femme de ce malade obtiendra satisfaction, si elle établit la réalité des habitudes d'intempérance bien avant l'internement.

Instabilité choréiforme et insuffisance thyroïdienne,

PAR LES DOCTEURS

A. RÉMOND (de Metz) et ROGER SAUVAGE

professeur chef de clinique
des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse.

OBS. I. — Un jeune garçon de dix ans nous est amené à la consultation ces temps derniers avec des symptômes de chorée. Le diagnostic est indiscutable, l'aspect physique est non seulement accompagné d'un état très net d'instabilité mentale, mais

on note de l'arythmie (chorée cardiaque), symptôme à l'ordre du jour. On constate également un certain degré de bradycardie et une légère hypertrophie du corps thyroïde. On institue la médication thyroïdienne. En un mois les symptômes choréiques physiques et intellectuels ont disparu presque totalement. Le pouls s'est accéléré ; il persiste un peu d'arythmie.

OBS. II. — Une fillette de quatre ans présente depuis l'âge de quatre mois des crises convulsives mal déterminées avec perte de connaissance variant comme durée entre quelques minutes et trois quarts d'heure. L'enfant a marché à seize mois, mais ne prononce encore que quelques mots. Elle est particulièrement instable, ne peut tenir en place, son agitation devient désordonnée à la moindre contention. Elle est amenée à la clinique au début de décembre. En plus des symptômes sus-mentionnés, on note une hypertrophie thyroïde très nette, un gros ventre, un peu d'arythmie cardiaque et un certain degré de bradycardie.

Sous l'influence de la médication thyroïdienne, le goitre a disparu en même temps qu'on a constaté une amélioration très sensible de tous les symptômes morbides.

OBS. III. — Une jeune femme de vingt-quatre ans, au déclin de sa période menstruelle, présente du délire hystérique avec chorée rythmique et saltatoire. Elle présente quelques signes de Basedow : tachycardie, hypertrophie thyroïdienne. Au contraire : enophtalmie.

La thyroïdine paraît justifiable de l'amélioration rapidement obtenue : cessation du délire, de l'agitation motrice, diminution du volume du goitre et de l'accélération cardiaque.

Au moment où l'on se passionne pour ou contre l'origine syphilitique de la chorée de Sydenham, il nous paraît intéressant de rapporter ces trois cas cliniques qui tendent à démontrer :

- 1^o Que la chorée peut être d'origine auto-toxique ;
- 2^o Que le traitement opothérapique est susceptible d'améliorer certains cas ;
- 3^o Que les succès de la médication arsenicale s'expliquent peut-être dans certains cas de la même manière que ceux obtenus dans le traitement des affections du corps thyroïde pour lesquelles on la vit dès longtemps préconisée.

P.-S. — Le détail des observations et des commentaires plus étendus constitueront un article spécial des *Annales médico-psychologiques*.

De l'obsession émotive au délire d'influence,

par M. MIGNARD.

C'est certainement faire un pléonasme que de parler d'« obsession émotive ». Cependant, je ne puis employer que ce terme pour donner une idée d'ensemble des accidents morbides que M^{me} Clémence P... semble avoir présentés au début de son affection. Car, si le propre des phénomènes qui l'amènèrent au délire fut de s'imposer tout d'abord comme des tendances et des sentiments obsédants, les réactions hyperémotives qui les manifestaient ont sans doute joué un rôle très important dans leur transformation pathologique.

De même, il est bien certain que la psychose actuelle trouverait facilement sa place dans les classifications sous une dénomination plus précise que celle de « Délire d'influence » ; mais l'intérêt des cas de ce genre paraît surtout résider dans la parenté profonde qu'ils permettraient d'apercevoir entre certains phénomènes morbides qui, dans leurs expressions extrêmes, peuvent sembler tout à fait différents.

M^{me} P... (Clémence) est âgée de quarante-neuf ans. Lorsqu'elle n'est point désordonnée, son attitude exprime surtout la modestie. Le vêtement est en général correct. La physionomie est douce, bien que parfois très troublée. L'angoisse, la colère, une gaîté intérieure, bien d'autres expressions encore viennent l'animer tour à tour. La malade les modère autant qu'elle peut, mais parfois elles éclatent malgré elle, et des crises émotives, souvent très violentes, troublient le calme apparent qui lui est habituel. Ou bien encore M^{me} P... se promène de longues heures, poursuivant des pensées mystérieuses, esquissant parfois des gestes ou parlant à voix très basse.

Elle se prête volontiers à la conversation, sans nulle défiance, et nous révèle dans leurs grandes lignes les troubles qu'elle ressent. Elle est vaguement inquiète parce qu'elle allait trop bien la semaine dernière, alors, sans que d'ailleurs elle en accuse personne; on a fait des changements d'infirmières, et depuis, elle subit toutes sortes d'ennuis. Ainsi, elle crache du sang. A peine est-elle un peu tranquille qu'elle s'inquiète de

voir le mouvement autour d'elle. Va-t-elle en quelque lieu? Quelqu'un se trouve sur son passage. Qu'y a-t-il donc? Elle ne le sait pas, mais en est toute émue. D'ailleurs elle ressent des phénomènes bien étranges. On l'empêche de faire ce qu'elle veut : elle voudrait prendre une pièce de monnaie, elle ne peut étendre le bras. En revanche, on la fait aller, venir ; on lui fait faire toutes sortes de choses, et ce n'est pas elle qui les fait; elle n'en est pas responsable. Ou bien encore on parle par sa bouche. Ainsi, la veille, elle a causé avec nous; elle s'en souvient, eh bien! ce n'était pas elle qui parlait; ce n'était pas sa voix.

Elle entend aussi des voix, des « petites voix » basses et faibles, plus basses encore que les nôtres quand nous chuchotons, mais mieux articulées; c'est inexplicable! Elle-même les appelle : ses petites voix. Ces voix viennent bien du dehors. Ce sont, d'ailleurs, les voix des autres malades. Celles-ci, qui sont folles, ne trouvent sans doute rien de mieux, pour se guérir, pour sortir, pour se débarrasser de leurs hallucinations, que d'en charger M^{me} Clémence elle-même. Ces voix disent : « Tu vas être entraînée », ou bien : « Fais ceci, fais cela », ou bien : « Tu cracheras du sang », et presque toujours ça arrive. Presque toujours elles parlent de ce qui préoccupe la malade. Elle subit aussi des pensées involontaires (et des phénomènes que l'on doit ranger dans la classe des pseudo-hallucinations, mais ces phénomènes sont beaucoup plus rares qu'au début de sa maladie).

Elle est influencée (nous avions prononcé le mot), c'est bien cela; elle le sent bien, et jamais elle ne pourra sortir de la Maison de santé, car toujours elle sera agitée, ou méchante ou malade, à cause de ces influences.

Elle n'explique pas de façon nette et définitive ces actions à distance, que lui semblent prouver tous ces accidents. Il ne faut pas voir dans son cas de réticence, car elle tente des séries d'explications hypothétiques, faites de bonne foi, et qui prouvent qu'elle n'est point, qu'elle n'a jamais été fixée à ce sujet. Autrefois, elle n'aurait pas cru qu'il était possible d'influencer ainsi les gens à distance. Elle voyait sur les journaux que des individus prétendaient guérir ainsi les malades, mais elle disait que c'était exagéré, et elle en riait. Maintenant, elle est bien obligée de le croire, puisqu'elle subit ces actions. Elle n'en veut à personne, mais elle voudrait bien que ça finisse, pour pouvoir sortir.

De même qu'elle confie son état actuel, M^{me} Clémence P... raconte volontiers son histoire :

M^{me} P... est née de parents bien portants. Son père était officier. Son frère, qui est commerçant, ne serait pas, d'après

elle, particulièrement nerveux. Elle a toujours été émotive, mais point jalouse, ni envieuse, ni triste, ni violente ni concentrée, ni orgueilleuse, elle aimait beaucoup « la société », riait et jouait à l'occasion, et toujours avec entrain. Ainsi se passèrent son enfance et sa jeunesse, sans rien de remarquable à signaler. Elle était intelligente, faisait bien ce quelle voulait. Elle a toujours été très religieuse. Elle aime beaucoup sa mère.

M^{me} Clémence P... est restée vieille fille, bien qu'elle désirât beaucoup se marier. Les préoccupations de nature sexuelle semblent l'avoir depuis longtemps tourmentée.

Son père, officier sans fortune personnelle, mourut à cinquante-neuf ans d'une attaque d'apoplexie. Il les laissa, elle et sa mère, dans un état d'aisance moindre que celui auquel elles étaient accoutumées.

M^{me} Clémence, qui faisait de la miniature en amateur avec, semble-t-il, un certain succès, se mit courageusement à la besogne pour porter à sa mère le secours de son art. Elle vendait à des prix convenables quelques-unes de ses peintures. Cependant la mort de son père l'avait beaucoup affectée. Elle eut, à ce moment, des troubles gastriques. Elle tomba dans un profond chagrin qu'augmentaient encore quelques inquiétudes matérielles. Dans ses périodes de tristesse, elle s'exagérait sans doute un peu ses ennuis, mais elle réagissait par le travail, et le fonds de son caractère, toujours doux et sociable n'en était pas changé.

A l'âge de quarante ans, elle fit la connaissance d'un jeune professeur, connaissance qui paraît avoir produit sur elle une forte impression. Elle mit tout son soin à cacher l'émotion qu'elle ressentait, car elle se rendait compte de l'obstacle que mettait entre elle et lui la différence d'âge. Elle était très inquiète, très émue, constamment obsédée par la crainte de laisser échapper quelque signe qui pût trahir l'existence de ses sentiments, et par là même d'autant plus émue. Elle était dans cet état d'esprit lorsqu'elle lut dans un journal un conte où il était question d'une dame qui faisait des signes à son amant par le moyen d'un tableau dont la glace reflétait son image. Elle subit un choc : n'avait-elle pas elle-même plusieurs fois vu le jeune homme pendant qu'elle peignait. N'avait-on pu croire qu'elle le regardait par la réflexion de son image dans la glace du portrait qu'elle avait pour modèle? Et ce jeune professeur n'aurait-il pas lui-même écrit cet article, pour se moquer d'elle, ou pour lui donner un avertissement? Dans sa frayeur, elle évita le jeune homme, et peu à peu disparurent les sentiments et l'état obsédant, en même temps qu'elle se désintéressait de l'interprétation délivrante qu'elle avait esquissée pendant cette crise émotive.

Après ce premier accident, une assez longue période s'étendit dans une tranquillité relative, lorsqu'à l'âge de quarante-quatre ans, M^{me} Clémence, qui passait ses vacances à la montagne, dans une pension de famille, en compagnie de sa mère, entra en relation avec un prêtre dont la conversation l'exalta beaucoup. Elle crut au début que son exaltation était purement spirituelle et elle le croit encore. Le sentiment qu'elle ressentait, elle l'attribue à une sorte de communion mystique. Mais sa mère s'en inquiéta et abrégea leur séjour, déclarant que les vacances prochaines ne seraient pas passées dans le même lieu. Après le retour à Paris, s'installèrent des tendances, des idées et des sentiments obsédants, tantôt de nature mystique et érotique, tantôt de nuance mélancolique. Par moments, M^{me} Clémence éprouvait un besoin irrésistible de la conversation du prêtre, et ne pouvait s'empêcher d'y songer, avec une exaltation toujours grandissante; parfois elle pensait qu'elle resterait toujours vieille fille, sans appui ni soutien. Alors elle pleurait, gémissait et *criait* pendant des journées entières. Elle se rendait compte elle-même de ce que ces manifestations avaient d'exagéré, d'anormal, mais elle ne parvenait pas à les réduire, non plus qu'à détourner le cours de ses pensées.

D'ailleurs, elle n'avait pas les mêmes réactions à l'égard de tous ces symptômes. C'est ainsi qu'elle se laissait parfois aller à d'agrables rêveries qu'elle croyait diriger à son gré, adressant, dans sa pensée, des paroles à l'objet de son affection. Ces rêveries devinrent cependant d'un attrait de plus en plus impératif, elle ne put plus les chasser, et, dans l'enthousiasme grandissant, s'établit peu à peu le sentiment que les paroles adressées au prêtre parvenaient réellement à leur destination. Il n'y avait pas encore d'hallucinations véritables ni psycho-sensorielles, ni psycho-motrices, mais le sentiment que la pensée, ou la parole intérieure, ou même la parole chuchotée, sans doute en voie d'automatisation progressive, se détachaient pour ainsi dire de la malade pour « porter » à distance.

La mère la conduisit à la campagne, dans un établissement religieux. Les phénomènes morbides continuèrent. Un jour, voulant tenter sa puissance nouvelle sur d'autres personnes et ayant mentalement conversé avec la supérieure, elle perçut nettement la réponse : « Je viens ». Ce n'était ni une voix extérieure, ni des mouvements d'articulation. C'était encore comme une pensée, comme une parole intérieure.

Mais au même moment où M^{me} Clémence gagnait cette nouvelle faculté, elle perdait celle de « parler elle-même de cette manière ». Il semble bien que ces processus, échappant de plus en plus au sujet, lui soient à ce moment apparus comme indépendants de lui-même. D'ailleurs, s'objectivant encore, ils

semblent se dédoubler, pour ainsi dire, car bientôt notre sujet éprouvait qu'on se servait de ses lèvres, de sa bouche, pour dire des mots qu'il ne voulait pas prononcer; d'autre part, c'était parfois comme une parole chuchotée, prenant peu à peu les caractères d'une sensation auditive. Ainsi débutèrent les « petites voix ».

A ces hallucinations verbales psycho-motrices et psycho-sensorielles, développées elles-mêmes après des pseudo-hallucinations qui semblent avoir pris leur source dans les manifestations émotives incoercibles de tendances et de sentiments obsédants, s'ajoutèrent bientôt des rêves d'une vivacité exceptionnelle, qui tendirent à s'imposer, à se continuer à l'état de veille, en se distinguant de moins en moins du réel. C'est ainsi que M^{lle} Clémence vit plusieurs fois le prêtre qu'elle aimait. Ce trouble allait-il jusqu'à l'hallucination visuelle proprement dite à l'état de veille? Il semble que le cas étudié ne se prête pas à des catégories aussi nettes. Ces phénomènes furent supportés volontiers et n'apparurent pas comme des persécutions. La malade insiste au contraire sur leur caractère agréable : « Ça me plaisait d'avoir des voix, c'était amusant..... J'aimais bien prolonger les rêves. »

De cette acceptation des symptômes résulta sans doute la courte période de détente pendant laquelle sa mère la ramena à Paris. Là, les phénomènes morbides prennent un caractère pénible. La malade s'en inquiète, se demande « ce que cela veut dire ». Pour se distraire, elle va au Louvre, voit le tableau de Mantegna, représentant les vices sous forme de monstres, parmi lesquels une femme sans bras, repoussés dans un mariage. Ce tableau l'impressionne vivement. A peu de temps de là, on parle de la Vénus, de femmes sans bras. On en rit. Cela a rapport au tableau, à elle-même. On veut signifier qu'elle est vicieuse, qu'elle sera damnée. C'est vers cette époque que, les troubles mentaux augmentant sans cesse, sa mère la place à la Maison nationale de santé, le 15 mai 1908. Là, les troubles, sans changer de nature, changent de signification dans la pensée de la malade.

Après avoir été tour à tour érotique, mystique et mélancolique, le délire tend à s'orienter, à travers quelques idées hypochondriaques et quelques idées de possession, dans le sens de la persécution. Les autres aliénées effrayent, en effet, M^{lle} Clémence, et elle s'imagine d'abord qu'elle est très malade, puis, qu'on va lui faire du mal. Le premier bain qu'on lui fait prendre est interprété comme une allusion au tableau des vices et à sa damnation. Les idées d'auto-accusation, de possession, etc., sont vite abandonnées et suivies de vagues idées de persécution, qui disparaissent à leur tour, pour faire place à de simples idées

d'influence, explications très peu assurées des phénomènes morbides qui sont désormais essentiellement constitués par :

Des représentations mentales involontaires qui s'imposent au sujet (ces phénomènes paraissent plus rares qu'au début) ;

Des rêves prolongés en des sortes d'hallucinations visuelles (vision d'un homme avec un couteau, etc...) ;

Des hallucinations auditives, dites « petites voix » par la malade ;

Des hallucinations verbales motrices ;

Des hallucinations psycho-motrices, ou plus simplement des phénomènes d'automatisme moteur, allant d'ailleurs parfois jusqu'à l'impulsion et à l'inhibition (cet ordre de symptômes est actuellement le plus développé.)

Des interprétations très simples, faites toujours pendant les crises émotives, et qui semblent plutôt être des sentiments qui s'imposent à ces moments à la malade à propos de quelque objet qui l'effraie, par exemple. Elle va rarement jusqu'à la conclusion, et se contente de poser le problème : Que vient faire celle-ci ? Pourquoi est-elle là ? etc...

En somme, des phénomènes d'échappement psycho-sensoriel et d'automatisme moteur, des représentations, des sentiments, des réactions qui échappent ou semblent échapper à la direction volontaire.

Les hallucinations et illusions viscérales sont très rares, si elles existent, à moins que l'on n'y fasse rentrer l'illusion du crachement de sang (?). Il en est de même des hallucinations et illusions du goût et de l'odorat. L'imagination libre a certainement un rôle dans le délire, mais c'est surtout au début que la malade avait des rêveries orientées, et elles ne semblent être devenues délirantes que lorsqu'ont apparu les processus que nous avons décrits.

Les réactions de la malade et son opinion sur les phénomènes qu'elle présente ne sont ni d'une « persécutée » proprement dite, ni d'une mélancolique. Elle est surtout très émotive et visiblement, encore à l'heure actuelle, ses émotions renforcent les accidents morbides. Très nettement aussi elles sont sous la dépendance de tendances variables. M^{me} P... reste très bonne, nullement orgueilleuse, n'en voulant point aux êtres hypothétiques qui la tracassent. La plupart des femmes ou des hommes qui seraient soumis à des ennuis tels que ceux qu'elle croit éprouver ne les supporterait sans doute pas avec autant de douceur. Ses explications, ses théories générales sur les phénomènes qui l'assaillent reflètent ces dispositions :

On agit sur elle ; on l'influence ; elle ne sait pas pourquoi. Est-ce pour lui faire du mal ? non, sans doute, cependant c'est désagréable, à la longue. Après tout, ce sont peut-être les autres

malades qui, pour se guérir, pour sortir, rejettent « leurs voix » sur elle. Est-ce pour la faire rester, pour garder l'argent de sa pension que les administrateurs la feraient influencer? N'est-ce pas plutôt un accident dû à son âge, qui surviendrait chez tout le monde, mais dont elle souffrirait davantage à cause de son tempérament nerveux? Est-ce l'effet de l'internement de toutes ces personnes réunies? Voilà quelques-unes des hypothèses qu'elle a envisagées.

Il est à remarquer que la malade manifeste une intelligence très active, très vive, très délicate.

Les renseignements recueillis auprès de la malade ou de sa famille pendant les années précédentes confirment le récit qu'elle nous a fait de ses accidents. Cependant elle semble avoir dit en 1910, qu'elle avait fait des rêveries de nature agréable accompagnées de pseudo-hallucinations à l'âge de dix-huit ans.

Ainsi notre malade a d'abord été obsédée par des tendances qu'elle ne pouvait plus maîtriser, tandis que les manifestations émitives de ces tendances lui échappaient involontairement. Ensuite elle perdait tout contrôle sur les hypothèses interprétatives que ces tendances, d'ailleurs variables, développaient pendant les crises émitives. Plus tard, certaines pensées, toujours dans les mêmes conditions, se dérobaient à la direction volontaire et lui apparaissaient d'abord comme envoyées au loin, ensuite comme étrangères à elle. Des représentations aperceptives, selon la dénomination que vient de proposer M. G. Petit (1), le même processus d'échappement finit par donner naissance à des phénomènes qui prennent graduellement le caractère d'hallucinations et d'impulsions, et pour l'explication desquelles se constituent les idées délirantes.

Le cas est à rapprocher des observations de M. Janet (2) et de MM. Janet et Raymond (3) où des symptômes d'automatisme morbide sont à la base du délire. Il est aussi à comparer avec celui qu'a publié notre regretté collègue, L. Cotard (4), qui nous montre un

(1) G. Petit. *Thèse de Bordeaux*, 1913.

(2) P. Janet. *Obsessions et Psychasthénie*. T. II, p. 506. — *Accidents mentaux des hystériques. Cas de Bans*.

(3) Raymond et P. Janet. *Névraxies et idées fixes*. T. III, p. 172.

(4) L. Cotard. Du rôle du sentiment d'automatisme dans la genèse de certains délires. *Soc. de Psychol.*, 8 janvier 1909.

délire de possession, développé à la suite et comme explication d'impulsions et d'obsessions grandissantes.

Dans un cas comme celui que nous venons d'examiner, nous ne pensons pas que l'on doive parler de délire de persécution. La persécution n'est qu'une des très nombreuses hypothèses qu'a envisagées la malade (et elle l'envisage sans conviction) pour expliquer ce qui se passe en elle. Contrairement à ce qui se produit dans certains délires hypocondriaques ou d'autoaccusation, la cause de ces phénomènes bizarres est rapportée à des actions venues de l'extérieur.

Il s'agirait plutôt d'un délire d'influence. Ainsi compris, les délires d'influence engloberaient nombre de délires dits de persécution, de possession, mystiques, spirites, etc... où le développement systématique de ces idées n'a qu'un rôle bien restreint.

Des faits de ce genre ont été bien étudiés en France par M. Séglas, qui sous les noms de délires de possession, etc., les a envisagés dans ses leçons cliniques (1), et a particulièrement insisté sur l'importance des phénomènes d'automatisme psychomoteur. Les délires d'influence ont été envisagés, par l'école allemande, qui leur donne une signification un peu spéciale que nous envisagerons dans un instant (2).

Un point important serait de fixer leur rapport avec la paranoïa. Dans un travail adressé au récent congrès de Belgique (3), nous avons soutenu avec M. G. Petit que souvent ces délires tranchaient avec le développement du caractère antérieur et se comportaient plutôt comme des systématisations des phénomènes échappés à la direction de la personnalité. Est-ce à dire que ces phénomènes d'automatisation se produisent tout à fait « au hazard » et sans direction sentimentale aucune ? Il n'en est rien, ils sont bien orientés par des tendances dont ils sont l'expression extérieure, mais ces tendan-

(1) Séglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 562 et suiv.

(2) Kraepelin. *Introd. à la Psychiatrie clinique*. Trad. Devaux, p. 205.

(3) M. Mignard et G. Petit. *Délire et Personnalité*. VIII^e Congrès belge de Psychiatrie et Neurologie, 1912.

ces ne sont pas forcément constantes et rigides comme dans la paranoïa. Les phénomènes que nous étudions sont plutôt développés par des émotions que dirigés par des tendances.

Au point de vue de la classification de M. Magnan, étant donnée l'histoire de notre malade, elle serait rangée dans la classe des dégénérés avec délire polymorphe. Presque tous les délires d'influence rentreraient dans cette classe, mais peut-être trouverait-on des cas de transition avec le délire systématisé chronique. M. Dupré, dans une Revue Polyclinique des Psychoses hallucinatoires chroniques, parue en 1907, étudie des cas de transition de ce genre (1).

Au point de vue de l'école de Kraepelin, ces délires ont été à peu près tous rangés dans la psychose paranoïde, considérée comme une des formes de la Démence Précoce.

Actuellement, une limitation plus naturelle rattache à la psychose discordante les seuls délires où s'affirment des troubles profonds de l'affectivité. Les délires de possession, d'influence, et surtout de domination, sont encore fréquents dans cette psychose ainsi comprise (Masselon). Mais alors ils prennent un caractère voisin de celui de l'hébéphrено-catatonie.

Pour les autres, M. Ballet les range dans la psychose hallucinatoire chronique où les phénomènes d'automatisation jouent sans doute un très grand rôle. Le pronostic est-il toujours aussi sombre ? Ne pourrait-on trouver toutes les formes de passage entre les délires à évolution progressive et les bouffées passagères de délire confus, crises émotives ou phénomènes symptomatiques de quelque intoxication ?

Les phénomènes morbides n'ont, en eux-mêmes, rien de définitif, puisqu'ils ne sont point en eux-mêmes systématiques. D'autre part, quelques symptômes d'automatisation ou d'échappement ne signifient pas la dissolution d'une personnalité qui se retrouve pour les combattre, constituant ainsi les systématisations. Sur ce rôle de la personnalité s'opposant aux accidents patho-

(1) Dupré. *Encéphale*. 1907, I, p. 398.

logiques, l'on trouvera de très intéressantes considérations dans le travail de MM. Ducasse et Vigouroux (1).

Ces conceptions viendraient à l'appui de la théorie confusionnelle des délires hallucinatoires et psycho-moteurs que M. Toulouse (2) considère volontiers comme des formes limitées de la confusion mentale.

Certains cas, en effet, comme nous en publierons un avec M. G. Petit, semblent être la limitation et comme la guérison incomplète d'accès de confusion mentale généralisée. Les phénomènes psycho-moteurs et psycho-sensoriels, d'abord sans systématisation aucune, seraient partiellement réduits, limités, puis interprétés comme l'action d'influences extérieures par la personnalité qui fait ainsi, pour ainsi dire, la part du feu.

Dans le cas présent, les phénomènes d'échappement, pour être plus discrets, ne s'en sont pas moins produits dans les crises émotives, que l'on peut considérer comme de courtes bouffées confusionnelles, ainsi que les rêves dont nous avons vu l'importance dans la genèse de la psychose.

Enfin dans les cas en apparence très systématiques, comme dans ceux que l'on désigne des noms de paranoïa hallucinatoire ou de délire systématisé chronique, l'évolution est souvent moins rigide qu'on ne l'admet. Ces psychoses évoluent souvent par « poussées ». D'ailleurs, on constate au début un état de trouble, de malaise, dans lequel le malade ne s'explique pas bien ce qu'on lui veut ni ce qu'il veut ? N'est-ce point l'équivalent d'un état confusionnel léger, ou tout au moins, d'un léger état de détente psychique ? Le caractère « paranoïaque » peut, dans bien des cas, être une réaction du sujet qui se défend contre le délire. Mais, qu'il existe ou non au début, on comprend pourquoi les troubles sont orientés toujours dans le sens de la tendance dominante.

Il n'est pas jusqu'aux interprétations où la systématisation primitive n'est peut-être beaucoup moins forte

(1) Ducasse et Vigouroux. Du délire systématisé. *Revue de Psychiatrie*, 1900, p. 50 et suivantes.

(2) Toulouse et Mignard. Les Maladies mentales et l'Auto-conduction. *Revue de Psychiatrie*, juillet 1911, p. 302.

que l'on ne pourrait croire. Notre malade en fait quelques-unes, sous le coup de ses émotions. Ce ne sont d'abord que des sortes de sentiments irréductibles, amenant de vagues suppositions dans le sens de la crainte, de la terreur ou de l'amour. Il n'y a là rien d'une construction logique, mais plutôt la perte du contrôle. La systématisation se fait après coup.

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 17 février 1913.

I. — *Délire post-traumatique. Présentation de malade.* — MM. Trénel et Fassou présentent un maçon, buveur, ayant fait une chute sur la tête sans perte de connaissance. Dans la nuit, délire professionnel où le malade cherche à accomplir les actes de son métier ; ce délire dure plusieurs jours. A son entrée, le délire a disparu, on constate une dilatation de la pupille droite sans autre symptôme oculaire, une légère anosmie droite, une extrême diminution des réflexes rotuliens, une légère parésie droite. Pas de symptômes manifestes d'alcoolisme. Douleur continue frontale. Conscience lucide. Pas d'amnésie. Légers troubles discutables de la parole. L'origine purement alcoolique du délire est douteuse. Pronostic réservé. Wassermann du sang négatif. Pas de ponction lombaire.

II. — *Rêves lilliputiens chez un alcoolique. Présentation de malade.* — M. Fassou montre un alcoolique chez lequel il a observé, sous forme de rêve, un mode d'hallucinations visuelles signalé par Leroy sous le nom d'*hallucinations lilliputiennes* consistant en l'apparition de multiples personnages minuscules. Le rêve s'est reproduit à plusieurs reprises chez ce malade au cours d'un accès de délire.

III. — *Troubles intellectuels consécutifs à une intoxication par l'oxyde de carbone. Présentation de malade.* — MM. Briand et Salomon présentent un malade qui, à la suite d'une intoxication accidentelle par les vapeurs de charbon, a présenté des troubles intellectuels profonds qui se sont progressivement aggravés à partir du jour de l'accident. Il présente actuellement un état de confusion mentale à forme amnésique avec gâtisme. Les troubles de la mémoire sont très profonds et l'amnésie

porte non seulement sur les faits récents, mais encore sur les faits anciens. Avant l'accident, ce malade n'aurait présenté aucun trouble intellectuel.

IV. — *Intoxication par le sulfure de carbone. Présentation de malade.* — M. Provost montre une malade intoxiquée par le sulfure de carbone. Pendant une première période qui dura trois mois, celle-ci présenta quotidiennement le tableau de l'ivresse sulfo-carbonée de Delpech : loquacité, rire, titubation, vertiges, accompagnée d'excitation génitale, de céphalalgie, de diarrhée et de vomissements (pas d'hallucinations). Pendant une seconde période de quinze jours suivie d'amnésie, la malade est restée dans un état de confusion avec excitation violente, hallucinations et idées délirantes de persécution. Il semble que la première période soit caractéristique de l'intoxication par le sulfure de carbone. De plus, l'ivresse sulfo-carbonée se présentant comme une ivresse d'ordre purement moteur s'opposerait aux ivresses intellectuelles et sensorielles.

V. — *Sclérose en plaques avec syndrome Bravais-jacksonien ; troubles psychiques. Nystagmus congénital. Présentation de malade.* — M. Salomon présente un malade atteint de nystagmus congénital chez lequel apparaissent, à l'âge de quatorze ans, des crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne. Bientôt vinrent s'ajouter des crises hystériiformes, puis des bouffées de délire avec fureur, réactions violentes, hallucinations visuelles et auditives. L'examen physique révèle, en outre de l'hypoesthésie cutanée en plaques, l'absence de réflexe crémastralien, l'embarras de la parole, l'ébauche de tremblement intentionnel. Du côté des réflexes, on note l'exagération de tous les réflexes tendineux, le clonus de la jambe et du pied, le signe des orteils en extension.

Chez ce malade, on peut se demander s'il existe une relation entre la sclérose en plaque et le nystagmus congénital.

VI. — *Un cas de délire post-épileptique. Présentation de malade.* — M. Fillassier présente un malade qui, à la suite de crises épileptiques, se livre à une série d'actes dont la coordination pouvait faire croire à une conservation de la conscience. Il indique les difficultés cliniques que présentent ces états et leur importance médico-légale.

VII. — *Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. Présentation de malade.* — MM. Usse et Livet montrent une malade de la consultation externe de MM. Toulouse et Marchand qui, depuis l'âge de cinq ans, présente, à côté de quel-

ques crises épileptiques banales (avec perte de connaissance, convulsions et amnésie consécutive), des accès plus fréquents d'épilepsie partielle sous forme d'aphasie motrice consciente et mnésique. Ces deux sortes de crises ont eu la même apparition précoce ; elles présentent même début brusque et même durée ; elles sont influencées de façon parallèle par le traitement classique de l'épilepsie (régime déchloruré, bromuré) ; enfin, dans chacune d'elles, les troubles moteurs prédominants sont toujours localisés au niveau des mêmes groupes musculaires labio-glosso-laryngés. De ce dernier fait, on pourrait inférer que, chez cette malade, en dehors des lésions probables de méningo-encéphalite diffuse, une altération locale prédominante au niveau des centres moteurs du langage, joue le rôle d'épine irritative dans l'éclosion des crises et conditionne cette paralysie pseudo-bulbaire transitoire qui, tantôt domine le tableau clinique, tantôt se trouve effacée par des troubles plus étendus.

VIII. — *Quelques considérations sur le traitement de l'épilepsie par l'acide borique.* — MM. Bourilhet et Brissot (de Moulins) ont utilisé l'acide borique comme traitement de l'épilepsie convulsive et de l'épilepsie vertigineuse chez des enfants et chez des adultes. Ils ont obtenu des résultats très satisfaisants.

Les auteurs préconisent l'emploi de l'acide borique cristallisé, l'acide borique en paillettes pouvant occasionner des accidents d'intoxication assez graves.

IX. — *Myopathie progressive avec épilepsie chez deux frères.* *Présentation de photographies.* — MM. Naudascher et Beausart montrent les photographies d'un malade atteint depuis l'âge de dix ans de myopathie progressive de type à la fois facio-scapulo-huméral et pseudo-hypertrophique (mollets). Avec le début apparent de la myopathie ont commencé des attaques d'épilepsie. Débilité mentale ; glycosurie remplacée par de l'hyperphosphaturie ayant laissé place elle-même à de l'hypoazoturie. Le frère, âgé de quatorze ans, est atteint depuis trois années de myopathie type Leyden-Möbius. Il a présenté, il y a quelque temps, des accidents comitiaux.

X. — *Ramollissement de la couche optique chez un diabétique.* *Présentation de préparations.* — MM. Vigouroux et Hérisson-Laparre apportent des préparations relatives à un ramollissement de la couche optique chez un tabétique. Ce malade présentait en outre un certain degré d'affaiblissement intellectuel, de la dépression mélancolique avec idées hypocondriaques qui

auraient pu faire penser à une association tabéto-paralytique. Cependant, le degré peu marqué de démence et la conscience suffisamment nette de la situation avaient empêché d'affirmer ce diagnostic. Et, en effet, l'autopsie montra que s'il existait par place de l'infiltration de la méninge et du cortex, il n'y avait pas, à proprement parler, de méningo-encéphalite diffuse et les fibres tangentielles et transversales étaient conservées. Le syndrome thalamique n'avait pas été cliniquement décelable. Les auteurs attribuent ce fait à ce que le ramollissement était localisé au noyau interne du thalamus et que la capsule interne et les noyaux antérieurs, externe et postérieur du thalamus, ainsi que les noyaux lenticulaires et caudés, étaient absolument indemnes de toute lésion.

JOURNAUX RUSSES

ANNÉE 1912.

Revue de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale.

I. — *Phobie de la vitesse croissante*; par le professeur W.-Th. Tschige (numéro de janvier). — Description d'un cas où il s'agit d'un malade qui avait tous les phénomènes caractéristiques de la phobie, liée avec le mouvement du train, allant avec grande vitesse.

II. — *Sur la question de l'épilepsie tardive et de l'épilepsie sénile*; par le Dr A.-A. Soukhoff (numéro de janvier). — Ayant exposé son observation, Soukhoff émet l'hypothèse qu'à la base de l'épilepsie se trouvent de l'atrophie des cellules corticales et de la diathèse épileptique.

III. — *Cas d'épilepsie traumatique indirecte*; par le Dr W.-J. Anfimoff (numéro de février). — Il s'agit d'un malade de quarante-huit ans, chez qui, après une blessure de la main gauche où se forma une cicatrice, se manifestèrent des accès épileptiques. Anfimoff présumait que la source de ces derniers était dans la compression du nerf périphérique par la cicatrice; pourtant, l'opération n'améliora pas le malade et les accès continuèrent toujours.

IV. — *Matériaux de l'investigation expérimentale-psycholo-*

gique des malades avec hémiplégie d'origine capsulaire et d'origine corticale ; par le Dr Gourko (numéro de février). — Se basant sur ses expériences, l'auteur montre que l'activité mentale des malades de ces deux catégories apparaissait un peu dénuée, comparativement aux individus normaux ; mais la capacité de concentration, de reproduction, de l'observation et la capacité d'unir dans un entier les parties d'un objet quelconque, se présentaient abaissées d'une manière plus marquée ; en outre, les malades avec hémiplégie d'origine corticale accusaient un affaiblissement plus grand de toutes ces capacités que les malades avec hémiplégie d'origine capsulaire. Le temps des associations libres était plus prolongé chez les malades des deux catégories en question que chez les sujets bien portants ; mais les variations et la profondeur du contenu ne se distinguaient par rien de ces derniers, seulement les malades avec hémiplégie d'origine corticale avaient une tendance à répéter le mot excitateur, en le modifiant un peu quelquefois. Quant à la région de l'activité des associations synthétiques, ce sont les malades avec hémiplégie d'origine capsulaire qui, seulement ici, manifestaient beaucoup plus de lenteur à effectuer les thèmes proposés que les malades de la seconde catégorie.

V. — *De la gliomatose épendymaire des ventricules cérébraux* ; par le Dr M.-S. Margoulis (numéro de janvier-février). — Se basant sur des cas observés par lui, l'auteur énonce les conclusions suivantes : le tableau anatomique de la gliomatose épendymaire consiste dans l'hyperplasie de l'enveloppe épendymaire du ventricule et dans la formation sur les parois des ventricules dans la région du noyau caudé de foyers particuliers d'excroissance gliomateuse, de différente ancienneté. Dans l'écorce, en partie dans la substance sous-corticale, a été constatée de la prolifération très accusée du tissu glieux. La gliomatose épendymaire présente par elle une localisation en foyer du processus de la prolifération glieuse générale ; elle est analogue à la sclérose corticale de Chaslin. Le polymorphisme du tableau clinique dans ces cas dépend de l'influence du processus glieux général sur toute la masse du cerveau avec localisation préférentielle dans ses endroits isolés ; en somme, ce processus est productif et progressif et présente par lui une gliose primitive ; il est d'origine toxi-infectieuse.

VI. — *Contribution à l'étude de l'influence du radium sur la rapidité de l'excitation nerveuse* ; par le Dr P.-J. Kaufmann (numéro de mars). — L'auteur s'applique à démontrer que le

radium n'a pas d'influence immédiate sur la fonction des nerfs ; quant aux phénomènes physiologiques observés dans le système nerveux sous l'influence du *radium*, ils apparaissent, d'après l'avis de Kaufmann, secondaires.

VII. — *De la chorée chronique* ; par le Dr S.-B. Verguilessoff (numéro de mars). — Chez un malade de vingt-huit ans, se sont manifestés des phénomènes très caractéristiques, mais assez faiblement exprimés, de l'affection donnée.

VIII. — *Alcoolisme chronique et anaphylaxie* ; par les Drs E.-O. Manoiloff et E.-P. Zboromirsky (numéro de mars). — Les auteurs trouvent que l'introduction du sérum des alcooliques aux animaux provoque chez ces derniers un état d'anaphylaxie passive pour l'alcool, qui déjà, en petites doses, donne un choc ou, plus souvent, une lésion, menant infailliblement à la mort après quelques jours ; la forme de l'alcoolisme ne joue pas ici de rôle essentiel ; cet état d'anaphylaxie disparaît assez vite, comme il paraît. Les expériences ont été faites sur des cobayes et des lapins.

IX. — *La psychoanalyse comme méthode pour le diagnostic psychologique et pour la psychothérapie (méthode de Freud)* ; par le Dr P.-P. Toutychkine (numéro de mars). — L'auteur pense que la psychoanalyse donne un moyen très sérieux pour l'acquisition du matériel et pour le contrôle pratique de ce dernier ; dans la psychoanalyse, dit Toutychkine, nous avons un moyen très sûr pour la solution régulière du problème de la liberté, de la volonté et du déterminisme psychologique.

X. — *Essai d'investigation expérimentale-psychologique de l'influence du « Natrum Bromatum » sur le processus de concentration et sur la capacité au travail* ; par le Dr Z. A. Mislinévitch (numéro d'avril). — Se basant sur des expériences personnelles, Mislinévitch se convainquit que le *Natrum Bromatum* influe d'une manière inhibitoire sur la réaction du choix des signes définis ou des lettres, mais à un degré peu significatif (même après l'absorption de 4 grammes du *Natrum Bromatum*). La fatigue, sous l'influence de la préparation bromurée, survenait plus vite.

XI. — *Du gynandromorphisme chez les animaux et chez l'homme* ; par le Dr E. W. Erixone (numéro d'avril). — L'auteur décrit un cas de ce genre, où il s'agit d'un soldat qui avait la sphère psychique d'une femme et par sa conduite ressemblait aussi à une femme.

XII. — *Investigation de la fonction olfactive du chien par*

la méthode des réflexes moteurs d'association; par le Dr A. Kouniaëff (numéro d'avril). — L'auteur constata que, dans l'élaboration du réflexe d'association sur une odeur définie, s'observait (dans toute une série d'expériences) une alternance ondoyante du réflexe différencié par le réflexe non différencié, ce qui dépendait, il paraît, de la lutte des influences inhibitoire et excitante. Le réflexe moteur d'association différencié sur l'excitation olfactive chez les chiens s'élabore très lentement et apparaît peu solide; le réflexe non différencié sur les excitations olfactives survient vite, mais il n'est pas solide non plus.

XIII. — *Contribution à la connaissance des gliomes du cerveau*; par le Dr K. J. Walker (numéro d'avril). — Description d'un cas de tumeur cérébrale qui, dans différents endroits, avait différente structure; c'était, comme pense l'auteur, au commencement, un gliosarcome, s'étant modifié ensuite en une tumeur maligne du tissu conjonctif.

Journal de Neuropathologie et de Psychiatrie du nom de S. S. Korsakoff.

I. — *Contribution à la connaissance du tabes infantile*; par le Dr B. B. Dekhtéreff (fasc. 1). — Il s'agit d'un garçon de dix ans avec syphilis héréditaire, en forme latente; dans sa neuvième année déjà, l'enfant manifestait de l'incontinence d'urine, ensuite survint l'affaiblissement progressif de la vue. A l'investigation du malade, on n'a pas pu obtenir de réflexe rotulien; il y avait encore le symptôme de Romberg, pas très accentué.

II. — *Sur la question de la simulation des maladies mentales*; par le Dr S. A. Tzetline (fasc. 1). — D'après l'opinion de l'auteur, la simulation pure, sans base morbide, est un phénomène très rare, car les individus recourant à la simulation sont ou des malades psychiques ou des dégénérés.

III. — *Contribution à l'étude de l'épilepsie de Kojévnitkoff*; par le Dr M. B. Krol (fasc. 1). — L'auteur présume que l'épilepsie de Kojévnikoff n'est pas une entité nosologique, mais seulement un syndrome et, dans son cas, où il s'agit d'un malade de dix-sept ans, Krol voit la confirmation de son point de vue; il y avait, chez le malade en question, des tiraillements incessants dans la moitié gauche de la face, dans l'extrémité supérieure gauche et des accès convulsifs.

Psychothérapie.

I. — *Tendances fondamentales de la psychothérapie rationnelle contemporaine*; par le Dr B. N. Likhnitzky (n° 1 et 2).

— Dans son travail, l'auteur a en vue seulement les adeptes de la méthode de persuasion, et il communique aux lecteurs les points de vue de Dubois, Déjerine, Rosenbach et Marcinovsky.

II. — *Hystéro-cyclothymie et quelques mots sur le suicide*; par le Dr G. W. Kannabich (n° 1). — L'auteur appelle l'attention sur l'existence de cas où il y a combinaison de l'hystérie avec la psychose maniaque-dépressive; dans le cas cité par Kannabich, il y avait exacerbation des phénomènes hystériques pendant la phase d'excitation, et ces phénomènes s'effaçaient, lorsque survenait la période de dépression.

III. — *De la psycho-analyse dans le traitement des alcooliques*; par le Dr A. A. Pievnitsky (n° 1). — D'après l'avis de l'auteur, ni la suggestion, ni l'hypnose ne donnent, dans le traitement de l'alcoolisme, de résultats positifs; l'hypnose sert seulement pour la mesure du degré de la suggestibilité. La méthode de persuasion donne, dans ces cas, de meilleurs résultats; mais, outre cela, est indispensable ici la psycho-analyse encore, car parmi les alcooliques il y a beaucoup de névrosés.

IV. — *Psychoanalyse d'un cas d'hystérie*; par le Dr L. J. Bieloborodow (n° 2). — Description détaillée d'un cas d'hystérie, où la psycho-analyse versa une lumière sur la pathogénie des symptômes hystériques.

V. — *De la cyclothymie et de ses combinaisons*; par le Dr N. A. Wyrovboff (n° 2). — L'auteur considère la cyclothymie comme une lésion d'origine toxique; ne réfutant pas que c'est une anomalie constitutionnelle, il pense qu'on peut parler ici d'une diathèse particulière, c'est-à-dire d'une prédisposition morbide de tout l'organisme. Les phénomènes cyclothymiques se combinent souvent avec l'hystérie, la psychasthénie et la paranoïa (dans le sens de Kraepelin).

VI. — *Le mécanisme psychique des symptômes dans un cas de psychose hystérique*; par le Dr M. M. Assatiani (n° 3). — L'auteur cite un cas de psychose hystérique où la psycho-analyse manifesta d'une manière très nette le mécanisme des symptômes névrosiques.

Moniteur neurologique.

I. — *Paralysie progressive paranoïde*; par le Dr B. I. Roudneff (fasc. 1). — L'auteur a observé trois cas de paralysie générale à forme paranoïde, avec autopsie. Le diagnostic différentiel, pendant la vie des malades, oscillait entre la maladie en question et la démence précoce.

II. — *Sur les infirmières dans les sections pour les hommes de l'asile psychiatrique du gouvernement de la ville d'Orel*; par le Dr J. S. Hermann (fasc. 2). — Ayant remplacé les serviteurs, dans les sections pour les hommes, par des infirmières, l'auteur s'est convaincu que le soin des malades s'est amélioré et la pratique hospitalière s'est effectuée, dans ces conditions, mieux qu'avant cela.

III. — *De la presbyophrénie*; par le priv.-doc. S.-A. Soukhanoff (fasc. 1). — Se basant sur l'étude des données littéraires et sur des observations personnelles, Soukhanoff vient à la conclusion qu'on aurait pu parler de la psychose d'involution comme d'une psychose englobant la démence sénile, la presbyophrénie de Wernicke, la démence artériosclérostique, la maladie d'Alzheimer et aussi les syndromes vésaniques se développant ici sur un fond démentiel.

IV. — *De la modification de l'état psychique dans la myasthénie*; par M. W. Zaïtchik (fasc. 2). — L'investigation expérimentale-psychologique dans un cas de myasthénie démontre que les associations ici apparaissent primitives et stéréotypées pendant que le sujet se trouve en état de dépression ou d'apathie; il y a très peu d'associations absurdes ou faites par consonance; la rapidité de ces associations est comme dans la norme. Concernant l'attention, il faut remarquer que, quoique la vitesse de la réaction était ici un peu plus accélérée que chez les bien portants, on pouvait signaler plus d'erreurs, surtout s'augmentant vers la fin de l'expérience.

V. — *Altération du système nerveux central sous l'influence des pressions aériennes dépassant la pression atmosphérique; maladie de caisson*; par le Dr I. A. Vessélitsky (fasc. 2). — L'auteur énonce ses considérations générales sur la pathogénie de la lésion du système nerveux central dans les conditions données.

VI. — *Sur la question de la maladie de Raynaud*; par le Dr A. A. Soukhoff (fasc. 2). — L'auteur pense que ce sym-

tomo-complexus survient à cause de la dystrophie générale du système nerveux, à localisation différente.

VII. — *Un cas de paralysie du nerf facial*; par le D^r Ch. J. Protopopoff (fasc. 2). — L'auteur cite un cas d'origine traumatique.

VIII. — *De l'histoire de la psychiatrie; remarques sur Arétéée*; par le professeur V. P. Ossipoff (fasc. 2). — L'auteur porte l'attention sur ce point que la conception contemporaine de la psychose maniaque dépressive était déjà esquissée par Arétéée, dix-neuf siècles avant notre temps.

IX. — *Application de la méthode des réflexes conditionnels pour l'investigation des centres de l'écorce cérébrale du chien*; par le D^r I. Ch. Tolotchinoff (fasc. 2). — A l'excitation à distance d'un chien, avec enlèvement préalable du centre salivaire, Tolotchinoff arrive à la conclusion qu'on peut obtenir des réflexes salivaires conditionnels et non conditionnels; en somme, on a ici le même tableau qui existait chez l'animal avant l'extirpation du centre salivaire. Si le réflexe salivaire est affaibli ou éteint, il se ranime de nouveau, dès qu'a lieu le changement de la personne qui excite le chien à distance.

Questions de philosophie et de psychologie.

I. — *Pathologie du sens moral*; par le priv.-docent D^r S. A. Soukhanoff (numéro de janvier-février). — L'observation indique qu'il peut se produire des anomalies congénitales ou constitutionnelles du sens moral qui se manifestent de différentes manières. Dans de certains cas s'observe de l'inversion morale, se combinant avec le développement insuffisant général des capacités mentales; dans d'autres cas, s'observe une simple stupidité morale; pourtant, ici ce trait de caractère n'apparaît pas isolé, car il coexiste avec des phénomènes de faiblesse du sens logique ou intellectuel; en outre, ici peut être noté encore de l'abaissement de l'instinct de l'auto-conservation. Outre la stupidité morale et l'inversion morale, se rencontrent des cas avec instabilité morale, et alors on peut observer de la ressemblance avec la sphère psychique infantile, puisque les traits infantiles restent, alors que l'évolution de la personnalité devrait être achevée. Assez peu d'attention a été prêtée dans la région de la psychologie pathologique à la manifestation du soi-disant « altruisme morbide » qui se rencontre dans des conditions

psychiques définies. Le matériel, fourni par la psychopathologie et concernant les diverses anomalies du sens moral, a une signification aussi pour la résolution de certaines questions théoriques entrant dans la région de la psychologie, par exemple, de la question sur la genèse du sens moral, de sa liaison avec d'autres côtés de la vie psychique, avec le sens logique ou intellectuel, etc. L'étude de la pathologie du sens moral a aussi une signification pratique, fournissant des données indispensables pour éclairer l'état psychique des personnes qui commettent parfois des actions incompréhensibles. Le sens moral doit être considéré comme une émotion supérieure dont l'existence facilite l'apparition dans le champ de la conscience des idées et des représentations correspondantes unies par elle dans un « complexus » particulier; du point de vue biologique, cette émotion apparaît une acquisition (congénitale) et un ornement dans l'organisation psychique de l'homme, agissant dans le milieu social. Les anomalies du sens moral accompagnées d'actes anti-sociaux à l'existence de la faiblesse du « complexus » correspondant, servent de confirmation de cette supposition.

II. — *Du rapport des lobes frontaux à la psychologie et à la psycho-pathologie*; par le Dr B.-K. Khorochko (numéro de mars-avril). — Si les investigations morphologiques du cerveau peuvent donner le droit de se prononcer sur le rapport de l'une ou l'autre région du système nerveux avec la vie psychique, les données de l'anatomie normale, pathologique, et comparée, celles de l'embryologie et de l'histologie, parlent pour le rapport des lobes frontaux aux particularités psychiques, propres principalement à l'homme. Les investigations tératologiques concernant les microcéphales, les monstres, les individus avec développement incomplet, etc., et aussi les investigations généalogiques concernant les gens illustres, n'ont pas pu donner jusqu'à présent de données essentielles sur cette question. Les expériences sur des animaux parlent en faveur de la relation des lobes frontaux avec la sphère psychique et les données négatives réclament de l'explication. En ce qui concerne les données cliniques, elles sont loin d'être égales. Quoiqu'on puisse reconnaître que dans l'altération des lobes frontaux très souvent s'observe du trouble mental, pour le moment on ne peut instituer aucune loi le confirmant. Tout ce qui est connu de notre temps ne nous permet pas de tirer une conclusion catégorique que les lobes frontaux ont un rapport quelconque indubitable

avec quelque côté défini de la vie psychique ; il existe beaucoup de données parlant en faveur de ce fait que les lobes frontaux sont intimement liés avec les fonctions de l'aperception.

Questions de psychiatrie et de neurologie.

I. — *De la démence presbyophrénique* ; par le privat-docent Dr S. A. Soukhanoff (n° 1). — L'auteur dit que la question des psychoses d'âge sénile et présénile est une question moderne dans la psychiatrie clinique. Outre la démence sénile comprise dans le sens étroit de ce mot, ont été décrites la démence artérosclérotique, la presbyophrénie de Wernicke, la démence post-apoplectique (Beyer) et la maladie d'Alzheimer. Toutes ces affections, d'après Soukhanoff, ne sont que des formes d'une seule et même psychose, à savoir de la psychose d'involution et non des maladies autonomes. Soukhanoff pense qu'il existe peut-être une unité nosologique particulière sous forme de psychose d'involution ou démence presbyophrénique dont le symptôme fondamental et essentiel serait l'affaiblissement psychique et dont le tableau morbide se distingue par le polymorphisme.

II. — *Contribution à la connaissance du tableau clinique du syndrome de la thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure inférieure* ; par le Dr N.-A. Zakhartchenko (n° 2). — Le tableau morbide présenté par le syndrome de la thrombose de l'artère cérébelleuse est bien esquisssé avec sa symptomatologie, sa marche, son pronostic et son anatomie pathologique définie. Chez un malade de cinquante-six ans, observé par l'auteur, on nota dès le début apoplectique de la maladie : vertige, faiblesse générale, tiraillements dans la moitié gauche de la face et un sentiment de froid dans le membre inférieur droit. À l'examen du malade, après que les phénomènes cérébraux aigus s'éteignirent, on constata de l'hémianesthésie alternante (du côté gauche de la face et des membres droits), de la paralysie de la moitié gauche du palais mou, de la corde vocale gauche et du nerf sympathique gauche, du trouble de la déglutition, de la diplopie passagère, des douleurs dans la moitié gauche de la face et de la tête, de la retropulsion, de l'ataxie des membres gauches. Zakhartchenko rapproche son cas de ceux où existe de l'altération de la région inférieure de la protubérance, et dans lesquels se trouve, il paraît, un foyer de ramollissement

dans la partie postéro-externe de la moelle allongée, correspondant à la région de l'artère cérébelleuse postérieure-inférieure gauche; la diplopie de courte durée était due, comme il paraît, au processus inflammatoire dans la région du nerf oculomoteur externe gauche. Malgré que ce syndrome soit peu connu encore, l'auteur croit qu'il ne se présente pas si rarement; il a observé beaucoup de malades de ce genre.

III. — *Un cas de tumeur cérébrale;* par le professeur Spassokoukotsky et les Drs S. A. Liasse et N. E. Ossokine (n° 3).

— Chez une malade de quarante-quatre ans, a été posé le diagnostic de tumeur du cervelet; pendant l'opération survint la cessation de la respiration, mais l'activité du cœur continuait dans le cours de plusieurs heures avec respiration artificiellement soutenue.

IV. — *Base théorique de la responsabilité;* par le privat-docent M. J. Lakhtine (n° 4). — L'auteur pense que la question de la responsabilité sociale, posée d'une manière physiologo-pathologique, peut satisfaire les représentants de toutes les directions philosophiques. Lakhtine partage le point de vue sur la diminution de la responsabilité, correspondant au degré du trouble fonctionnel des neurones psychiques. D'après l'opinion de l'auteur, on peut être responsable physiologiquement et ne pas être coupable; mais on ne peut pas être coupable sans être responsable physiologiquement.

V. — *Le salvarsan dans les lésions syphilitiques et métasyphilitiques du système nerveux;* par le Dr S. A. Liasse (n° 5).

— L'auteur, en résumant les résultats publiés dans la littérature concernant l'application du salvarsan dans le tabes et dans la paralysie générale, prête l'attention sur cela que, dans la grande majorité des cas, les résultats obtenus étaient peu consolants dans le tabes et qu'il y avait absence de tout effet thérapeutique dans la paralysie générale; des résultats favorables et même parfois brillants, quoique pas constants, ont été constatés dans les lésions syphilitiques pures du système nerveux. Liasse, se basant sur des expériences personnelles, vient à la conclusion, comme certains autres cliniciens, que dans la syphilis cérébrale on peut le plus s'attendre à un succès de l'application du salvarsan dans les cas où la néoformation syphilitique est encore d'origine récente. Il est à douter que le salvarsan, comme les préparations mercurielles, puisse être un moyen prévenant la paralysie générale et la guérissant. Dans un des cas de l'auteur, chez un syphilitique de quarante

ans, après l'injection du salvarsan, faite deux fois, dans le but de prévenir dans l'avenir l'apparition des symptômes syphilitiques, se développa de la paralysie du nerf oculomoteur externe du côté gauche; dans un autre cas, chez un malade de trente ans, se manifesta un état particulier d'automatisme et, ensuite, survint chez lui de l'amnésie, se rapportant à une période d'une semaine et demie. D'après l'avis de Liasse, le salvarsan, dans certains cas de syphilis du système nerveux central, paraît être un moyen thérapeutique très précieux, parfois même sauvant la vie du malade. Pourtant, le salvarsan n'a pas d'influence visible sur le tabes; mais il est possible que, dans les stades précoces de cette affection, il peut, à un certain degré, améliorer la nutrition de l'organisme et l'état subjectif du malade. Sur la marche de la paralysie générale le salvarsan n'a aucune influence, puisque, peu de temps après l'application pratique du salvarsan, il est difficile de dire si cette préparation ou d'autres préparations analogues pourront sauver les malades du développement, chez eux, des symptômes parasyphilitiques.

Psychiatrie contemporaine.

I. — *Du diagnostic différentiel de la folie épileptique*; par le Dr M. O. Gourévitch (numéro de janvier). — En élargissant les cadres de la psychose épileptique, l'auteur réfute volontiers la combinaison de la psychose donnée avec d'autres formes du trouble mental; il insiste sur la rareté des combinaisons des psychoses en général.

II. — *Du trouble de la mémoire dans certaines lésions en foyer du cerveau*; par le Dr B. A. Guiliarovsky (numéro de février). — L'auteur s'est convaincu que la mémoire se trouble le plus souvent lorsque a lieu l'altération des fibres d'association qui sont liées avec les lobes temporaux et frontaux.

III. — *Prophylaxie chirurgicale de la dégénérescence*; par le Dr S. A. Préobragensky (numéro de mars). — L'auteur est adversaire de ce moyen de lutter contre la criminalité et la dégénérescence.

IV. — *Hallucinations olfactives parmi les prodromes de l'accès dipsomaniaque*, par le Dr J. N. Wedensky (numéro de mars). — Dans trois cas de dipsomaniè, Wedensky a observé un symptôme, très curieux, d'hallucinations olfactives qui disparaissaient dès que finissait l'accès de dipsomanie.

V. — *De la maladie d'Alzheimer*; par les D^{rs} B. M. Hakké-bousch et T. A. Geier (numéro d'avril). — Les auteurs comparent cette maladie donnée au groupe de la démence sénile : dans ces cas, l'involution sénile du cerveau commence de bonne heure; ici, s'observe du trouble de mémoire très profond et un état démentiel, survenant très rapidement, de la tension musculaire, des accès épileptiformes et du trouble d'articulation.

VI. — *Enveloppement des malades psychiques comme procédé hydro-thérapeutique*; par le D^r L. J. Aichenwald (numéro de juin). — Dans ce moyen hydrothérapeutique, pratiqué *larga manu*, l'auteur voit une infraction au no-restraint.

ELISE SOUKHANOFF.

BIBLIOGRAPHIE

Los modos extralógicos de pensar (Les façons extralogiques de penser) ; par le Dr José Ingegnieros. — Broch. in-8° de 40 p. Extrait de l'*Argentina médica*, n° du 23 avril 1910.

L'étude expérimentale des processus intellectuels supérieurs a conduit l'auteur à constater que la classification courante en psychologie est artificielle et fausse, et correspond à l'analyse des opérations logiques, et non à une psychologie de la pensée ; or, le mécanisme réel et habituel de la pensée ne ressemble nullement au raisonnement logique. Dans la psychologie moderne, la pensée est une synthèse de l'activité psychique. En examinant la formation progressive des fonctions psychiques dans la série biologique, on conçoit la pensée comme un processus biologique par lequel la matière vivante, à l'aide de l'expérience, apprend à connaître les conditions du milieu où elle évolue. Les opérations intellectuelles ne sont qu'une élaboration complexe et systématique des données de l'expérience, recueillies par la sensibilité et dirigeant des actes coordonnés en vue de l'adaptation au milieu, — élaboration de complexité progressivement croissante à mesure qu'on s'élève dans la série biologique, et plus étroitement localisée. Nous pensons la réalité telle que l'expérience nous la révèle ; les modes réels de la pensée, résultat de cette expérience, ne suivent pas les règles classiques du raisonnement logique. Aussi, l'ancienne logique a-t-elle perdu tout crédit même auprès des logiciens contemporains, qui en renouvellent les bases (logique génétique de Baldwin). L'étude des modes réels de la pensée est un chapitre de la psychologie biologique, auquel convient la méthode génétique envisageant : la formation de la pensée dans l'évolution des espèces ; les transformations des manières de penser dans l'évolution de l'humanité ; leur développement progressif chez l'individu. Un tel plan d'études, constituant une véritable physiologie des opérations intellectuelles, est, pour l'instant, irréa-

lisable, et les psychologues doivent s'en tenir à la morphologie empirique des modes de penser chez l'homme.

Ceux-ci sont irréductibles au criterium de certitude logique. L'expérience résulte, en effet, de l'ensemble de nos sensations, perceptions et images. Le concept n'est qu'une synthèse de perception élaborée par l'expérience. Il implique un jugement et, par conséquent, une affirmation : c'est dire que tout jugement est une croyance. La croyance, mobile de l'activité humaine, n'a aucune base dans la certitude ou l'évidence ; elle existe avant toute application des criteriums logiques du raisonnement : toute nouvelle expérience est perçue à travers nos croyances préformées, notre première attitude mentale étant toujours l'adhésion à ce qui se présente à notre expérience. L'éducation diminue notre crédulité primitive, mais ne fait que corriger ou transformer nos croyances spontanées. La psychologie des modes réels de la pensée se ramène à une histoire des croyances ; la certitude logique est étrangère à la pensée réelle. Les croyances intellectuelles elles-mêmes sont le produit de modes de penser extralogiques : nous pensons une vérité par les mêmes processus intellectuels que nous pensons une erreur ; dans les deux cas, nous croyons ce que nous pensons. Dans leur formation, les modes réels de la pensée sont soumis à l'influence de facteurs généraux (héritage, éducation) et individuels (intérêt et attention, dont les pragmatistes ont mis le rôle en lumière).

Les limites de cette analyse ne nous permettent pas d'entrer dans le détail des caractères des divers modes connus de la pensée : raisonnements implicites, inconscients, affectifs, volitifs, imaginatifs, analogiques, sophistiques, pathologiques, sociaux et contradictoires. La conclusion de cette étude est que l'homme est habituellement, par sa manière de penser, un être illogique et irrationnel.

Si nous pouvions formuler un souhait, ce serait que l'auteur développât ses idées très intéressantes, seulement indiquées dans ce trop bref article, en s'appuyant sur des bases tirées de l'expérimentation ou de la psychologie pathologique et sur une critique des théories psychologiques de la connaissance partant de son criterium psycho-biologique.

L. ARSIMOLES.

Filosofía biológica : La sociología como historia natural de la especie humana (Philosophie biologique : La sociologie comme histoire naturelle de l'espèce humaine); par le Dr José Ingegnieros. Brôch. in-8° de 23 p. Extr. de l'*Argentina médica*, n° du 26 mars 1910.

Evolutionniste et biologiste en psychologie, M. Ingegnieros l'est aussi en sociologie. Les faits sociaux ne diffèrent pas dans leur essence des faits biologiques ; la sociologie est une science biologique qui étudie l'évolution des groupes ou agrégats sociaux formés par les individus de l'espèce humaine (classes d'une nation, nationalités, races), et les lois sociologiques dérivent des lois de la biologie. Le principe fondamental, en science sociale, est le principe darwinien de la lutte pour la vie, qui domine la politique intérieure des nations et la politique internationale. Philosophiquement parlant, tous les agrégats humains, quelle que soit leur évolution dans le milieu où ils vivent, doivent être considérés du même point de vue, étudiés avec le même criterium que les colonies microbiennes, les colonies de castors, d'abeilles, etc... La sociologie est l'histoire naturelle d'une espèce zoologique. Si le fait sociologique se distingue en quelque chose du phénomène purement biologique, c'est par la tendance à l'association, à la solidarité humaine, qui tend progressivement à prédominer sur la rivalité des individus dans la lutte pour la vie, de telle façon que chaque agrégat social est amené à considérer tout dommage causé à l'un de ses membres comme atteignant toute la collectivité ; de là naissent les institutions sociales, ensemble de dispositions destinées à défendre la vie et les moyens d'existence des individus et à leur garantir, dans la lutte pour la vie, les conditions les plus favorables ; ces institutions remplissent, dans la conservation de l'espèce, le même rôle protecteur que les fonctions psychiques chez l'individu.

Les études sociologiques modernes ont dégagé quelques conclusions fondamentales : l'humanité, groupe biologique, n'a aucune mission finaliste à accomplir. Le seul mobile de l'activité sociale de l'homme est la satisfaction des besoins primordiaux de la vie : conservation de l'individu, reproduction de l'espèce. Tel est le phénomène essentiel qui préside à toute l'évolution des sociétés humaines ; il est la base de la sociologie biologique. Cette conception résout le conflit doctrinaire qui

partage les sociologues contemporains en deux camps : les partisans de l'organicisme de Spencer, qui considèrent toute société humaine comme un organisme biologique ; les économistes, qui appliquent à l'espèce humaine les lois biologiques de la lutte pour la vie. L'antagonisme de ces deux doctrines n'est pas irréductible, si l'on envisage le problème d'un point de vue général. Les agrégats sociaux sont de simples colonies d'une espèce biologique soumises aux lois de l'évolution et de la lutte pour la vie. Dans l'espèce humaine, la tendance à l'association, la nécessité de produire les moyens de subsistance développent des phénomènes économiques spécifiques, et créent des relations nouvelles entre les groupes humains ; mais il ne s'agit là que d'une forme, d'un degré supérieur d'évolution, de la tendance à satisfaire les nécessités vitales communes à tous les êtres vivants ; l'économisme historique n'est qu'une spécialisation de la sociologie biologique dans l'étude de l'évolution des sociétés humaines. Cette étude sera facilitée par l'application de la loi de Haeckel : l'évolution ontogénique reproduit chez l'individu toute l'évolution philogénétique traversée auparavant par l'espèce ; de même, la formation génétique des agrégats sociaux récents résume, dans un court espace de temps, les transformations que d'autres groupes sociaux ont mis des siècles à parcourir.

L. ARSIMOLES.

Filosofía biológica : La formación de la conciencia (Philosophie biologique : La formation de la conscience) ; par le Dr José Ingegnieros. Broch. in-8° de 22 p. Extr. de l'*Argentina médica*, numéro du 8 octobre 1910.

Quelle est la relation entre les phénomènes vitaux et les phénomènes psychiques conscients ? Comment la vie engendre-t-elle la pensée ? Cela revient à montrer le lien de continuité entre l'excitabilité (déséquilibre physico-chimique) et la sensibilité (perception consciente), entre la réaction défensive (mouvement adaptatif) et l'activité volontaire (adaptation consciente). L'auteur adopte, en la complétant, la théorie de Sergi sur les rapports de l'excitabilité et de la sensibilité. L'excitation qui devient consciente est une sensation ; la sensation est consciente du moment où elle est mise en relation avec l'expérience antérieure constituée à l'aide de la mémoire (la mémoire étant

définie : la propriété générale de la matière de conserver, sous forme d'une modification structurale, la trace de toute action ou réaction énergétique sentie ou effectuée antérieurement). Pour qu'une excitation soit perçue, il faut que s'établisse une relation entre l'expérience acquise et la nouvelle donnée qui est confrontée avec elle. L'apparition de la conscience, dans l'évolution des êtres vivants, est un fait continu et progressif, depuis les plus simples dont l'expérience est presque nulle, jusqu'aux plus élevés, chez lesquels un maximum de conscience correspond à un maximum d'expérience. D'autre part, dans le développement de la personnalité psychique individuelle, la formation d'images génériques et d'idées consiste en une systématisation d'images, mémoires de sensations ; la formation des idées résulte de la relation établie entre les mémoires systématisées qui constituent l'expérience individuelle. L'expérience est constituée par l'expérience des espèces antécédentes dans la série biologique et de l'espèce à laquelle appartient l'individu (tendances congénitales héritées), et par l'expérience individuelle (éducation) basée sur ces tendances héréditaires. Dans un autre travail analysé ici, M. Ingegnieros montrait les fonctions psychiques conscientes, quels que soient leurs processus, comme représentant une fonction biologique protectrice de la vie chargée d'indiquer à la matière les conditions évolutives du milieu où elle vit, et de diriger et coordonner ses mouvements d'adaptation. Les processus intellectuels ne sont qu'une systématisation complexe des données de l'expérience. La conscience n'a pas d'existence objective, mais est une qualité contingente des fonctions psychiques : elle est la somme des relations qualitatives entre les données de l'expérience individuelle. Elle joue, dans l'adaptation, un rôle utile, qui cesse lorsque la réponse à une excitation devient, par sa répétition fréquente et par la création de voies de moindre résistance pour la transformation énergétique, un acte habituel, automatique et inconscient.

L. ARSIMOLES.

La simulation du merveilleux ; par P. Saintyves. Préface par le Dr Pierre Janet. 1 vol. in-12, Paris, Ernest Flammarion, 1912.

Omnis homo mendax, dit l'Ecriture. De tout temps ont régné le mensonge et la dissimulation, mais peut-être jamais autant

que de nos jours. Et cependant, aujourd'hui, le merveilleux se trouve, bien plus qu'autrefois, discuté et critiqué, ses supercheries découvertes, ses « trucs » dévoilés, ce qui nous permet de lire avec le plus vif intérêt le nouveau livre de M. Saintyves complétant d'heureuse façon son étude antérieure sur le discernement du miracle.

Les simulateurs se classent en deux grandes catégories : les *intéressés* et les *passionnels*. Les premiers comprennent : les simulateurs conscrits ou militaires, les simulateurs ouvriers et tout particulièrement les faux accidentés du travail, les simulateurs délinquants ou criminels, les simulateurs mendians, faux dévôts et faux miraculés. Les autres sont poussés à simuler par les plus nobles ou les plus honteuses des passions, mais le premier rang revient parmi eux aux vaniteux obsédés par l'idée d'attirer à tout prix l'attention générale ou particulière sur leur personne ; à cette dernière variété de simulateurs appartiennent des malades dont la maladie réelle n'est qu'un besoin de simuler des maladies qu'ils n'ont pas, des mythomanes, comme nous disons aujourd'hui.

Passons rapidement sur les maladies (épilepsie, cécité, ulcères, etc.) simulées par les mendians, sur l'exploitation de la pitié et du merveilleux par ces larrons imposteurs des anciennes cours de miracles, faux manchots et faux culs-de-jatte, ou par nos modernes somnambules et médiums. Les maladies simulées par les névrosés et les hystériques, la mythomanie et la pathomimie nous intéressent davantage.

Les simulateurs pathologiques se divisent en deux catégories, les mythomanes qui se contentent de mentir et les pathomimes, lesquels n'hésitent pas à provoquer sur eux-mêmes les lésions les plus graves. Les mythomanes inventent et mentent comme mus par un véritable besoin. Ce sont surtout des phénomènes sensitifs et des accidents moteurs qu'ils simulent, plus rarement des troubles intellectuels. Leur caractéristique essentielle est une variété pathologique et monstrueuse sur laquelle ont tout particulièrement insisté M. Dupré et son élève Trannoy. Quant aux pathomimes, ce sont des mythomanes obsédés par l'idée fixe de simuler une maladie, une dermatose très souvent, et que cette idée pathologique, mais dont ils ont conscience, pousse à une auto-mutilation ou à une opération chirurgicale aussi importante parfois qu'une amputation de membre, tel le malade célèbre du professeur Dieulafoy.

Cette mise au point établie, M. Saintyves étudie la simu-

lation des maladies réputées surnaturelles, la supercherie et la mythomanie spirites, les apports et les matérialisations des faux médiums et des occultistes fraudeurs, les pseudo-démoniaques et la mythomanie diabolique, la mythomanie et les impostures mystiques de faux extatiques, abstinents, prophètes, stigmatisés, miraculés, etc. Il se trouve ainsi conduit à l'analyse et à la critique de la simulation des guérisons miraculeuses, tantôt à la suite de fraudes impulsives, inconscientes ou semi-conscientes, tantôt uniquement dues à la fourberie.

ROGER DUPOUY.

Un prophète cévenol à Genève. Procès criminel de Jean-Jacques Doladille, mystique érotomane; par le Dr P.-L. Ladame. Brochure in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, décembre 1911.

M. Ladame a eu la bonne fortune de trouver, dans les Archives cantonales de Genève, le procès criminel d'un prophète des Cévennes, Jean-Jacques Doladille, qui fournit d'intéressants détails sur les prophètes et prophétesses de ce pays passés à l'étranger, et particulièrement sur le sort ultérieur de cet ancien théomane dont on peut suivre la vie psycho-pathologique jusqu'à un âge avancé et qui fut condamné, comme aliéné criminel, à la détention perpétuelle dans la maison de correction de Genève, nommée « La Discipline », où l'on enfermait les fous.

Il nous fait d'abord assister à l'émigration camisarde à Genève et en Suisse au commencement du XVIII^e siècle, à l'odyssée lamentable des paysans inspirés du Vivarais, du Dauphiné et des Cévennes, sous la conduite de leurs chefs, « plus fous et plus gueux les uns que les autres, qui se disaient pourtant évangélisateurs, prédicteurs, prophètes, qui sont partis pour aller porter leurs extravagances dans les pays étrangers ».

J.-J. Doladille, émigré de France en 1706, s'établit à Genève après avoir été expulsé de Berne pour piétisme; expulsé à nouveau de Genève, il se réfugie non loin, à Grange-Canal, où il continue la pratique du prophétisme cévenol, conférant l'Esprit à ses disciples par le souffle et le baiser. Nous retrouvons chez lui un nouvel exemple de l'union intime du mysticisme et de l'érotisme, sur laquelle B. Ball insistait tant dans

ses leçons cliniques : « Il existe en effet, disait-il, un rapport presque constant entre la folie religieuse et l'excitation sexuelle, à tel point qu'on pourrait croire que ce sont les mêmes cellules cérébrales qui président aux deux phénomènes ». Sous d'autres formes, Paul Seippel, Maurice Barrès, Max Nordau, Paul Bourget ont exprimé la même opinion. Le Dr P.-L. Ladame détaillera à son tour la psychologie morbide du prophète Doladille en la rattachant désormais aux manifestations érotico-mystiques d'un sectarisme pathologique. Ce piétiste qui communiquait le Saint-Esprit à ses adeptes en leur soufflant au visage, faisait, en outre, des attouchements sur diverses parties du corps des femmes et des filles ; il avoue même « qu'en suivant les mouvements d'inspiration divine, il avait commis plusieurs impuretés avec diverses filles et femmes et avait joui d'elles ». Le procès de « l'infâme Doladille » et les dépositions qui y furent consignées démontrent à l'évidence son aliénation alors méconnue.

ROGER DUPOUY.

Le Prêtre peut-il faire des miracles? par S. A. Mann.

1 vol. in-18. Paris, 1911.

Je profite de ce que j'ai, grâce à M. Ladame, la pensée occupée par le mysticisme pour signaler aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, mes collègues aliénistes, le journal *La Volonté*, dont l'on vient, pour mon édification probable, de me faire tenir deux exemplaires. *La Volonté*, journal mensuel, est un organe de rénovation physique et morale. Il contient un article sensationnel sur le *parfait accord* : « Le directeur, le contremaître et l'ouvrier se serrent fraternellement la main et tirent à l'unisson le char industriel. — Une ère nouvelle s'ouvre, le problème social est résolu, les mains s'unissent, la Fraternité prévaut. » Il prône enfin un ouvrage du même auteur : *le Prêtre peut-il faire des miracles?* que l'on m'a, de même, gracieusement adressé. Son annonce par l'auteur me paraît, mieux encore qu'une analyse personnelle, apte à en faire connaître l'esprit; je me contenterai donc de la citer. « *Jamais semblable livre n'a paru en librairie.* Ce mystérieux et troublant problème du miracle est envisagé en face dans cet ouvrage, le prêtre apparaît revêtu d'un pouvoir nouveau, d'une puissance plus grande, d'un caractère plus mystique, il devient le médecin

unique, le seul qui puisse guérir les maux physiques comme il sait guérir les maladies de l'âme. Le prêtre peut-il faire des miracles ? Le malade, après avoir lu ce merveilleux ouvrage, se rendra auprès de ce prêtre parfois bafoué, méprisé et à l'instar du centurion s'écriera : Je suis indigné que vous entriez dans ma maison, mais dites un mot et je partirai guéri. Lisez ce livre, vous qui souffrez, vous qui pliez sous le faix de vos peines, de vos douleurs et de vos souffrances ; puis, allez au prêtre, portez-lui ce livre, lui seul peut vous guérir, et le prêtre vous guérira. »

ROGER DUPOUY.

Regimenes en los establecimientos carcelarios (Régimes dans les établissements pénitentiaires) ; par le Dr Carlos de Arenaza. Broch. de 68 pages, Buenos-Aires, 1910.

Dans ce travail de statistique, l'auteur a réuni de nombreux documents concernant les rations alimentaires des populations urbaines et de certaines collectivités (armées, hôpitaux, prisons) des grands pays d'Europe. Renonçant à la méthode expérimentale, à cause de ses difficultés, pour fixer le régime rationnel à adopter dans les prisons de Buenos-Aires, il prend comme point de départ les chiffres établis par Armand Gautier pour la ration moyenne des Parisiens. La ration moyenne d'un habitant de Buenos-Aires présente, comparativement, une grande supériorité quantitative, surtout pour les albuminoïdes (viande) et les graisses. Est-elle exagérée ? Non, car il faut tenir compte de la race. Le régime alimentaire des hôpitaux argentins est beaucoup plus riche que celui des hôpitaux français et allemands, surtout en albuminoïdes, et varie sensiblement suivant que les assistés travaillent ou non. Après une critique du régime insuffisant, selon lui, des prisons européennes, et surtout des prisons françaises, l'auteur se réjouit de la haute valeur quantitative de l'alimentation dans les établissements pénitentiaires de son pays ; il lui attribue la faible mortalité du pénitencier national, inférieure à celle des prisons d'Europe (pourcentage moyen des décès dans les dix dernières années : moins de 9,4 p. 1000 contre 16,6 p. 1000 dans la population de Buenos-Aires). La ration ordinaire des détenus correspond à celle qu'auraient ces individus s'ils vivaient en liberté. L'auteur propose d'attribuer aux adultes travailleurs et aux mineurs une

ration supplémentaire, surtout riche en graisses et en hydrates de carbone, fournissant 500 à 600 calories, et de diminuer un peu les albuminoïdes et les graisses dans la ration normale, tout en relevant la quantité d'hydrates de carbone. Cette modification doit maintenir la viande comme base de l'alimentation. Elle aurait l'avantage de procurer une économie sensible au budget de l'établissement.

L. ARSIMOLES.

La energética biológica (L'énergétique biologique); par le Dr José Ingegnieros. Broch. in-8° 28 p., extr. de l'*Argentina médica*, n° du 10 septembre 1910.

Pour préluder à l'étude des fonctions psychiques par celle des fonctions vitales, l'auteur part de ce principe général : tous les processus biologiques sont de simples manifestations d'un échange incessant d'énergie dans des systèmes stationnaires. Il rappelle les lois fondamentales de l'énergétique biologique et adopte en grande partie les idées de Le Dantec : l'activité vitale se ramène essentiellement à un échange constant d'énergie entre le protoplasma et le milieu extérieur, et, dans la masse protoplasmique même, entre ses divers éléments ; il y a une corrélation nette entre les phénomènes vitaux et les réactions physico-chimiques qui les conditionnent. En définitive, c'est l'hypothèse moniste ou uniciste qui est l'expression naturelle de la philosophie scientifique contemporaine.

L. ARSIMOLES.

Los orígenes de la materia viva (Les origines de la matière vivante); par le Dr José Ingegnieros. Broch. in-8° de 43 p., extr. de l'*Argentina médica*, numéro du 23 juillet 1910.

Le savant professeur, dans sa conférence au Congrès panaméricain de médecine de 1910, rappelle les théories philosophiques qui ont tenté d'expliquer les phénomènes vitaux et la vie psychique, et les faits scientifiques qui ont abaissé la barrière, tenue autrefois pour infranchissable, entre la matière brute et la matière vivante. Il conclut que la vie se révèle comme une série de combinaisons chimiques soumises uniquement aux lois de l'équilibre chimique. Cherchant à résoudre le problème

jusqu'ici insoluble de l'origine de la matière vivante, il part du principe de l'unité de la matière sur notre planète, et adopte l'opinion des physiologistes. Les diverses espèces de matière que nous connaissons sont les étapes d'une série ininterrompue de condensations énergétiques, dérivées les unes des autres par une évolution continue et lente, de très longue durée, qui modifie la structure atomico-moléculaire de la matière et ses propriétés. Cette évolution est partie des espèces de matière qui possédaient la constitution atomique et moléculaire la plus simple, chaque nouvel état de la matière acquérant des propriétés nouvelles. C'est ainsi que la matière vivante a acquis toutes ses propriétés, dont quelques-unes s'observent déjà dans certaines formes de matière inorganique et organisée de structure semblable (état colloïdal). La matière vivante ne se forme pas par génération spontanée. Si l'on ne peut la reconstituer au laboratoire, c'est parce qu'on ignore nombre des étapes traversées dans son évolution progressive.

L. ARSIMOLES.

Sobre el valor de la contribución española al estudio de los métodos de identificación (Sur la valeur de la contribution espagnole à l'étude des méthodes d'identification); par le Dr Antonio Lecha Marzo. Broch. in-8° de 27 p. Madrid, Tordesillas, 1911.

M. Lecha Marzo a contribué à répandre la méthode d'identification dactyloscopique du professeur Oloriz Aguilera. Dans cet article, il en montre l'originalité et la valeur pratique, confirmées par Locard, Séverin Icard, Vucetich, de Vervaeck, Stockis, etc... En même temps qu'il créait le *portrait parlé de l'impression digitale*, permettant de remplacer, dans la dactyloscopie, les fiches par des numéros et le classeur par un registre, et d'approprier ainsi la méthode aux nécessités de la police internationale, M. Oloriz a proposé une nouvelle classification des formules digitales basée sur la mesure de l'*angle centro-basilaire* (formé, sur le doigt, par la ligne delto-centrale et l'axe nucléaire), classification qui fournit dans la pratique 3 à 4.000 formules secondaires distinctes. Ayant étudié expérimentalement la valeur de sa méthode d'identification monodactylaire, le professeur de Madrid en poursuit l'application,

ANN. MED.-PSYCH., 10^e série, t. III. Mars 1913.

8. 24

en publiant en 1910 le premier registre manuel d'identification, adopté par la police espagnole, et en défendant, devant le I^e Congrès pénitentiaire espagnol, l'idée de la création des Archives nationales d'identification, dont l'utilité dépasse le domaine judiciaire.

L. ARSIMOLES.

Evolution et transformisme. Tome IV. 4^e partie. Les organismes primordiaux ; leur origine, leur constitution, leur génération ; par Albert et Alexandre Mary. 1 vol. in-18. Paris, 1911.

Sans m'éloigner beaucoup de l'ordre des idées précédemment exprimées, je dois rendre compte d'un fragment d'ouvrage sur les lois de l'Univers. La théorie des auteurs, le *polyphylétisme*, est fondé sur un certain nombre de lois, dont je cite les principales, sans chercher à les approfondir outre mesure :

1^o Une affinité morphologique entre deux organismes n'indique une descendance probable que si elle est confirmée par l'ordre paléontologique de succession.

2^o La descendance présumée d'après de graves affinités morphologiques ne peut être certaine que s'il est possible d'établir que l'affinité morphologique n'est pas une homomorphie accidentelle, mais bien une homophylie (atavique).

3^o Dans le cas où il se rencontre à la fois une analogie partielle et un manque de formes intermédiaires avec les types les plus voisins, il est plus positif et plus probable de regarder cette analogie comme une homogénéisation que comme une homophylie.

4^o Deux êtres morphologiquement identiques ne descendent pas forcément l'un de l'autre : ils peuvent résulter l'un et l'autre de la transformation parallèle ou convergente, simultanée ou non simultanée d'ancêtres semblables ou d'ancêtres différents.

5^o Devra être examinée à la lumière de cette dernière loi toute descendance apparente insuffisamment prouvée par l'anatomie comparée, la paléontologie et l'embryologie.

ROGER DUPOUY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ANDREA CRISTIANI. Disturbi psichici ed affezioni ginecologiche, 5 pages in-8°. Extrait de la *Rivista Ital. di Neuro-patologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, vol. V, fasc. VII.

VICTOR DELFINO. Los venenos sociales. El tabaco y el éter. 35 pages in-8°. Extrait de *La Semana médica*, 1912, n° 33.

FREDERIC LYMAN WELLS. Critique of infime reason. 7 pages in-8°. Extrait du *Journal of abnormal Psychology*, juin-juillet 1912.

— The question of association types. 20 pages in-8°. Extrait de *The psychological Review*, juillet 1912.

EDMOND PEASE. A note of the prognostic value of hallucinations in the manic-depressive psychoses. 5 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, juillet 1912.

A. LACASSAGNE. Allocution prononcée à l'ouverture du II^e Congrès de médecine légale de langue française. Paris, 20 mai 1912. 7 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique*, numéro d'octobre-novembre 1912.

P.-L. LADAME. Alcool et hérédité. Conférence faite à l'Aula de l'Université, le jeudi 28 mars 1912. 42 pages in-8°. Genève, H. Hoch, 1912.

GIAN LUCA LUCANGELI. Contributo clinico ed istopatologico allo studio dei disturbi nervosi e mentali in uremici. Nota preventiva. 15 pages in-8°. Extrait de *Rassegna di studi psichiatrica*, septembre-octobre 1912.

W. BECHTEREW et POUSSÈPE. La chirurgie des aliénés, 38 pages in-8°. Extrait des *Archives internationales de neurologie*, numéros de juillet et août 1912.

W. BECHTEREW. Was ist Psychoreflexologie? 20 pages in-8°. Extrait de la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1912, n° 32.

A. BENON. Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus ou subaigus. 14 pages in-8°. Extrait de *La Presse médicale*, numéro du 16 décembre 1911.

— Aphasic et asthénomanie post-apoplectique. 6 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, 1911.

— Neurasthénie traumatique suivie de manie. 5 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, 1911.

A. RÉMOND (DE METZ). De la conscience. 23 pages in-8°. Extrait de la *Revue des Idées*, numéro du 15 août 1912.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Préfecture de police : M. le Dr DUPRÉ, médecin en chef, adjoint de l'infirmerie spéciale du dépôt, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le Dr LEGRAS, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire ;

M. le Dr DE CLÉRAMBAULT, médecin adjoint de l'infirmerie spéciale, est nommé premier médecin adjoint.

— M. le Dr SABLÉ, chef de clinique à la Faculté libre de Lille, nommé au concours de l'adjuvant de 1910, série B, est nommé médecin en chef du pensionnat de l'asile libre de Lommelet (Nord).

INCORPORATION DANS L'ARMÉE DE SUJETS AYANT ÉTÉ TRAITÉS DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS. — CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Paris, le 29 janvier 1913.

*Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
à MM. les Préfets.*

Le ministre de la Guerre a appelé mon attention sur les graves inconvénients que présente l'incorporation dans l'armée de sujets ayant présenté des troubles mentaux.

Une circulaire émanant de son département, en date du 3 juin 1897, prescrit d'exclure de l'armée tout homme atteint d'aliénation mentale, alors même que l'incurabilité de la maladie ne paraît pas certaine.

Cette disposition ne semble pas suffisante, et j'estime, avec mon collègue, qu'il y aurait lieu également d'exempter du service militaire tous les sujets qui, antérieurement à leur incorporation, ont été atteints de troubles mentaux et internés dans les asiles pendant un temps assez long pour que le diagnostic soit sérieusement établi et indépendamment de tout soupçon de simulation.

En ce qui concerne les réservistes, les directeurs d'asiles sont tenus (*Bulletin officiel du ministère de la Guerre*, vol. LXXI,

p. 31) d' informer les commandants des bureaux de recrutement toutes les fois qu'un homme des réserves est interné, et la présentation de ces hommes aux commissions de réforme est faite par les soins du recrutement.

Je vous prie de ne pas perdre de vue cette obligation des directeurs d'asiles et de veiller à ce qu'il la remplissent avec exactitude dans vos départements.

Mais il faudrait également que l'autorité militaire fût informée de l'internement de tous les sujets susceptibles d'être ultérieurement inscrits aux tableaux de recensement dressés par application de l'article 10 de la loi du 21 mars 1905. Or, le plus souvent, les intéressés et leurs familles sont peu désireux de faire connaître, en audience publique, au conseil de révision, un internement qu'ils ont toujours pris soin de laisser ignorer. D'autre part, à moins qu'il ne s'agisse de petites localités, le maire de la commune et le sous-préfet de l'arrondissement connaîtront rarement les internements antérieurs de leurs administrés et ne pourront guère fournir à cet égard des renseignements utiles au conseil de révision.

Il m'a donc paru nécessaire que votre administration soit en mesure de faire connaître au ministère de la Guerre les internements de sujets se trouvant dans ce cas.

A cet effet, vous pourriez inviter les directeurs des asiles de vos départements à vous adresser chaque année, avant le 1^{er} décembre, un état des aliénés en traitement qui, en raison de leur âge, n'ont pas encore été appelés à concourir à la formation des classes ni admis à contracter un engagement volontaire. Vous voudrez bien transmettre un extrait de cet état à vos collègues intéressés, et ces documents seraient, le moment venu, présentés, avec toute la discrétion voulue, aux conseils de révision, qui statueraient. Si, pour les aliénés inscrits sur les tableaux de recensement, ces renseignements vous parvenaient après clôture des opérations de révision, vous pourriez les communiquer aux commandants de recrutement en vue de l'examen de ces cas par la Commission spéciale de réforme.

Quant aux engagés volontaires, il ne semble pas qu'un procédé quelconque permette d'informer l'autorité devant laquelle ils seront admis à contracter leur engagement.

Vous voudrez m'accuser réception de la présente circulaire.

Pour le Président du Conseil,

Ministre de l'Intérieur,

Le Sous-Secrétaire d'Etat,

Signé : PAUL MOREL

**CONCOURS DE 1913 POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT
DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS**

Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

- 1^o M. GÉNIL-PERRIN, interne des asiles de la Seine;
- 2^o M. FASSOU, interne des asiles de la Seine;
- 3^o M. TERRIEN, interne des asiles de la Seine;
- 4^o M^{me} LÉVÉQUE, chef de clinique adjoint des maladies mentales de la Faculté de Toulouse;
- 5^o M. DESRUELLE, interne de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Lille;
- 6^o M. ADAM, interne de la Maison nationale de Charenton.

TRIBUNAUX

Cour de cassation. — Les fondations charitables sous l'ancien régime. — Revendication par la commune de Cadillac des biens de l'asile d'aliénés. — Rejet de pourvoi. — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 1^{er} mars 1913) :

Il ne faut pas remonter à moins du XIV^e siècle pour examiner cette curieuse affaire soumise à la Cour de cassation. Il existait en effet, à cette époque, dans la commune de Cadillac un hospice connu sous le nom d'hôpital Saint-Léonard. En 1617, le duc d'Epernon fonda, sur l'emplacement de cet hospice, un hôpital qu'il appela l'hôpital Sainte-Marguerite, en souvenir de sa femme, et il y affecta les sommes nécessaires à son fonctionnement.

Cette fondation fut réalisée par un acte passé par-devant notaire et qui débute ainsi :

« Sachent tous présent et avenir qu'aujourd'hui, second du mois de juin 1617, par-devant moi Pierre Capdaurat, notaire et tabellion royal et garde-notes héréditaire en la sénéchaussée de Guienne, soussigné, et présents les témoins basnommés, a été présent en sa personne très haut et illustre seigneur Jean-Louis, marquis de Lavalette, duc Despernon, pair et colonel général de France, chevalier des deux ordres du roy, capitaine de 100 hommes d'armes de ses ordonnances, conseiller en ses conseils d'Etat et privé, gouverneur et lieutenant général pour Sa Majesté en province de Xaintonge Angoumois, ville et et gouvernement de la Rochelle et païs Daunis, haut et bas Limousin, ville citadelle et pays de Metz, Metzin, Bouloigne Bouloignois, sire de Lesparre, comte de Benage, Montfort Lamauri, Dastracte et châtelain de Cadillac, baron de Langon, etc. ».

Le même jour, les représentants du corps de ville prirent une délibération dans laquelle ils consentirent à ce que les fonds et revenus de Saint-Léonard soient et demeurent confondus avec la fondation du duc d'Epernon.

Ce furent les pères de la Charité, aujourd'hui les frères Saint-Jean-de-Dieu, qui reçurent charge d'assurer le fonctionnement de l'hospice.

En 1769, à la suite de plaintes, les maire et échevins de Cadillac voulurent exercer dans l'hôpital Sainte-Marguerite un droit de visite, qui fut refusé par les moines. Ils adressèrent alors au parlement de Bordeaux, pour faire connaître leur droit, une supplique dans laquelle on relève le piquant passage suivant où ils s'expriment ainsi à propos de ces derniers : « ... Ils affectent un esprit d'indépendance qui doit être réprimé, ils décèlent même un esprit d'avidité qui n'est pas excusable ; on croit bien en effet qu'ils cherchent à se procurer la liberté de conduire l'hôpital à leur gré, de se comporter de manière à rebuter tous ceux à qui leur misère présente l'hôpital comme une ressource, de conduire les choses au point que personne ne veuille plus entrer à l'hôpital, afin d'être débarrassés des peines et des travaux dont ils sont chargés par la fondation et de pouvoir s'approprier les revenus destinés aux besoins et au soulagement des pauvres infirmes », et ils ajoutent que ce droit de visite par le corps de ville « est un remède qui ne peut pas être éludé par des contestations et des discussions que les moines sont toujours prêts à soulever quand il est question de se soustraire à toute espèce de subordination ».

En 1843, l'administration supérieure substitua à l'hôpital des pauvres et malades un asile d'aliénés. La commune protesta en prétendant que l'ancienne fondation avait été détournée de son but hospitalier et elle a récemment revendiqué devant les tribunaux la propriété des biens de l'asile de Cadillac. L'asile a soutenu qu'il était propriétaire des biens hospitaliers, comme continuateur du patrimoine hospitalier créé par la fondation de 1617.

Après avoir été successivement déboutée de sa prétention par le tribunal civil et par la cour d'appel de Bordeaux, la commune de Cadillac a porté l'affaire devant la Cour de cassation.

La Chambre des requêtes, présidée par M. Tanon, a eu ainsi à résoudre une intéressante question de droit public. M. Malepeyre, conseiller, chargé du rapport, a présenté une étude sur la création des personnes morales, notamment au point de vue des fondations charitables, sous l'ancienne monarchie. Il a conclu, ainsi que M. Blondel, avocat général, au rejet du pourvoi de la commune de Cadillac.

Il est résulté des débats que jusqu'aux XVII^e et XVIII^e siècles, c'est-à-dire jusqu'aux édits de décembre 1666 et d'août 1749, malgré le principe général qu'on ne pouvait former de communauté sans l'intervention du roi et sans lettres patentes, exceptionnellement, la volonté d'un simple particulier, en matière d'œuvres hospitalières, pouvait suffire pour créer une personne morale. C'est qu'à cette époque l'Assistance publique n'était pas organisée, la misère était grande, et du moment que des particuliers voulaient faire une fondation, on ne se montrait pas rigoureux sur les formalités à remplir.

C'est en ce sens que s'est prononcée la Cour de cassation par un arrêt qui décide que l'acte notarié du 2 juin 1617 par lequel le duc d'Epernon a fondé un hospice-hôpital à Cadillac est antérieur aux édits de 1661 et de 1749 qui, renouvelant les défenses de créer aucun établissement religieux ou séculier sans une permission expresse donnée par lettres patentes, ont étendu ces défenses aux fondations, même sous prétexte d'hospice; aussi cette fondation, étant donnée la date à laquelle elle est intervenue, a été régulièrement constituée, et a eu une existence légale et autonome ainsi qu'une capacité juridique qui se sont perpétuées même sous le régime du droit nouveau.

Les Pères de la Charité qui, en vertu de lettres patentes, constituaient une communauté dûment établie, étaient qualifiés pour assumer la charge de l'administration de cette fondation. Enfin, le fait que l'administration supérieure a admis les aliénés, à titre de pensionnaires payants, n'a pu modifier les droits de propriété de l'établissement de Cadillac sur les biens formant son patrimoine.

Dans ces conditions, la Cour de cassation a déclaré que la demande de la commune de Cadillac, tendant à la reconnaissance de son droit de propriété sur les biens mobiliers ou immobiliers détenus par l'hospice, n'était pas fondée, et elle a rejeté le pourvoi.

Condamnation à mort. — Hier matin a comparu, devant la cour d'assises de la Sarthe, un ancien pupille de l'Assistance publique de la Seine, Edmond Lambert, âgé de trente et un ans, qui assassina, le 1^{er} janvier 1912, deux octogénaires, les époux Aubert, rentiers à Sarcé (Sarthe). Ce vol avait rapporté à Lambert 30 francs, une broche en or et des vêtements.

Les deux vieillards portaient vingt-sept blessures et avaient la gorge tranchée. Lambert fut arrêté, le 6 janvier 1912, par la brigade de police mobile d'Angers. Il ne lui restait pas un centime.

L'assassin de Sarcé devait comparaître, en juin 1912, à la session des assises de la Sarthe. Il gagna du temps en signant

un pourvoi en cassation contre l'arrêt de la chambre des mises en accusation.

Le 30 septembre 1912, Edmond Lambert venait devant le jury. Il se proclama irresponsable et révéla que sa grand'mère était morte aliénée à l'asile de Villejuif et qu'il avait un oncle idiot. Sur les conclusions de M^e Simon, défenseur, l'affaire fut renvoyée à une session ultérieure et Lambert fut soumis à l'examen des D^rs Petrucci, Baruk et Legludic, de l'école d'Angers.

Ces spécialistes ont conclu à la responsabilité de Lambert; mais ils ont ajouté dans leur rapport que la mère et la grand'mère de l'accusé étant mortes folles, il y avait lieu de tenir compte à Lambert de ces antécédents héréditaires. Or, à l'audience, il a été nettement établi que ce rapport contenait une erreur, car M^me Lambert mère a succombé, à l'hôpital Saint-Antoine, à une méningite. Elle n'était pas aliénée. Le Dr Petrucci, entendu comme témoin, n'en a pas moins maintenu les conclusions de ses confrères et les siennes.

Le jury a rapporté un verdict affirmatif sans circonstances atténuantes. Edmond Lambert a été condamné à la peine de mort. (*Le Temps*, numéro du samedi 8 mars 1913.)

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM

Russie. — Un projet de loi tendant à combattre le commerce de l'opium a été soumis au conseil des ministres à Saint-Pétersbourg.

Aux termes de ce projet, la culture du pavot est interdite en Transbaïkalie et dans le gouvernement général de l'Amour; il en est de même de l'importation des ustensiles nécessaires pour fumer l'opium. (*Le Temps*, numéro du mardi 19 février 1913.)

Les marchands d'opium à Toulon. — On télégraphie de Toulon au *Temps* (numéro du mardi 25 février 1913):

Depuis quelques jours, des agents de la sûreté exerçaient une surveillance discrète sur une dame M..., soupçonnée d'exploiter une fumerie d'opium et de faire commerce de cette drogue. Cette dame fut surprise hier, au moment où elle vendait, moyennant le prix de 15 francs, un pot de ce narcotique. De l'enquête, ouverte par le chef de la sûreté, il résulte que sa fumerie était fréquentée par de nombreux sous-officiers de terre et de mer. Procès-verbal a été dressé contre M^me M....

— Le mercredi 5 mars 1913, le même journal publiait une nouvelle dépêche de son correspondant de Toulon, lui apprenant que, « dans un appartement de la rue Chevalier-Paal, la Sûreté a découvert, dissimulés dans une chambre, des pots et une vessie renfermant de l'opium, dont la valeur est évaluée à plusieurs

milliers de francs. Procès-verbal a été dressé contre la femme qui occupait cet appartement et la drogue a été saisie. L'enquête a établi que la délinquante approvisionnait des fumeries sur lesquelles une surveillance rigoureuse va être exercée ».

Les fumeries d'opium devant le tribunal correctionnel de Brest.
— On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 5 mars 1913) :

L'enseigne de vaisseau de Montgolfier, qui fait actuellement partie de l'état-major du *Suffren* à Toulon, et son amie, Louise Le Goff, dite « Loulou », vingt-cinq ans, devaient comparaître, hier après-midi devant le tribunal correctionnel de Brest. Ils étaient poursuivis pour avoir vendu de l'opium et pour avoir tenu un local où l'on favorisait l'usage de cette drogue.

M. Ménissier, commissaire spécial, avait saisi tout un matériel de fumerie, qui avait été acheté, ainsi que l'opium, par M. de Montgolfier.

Déjà, avant de venir à Brest, M. de Montgolfier et Loulou avaient été, à Cherbourg, l'objet d'une perquisition qui ne donna aucun résultat.

C'est sur la dénonciation d'une nommée Renée Pelletier que cette perquisition avait eu lieu. C'est également sur la dénonciation de cette dernière que le préfet maritime de Brest avait avisé le parquet.

Par défaut, M. de Montgolfier a été condamné à deux mois de prison avec sursis et 1.000 francs d'amende ; Loulou, à deux mois de prison avec sursis et 500 francs d'amende.

Marguerite Thomas, vingt-cinq ans, dite Margot, demeurant rue Louis-Pasteur, 33, était poursuivie sous la même inculpation. Elle a été également dénoncée par Renée Pelletier. Le tribunal lui a infligé deux mois de prison avec sursis et 100 fr. d'amende.

Jeanne Blandin, dite Nini du Bazar, demeurant rue de l'Amiral-Linois, 16, âgée de vingt-six ans, a été condamnée par défaut, toujours pour la même raison, à deux mois de prison sans sursis et 500 francs d'amende.

Le fournisseur Lardenois, de Paris, a été condamné au maximum de la peine, soit à deux mois de prison et 3.000 fr. d'amende. Il a déjà été condamné au maximum par les tribunaux correctionnels de Toulon et de Lorient, par défaut. Cet individu serait actuellement réfugié à Londres.

— Quelques jours après, le dimanche 9 mars, le même journal relatait encore le fait suivant :

Le tribunal correctionnel de Brest a jugé hier une nommée Anne Manach, connue sous le nom d'Anna Willy, accusée de tenir une fumerie d'opium où fréquentaient des officiers de marine. Anna Willy a été condamnée à deux mois de prison avec sursis et 100 francs d'amende.

Arrestation de cinq marchands de cocaïne. — On se souvient qu'à la suite de plusieurs accidents, qui se produisirent, tant à Montmartre qu'au quartier latin, à la fin de l'année dernière, dans le monde de la galanterie et dans les milieux d'étudiants, le parquet prescrivit aux commissaires de police de veiller à l'application rigoureuse de la loi de 1845 et des ordonnances complémentaires réglementant la vente de l'opium, de la morphine et de la cocaïne. Ces premières opérations ne donnèrent pas de grands résultats.

Le commissaire de police du quartier de la Sorbonne vient d'être plus heureux. Il a arrêté près du Panthéon, la nuit dernière, une demi-mondaine bien connue dans le quartier latin, le chasseur d'un restaurant de nuit des Halles et trois étudiants.

Les cinq inculpés, qui sont accusés d'être les fournisseurs attitrés du quartier des Ecoles, ont été envoyés au Dépôt pour infraction à la loi de 1845. Ce sont les nommés Lucienne Branoy, demeurant rue de Vaugirard; Hippolyte Valade, rue Pierre-Lescot, et trois étudiants, âgés de vingt-cinq à trente-deux ans, Henri Vagnère, François Bader et René Bodier.

François Bader est un élève en pharmacie. On suppose que c'est lui qui procurait la cocaïne aux quatre autres prévenus. Ceux-ci la revendaient ensuite à tour de rôle. Une quantité globale de 200 grammes environ du toxique a été trouvée sur eux. À ce commerce, les trafiquants réalisaient paraît-il, près de 500 francs chacun par mois. (*Le Temps*, numéro du samedi 4 mars 1913.)

Saisie d'un colis de cocaïne. — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 8 mars 1913) :

Sur mandat de M. Chesney, juge d'instruction, M. Soulrière, commissaire de police, a saisi hier, à la gare du Nord, un colis postal contenant 250 grammes de cocaïne. Ce colis était adressé par une maison d'Angleterre à M. X..., demeurant avenue de Peterhof (17^e arrondissement).

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

Les municipalités et la lutte contre l'alcoolisme. — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 1^{er} mars 1913) :

Le maire de Puteaux vient de prendre l'arrêté suivant : « Considérant que l'augmentation croissante des débits de boissons à Puteaux est un des facteurs les plus importants du développement de l'alcoolisme ;

« Considérant que le législateur de 1880 a voulu donner aux municipalités la possibilité de soustraire les enfants et les

jeunes gens aux tentations malsaines, aux mauvais exemples et aux spectacles immoraux qui se rencontrent inévitablement dans le voisinage des débits de boissons.

« Arrête :

« Article premier. Est interdite dans la commune de Puteaux l'ouverture de nouveaux débits de boissons à une distance de moins de 350 mètres des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. La distance de 350 mètres sera comptée à vol d'oiseau et dans chaque direction des murs de clôture des établissements énumérés à l'article 9 de la loi du 17 janvier 1880 ».

Nous croyons savoir qu'un certain nombre de maires des environs de Paris seraient disposés à prendre prochainement des arrêtés semblables.

— On mande d'autre part, de Remiremont, que le maire de cette ville a pris un arrêté interdisant aux débitants de boissons, hôteliers, etc., d'employer des femmes de moins de dix-huit ans non pourvues d'un certificat de bonne vie et moeurs.

En outre, aucun débit ne pourra être établi dans un périmètre inférieur à soixante mètres des édifices religieux, cimetière, hospices et établissements d'instruction.

A la Chambre des députés. — On lit dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du samedi 15 mars 1913) :

La Chambre dans sa séance du mercredi 12 mars 1913, a adopté un très important amendement de M. Joseph Reinach ainsi conçu :

L'article 9 de la loi du 16 juillet 1880 est complété par l'alinéa suivant :

« Le préfet, le conseil général entendu, aura le même droit dans l'étendue du département. »

Que dit cet article 9 ? En voici le texte :

« Les maires pourront, les conseils municipaux entendus, prendre des arrêtés pour déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des cimetières, des hospices, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique. »

En termes énergiques et très applaudis, M. Chéron, rapporteur général, a appuyé l'amendement, et il a rappelé qu'avec quelque éclat il avait appliqué à Lisieux, où il était maire, il y a quinze ans, l'article 9. L'intérêt national passe avant l'intérêt électoral, et l'alcoolisme après l'avenir de la race qu'il tarit à sa source.

L'amendement a été adopté.

En résumé, c'est aux assemblées départementales et non pas

aux préfets que sera confié le soin de limiter l'alcoolisme. Ce n'est pas ce que demandait M. Reinach qui aurait voulu laisser aux préfets ce droit intact. On peut se demander si les conseillers généraux seront plus courageux que les maires et oseront se servir de la loi de 1880.

FAITS DIVERS.

Mort tragique d'un aliéné. — La nuit dernière, au cours d'un accès de folie furieuse, M. Auguste Raynal, âgé de cinquante-sept ans, interné la veille à l'hospice de Villefranche-de-Rouergue, fit, en essayant de se débarrasser de ses liens, s'enflammer un paquet d'allumettes de contrebande qui avait été laissé en sa possession. Le feu se communiqua aux vêtements du malheureux, puis à la paillasse sur laquelle il était couché. Quand les infirmiers pénétrèrent dans la cabine, Raynal était mort. Les blessures qu'il portait sur tout le corps témoignaient des efforts qu'il fit au cours de son épouvantable agonie pour échapper à la mort. (*Le Temps*, numéro du mercredi 26 février 1913.)

A propos de la mort d'un prisonnier aliéné. — On écrit d'Epernay au *Temps* (numéro du samedi 8 mars 1913) :

Au commencement du mois dernier, un nommé Charles Charles, habitant ruelle Pétret, à Epernay, était surpris au moment où il pénétrait par effraction dans une maison à Damery. Incarcéré à la maison d'arrêt d'Epernay, il fut reconnu comme irresponsable. Le 19 février, la préfecture de la Marne adressait au parquet l'autorisation d'interner le prisonnier à l'asile d'aliénés de Châlons. Or, le transfert à cet asile n'eut lieu que le 2 mars. Deux jours après, Charles décédait. Sa mort ayant paru étrange, une autopsie fut ordonnée. Elle révéla que l'ancien prisonnier d'Epernay portait sur le corps de nombreuses traces de coups et qu'il avait deux côtes fracturées.

Les deux gardiens de la prison d'Epernay se sont défendus énergiquement d'avoir exercé sur Charles des sévices quelconques. L'un d'eux, d'ailleurs, a failli être tué par le prisonnier devenu furieux et a été assez sérieusement blessé par lui. On suppose que durant son séjour prolongé en prison, Charles, qui essayait de grimper aux barreaux de la fenêtre de sa cellule, est tombé plusieurs fois d'une assez grande hauteur. On recherche en tout cas les raisons du retard apporté à conduire le dément à l'asile d'aliénés, retard d'autant plus regrettable qu'il n'existe à la maison d'arrêt d'Epernay aucun cabanon à l'usage des fous et que l'aménagement des cellules ne permet pas de prendre à leur égard toutes les mesures de sécurité.

Déjà, tandis que Charles était emprisonné, une femme, folle aussi, avait tenté de se suicider à la maison d'arrêt d'Epernay.

Aliéné trouvé pendu dans un cabanon d'hôpital. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 12 mars 1913) :

Un nommé François Carrara, âgé de quarante-deux ans, a été trouvé pendu hier à l'hôpital d'Argenteuil, où il avait été interné dans un cabanon spécial réservé aux fous. Carrara avait été envoyé à l'hôpital il y a une huitaine de jours, à la suite d'une rixe au cours de laquelle il avait reçu sur la tête des coups de bâton. Ses blessures s'étaient guéries, mais dans le courant de la semaine il avait donné des signes d'aliénation mentale. Le parquet de Versailles a prescrit l'autopsie.

XXIII^e CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Le Puy. — 1^{er} au 6 août 1913.

Le XXIII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française se tiendra cette année au Puy du 1^{er} au 6 août 1913, sous la présidence de M. le Dr ARNAUD, directeur de la maison de santé de Vanves.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

1^o Des membres adhérents. (Cotisation 20 francs.)

2^o Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent. (Cotisation 10 francs.)

Les établissements d'assistance inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois 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.

Une réduction de 50 0/0 sur le prix des billets ordinaires à l'aller et au retour, avec validité du 27 juillet au 20 août, sera demandée, sur tous les réseaux de chemins de fer français, pour les congressistes qui se rendront au Puy.

Les membres adhérents et associés qui seront régulièrement inscrits et auront payé leur cotisation, recevront le 15 juin : 1^o leur carte de congressiste ; 2^o les formulaires à remplir pour les itinéraires en chemin de fer, et les excursions ; 3^o les indications de prix pour les hôtels et les transports.

En vue de la fixation — avant l'ouverture de la session — d'un ordre du jour général des séances, MM. les adhérents sont instamment priés d'adresser au secrétaire général, avant le 25 juin, les titres et résumés des communications qu'ils se proposent de faire au Congrès.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements, au Dr Suttel, secrétaire général du Congrès, 8, boulevard Gambetta, Le Puy (Haute-Loire).

PROGRAMME DU CONGRÈS. — Vendredi 1^{er} août. — Matin : Séance d'inauguration à l'Hôtel de Ville, à 9 h. 1/2.

Après-midi : Séance à 13 h. 1/2 à la « Dentelle au foyer » avenue de la Dentelle.

1^o Rapport : *Les troubles du mouvement dans la démence précoce.* — Rapporteur : M. le Dr LAGRIFFE (d'Auxerre).

Après la séance, excursion au rocher Corneille et à la Vierge.

Samedi 2 août. — Matin : Séance à 9 heures à la « Dentelle au foyer ».

2^o Rapport : *De l'anesthésie dans l'hémiplégie cérébrale.* — Rapporteur : M. le Dr MONIER-VINARD (de Paris).

Après-midi : séance à 13 h. 1/2 à la « Dentelle au Foyer », — Communications.

A 15 heures, réunion du Comité permanent.

A 16 heures, Assemblée générale. — Après l'Assemblée générale : Visite de la cathédrale, du musée religieux. — Promenade dans la vieille ville.

Dimanche 3 août. — Excursion à la Chaise-Dieu (par autobus et automobile).

Départ du Puy à 9 heures du matin. — Sur le parcours (aller 40 kilomètres), visite du château de la Roche-Rambert.

— Déjeuner à la Chaise-Dieu. — Après le déjeuner, visite de l'Abbaye et du Cloître.

Départ à 14 h. 1/2. — Retour par Bellevue, Vorey et la vallée de la Loire (50 kil).

Arrivée au Puy à 16 1/2 environ.

Le soir, réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Lundi 4 août. — Matin : Séance à 9 heures à la « Dentelle au Foyer ».

3^e Rapport : *Conditions de l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal.* Rapporteur : M. le Dr PICQUÉ (de Paris).

Après-midi : Visite de l'asile d'aliénés. — Séance de communications à l'asile.

— Mardi 5 août. — Excursion au Mezenc, au Gerbier-des-Jones et au lac d'Issarlès (par autobus et automobile) (1).

Départ du Puy à 5 h. 1/2 du matin. — Arrivée aux Estables (32 kil.) (au pied du Mezenc) à 8 heures environ. (La route suivie est celle décrite par George Sand dans le *Marquis de Villemer*). — Ascension du Mezenc (1.754 m.). — Au retour de l'ascension, déjeuner aux Estables. — Départ des Estables à 11 h. 1/2 pour le Gerbier (10 kil.), par la Chartreuse de Bonnefoy. — Arrivée au Gerbier à midi environ. — Ascension du Gerbier (1.550 m.), visite à la source de la Loire. — A 13 h. environ, départ pour le lac d'Issarlès (18 kil.) — Arrivée au lac à 14 h. environ. — Départ à 15 h. 1/2.

Retour au Puy (50 kil.) par le Monastier. — Arrivée au Puy à 18 h. environ.

Mercredi 6 août. — Excursion du lac du Bouchet (1.200 m. d'altitude) par autobus et automobile.

Départ du Puy à 9 h. du matin. — (Arrêt à la Pépinière à 5 kil. du Puy pour admirer le panorama sur la vallée de la Loire). — Trajet par Solignac, le pont de Chadron, Goudet (35 à 40 kil.). — Arrivée au lac à 11 h. 1/2. — Déjeuner. — Départ du lac à 14 h. — Arrivée au Puy à 15 h. environ.

(Les congressistes désireux de se rendre à Londres pourront le même jour prendre le train partant du Puy à 16 h. 45, train qui leur permettra d'arriver en Angleterre dans la journée du 7 août).

A partir du 7 août, des excursions facultatives pourront être organisées pour les congressistes qui voudront visiter la région plus en détail.

(1) Il sera fait au besoin un départ spécial pour ceux des congressistes qui désireraient voir le lever du soleil au Mezenc.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

CONTRE LA FRÉQUENTE ATTRIBUTION

DES

SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE

A DU SURMENAGE SCOLAIRE⁽¹⁾

Par le Dr AMELINE,

Médecin directeur de l'Asile agricole
de Chezal-Benoit (Cher).

Les recherches expérimentales sur le travail intellectuel, la fatigue cérébrale, comme l'on dit, sur l'activité du cerveau, comme il serait beaucoup plus exact de s'exprimer, et son rétentissement sur l'organisme ou *vice versa*, sont depuis plusieurs années de plus en plus à l'ordre du jour pour les aliénistes. L'école de Kraepelin tout particulièrement a apporté à cette question des

(1) Communication au Congrès de Tunis, avril 1912.

386 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉbraLE

contributions importantes ; de notre côté nous avons, pensons-nous, réussi à montrer que des rapports certains unissent les phénomènes élémentaires dits de « fatigue intellectuelle » aux désordres mentaux plus considérables et plus étendus, la démence en particulier et au moins ; ce qui peut être regardé comme une conséquence ou une vérification du principe bien connu depuis Claude Bernard : « Les processus morbides ne sont que l'exagération de processus normaux. »

La question de l'interaction du cerveau et du reste de l'organisme mérite d'autant plus d'attirer l'attention des médecins et surtout des aliénistes que ces derniers semblent généralement plus à même que les psychologues et les pédagogues d'interpréter exactement les phénomènes constatés, d'en apprécier la réelle importance, et avant tout de ne pas oublier qu'à côté du facteur « travail intellectuel », d'autres facteurs comme les maladies acquises et héréditaires, comme les conditions hygiéniques générales et individuelles déficiantes, doivent être recherchés et la plupart du temps rendus entièrement responsables des altérations de santé passagèrement constatées chez les écoliers, et aussi les adultes, dont l'esprit est obligé de faire des efforts soutenus.

Il serait toutefois injuste de ne pas reconnaître que certains psychologues ont eu un sentiment exact de la nature de la question. Binet par exemple, a souligné très nettement, à propos de la discussion de l'Académie de médecine (1887), le vague des arguments d'autant plus catégoriquement affirmés et appuyés d'effets oratoires qu'ils manquaient de toute base sérieuse ou scientifique, leur caractère de pures raisons de sentiment, avancées par les adversaires du développement de l'instruction.

En effet, c'est presque toujours dans un sens défavo-

rable au régime scolaire en pratique qu'ont été interprétées les constatations relevées sur les écoliers et même sur les adultes. Aussi, à l'heure actuelle, on ne peut dire au juste si c'est le cabaret ou l'école qui est regardé par l'opinion publique comme le plus responsable de l'augmentation, appuyée de statistiques dont la signification et les bases sont d'ailleurs contestées, du nombre des aliénés ou des délinquants (aliénés traités, délinquants *connus*, néglige-t-on trop généralement d'ajouter). Et comme le maître d'école est plus impunément vulnérable que le mastroqnet ou le bouilleur de cru, l'école est de préférence chargée de toutes sortes de culpabilités imaginaires.

D'aucuns soutiennent bien, il est vrai, que des préoccupations politiques et confessionnelles servent souvent de prétexte, quel que soit le pays du reste, à cette attaque collective et banale contre les modes divers d'instruction en usage. Mais il n'y a pas que cela : il y a la vanité ignorante et inconsciente des parents qui, dans l'intimité, grondent l'enfant peu ou point travailleur, et, publiquement, reportent l'accusation de paresseux, de peu capable, sur le professeur, pour finir par dauber sur « les programmes trop chargés ».

Tels sont les principaux éléments du « terrain » sur lequel fleurissent encore fréquemment de nombreux articles affirmant le surmenage des écoliers, terrain entretenu par les interprétations erronées de recherches d'allures ou réellement expérimentales.

Rien n'a encore pu stériliser ce terrain : ni la crainte du « surmenage à rebours », comme a écrit Dugas ; ni le rappel du principe lamarckien : « la fonction fait l'organe », pour le cerveau autant que pour le muscle ; ni les arguments des médecins de lycée apportés à la tribune de l'Académie de médecine par Marc Séé ou notre ancien maître Lancereaux ; c'est en vain que ce dernier

388 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE

rapporta d'abord, qu'en vingt ans, dans un lycée de 550 à 680 élèves, préparant les grandes écoles, il n'avait relevé qu'un seul cas de méningite et que sept hémoptysies dont six avaient des antécédents tuberculeux, ensuite qu'il rappela que les maladies héréditaires ou acquises suffisaient largement à rendre compte de ce qu'on voulait attribuer, à toute force, au surmenage intellectuel. On continue à refuser d'accuser : la puberté d'abord et surtout ; l'hygiène générale si négligée dans les villes et les campagnes, parfois à l'école même ; puis les surmenages familial et mondain (suffisants à eux seuls à réhabiliter l'internat bien moins préjudiciable, il faut oser l'affirmer, que la liberté de l'externat pour le moral et le physique des enfants des grandes villes) ; puis les exercices physiques, le manque de sommeil et les excès précoces de tout genre (chez les externes surtout) ; enfin l'hérédité neuropathique, alcoolique, tuberculeuse, syphilitique.

Bien peu pèsent quelques heures de classe auprès de toutes ces conditions d'existence défectueuses dont l'importance est pourtant bien mise en relief par ce fait que, chez l'adulte, chose curieuse, le surmenage intellectuel est signalé presque exclusivement avec des formes sérieuses parmi les hommes d'affaires et de lettres, les politiciens et les artistes, exposés professionnellement à « brûler la chandelle par les deux bouts », et extrêmement rarement parmi les savants proprement dits, adonnés au seul travail cérébral intense, mais ayant très habituellement une vie des plus régulières et des plus calmes, sans suivre cependant une hygiène toujours rigoureuse.

C'est en vain également que, contre les plaintes sur la multiplicité des matières enseignées, Javal fit valoir devant l'Académie de médecine, qu'avec une seule et unique matière il faudrait que l'élève travaillât tout

autant sur elle que sur toutes celles des programmes incriminés : toujours reparaissent des protestations contre l'inscription de matières « nouvelles », seulement en apparence, par dédoublement de matières anciennes le plus souvent. Peu de gens se disent qu'un traité de physique ou d'histoire, par exemple, peut se rédiger en quelques pages comme en plusieurs volumes. Ainsi, il y a dans le Nouveau monde, paraît-il, des écoles où des nurses ont à suivre un cours d'anatomie en une ou deux leçons seulement ; soutiendra-t-on que ces nurses se fatiguent davantage le cerveau à apprendre « l'anatomie » que l'interne de nos hôpitaux obligé de savoir les nombreux et compacts volumes des grands traités ?

On oublie que le travail du cerveau est ordinairement facilité par la variation de l'objet de son application et rendu fastidieux et monotone par l'obstination au même genre de besogne.

Bien plus, on voit des esprits, qu'on pouvait espérer mieux inspirés et plus sagaces, essayer de perpétuer la confusion entre la seule culture littéraire et la culture générale, où pourtant les cultures scientifiques et techniques ont bien chacune leur part, comme ont la leur dans la culture artistique l'architecture et l'archéologie, par exemple.

Il est vrai que l'on comprend pourquoi l'introduction, à côté des études littéraires, d'une forte proportion d'études scientifiques, provoque des oppositions de beaucoup de parents d'élèves : c'est, ainsi que divers auteurs l'ont fait remarquer, que les déséquilibrés sont d'une façon courante, plus qu'aux sciences, aptes aux arts, à la littérature, à la poésie.

Or, il y a cinquante ou soixante ans, il était possible de ne faire que des études purement littéraires, et les parents pouvaient facilement conserver l'illusion d'avoir un enfant doué d'un cerveau aux facultés également

390 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉbraLE

développées vis-à-vis de l'entier programme d'alors. Mais maintenant l'enfant, très vite, est obligé de donner la mesure non pas de la capacité, mais de la qualité de son intelligence; et l'on conçoit ce que l'emploi, comme réactif, des études scientifiques peut causer de douloureuse appréhension chez certains parents dont l'amour-propre est à vif; il leur est impossible d'ergoter au dedans d'eux-mêmes quand des lacunes cérébrales, risquant d'être regardées comme un signe d'infériorité, se manifestent publiquement, rejaillissant quelque peu sur eux-mêmes.

Au reste, en dehors de la question de la bonne influence très probable de la variété des matières enseignées sur la facilité du travail des enfants, en dehors de celle de la convenance de mettre à leur place, derrière l'avant-garde, des trop réellement improches aux études scientifiques, ne devrait-on pas se féliciter qu'il soit offert aux enfants, aussi tôt que possible, le moyen de manifester leurs aptitudes et leurs tendances en leur permettant de tâter rapidement et non sans guide les diverses branches du savoir réduites à leurs rudiments? Il faut croire que la reconnaissance du bien-fondé de ces remarques est difficile à obtenir, car c'est parmi les plus chauds partisans de la culture littéraire, baptisée si tendancieusement et si audacieusement de « générale », que l'on trouve ceux qui se lamentent le plus fort sur le triomphe de la médiocrité et le règne de l'incompétence (1).

(1) Deux travaux parus depuis la rédaction de cet article prouvent bien que la culture littéraire n'est pas aussi générale que certains veulent bien l'affirmer. Ainsi, que ce soit pour réussir au P. C. N. (H. Giran, *Rev. scient.*, novembre 1912), ou à la composition de philosophie pour Normale supérieure (lettres) (T. Ruyssen, *Rev. du Mois*, septembre 1912), les bacheliers *Latin-sciences* arrivent en moyenne bons premiers et les *Latin-langues* ou les *Latin-grec* les derniers.

Mais ce qu'il y a le plus lieu de regretter, c'est que des travaux émanés de pédagogues et de psychologues distingués soient venus renforcer l'opinion commune, et cela, sans raison démonstrative, et, plutôt semble-t-il, par le simple effet du titre des publications que par le contenu des travaux, lequel, véritablement, n'en légitime ni l'intitulé ni les conclusions.

Nous allons, dans la présente note, dont le titre indique aussi nettement que possible la tendance, examiner l'argumentation des contempteurs les plus scientifiques de l'école, en prenant pour occasion un travail du Dr Schuyten (d'Anvers), bien connu par ses remarquables publications sur la question. M. Schuyten sait que si notre discussion prend comme base ses recherches esthésiométriques, c'est que celles-ci nous ont paru pour ainsi dire les plus étendues, les plus rigoureuses, les plus susceptibles, en un mot, d'apporter des conclusions importantes ; c'est lui-même, du reste, qui, n'ignorant point notre façon de penser, peu d'accord avec la sienne sur la question de surmenage, nous a offert un exemplaire de la Revue ayant publié *in extenso* son travail que nous regardons comme cardinal ; aussi devons-nous l'en remercier ici.

Tout récemment, du reste, M. Schuyten n'a pas négligé de faire ressortir ce que nous lui avions signalé : nos recherches justifiaient définitivement l'emploi de la méthode esthésiométrique contre les accusations d'illégitimité et d'imprécision dont cette excellente méthode était à tort l'objet.

Il semble d'abord qu'on ait éprouvé quelque surprise en constatant une interaction et une interdépendance entre le cerveau et les organes somatiques proprement dits. Cette dépendance du physique et du moral, suivant

392 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE

une expression d'aspect bien archaïque pour les aliénistes, n'est, en effet, pas encore devenue notion commune parmi non seulement le public, mais parmi tous les philosophes et tous les pédagogues. Une telle affirmation peut paraître osée, concernant des adeptes de la psychologie expérimentale, cependant sa justesse devient indéniable quand on relève l'émotion, non dénuée d'étonnement, qui a accueilli la constatation de l'allure des courbes dites de « fatigue cérébrale ».

Ainsi, l'anesthésie cutanée, d'après les recherches de Schuyten en particulier, augmente assez régulièrement pendant tout le cours de l'année scolaire, prolongée jusqu'au début de l'année suivante. En lui-même, cet abaissement de la sensibilité n'a rien de surprenant : on sait, en effet, que si peu que le cerveau soit occupé de quelque chose, l'audition baisse suffisamment pour que la sonnerie d'une pendule, par exemple, ne soit plus entendue. Cet abaissement de la sensibilité se retrouve au sujet du tact et de la douleur.

Or, le fait que la sensibilité tactile, dans le cas que nous examinons, diminue tant que dure la scolarité a été relevé par les pédagogues comme extrêmement important et surtout fâcheux, et immédiatement la conclusion limite : nécessité de réformer au plus vite le système d'instruction, a été proclamée avec des accents définitifs.

Il faudrait pourtant s'entendre : si la courbe, obtenue en portant la mesure de l'anesthésie cutanée (seuil esthésiométrique), perpendiculairement à la ligne droite sur laquelle on marque la durée de la scolarité, s'écarte assez régulièrement de cette ligne droite, cela prouve tout simplement et tout uniment que l'anesthésie et la durée du travail cérébral sont interdépendantes, et pas autre chose : si ces deux choses étaient indépendantes, on aurait une courbe peu régulière et d'allure moyenne

parallèle à la ligne droite sur laquelle on compte la durée de la scolarité.

Nous supposons, bien entendu, que les expériences ont été bien conçues, bien exécutées, et que l'expérimentateur n'ait été trahi ni par ses opinions préconçues, ni par lui-même, ni par son instrumentation, ni par ses sujets, ensemble de conditions bien rarement réalisable, il faut le dire, dans les expériences de psychologie ou de pédagogie expérimentales, mais qui, dans les expériences de Schuyten, semble se rencontrer à un très haut point, aussi haut du moins qu'on peut raisonnablement le souhaiter dans ces branches particulières de la biologie.

Il faut donc se bien pénétrer de ceci : quand on construit la courbe figurant l'interdépendance de deux phénomènes quelconques, si l'expérience est bien conçue, bien conduite et bien réalisée, cette courbe doit s'écartez régulièrement, dans un sens ou dans l'autre, de la droite ou axe sur laquelle on compte l'un des phénomènes.

L'émotion et l'étonnement causés par les courbes dites de fatigue ne s'explique donc guère, à moins d'admettre que les esprits ne sont pas encore assez pénétrés de la possibilité d'interactions cérébro-somatiques, de l'influence réciproque du physique et du moral.

Il résulte de ce qui précède : si les courbes de Schuyten sont (en moyenne) constamment ascendantes, cela prouve seulement que l'anesthésie cutanée est un phénomène très intimement et très directement en relation avec la durée du travail intellectuel, et que les expériences de cet auteur ont été non seulement bien conduites et bien exécutées, mais aussi qu'elles ont pour point de départ une idée certainement juste.

Une seconde erreur d'interprétation consécutive aux

394 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉbraLE

recherches sur la fatigue intellectuelle vient de l'emploi trop hâtif, sinon inconsidéré, de ce mot « fatigue ».

En effet, si au point de vue de la biologie générale, toutes les fois qu'un organe entre en fonction ou en activité, on peut parler de fatigue, d'usure, voire même d'épuisement, il n'en est pas de même au point de vue pratique, c'est-à-dire au point de vue de la propagation des faits découverts. Le sens péjoratif usuel des mots employés a certainement eu sur le public et sur l'esprit des auteurs eux-mêmes, une influence néfaste. Aussi, le terrain étant généralement préparé dans un sens défavorable au développement de l'instruction publique, ce mot de « fatigue » a tout de suite été interprété et traduit en celui de « surmenage ».

C'est pourquoi nous employons de préférence les termes d'*activité* ou de *fonctionnement* cérébral, termes exacts ne préjugeant rien sur le fond [des phénomènes observés, tout en ne donnant pas la suggestion de trancher une question d'après le seul aspect des mots au lieu de faire l'effort de rechercher la définition spécialisée des termes employés.

Une preuve du grand avantage résidant dans le remplacement de « fatigue », de « surmenage » par « activité » cérébrale ou intellectuelle, afin de ne rien préjuger sur la nature même du phénomène examiné en relation avec le travail du cerveau, est la suivante : tous les biologistes savent que la réaction de l'organisme, placé dans des conditions déterminées, n'est pas forcément et uniquement une réaction de déficience de cet organisme, mais qu'elle peut être une réaction de défense.

La fièvre, le frisson, pour ne citer que ces syndromes, n'ont plus le caractère exclusivement anormal et morbide qu'on leur octroyait autrefois ; le médecin moderne respecte, en général, la fièvre des maladies infectieuses

comme il respecte la diarrhée de l'urémique, etc., parce que ce sont des réactions de défense du malade.

Or, vraiment, dans le cas qui nous occupe, l'anesthésie cutanée est-elle bien un phénomène de déficience, méritant l'assimilation péjorative à un signe de fatigue? Il semble qu'il n'en est pas ainsi, car si le cerveau en état d'activité, disons *interne*, pendant ou après une période de travail intellectuel, est fermé au monde extérieur, son activité externe étant alors plus ou moins complètement empêchée, c'est que cet empêchement (anesthésie) est une réaction de défense dont il faut se féliciter de voir l'augmentation accompagner celle de la durée d'activité interne, et n'en pas déplorer l'accroissement, comme on est conduit à le faire si, sans réfléchir, « anesthésie » est fait synonyme d'épuisement.

Si, donc, l'anesthésie résulte d'un simple déplacement ou même d'un rétrécissement du champ de conscience, si elle est une réaction de défense du cerveau actif, on voit que sa valeur ne mesure que le degré de perfection avec lequel la fatigue ou l'usure de l'organe est compensée et par suite que cette valeur n'indique rien sur l'intensité de la fatigue vraie proprement dite, qu'elle pourrait bien ne provenir que de l'imperfection avec laquelle la compensation s'établit.

Il faudrait, avant d'énoncer des conclusions catégoriques si grosses de conséquences, déterminer quel degré d'anesthésie compense exactement telle intensité d'activité cérébrale, et, alors, chercher si le degré d'anesthésie présenté par les écoliers correspond bien au travail intellectuel qui est exigé d'eux; si cette correspondance n'existe pas, on aurait probablement le droit de parler de fatigue, d'épuisement, de surmenage, ou de surcharge, comme on voudra; mais jusque-là il reste à résoudre le problème : si oui ou non, en résumé,

396 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE

l'anesthésie est une réaction de défense d'un cerveau en état d'activité orientée vers un autre objet.

Nous venons de montrer que l'existence des courbes dites de fatigue, en moyenne constamment ascendantes avec la durée de la scolarité, ne prouve pas autre chose que l'existence d'une interaction ou interdépendance cérébro-somatique qui en elle-même n'a évidemment ni de quoi surprendre ni de quoi inquiéter, et, de plus, que ces courbes dites de fatigue devraient plutôt être dénommées courbes d'activité ou de fonctionnement cérébral, autant pour éviter l'emploi d'un mot dont le sens péjoratif peut induire en erreur sur la signification exacte de ces courbes que parce que ce mot de fatigue préjuge, sans qu'aucune preuve en ait été donnée, que les symptômes observés pendant l'activité (scolaire) du cerveau en sont des signes de déficience, alors qu'ils pourraient n'être, beaucoup plus vraisemblablement, que des réactions de défense de cet organe, réactions de défense dont la relation avec l'usure cérébrale est encore inconnue.

Mais admettons même que ces courbes d'activité cérébrale correspondent véritablement à une usure du cerveau, il reste à établir que cette usure est exagérée, excessive ; or, il nous paraît facile de prouver que cela n'est encore pas démontré, et qu'il s'en faut de beaucoup même qu'il soit possible de le faire.

a) En effet, reprenant non pas simplement une formule, mais plutôt un type de formule proposé ou employé depuis longtemps à propos de l'évolution de phénomènes plus sociologiques que purement biologiques (Malthus, Sang, Laplace, etc.), et pour ces derniers plutôt proposé (Galton, Janet, Deschamps, Salomonson, que vérifié numériquement (Ameline, Robertson), et en s'appuyant sur des analogies habituellement tirées de la

mécanique chimique, nous avons réussi à établir, en particulier, parmi quantité d'autres phénomènes biologiques, que les valeurs numériques trouvées par divers expérimentateurs comme mesure de ce qu'ils appellent « fatigue cérébrale » varient en progression géométrique, tandis que le « temps » varie en progression arithmétique, et cela très exactement, car l'accord entre le calcul et l'expérience dépasse certainement en rigueur ce à quoi l'on pouvait s'attendre à propos de recherches aussi délicates.

Incidemment, nous devons ajouter que nos efforts personnels ont porté aussi sur l'obtention d'un procédé tout à fait élémentaire et rapide (souvent presque instantané en employant la règle à calculs) destiné à rechercher sur des données expérimentales si celles-ci sont exprimables par une relation mathématique de la forme en question, dite aussi logarithmique ou exponentielle, afin d'éviter ce qui est arrivé pour la loi psychophysique, mise en doute et parfois même niée tout simplement parce que les calculs entrepris pour vérifier cette fameuse loi sont tout à fait mal conduits et menés avec une ignorance flagrante des mathématiques les plus élémentaires.

Du fait, qui peut être considéré comme définitivement acquis, que, très sensiblement, l'accroissement des nombres mesurant les symptômes somatiques concomitants de l'activité cérébrale prolongée a lieu suivant une progression géométrique, découlent les résultats ci-après par le seul jeu du calcul.

D'abord, la progression des symptômes avec l'âge ou la durée se ralentit peu à peu et finit par devenir presque insensible, variant alors presque proportionnellement avec le temps : autrement dit, *l'intensité avec laquelle l'activité cérébrale se manifeste, tend vers une valeur limite maxima* ; autrement dit encore, la courbe, primitivement très oblique, tend de plus en plus à

398 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE

devenir parallèle à l'échelle des temps, indiquant ainsi qu'il arrive un moment où l'activité du cerveau devient à peu près invariable, même si on prolonge la durée de cette activité.

C'est ainsi que l'on doit, à notre sens, interpréter les recherches effectuées par Schuyten chez l'adulte, dans lesquelles cet auteur a trouvé que l'école du soir ne modifiait pas sensiblement la valeur du seuil esthésiométrique. Mais au lieu d'en inférer que, chez l'adulte, l'école du soir, venant s'ajouter aux occupations de la journée, ne devait accroître l'activité développée par le cerveau dans cette journée que d'une probablement faible fraction de sa valeur totale et par suite ne pouvait modifier sensiblement l'acuité tactile, Schuyten semble bien avoir supposé que l'école du soir constituait chez les adultes examinés leur presque entière activité intellectuelle, car comparant les résultats fournis par les adultes à ceux obtenus des écoliers, il conclut contre le système d'écolage auquel sont soumis ces derniers.

D'après nous, il est bien plus probable qu'à la fin de la journée, les sujets examinés avaient à peu près atteint la limite de l'abaissement de l'acuité tactile dont ils étaient susceptibles, par suite de l'activité cérébrale utilisée avant leur assistance à l'école du soir : cela revient à dire qu'il faut juger l'augmentation d'activité cérébrale, non en valeur absolue, mais relativement à l'activité déjà fournie.

De cette façon, les expériences de Schuyten sur les adultes confirment notre manière de voir plutôt que la sienne, toutes réserves étant faites, bien entendu, sur les recherches ultérieures complémentaires dont la nécessité ne fait pas sérieusement doute.

b) L'existence de la limite est d'une importance considérable, car la valeur de cette limite constitue le pre-

mier des deux éléments qui permettent de tirer d'une courbe d'activité cérébrale une évaluation de l'énergie fournie par le cerveau pendant les expériences ; l'autre élément étant la « raison » de la progression géométrique, c'est-à-dire le rapport constant pour toute la courbe entre les valeurs de l'écart à la limite de deux points consécutifs de cette courbe. Il est évident que si l'on compare deux ou plusieurs courbes différentes, la comparaison des évaluations de l'énergie cérébrale pour chacune d'elles doit tenir compte de ces deux éléments ; mais pour une seule courbe donnée, la valeur de la limite suffit, et il en résulte que pendant toute l'année scolaire (et même au delà, dans le cas des expériences de Schuyten, qui s'étendent sur treize mois consécutifs), l'énergie cérébrale mise en jeu par les élèves reste constante.

Il s'ensuit encore que si l'on peut, dès le début des expériences, calculer cette limite ou cette énergie, le résultat sera valable pour toute la durée de ces expériences. Or, la détermination de la limite maxima est possible dès que l'on a *trois* valeurs de l'activité cérébrale déterminées à des époques également espacées, autrement dit, dès la fin du premier trimestre de l'année scolaire, on peut, dans les expériences de Schuyten, avoir une idée très exacte de la limite maxima vers laquelle se rapprochera le seuil esthésiométrique au quatrième et même au cinquième des trimestres suivants.

Il devient donc possible de comparer cette limite *prévue* et le seuil réellement *observé* au dixième et au treizième mois de l'année scolaire et, puisque les déterminations du premier trimestre qui servent à prévoir la limite ainsi que celles des seuils de juillet et d'octobre n° 2, sont nécessairement entachées d'erreurs d'expérience, on doit obtenir, non pas une concordance

400 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉbraLE

parfaite, mais une concordance aux erreurs d'expérience près qui entachent toute détermination du seuil de la sensibilité tactile au moyen de l'esthésiomètre.

Il importe de faire remarquer que pour le treizième mois les expériences de Schuyten n'ont, de son aveu même, pas été effectuées dans des conditions bien satisfaisantes, et que les élèves, préparant un examen, ne travaillaient plus dans des conditions de scolarité normales.

Voici le tableau comparant le seuil-limite-maximum (*calculé d'après les seuils bruts trouvés dans le premier trimestre*) aux seuils trouvés soit pour le dixième mois, soit pour le treizième. La désignation « fatigués » est donnée aux expériences faites pendant ou après les classes, celle de « reposés » aux expériences faites avant la classe du matin ; le premier cas est le plus intéressant et doit être retenu de préférence.

	Limite maxima (L) du seuil tactile prévue dès le 1 ^{er} tri- mestre.	Dixième mois :		Treizième mois :	
		Seuil observé (S')	et différence (D') entre L et S'	Seuil observé (S)	et différence (D) entre L et S.
GARÇONS :					
a) <i>Fatigués</i> :	(L)	(S')	(D')	(S)	(D)
Intelligents . . .	18 46	20,0	1 54	20,2	1 74
Inintelligents . . .	21 34	20,7	0 64	20,7	1 26
Moyenne . . .	19 13	20,3	1 17	21,1	1 97
b) <i>Reposés</i> :					
Intelligents . . .	17 49	19,8	2 31	20,1	2 61
Inintelligents . . .	21 74	20,8	0 94	22,7	0 96
Moyenne . . .	18 80	20,3	1 50	21,1	2 30

On voit que, dans tous les cas et particulièrement pour les élèves mesurés après avoir accompli un certain

travail cérébral dans la journée (fatigués), les différences entre les prévisions calculées et les chiffres réellement trouvés ne dépassent pas les erreurs possibles d'expérience ; on sait, en effet, que la détermination du seuil tactile à 5 ou même 10 millimètres près, n'est pas toujours facile ; or, dans aucun cas, la différence n'atteint seulement 3 millimètres, ce qui justifie notre méthode.

On pourrait nous objecter avec justesse que les différences entre nos prévisions et les expériences de Schuyten doivent être comparées en tenant compte de la précision de ces expériences seules, d'autant que les mesures publiées par Schuyten témoignent chez cet expérimentateur d'une habileté et d'un soin d'exécution tout à fait exceptionnels.

Or, il est un moyen très suffisant d'apprécier la précision des expériences en question, c'est de comparer entre elles les mesures formant les éléments des moyennes publiées. Et déjà dans le tableau qui précède, on voit que des moyennes ont été obtenues en combinant des nombres tels que 20,2 et 22,6 ou 20,1 et 22,7 ; ces nombres sont eux-mêmes des moyennes également, donc il est probable que, parmi leurs éléments, certains peuvent différer du double environ des différences, 2^{mm}4 et 2^{mm}5 des couples de nombres qui précèdent, ce qu'il est facile de vérifier dans le travail original qui sert d'exemple-type à notre discussion de la question générale dont nous nous occupons ici. Ainsi, entre intelligents et inintelligents, la moyenne du mois de mars est obtenue avec des seuils moyens différant de 3^{mm}9 pour les élèves fatigués, et de 4^{mm}1 pour les élèves reposés. Il n'y a donc aucun doute que les différences du tableau ci-dessus sont inférieures aux erreurs possibles des expériences de Schuyten lui-même.

402 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE

Il est du reste facile de montrer combien une légère erreur d'expérience bien plus faible que celles que nous venons de relever, peut avoir d'influence sur la valeur calculée pour la limite maxima du seuil, quand cette erreur est commise dans les mesures du premier trimestre.

Dans l'argumentation précédente, nous avons supposé, au désavantage manifeste de la facilité de la justification de notre manière de voir, que les mesures effectuées lors du premier trimestre n'étaient entachées d'aucune erreur et que les divergences constatées entre nos prévisions et l'expérience ne pouvaient être imputées qu'à l'actif de ces prévisions. Il est évident que l'on peut supposer beaucoup plus vraisemblablement que les nombres de Schuyten ne sont qu'approximatifs, et alors rechercher quelle correction il faudrait leur apporter pour que le calcul de la valeur du seuil-limite-maximum coïncide avec la valeur du seuil observé par Schuyten au treizième mois (octobre) de l'année scolaire. Pour rester quand même dans une hypothèse aussi peu favorable que possible à notre argumentation, nous supposserons que, par exemple, les données du seul mois de novembre sont erronées et non celles d'octobre ou de décembre.

Cherchons quelles sont les corrections qui, dans ces conditions, devront être apportées aux chiffres de novembre, et voyons si ces corrections sont ou non véritablement inférieures aux erreurs possibles d'expérience dans la détermination du seuil esthésiométrique. Le tableau qui suit répond simultanément à ces deux questions.

	Seuil (S) trouvé pour novembre	Seuil (S') corrigé pour novembre	Différence entre S et S'	Seuil limite calculé avec (S').	Seuil trouvé pour le 13 ^e mois.
GARÇONS :					
a) <i>Fatigués :</i>					
Intelligents . . .	17 2	16 8	0 4	20 40	20 2
Inintelligents . . .	16 9	16 8	0 1	22 63	22 6
Moyenne . . .	17 1	16 8	0 3	21 0	21 1
b) <i>Reposés :</i>					
Intelligents . . .	16 9	15 9	1 0	20 213	20 2
Inintelligents . . .	16 7	16 6	0 1	23 0	22 7
Moyenne . . .	16 8	16 325	0 475	21 18	21 1

La valeur des corrections (troisième colonne) est donc, particulièrement pour les mesures sur les élèves ayant travaillé (fatigués), tout à fait au-dessous des erreurs d'expérience, le seuil maximum déduit des nombres corrigés étant un peu supérieur au seuil mesuré le treizième mois. Est-il utile de faire remarquer que cette correction déjà insignifiante, pourrait être répartie sur les trois déterminations du premier trimestre et que pour chaque mois cette correction serait finalement complètement négligeable.

Donc, de nouveau, avec un argument dont le poids est, pensons-nous, véritablement considérable, les conséquences tirées de notre méthode logarithmique d'étude de l'évolution de l'activité cérébrale, méthode que M. Schuyten ne cherche pas plus à combattre que, de notre côté, nous cherchons à contester sa méthode esthésiométrique, bien au contraire même, ces conséquences, disons-nous, conduisent à la conclusion importante que voici : dès le début de l'année, les élèves semblent avoir à leur disposition une quantité d'énergie cérébrale qu'ils ne font qu'épuiser pendant la

404 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ CÉRÉbraLE

durée de leurs études, sans la dépasser sensiblement.

Dans ces conditions, comment peut-on parler de fatigue véritable, de surcharge ou de surmenage? Toutes façons de parler qui n'auraient de raisons d'être que si la limite indiquant l'énergie disponible était incontestablement et notablement dépassée, ou encore si l'on démontrait que dès le début de l'année scolaire les enfants arrivent déjà réellement fatigués du cerveau, ce qui paraît bien improbable et contraire à l'action des vacances dont l'effet sur l'acuité du toucher est mise en évidence par les expériences de Schuyten lui-même, dans le sens du repos cérébral presque complet.

Pour ne point augmenter démesurément la longueur de ce travail, nous bornerons notre argumentation à ce qui vient d'être exposé dans les pages précédentes, et qui suffit à montrer combien l'on a tort de confondre les signes de l'activité du cerveau avec des symptômes de surmenage intellectuel, et de croire que l'on se trouve armé scientifiquement contre les méthodes d'enseignement en usage. Ce qu'on peut dire, c'est que la question de l'influence de l'école sur les enfants ne peut encore être posée que très partiellement, faute de la connaissance préalable des problèmes dont la solution est tout d'abord nécessaire.

En résumé, et pour conclure :

C'est vraiment sans arguments décisifs que l'on continue à accuser l'école de surmener intellectuellement les enfants.

On devrait d'abord tenir un plus grand compte des documents et remarques apportés autrefois à l'Académie de médecine particulièrement par Lancereaux, Marc Sée, pour les altérations de la santé ; par Javal, pour la surcharge des programmes ; tenir compte des réserves

faites par certains pédagogues et psychologues : Binet et Henri, Mosso, Claparède, Dugas..., sur la légitimité de l'accusation en question trop hâtivement portée par d'autres personnes qui négligent :

Soit l'influence des maladies héréditaires et acquises ;

Soit l'influence des déficiences de l'hygiène urbaine, rurale, familiale et individuelle ;

Soit l'impropriété de l'emploi des mots de fatigue, surmenage, surcharge, appliqués à toute constatation de phénomènes extracérébraux accompagnant l'activité cérébrale ;

Soit la nécessité de démontrer au préalable que ces phénomènes ne sont point de simples réactions ou moyens de défense de l'organisme équivalents dans une proportion inconnue à l'énergie mise en jeu par le cerveau et dont on ne peut dire qu'ils indiquent un surpassement net de l'intensité des moyens de défense que possède l'organe.

On devrait faire attention, ensuite, que les travaux expérimentaux sur la mesure des processus accompagnant en particulier la prolongation du travail intellectuel, ne prouvent pas encore que l'activité cérébrale demandée aux écoliers entraîne leur surmenage; en effet :

1° L'existence de « courbes de fatigue », qui, par construction appropriée, sont ascendantes, prouve uniquement une interaction cérébro-somatique n'ayant en elle-même ni de quoi surprendre ni de quoi inquiéter, et exprimant simplement les signes d'activité du cerveau.

2° L'étude mathématique de ces courbes, suivant la méthode logarithmique que nous employons systématiquement à propos de tous les processus biologiques, montre dans le cas particulier du fonctionnement du cerveau que : a) une loi précise régit l'évolution de la

406 ATTRIBUTION DES SIGNES D'ACTIVITÉ SCOLAIRE

fatigue, ou mieux, de l'activité cérébrale ; *b*) cette loi exprime que l'intensité de cette activité croît en tendant vers une limite maxima suivant une progression géométrique formée par les écarts des nombres mesurant cette intensité avec la limite en question ; *c*) cette limite peut se calculer rapidement et très facilement au moyen de trois valeurs seulement d'un signe d'activité cérébrale, déterminées à des instants également espacés ; *d*) enfin, cette limite sert à évaluer l'énergie cérébrale disponible pendant la durée des expériences ;

3^e Alors, si à l'aide de notre méthode logarithmique, on examine les expériences de Schuyten sur la diminution de l'acuité de la sensibilité cutanée (seuil esthésiométrique), expériences, qui par leur précision, leur étendue (treize mois) sont tout à fait remarquables et presque sensibles capables de supporter l'application du calcul, on est amené aux conclusions suivantes : *a*) le seuil-limite-maximum, mesure de l'énergie disponible du cerveau, déterminé dès le premier trimestre, ne diffère pas sensiblement, en tenant compte des erreurs d'expérience communément possibles, du seuil effectivement mesuré au début du cinquième trimestre d'études ; *b*) la correction à apporter aux nombres trouvés en novembre (deuxième mois) afin de permettre de retrouver par le calcul le seuil déterminé au mois d'octobre suivant, est extrêmement faible, et sans contestation possible, inférieure aux erreurs possibles dans la détermination précise d'un seuil esthésiométrique.

Donc : l'énergie disponible dès le début de l'année scolaire n'est pas dépassée au cours de cette année, elle est restée sensiblement la même, en un mot enfin, il n'y a pas eu de surmenage certain.

AUTEURS CITÉS : Ameline. L'usure physiologique normale du cerveau et le prétendu surmenage scolaire (*Revue d'hygiène et*

de médecine infantiles, janvier 1910). — *Id.* La numérotation entre la durée du travail intellectuel et l'intensité de la fatigue cérébrale (*Journ. de psychologie normale et pathologique*, 1911).

Binet et Henri. *La fatigue intellectuelle* (1898).

Claparède. *Psychologie de l'enfant* (1911).

Mosso. *La fatigue intellectuelle et physique* (trad. Langlois), 1908.

Schuyten. Sur les variations esthésométriques chez les écoliers (*Paedagogische Jaarboek*, 1906) (en flamand). — *Id.* Mesure de la fatigue intellectuelle chez les enfants des deux sexes, avec l'esthésométrie (*Revue de Psychiatrie*, 1908). — *Id.* La méthode esthésométrique de la mesure de la fatigue à la lumière de la méthode logarithmique du Dr Ameline (*Congrès flamand des Sciences naturelles et médicales*. Ostende, septembre 1911) (En flamand).

DEUX OBSERVATIONS
DE
DÉLIRE D'INTERPRÉTATION

Par le Dr Maurice DUCOSTÉ

Médecin de l'asile d'Alençon.

Il suffit de parler de « délire d'interprétation » pour qu'on sache aussitôt vers quelle espèce clinique l'attention est appelée, et même pour qu'on devine, sans crainte d'erreur, chaque trait essentiel d'observations encore inédites, mais ne se distinguant des faits publiés que par les contingences, infinies il est vrai, des détails. Et cette similitude constante, dans leur dessin initial, d'images pathologiques produites par des praticiens d'éducation scientifique et de tendances si diverses, donne de précieuses assurances sur la légitimité de ce type nosologique que personne, sans doute, ne saurait contester aujourd'hui.

Aussi, les deux observations qui suivent (et qui sont les seuls cas de délire d'interprétation que j'aie pu recueillir à l'asile de Bassens), n'apportent, à vrai dire, qu'une contribution très restreinte à l'histoire de cette psychose.

Je crois cependant devoir les publier pour les considérations diverses qu'elles suscitent.

Au surplus, la première observation est une des plus belles qu'on puisse voir, et l'avantage où je me suis trouvé de suivre un interprétateur extrêmement intelligent et instruit m'a permis de le mettre au courant des études faites précisément sur son affection paralogique et

d'assister à la défense serrée d'un délire extraordinairement riche et puissant par celui-là même qui en est frappé.

Je me suis souvenu d'ailleurs, en cette expérience délicate, du mot d'un aliéniste savoyard, Joseph Daquin : « Il y a un terme moyen à saisir, pour la guérison des aliénés, entre contrarier l'objet de leur folie, et le flatter » (1) ; j'ai pu apercevoir ainsi, avec un éclat singulier, l'inébranlable solidité de ce système délirant, sans que je doive m'accuser d'avoir, en aucune façon, contribué à la rendre indestructible.

Un autre point qui sollicite quelques remarques est la grande importance que prennent, chez mes deux malades, les interprétations *des phénomènes sexuels*. C'est la source d'où sont nés ces deux délires et qui les alimente encore. Il est probable que le rôle du sens génital dans l'éclosion et l'élaboration de ces paralogismes est, dans la majorité des cas, prédominant. Ce rôle, considérable dans la vie mentale des gens normaux, est très manifeste dans onze observations (sur vingt) de MM. Sérioux et Capgras, évidente chez les trois interprétateurs célèbres dont ils rapportent l'histoire. Mais la pudeur de certaines personnes, et particulièrement des femmes, fait penser que beaucoup de ces phénomènes restent ignorés. Mon premier malade ne m'a avoué ses érections répétées que plusieurs mois après m'avoir exposé son délire, et cependant c'était de ces sensations vives et presque constantes qu'il découvrait. Ma seconde malade est une jeune fille, âgée de vingt ans, qui avait toujours caché, même à ses parents, même à ses médecins, ces phénomènes que M. Pitres a décrit chez des tabétiques et M. Sérioux chez les psychopathes, sous le nom de « crises clitoridiennes ». Ces

(1) J. Daquin. *La philosophie de la folie*. Chambéry, 1791.

crises sont extrêmement fréquentes, même chez des personnes réputées saines, et les vouloir systématiquement ignorer, par je sais très bien quel préjugé ridicule, c'est se condamner à laisser échapper les déterminantes d'une foule d'actes de grande importance psychologique et sociale. Les agitations sexuelles mènent la plupart des actes de la vie normale ; il serait curieux que, pour obéir à des préventions qui ne dépassent pas certaines frontières, nous nous condamnions, en pathologie, à des à peu près.

Je n'insiste pas, mais cependant signalerai l'influence des crises dont je viens de parler, d'une part sur les rêves et de l'autre sur certaines hallucinations hypnagogiques. Il y a déjà longtemps, j'ai effleuré ce sujet en décrivant les « songes d'attaques », « songes plus ou moins périodiques, toujours les mêmes pour un même malade, et qui imprègnent la conscience au moment d'une crise épileptique (1) ». Comme la crise épileptique, l'autre crise peut, dans le sommeil, imprégner la conscience qui la traduit par les images de ces rêves érotiques, bien connus certes, mais dont on a peu soupçonné la cause souvent toute matérielle. Outre l'observation qu'on lira plus loin, j'ai recueilli, chez deux femmes, des faits semblables. Et, en ces deux cas, au moment même où des sensations exaspérées brisaient brusquement le sommeil, les trois victimes aperçurent près d'elles le séducteur de leurs rêves sous ces traits fantomatiques, monochromes, nuageux, propres aux hallucinations hypnagogiques.

Puisque j'en suis à ce chapitre des hallucinations, je donnerai quelques explications sur les phénomènes sensoriels développés chez mon premier malade. Alors

(1) M. Ducosté. *Les songes d'attaques des épileptiques*. Bordeaux, 1899.

que, depuis six ans, les interprétations, seules, tenaient la scène, voici quelques jours (j'écris ceci le 22 septembre 1909) que des hallucinations auditives, très nettes si l'on en croit le malade, et nombreuses, ont fait leur apparition inattendue. Sans doute, ces « bouffées hallucinatoires » incidentent souvent le cours du délire d'interprétation, mais peut-être ne faut-il pas en accepter la réalité (en ce qui concerne mon malade) sans un examen très prudent.

Cet interprétateur est beaucoup trop subtil pour ne pas voir ce que ses rapprochements ont parfois d'excessif et d'inadmissible pour moi. Je critique certaines de ses déductions ; il n'en met pas en doute, lui, la légitimité, mais il conçoit que je ne me rende pas sans résistance. Dans son désir de convaincre son plus intime confident, il m'a paru, depuis quelques jours, forcer les faits. Reconnaissant (il le dit lui-même) que mes objections sont, en apparence, recevables, il a voulu, pour arracher mon adhésion à son système, me présenter des preuves irrécusables et, m'exposant ses « hallucinations », il appuie : « Cela, ce ne sont pas des hypothèses, je l'ai entendu comme je vous entendis. »

On sait que, pour assurer le succès de leur cause, certains, désespérant de la force d'arguments sincères, ne reculèrent pas à en créer de toutes pièces. Mon malade, à bien des indices, je le croirais de ceux-là. « La foi ne connaît d'autre loi, dit quelque part Renan, que l'intérêt de ce qu'elle croit le vrai. Le but qu'elle poursuit étant pour elle absolument saint, elle ne se fait aucun scrupule d'invoquer de mauvais arguments pour sa thèse, quand les bons ne réussissent pas. »

Je ne fais donc pas état de ces soi-disant phénomènes hallucinatoires de mon malade. Ils ne se sont montrés d'ailleurs qu'à la suite de la lecture, que je lui conseillai, d'un mémoire de MM. Sérieux et Capgras et de la dis-

cussion que nous en eûmes ; j'ai très bien vu qu'il comprenait qu'après plusieurs mois d'acquiescement à ses idées, je commençais à me reprendre, et très humain est le procédé par lequel il s'efforce à me retenir.

Je présente donc son observation comme un cas-type de délire d'interprétation qui, depuis six années, évolue, sans aucune adjonction de phénomènes sensoriels, ni d'affaiblissement intellectuel.

OBS. I. — X... (Camille), né le 16 mars 1844, ingénieur des mines, célibataire. Hérédité inconnue. Aucun renseignement sur l'état mental de la jeunesse, de l'adolescence, et de l'âge mûr avant l'année 1892. D'après ses dires, notre sujet était travailleur, sobre, chaste, et d'un caractère normal.

En 1892, il est nommé directeur de mines d'or au Transvaal. Il adressait à Paris, tous les quinze jours, un rapport au président du Conseil d'administration. Un membre de ce Conseil, D..., répondait à ces rapports par des ordres impossibles à suivre. C'était, dit Camille, un métallurgiste de laboratoire qui ne connaissait rien aux choses pratiques. Il en résulta des froissements qui obligèrent l'ingénieur à se démettre de ses fonctions.

Cependant, on lui offrit de nouveau la place qu'il avait quittée, et il accepta en 1900. Les mêmes difficultés se présentèrent ; il y eut entre lui et D... un échange de lettres aigres-douces. L'ingénieur rédigea un rapport dans lequel il exposait la conduite de D... et le tort que ses ordres faisaient à la prospérité de l'exploitation. Il adressa ce rapport au président du Conseil d'administration, sans savoir que ce président était D... lui-même. Quelques jours après, avant même que la lettre ait pu parvenir à Paris, le directeur de l'agence de la Compagnie au Cap lui apprit qu'un câblogramme de D... le révoquait (1).

Il revint à Paris en avril 1902. Il y trouva sa sœur dans une situation de fortune difficile et laida de ses ressources. Peu de temps après son arrivée, il se lia avec une femme mariée, très ardente et très vicieuse, dit-il, qui le dédommagea singulièrement de sa longue continence : il avait cinquante-huit ans.

Cette femme, sa sœur et ses nièces le ruinent complètement.

(1) Assurément, dit le malade, on avait câblé à Paris le contenu de ma lettre.

Il cherche une place et, en juillet 1903, est nommé directeur d'une mine en Algérie.

Cependant, six mois après son arrivée à Paris, c'est-à-dire aux premières semaines de sa liaison amoureuse, et alors qu'il vivait dans une excitation sexuelle constante, dont les impudiques et tout matériels mouvements le harcelaient jusqu'en ses promenades et même ses travaux intellectuels, il s'aperçoit qu'on s'occupe de lui, qu'on le regarde de travers dans la rue, qu'il excite une curiosité malveillante. Des gamins le poursuivent de rires et de cris. Un jour, dans un tramway, un jeune homme s'assied en face de lui et dessine, sur une feuille de carnet, son portrait où, sans doute (il en devait être logiquement ainsi), une bonne place était réservée à la représentation phallique. Il ne supposa cela que plus tard (1), car, se demandant à cette époque s'il y avait quelque chose dans sa physionomie ou ses allures qui pût légitimer la conduite du public à son égard, il ne trouva rien ; l'idée lui vint que D... était l'instigateur de ces persécutions commençantes et qu'il essayait sournoisement de se venger de lui.

Le voici en Algérie, et, dès les premiers moments, il s'étonne de certains regards, de certains mots échappés aux ouvriers, aux employés de l'exploitation. Ses soupçons sur D... se consolident.

Quatre mois après son installation, il a une discussion à motif tout à fait puéril avec le directeur du personnel. On le révoque. Il voit très nettement, dans cette querelle d'Allemand et dans cette révocation, la main puissante de D...

Il se rend à Bougie où, pendant quinze jours, il rumine ses soupçons.

Cette quinzaine, pendant laquelle rien d'extérieur à lui-même ne l'a cependant frappé, a, semble-t-il, été capitale au point de vue de l'orientation des interprétations futures : si D... veut le perdre, que peut-il inventer ? Sa loyauté, son honnêteté sont au-dessus de toute attaque. Il a donné trop de preuves éclatantes de son désintéressement pour qu'on tente quelque insinuation de ce côté. Il n'a pas de dettes. Il vit seul. On ne peut l'atteindre dans sa famille. Ses moeurs intimes ?... Oui, cela lui serait particulièrement sensible, car, en dehors de sa liaison

(1) Seul exemple que j'ai pu relever chez Camille de délire rétrospectif, et encore le fait n'est-il pas très probant.

avec cette Parisienne (il a rompu d'ailleurs), il a toujours été intransigeant sur le chapitre moralité.

Il gagne Alger, dans l'intention d'y passer l'hiver. A peine débarqué, il aperçoit son ancienne maîtresse au bras d'un jeune homme (1). Il s'en étonne, mais ne dit rien ; il entend le couple prononcer certains mots, faire certains gestes qui lui donnent à penser qu'on l'accuse d'immoralité. Peu de temps après, il croise deux soldats. L'un d'eux, en le regardant, prononce distinctement ces mots : « Eh bien ! mon cochon ! ». Un peu plus loin, deux jeunes femmes. L'une dit : « Il est reconnaissable. Je suis sûre que c'est lui. »

Aussi bien, la façon dont on le regarde, à la promenade, à l'hôtel, partout, lui montre clairement que tout le monde le reconnaît. Et on sourit, on fait des gestes de mépris, de dégoût. On le reconnaît ? Comment ? Dans une ville où il n'est jamais venu ? Une explication se présente bientôt, et il l'accepte : évidemment, quelqu'un s'est grimé à sa ressemblance ; ce ne peut être qu'un acteur de bas étage, expert en ces artifices et ces transformations, facile à gagner d'ailleurs, et soudoyé par D..., et, puisqu'il inspire lui, Camille, tant de dégoût, son impudent sosie a dû jouer quelque rôle obscène dans un de ces infects bouis-bouis d'Alger. Mais quel rôle ? Il hésite, pas longtemps : un passant va le fixer, et ce sera pour toujours. Cet homme causait avec un autre ; il s'arrête à deux pas de lui, et dit : « Ça rapporte beaucoup, mais c'est dangereux ». Plus de doute, D... a touché la corde sensible : il tente de le faire passer pour un pédéraste passif et vénal (2).

A partir de ce moment (décembre 1903), sa conviction est inébranlable, et, pour échapper à ses calomniateurs, qui le suivront partout, il fuit de ville en ville, jusqu'à ce qu'il tombe au manicomie de Turin d'abord, à l'asile de Bassens ensuite.

En effet, il se réfugie tout d'abord dans une petite ville, sur le bord de la mer, à 15 kilomètres d'Alger, et il prend pension dans une maison dont les propriétaires avaient de jeunes

(1) Fausse reconnaissance. Elles sont fréquentes chez notre sujet comme chez beaucoup d'interprétateurs. On en trouvera plusieurs exemples dans cette observation : ils sont faciles à saisir, je ne les signalerai pas.

(2) On voit avec quelle rapidité, et par l'agglutination de quels faits infimes s'est constitué le noyau de ce délire qui va devenir un centre d'attraction dont la force ne fera que s'accroître pendant six ans, et probablement autant que durera la vie du malade.

enfants ; c'est à ceux-ci, sans doute, au respect que leur faiblesse imposait à ses persécuteurs, qu'il dut de vivre là tranquille, mais dès qu'il se rendait à Alger, il voyait bien que toute la ville était au courant de sa soi-disant infamie.

Le 25 février 1904, il fuit à Marseille. Sous les fenêtres de son hôtel, on hurle des chansons obscènes à son adresse. L'acteur-sosie du boui-boui d'Alger a dû débarquer peu après lui, car, à Marseille encore, tout le monde le reconnaît, et on fait, dès qu'il apparaît, des signes de mépris. Avec lui, son hôtelier a des manières dont la signification n'a pas besoin d'être expliquée. Déjeune-t-il dans un restaurant ? il ne saurait y être en paix : un jour, à une table voisine, cinq ou six jeunes gens le regardent, sourient, et il entend ces mots, dont le sens est clair : « Je n'en veux pas ; il est trop mûr pour moi (1). » Un jeune homme et une femme descendant d'une auto, au moment où lui-même descend d'un tramway. La femme de s'écrier : « Pour le coup, ça y est. » Il entre chez un libraire acheter du papier ; le lendemain, passant devant la même boutique, il voit à l'éventaire deux globes terrestres. « Deux hémisphères : l'allusion était facile à saisir. »

Pour dépister ses persécuteurs, il part subitement pour Ajaccio.

Sur le bateau, il retrouve un des jeunes hommes du restaurant, qui le regarde avec un sourire narquois.

A Ajaccio, les persécutions redoublent. Il est suivi, filé par un jeune homme à cheveux noirs, à moustache en croc, qu'il a déjà vu à Marseille et qui pourrait bien être le gendre de D... Ce jeune homme est flanqué d'une femme, évidemment au courant de la machination. « Tous les goûts sont dans la nature », l'entend-il dire un jour. Une autre fois : « Il marque entre quarante-cinq et cinquante ans. » (On voulait donc le faire passer pour plus jeune qu'il n'était, afin de mieux convaincre le public de la possibilité de ses goûts contre nature.)

Il se promène dans la campagne. Il y revoit le couple. La femme dit : « Après tout, c'est son affaire. » Il rencontre

(1) Je n'ai pas besoin de rechercher le sens normal des diverses paroles entendues réellement par Camille et interprétées comme il est dit dans le texte. Evidemment, la phrase du jeune homme se rapportait à un fruit quelconque. Le lecteur trouvera de lui-même la droite signification de toutes les autres phrases prononcées par des tiers.

ensuite une triplète ; les trois hommes ricanent en le croisant. Comme il rentre en ville, il est dépassé par une voiture dans laquelle avaient pris place le jeune homme et la femme, et les trois cyclistes. D... le faisait donc suivre par ces cinq individus. On avait peur de perdre sa piste, la triplète était là pour le rejoindre. Le surlendemain, il rencontre la femme seule. Elle chantonnait d'un air moqueur. Il marche sur elle, n'y tenant plus, et menaçant : « Est-ce à moi que vous en voulez ? » Elle joue l'étonnement effrayé. Par pitié et par mépris, il a tourné les talons, sans rien ajouter.

Mais il prend aussitôt le train pour Bastia. Il y rencontre un homme qu'il reconnaît : il l'a vu à Alger. On stoppe à une petite station. L'homme descend et va parler au mécanicien : ils rient en se tournant vers lui. Il entend : « Ici, il ne fera pas ses frais. » Il saisit le sens de ces paroles : il n'y a pas, parbleu ! de pédérastes dans cette bourgade.

Arrivé à Corte, où le train passait la nuit, il se rend à un hôtel, où, avec un sourire significatif, l'hôtelier lui dit : « Vous ne trouverez pas beaucoup de distractions ici. »

Le train repart le lendemain matin pour Bastia. L'homme de la veille est dans la même voiture ; il l'entend causer avec un autre homme qu'il appelle : « Monsieur le Juge. » Ah ! Ah ! voici donc qu'on met la justice au courant des mœurs infâmes dont on l'accuse !

Il s'embarque pour Gênes. Le bateau fait escale à Livourne. C'est un dimanche, il se promène dans la foule : une après-midi de tranquillité délicieuse, personne ne fait attention à lui. Il a donc semé les émissaires de D... Rien en lui d'extravagant, de ridicule qui puisse attirer les regards du public ! Et n'est-ce pas la preuve que tout ce qui s'est passé jusqu'ici n'était qu'un coup monté ?

Gênes. Dès qu'il pose le pied sur le quai, on le retrouve. Le jeune homme d'Ajaccio passe sous ses fenêtres, il a causé avec l'hôtelier. Une nuit, deux femmes et un homme parlent dans la rue : « Nous voulons qu'il quitte l'Europe. » Précisément il y pensait. Et encore : « Cela doit être fatigant. » Ainsi, toujours des allusions à ses mœurs. Et celle-ci, bien nette : passant dans une rue peuplée de filles publiques, une prostituée s'écrie : « Voilà les gens qui nous enlèvent notre pain ! »

Il abandonne ses malles à l'hôtel, prend le train pour Milan. Il abandonne ses malles, tout d'abord pour tromper ses ennemis, et ensuite parce que le mot « malle » l'accuse. En Italie,

on pourrait confondre « mâle » et « malle » ; et qu'il se fasse suivre de trois malles, avec la réputation qu'il a, ce pourrait être pris pour du cynisme.

A Milan, même chanson. Il part pour Turin. Il n'y trouve pas une minute de repos. D..., qui ne craint pas les dépenses (il est plusieurs fois millionnaire), le fait suivre maintenant par une auto. Il croise plusieurs fois cette auto dans les rues.

Alors, désespérant de jamais tromper ses persécuteurs ni de leur échapper, il songe au suicide, et il se rend dans un jardin public avec l'intention de se brûler la cervelle. Il hésitait, lorsque des gens revêtus d'habits de chauffeurs traversent le jardin en disant : « Nous attendrons jusqu'à huit heures. » Il comprend : ce sont les stipendiés de D..., qui, ayant vu la crosse de son revolver sortir de sa poche, ont pensé qu'il allait se tuer ; c'est là, en définitive, ce que veut D... Alors, il se redresse, il résistera quand même, on ne l'aura pas ainsi. Ils peuvent attendre sa mort jusqu'à huit heures, s'ils veulent ! ils en seront pour leurs frais.

Il va voir le consul de France, lui raconte, parmi les larmes, sa triste odyssée. Très aimable, le consul le prend en riant, lui offre une tasse de café, le fait parler.

Le lendemain, C... retourne au consulat ; il s'y heurte à un accueil froid, pour ne pas dire plus ; ses persécuteurs ont passé par là depuis sa visite de la veille. Le consul lui conseille de rentrer en France. Précisément, on rapatrie un réserviste ; ils feront le voyage ensemble. C... accepte.

A Modane, il rencontre deux hommes déjà vus à Marseille. Un berger chante des gaudrioles de mauvais goût, à son adresse, cela s'entend. Un homme, qu'il ne voit pas, mais dont la voix ne lui est pas inconnue, dit à l'hôtelier : « Pour ne pas manquer le voyageur, il faut toujours qu'il y ait quelqu'un à l'intérieur de la gare, quelqu'un à l'extérieur et quelqu'un au bureau de l'hôtel. » Décidément, on a bien peur de perdre sa piste !

Au commissaire spécial de Modane, il raconte sa longue histoire ; mais, le lendemain, ce magistrat refuse de le recevoir et son sous-ordre lui fait entendre qu'il ferait mieux de se taire. C'est donc le même système, on prévient contre lui les autorités auxquelles il va se plaindre.

Brusquement, il revient sur ses pas, toujours pour se faire lâcher par la filature. Il s'arrête à mi-chemin de Turin. Il n'a plus de ressources, il en avertit l'hôtelier, qui le prend mal. Le suicide s'impose à lui de nouveau, plus fortement ; il écrit quel-

ques lettres, son revolver sur la table. Intervention des gendarmes que l'hôtelier est allé querir. Il s'explique, on l'envoie au manicomie de Turin.

Il y entre le 20 avril 1904 comme dans un refuge; il va trouver la paix, enfin! Erreur. Ses bourreaux l'injurient tout d'abord par-dessus les murs de l'établissement. Deux fois par semaine, leurs bandes soudoyées passent, pendant la nuit, sur la route qui borde la manicomie et chantent des obscénités où son nom est mêlé. Il a même entendu une femme dire, à son enfant probablement : « Chante fort, va! »

Les hommes de D... ont gagné à leur cause certains malades (ou soi-disant tels) du manicomie; et ce sont des mots à double sens, des gestes accusateurs, une foule de saletés dont on tente de le souiller. Sa chambre est mitoyenne de celle d'un malade qui crie la nuit comme s'il avait commerce avec une femme — ou un homme. — Cet individu l'appelle même parfois par son nom. Certains matins, l'infirmier lui a même demandé en souriant : « Eh bien, cette nuit, ç'a bien marché? » Et cependant, voyons! il est fermé à clef dans sa chambre, du dehors, et par une serrure incrochetable! Une nuit, les choses ont été si loin, son voisin était si grossier, que le veilleur, honteux tout de même du rôle qu'on lui faisait jouer (il est gagné à D..., lui aussi) a crié à haute-voix : « Taisez-vous! »

Il ne sortait pas dans Turin, mais il a vu, à divers indices indubitables, qu'on le connaissait dans la ville. Il y vint une délégation de soiriers de Lyon, pour un congrès ou un festival. Leur groupe longea les murs du manicomie. L'un disait : « Il s'est fait pincer. » Un autre : « Il y allait tout de même de bon cœur. »

Après dix-neuf mois de séjour au manicomie de Turin, on le rapatrie et on l'interne à l'asile de Bassens, en Savoie.

Or, ses persécuteurs ne le lâchent pas.

On a constitué contre lui un « Comité de persécution » dont le siège est à Chambéry et qui a nommé comme agents principaux à l'intérieur de l'asile le sieur C..., infirmier, et le sieur F..., épileptique. Celui-ci, dont les crises sont rares et qui, employé à divers travaux, est sans cesse à courir dans l'asile, a également l'autorisation d'aller seul à Chambéry : c'est le trait d'union entre les deux comités.

Le « Comité de persécution à l'extérieur » a pour chef le jeune homme rencontré en Corse. Il centralise tous les rapports et les adresse à D... Ce jeune homme, il l'a vu deux fois

ici; il l'a fort bien reconnu, quoique ses cheveux noirs fussent devenus gris, artificiellement peut-être. A leur première rencontre, cet homme passait en voiture sur la route qui longe le parc de l'asile; la seconde fois, il était dans le parc même où Camille se promenait. Pour ne pas avoir une altercation qui, faute de témoins, aurait tourné nécessairement à son désavantage et peut-être à son déshonneur, lui, Camille, dès qu'il vit cet individu, tourna les talons et s'éloigna rapidement.

C..., l'infirmier, chef du « Comité de persécution à l'intérieur », a, dès les premiers jours, travaillé ses collègues selon les ordres qu'il avait reçus. Camille a saisi des phrases caractéristiques dites par lui à d'autres infirmiers : « Puisque je t'ai dit qu'il est comme ça. — Ce n'est pas la première fois. — C'est pour le coup qu'il serrera la vis », etc. Tout cela se rapporte à lui, comme il est aisé de s'en apercevoir aux regards et aux gestes des infirmiers.

Le malade F..., de son côté, travaille les autres malades et le personnel de la maison étranger, à la surveillance des pavillons. Il est payé pour cette besogne; en effet, il ne touche de l'asile que 3 francs par mois; or, il va en ville trois ou quatre fois par semaine. Où trouve-t-il l'argent, sinon à la caisse du Comité? D'ailleurs, il avoue. Un jour, en le regardant de côté, n'a-t-il pas dit : « Les affaires sont les affaires. »

A eux deux, les compères ont fait si bien que tout l'asile, maintenant, est au courant de ses habitudes de pédérastie passive. Il y a, près du parc, un cabaret où les gens du Comité chambérien payent à boire aux infirmiers. Dans ce cabaret, une pie a été dressée à dire : « Cochon! Cochon! » Des hommes y viennent avec des filles et, tout en buvant, ils hurlent des obscénités quand il se promène dans le parc.

Mais cela ne suffit pas à D... Ce qu'il veut, c'est la constatation d'un flagrant délit de pédérastie. On s'exerce à cette intention. F..., qui couche dans une chambre voisine de la sienne, parle seul fréquemment la nuit. Il crie parfois : « Pas ce soir! Pas ce soir! » ou encore : « Je t'aime mieux autrement. » Cela, pour faire croire qu'ils sont tous deux ensemble et se livrent à des actes contre nature. Or, sa porte est fermée à clef, de l'extérieur; il a demandé qu'on y mît une serrure incrochetable, qu'on y fit un judas, et qu'on laissât de la lumière. Une veilleuse est installée depuis que la maison est éclairée à l'électricité. Les calculs de F... ont été dérangés par cette nouveauté. D'autre part, un infirmier a dit à cet épileptique : « Il

ne fallait pas aller jusque-là. » Ces mots donnent à penser que F... a abusé de malades inconscients afin que les traces laissées dans son lit fussent imputées à des actes commis avec lui, Camille.

Il y a quelques jours, un pensionnaire gagné au complot a profité de ce qu'ils étaient seuls, sans aucun infirmier, au premier étage où se trouvent leurs chambres, pour ouvrir la sienne et pousser des cris comme si on attentait à sa pudeur.

Autre tentative pour simuler un flagrant délit : il se promenait dans le parc lorsqu'une auto s'arrête sur la route. Quelqu'un, de l'auto, crie : « Où êtes-vous ? » Une voix, derrière Camille, venue de la route qui borde le sommet du parc, répond : « Ici. » Il y avait donc un individu qui voulait faire croire qu'il était dans le parc avec lui et le faire constater par les personnes qui se trouvaient dans l'auto.

La dernière tentative de ce genre est plus machiavélique encore ; elle date de quelques jours à peine. Comme il marchait sur la crête du mur de soutènement qui surplombe la garenne, il entend un coup de sifflet. Il se penche pour fouiller les fourrés du regard. A ce moment, il perçoit le déclic d'un appareil photographique (1). On l'a donc photographié au moment où, penché sur les fourrés, et regardant avec attention, son attitude pouvait simuler quelque chose d'obscène.

Cette photographie est entre les mains du Comité chambérien : il la répand en ville ; on en a parlé à l'asile. Un employé a dit : « C'est surtout le chapeau qui est pareil. » Une femme soi-disant venue pour voir un malade a dit : « Le corps est mieux que la figure. »

Il a pris l'habitude de se soigner à l'iode de potassium depuis déjà longtemps. Il a des fioles dans sa chambre pour cet usage. Eh bien ! on l'accuse de se soigner pour conserver ces apparences de jeunesse nécessaires à la satisfaction de ses penchants monstrueux !

Il y a quelques jours, chargé de recopier des notes sur les malades de l'asile, sa propre fiche lui tomba entre les mains. Il a écrit sous la rubrique : Etat mental : « Continue à résister à ses persécuteurs et à se ficher d'eux. » Cette note est venue à la connaissance du Comité de Chambéry. En effet, il a trouvé,

(1) Ce coup de sifflet se rapporte très probablement à un chasseur appelant son chien, et le bruit de déclic au bruit d'un fusil qu'on arme.

peu après, dans le parc, un ballon rouge en baudruche dont la ficelle était accrochée à des buissons. Ce ballon portait, en caractères d'imprimerie, ces mots : « La guerre infernale. » C'était la réponse du Comité. On lui a bien dit que ce ballon constituait une réclame pour une affaire de librairie. C'est possible, mais le Comité y a vu un moyen clair de répondre du tac au tac à la note de sa fiche.

On veut donc en venir à le déshonorer. D... a commencé cette œuvre par vengeance, et, s'il la continue aujourd'hui, c'est par plaisir, par dilettantisme.

On n'a pas essayé de le tuer, mais peut-être y viendra-t-on, quand on se lassera de le voir marcher la tête haute au milieu des calomnies. D'ailleurs, bien qu'il fasse toutes réserves à cet égard, il lui semble qu'on a déjà mêlé de l'acétate de plomb aux médicaments iodurés dont il fait usage. Il en a perçu le goût : il a eu, un matin, les gencives agacées par l'acétate. Il avait mis une brosse à tremper dans l'eau d'une cuvette : l'eau est devenue toute blanche, comme de l'extrait de Saturne.

Il n'a jamais essayé de réagir contre ses persécuteurs ; il préfère demeurer calme et digne. Cependant, s'il apercevait D..., il lui ferait vite son affaire : il lui sauterait à la gorge et l'étranglerait.

En dehors de cette absence de sens critique que décèlent ces multiples interprétations, endogènes et exogènes, suivant la terminologie de MM. Sérieux et Capgras, l'état mental de Camille ne présente rien d'anormal.

L'intelligence est nette, la mémoire intacte. Ce malade, érudit, chimiste instruit, s'est occupé, au manicomie de Turin, de travaux de micrographie et de psychologie expérimentale à la satisfaction entière des médecins. A Bassens, on l'occupe à des travaux d'écriture, et il s'en acquitte fort bien.

Sa conversation ne laisse relever aucun néologisme. Les habitudes de politesse et de convenance sont conservées, les sentiments éthiques normaux.

En ce qui concerne les sentiments affectifs, le malade n'a aucun rapport avec sa famille, qu'il a depuis longtemps complètement perdue de vue ; mais il est très susceptible d'émotion, et son affectivité ne paraît aucunement diminuée.

Cette observation était rédigée telle qu'on vient de la lire en juillet 1909. Mais, dans les quelques semaines qui ont suivi, le délire a pris une extension considérable. Aujourd'hui, il n'est personne dans l'asile qui n'y joue un rôle très actif (sauf

celui qui écrit ces lignes, et peut-être n'est-ce que par courtoisie que le malade, fort déférent, ne l'accuse pas). Les tentatives d'empoisonnement se sont précisées, les accusations de pédérastie multipliées ; tout le monde ici, hommes et femmes, est acheté par le Comité de persécution.

Je continuerai ce récit, en appliquant, pour des raisons de convenance faciles à comprendre, l'anonymat de « on » aux persécuteurs de Camille. Mais il les nomme et ne se sert pas de ce « on » dont les persécutés hallucinés font un si large usage lorsqu'ils commencent l'édition de ce délire.

Camille a remarqué que, vers la fin de juillet, les érections dont il souffre à l'ordinaire devenaient plus nombreuses et plus persistantes : on en profitait pour insister sur ses mauvaises mœurs. Il se demande si on ne mêlait pas des aphrodisiaques à ses aliments, et s'étant soumis pendant quelques jours à une privation presque complète de nourriture, il vit en effet que ces phénomènes s'atténuaient.

Son énergie exaspéra ses bourreaux, et, de guerre lasse, ils résolurent de l'empoisonner. Il a brusquement ressenti des palpitations de cœur, des coliques ardentes, des maux de tête ; examinant avec soin ses aliments, il a décelé des traces suspectes : un jour, on lui a présenté du fromage de gruyère dont les trous étaient à demi remplis d'un liquide louche. Il a fait la double expérience suivante : d'abord il s'est abstenu de ses aliments et n'a pris que des œufs et du pain qu'il détachait lui-même d'une couronne intacte (et dès lors, tous les symptômes d'empoisonnement ont disparu) ; ensuite, il a fait cadeau de son repas à un malade connu pour sa voracité (et le sujet de cette expérience a commencé de pâlir, s'affaiblir, bref, à montré des symptômes d'empoisonnement).

Alors on a été pris d'une véritable fureur. Les interjections, les allusions de F... (qui couche dans une chambre voisine) devinrent si violentes et si ordurières, que Camille a prié le médecin adjoint de changer cet individu de pavillon — ce qui a été fait. Or, la nuit suivante, ceci — qui est bien caractéristique — s'est passé. Vers une heure du matin, s'est élevé un grand vacarme, et des veilleurs s'étant approchés du pavillon de F..., un d'eux a dit sous les fenêtres : « Voyons, ça ne peut pas être Camille, puisqu'il ne couche pas dans ce pavillon. » F... s'était donc grimé à sa ressemblance et glissé dans le lit d'un autre malade pour faire croire à un véritable attentat à la pudeur de celui-ci.

Aussi bien, on l'épie sans cesse, et chacun de ses gestes est l'objet de commentaires odieux.

La nuit, on va dans le grenier, au-dessus de sa chambre, et sans doute par un trou percé dans le plafond, on le surveille sans le lâcher d'une minute. Chaque mouvement est traduit en un acte d'immoralité, chaque respiration en un halètement de plaisir ; en chaque pli de ses couvertures on décèle quelque chose d'obscène. On le lui crie à haute voix, on chuchotte, on rit, on fait avec les lèvres un bruit de baisers (1) ; on se livre à des scènes de lubricité révoltante, on chante des ordures à tue-tête ; une fureur de priapisme emporte toute la maison, etc.

Pour ne pas donner prise à ses détracteurs et éviter, autant que possible, ces érections qui le tracassent toujours, Camille a inventé divers subterfuges, comme de se roidir dans son lit, sa tête et ses pieds touchant seuls le matelas ; de se promener nu-pieds et en chemise, etc. Il a même pensé à se mutiler ou à porter autour de ses reins une ceinture hérissée de pointes.

Le diagnostic « délire d'interprétation » ne peut être ici mis en doute. On est en droit de s'étonner de la longue méconnaissance d'un type clinique qui s'offre de lui-même à l'observateur et réclame, généralement avec insistance, son attention. Mais, aux seuls esprits très lucides, les choses simples sont claires. Au surplus, il faut compter ici avec cette difficulté où l'on s'est maintes fois trouvé de distinguer les hallucinations des interprétations. Qu'il me soit permis de rappeler que nous avons compté, M. Sérioux et moi, 38 p. 100 de paralytiques généraux hallucinés, alors que certains auteurs admettaient à peine que ces phénomènes sensoriels fussent possibles dans cette espèce de démence (2).

D'autre part, « il n'est peut-être pas d'état psychopathique qui ne soit susceptible de donner naissance à

(1) Ce sont là, en partie, ces « hallucinations » dont j'ai parlé.

(2) P. Sérioux et M. Ducosté. Etude statistique sur les formes cliniques de la paralysie générale. (*Progrès médical*, 1907. — V. aussi : Maurice Ducosté. Les hallucinations dans la paralysie générale (*Encéphale*, 1907).

des interprétations ». Ces états doivent être soigneusement distingués du délire d'interprétation. On trouvera au chapitre VI de l'ouvrage précité de MM. Sérieux et Capgras une étude approfondie de ce diagnostic différentiel.

J'ai moi-même publié quelques exemples de délires, exclusivement ou à peu près, basés sur des interprétations, et qui n'avaient rien à voir avec le délire d'interprétation essentiel. Ainsi, dans la paralysie générale, dans la psychose maniaque-dépressive, dans la démence paranoïde, dans le délire consécutif à des ictus. Déjà, en 1902, j'avais tourné mon attention sur certaine espèce de neurasthénie que j'appelai « neurasthénie à interprétation pessimiste » (1). On trouvera dans les *Archives de Neurologie* (1902, XIV, p. 381) un compte rendu très exact de ma communication. « L'interprétation, y lit-on, touche à tous les faits de la vie du sujet et a pour origine et base intellectuelle l'idée qui s'est associée à l'émotion... Le diagnostic n'est délicat qu'avec la période d'incubation du délire chronique à évolution systématique. »

Voici maintenant l'exposé de l'expérience signalée plus haut. Elle a consisté à faire lire au malade un mémoire de MM. Sérieux et Capgras, paru dans les *Annales médico-psychologiques* en mai-juin 1902, sur les psychoses à base d'interprétations délirantes.

« Je serais désolé, ai-je dit à Camille, que vous fussiez entraîné par une impatience, d'ailleurs légitime, à des jugements erronés. Lisez cet opuscule avec attention ; les gens dont il est ici parlé s'éloignent infiniment de vous par la faiblesse de leur esprit ; mais, peut-être, certains mouvements passionnés qui vous sont habi-

(1) M. Du costé. *Pessimisme et neurasthénie* (Congrès de Grenoble, Compte rendu, p. 407).

tuels vous rapprochent parfois de leur manière de penser. Il m'est apparu que vous faisiez, vous aussi, — et je vous l'ai dit à l'occasion, — des interprétations précipitées. Lisez donc, examinez-vous, et me dites votre impression. »

Eh bien ! cet homme instruit, réfléchi, et qui, dans les observations d'aliénés identiques à lui-même, démonte immédiatement le mécanisme de leurs délires, me dit : « Ils sont empoisonnés par une idée fausse dont ils retrouvent partout le goût », et il ne reconnaît pas sa propre intoxication. Il m'avoue qu'il s'est demandé, il y a déjà bien longtemps, s'il n'allait pas trop loin dans ses rapprochements et qu'il s'est fait, à lui-même, en toute conscience, une réponse négative. « L'évidence est là ; je ne puis pas douter de mes sens contrôlés par ma raison » (1). En vain insisterait-on ; si quelque espoir apparaît, enfin, d'ébranler d'un doute, faible, un édifice si fortement construit, aussitôt on voit le malade appeler à lui et retenir les moindres faits, les moindres gestes, nos silences même, pour étayer et consolider la monstrueuse construction de son paralogisme.

OBS. II. — La seconde observation est celle d'une jeune fille, à l'esprit peu cultivé, et le délire est loin d'être aussi étendu, exubérant et touffu que celui de Camille. Mais il est encore intéressant, et surtout, comme je l'ai dit, par la prédominance des interprétations de phénomènes sexuels.

D'autre part, si je publiais les notes prises successivement et à quelques jours d'intervalle sur cette malade, il apparaîtrait combien il est difficile de descendre jusqu'au fond de ces délires.

(1) Ce sont presque les termes mêmes avec lesquels Jean-Jacques défendait son même délire d'interprétation : « Et vous vouliez que je me refusasse à l'évidence, c'est ce que j'ai fait autant que j'ai pu ; que je démentisse le témoignage de mes sens. C'est un conseil plus facile à donner qu'à suivre. » Lettre à la comtesse de Boufflers (1776).

Une aliénée, très lucide, entrée à l'asile sans dossier médical, exigeait assurément de longs examens.

Le 22 juillet 1909, après une heure de recherches, j'avanzaï un diagnostic basé simplement sur des éliminations. Le 30 juillet, m'apparut un délire d'interprétation, maigre, où saillaient quelques idées de persécution, voilées de réticences. Le 6 août enfin, le système délivrant se révélait dans ses origines et ses amplifications et les examens ultérieurs ne firent que consolider et préciser les résultats acquis.

L'observation qui suit résume et ordonne les renseignements de ces examens du mois d'août.

Le délire s'est constitué en décembre 1908. Les règles de Marie cessèrent au mois de septembre ; mais elle n'y fit pas tout d'abord attention, car ses époques étaient assez irrégulières. Cependant, comme leur suppression n'avait jamais encore duré trois mois, elle vint à s'inquiéter ; elle remarqua d'ailleurs qu'elle grossissait. S'en étant ouvert à une amie, celle-ci lui dit qu'elle était peut-être enceinte. Marie ne fit qu'en rire, car tout inexpérimentée qu'elle fût, elle savait bien qu'on ne devient pas grosse sans s'y être prêtée : or, précisément, elle ne s'y était jamais prêtée.

Un matin, cependant, elle se lève lasse, meurtrie, avec une brûlure intime. Par tout ce qu'elle avait appris des conversations avec ses amies et aussi par ce qu'une jeune fille peut deviner, elle soupçonne qu'elle a eu des rapports avec un homme ; il était étonnant qu'elle ne se fût pas réveillée, mais comme en vérité elle avait dormi très profondément, elle pensa qu'on lui avait fait prendre quelque drogue soporifique.

Sa confidente lui affirma, ironiquement sans doute, que telle sainte, en effet... (1). Mot imprudent. Puisqu'on avait gardé mémoire de femmes violées dans leur sommeil, Marie pouvait bien en être un nouvel exemple. Sa conviction se fixa, et ce fut là le point de départ d'un délire qui la suivra probablement toute sa vie.

Tout de suite, elle explique l'arrêt de ses règles. Ces lassitudes révélatrices de ce matin de décembre, elle se souvient les avoir ressenties les mois précédents. Cela a commencé en juin ; au mois d'août, à trois reprises différentes, elle a certainement

(1) C'était peut-être en état d'hypnose. Pitres, Brouardel, etc., ont cité un certain nombre de cas de viols commis en pareille circonstance.

été violée. Elle est nécessairement enceinte. Et d'ailleurs, après chacune de ces séances nocturnes, elle a, pendant quelques jours, goûté elle ne sait trop quel aimable apaisement auquel elle ne peut pas aujourd'hui se méprendre (1).

Elle ignora cependant le nom de son séducteur pendant tout le mois de janvier, où il renouvela et fit plus fréquentes ses visites clandestines. Cependant ses soupçons se portèrent sur un jeune homme du voisinage ; il lui plaisait, et c'était le seul à qui elle eût adressé quelques paroles familières. Or, une nuit du mois de mars (1909), elle se réveille en sursaut, elle sent que son séducteur se détache d'elle, et elle voit le jeune homme soupçonné debout près de son lit : apparition vague, d'une couleur indécise, mais, dit-elle, très reconnaissable ; elle se rendormit aussitôt (2).

Dès lors, le délire déborde violemment sur la vie passée et présente de la malade. Une nuit, elle résistait au sommeil pour essayer de surprendre son amant ; elle entend du bruit dans la pièce voisine ; elle y court : c'était son frère qui rentrait. « Donc », il est de connivence avec son séducteur, et ce ne serait pas par amour seulement que celui-ci agit, mais d'après un plan concerté.

Des mots échappés à ses parents lui reviennent : « Quand donc seras-tu morte ? » lui a dit un jour sa mère. Naguère, dans une dispute, cette femme a dit à son père : « Le jour où tu l'as mise au monde ! » Au ton d'ironie de ces mots, Marie devine aujourd'hui qu'elle n'est pas la fille de celui qui se dit son père. Est-elle même la fille de celle qui se dit sa mère ? Les deux faux parents ne veulent-ils pas la faire disparaître ? Ils ont fréquemment, en la regardant, des airs mystérieux. Sa mère l'a battue. Bien des fois, elle a ressenti des malaises étranges après ses repas : n'a-t-on pas tenté de l'empoisonner ? Un jour, « sa mère », par inadvertance, a bu dans son verre ; elle a eu, tout de suite après, une crise de nerfs : donc il y avait du poison dans le vin (3). Une nuit, elle s'est réveillée

(1) Délire rétrospectif. Camille n'a pas présenté ce mode d'extension du délire qui, chez Marie, dès la consolidation des premiers soupçons, est tout à fait prédominant.

(2) Il est difficile de savoir si c'est là un rêve ou une hallucination hypnagogique ; je penche, comme on l'a vu plus haut, pour cette dernière hypothèse.

(3) La mère de la malade a, en effet, des crises d'hystéro-épilepsie.

un instant, et elle a vu sa mère dans sa chambre avec un verre à la main.

Si donc elle n'est pas la fille de ceux qui se disent ses père et mère, de qui est-elle née ? Elle l'apprend au mois de mai. Etant à la messe, « une cocotte » habitant B... est venue se placer à côté d'elle et l'a regardée avec « un frémissement et des yeux de folle ». — « Donc, c'est sa mère. » Cette femme est vieille ; le protecteur qui payait la pension de ses nourrisseurs (dits son père et sa mère) est mort sans doute ; ne leur rapportant plus rien, Marie est condamnée. D'autre part, c'est sa vraie mère qui a poussé le jeune homme à la séduire ; elle voudrait que sa fille fût déshonorée, sa bonne conduite lui étant un perpétuel reproche. Si Marie devenait une fille perdue, sa mère, à qui l'âge ne permet plus de se prostituer, la dresserait à son ancienne profession et en retirerait les profits.

C'est sous la menace de cet odieux avenir que Marie, ayant rencontré dans la rue, un après-midi, son séducteur, alla vers lui et lui dit : « Maintenant, tu comprends, il est nécessaire que nous nous mariions ensemble. » L'autre tomba des nues ; mais comme la jeune fille devenait de plus en plus pressante, il s'en plaignit à ses parents. On réprimanda Marie sans reconnaître son aliénation : on mit sur le compte de la passion ce qui revenait au délire.

Elle est persuadée qu'on l'a fait avorter : en effet, ses règles sont revenues. Son séducteur la surveille : elle entend la nuit marcher doucement dans le jardin, s'ouvrir et se refermer la grille ; elle a vu de la fumée entrer dans sa chambre comme si quelqu'un fumait, tapi dans l'ombre, sous sa fenêtre : or, son amant fume la cigarette.

Internée à l'asile de Bassens, le 10 juillet 1909, à la suite de ses menaces, du refus de prendre des aliments et de sa ténacité à vouloir « légitimer sa situation », elle n'abandonne rien de son délire. Cependant, elle affirme que les visites nocturnes de son séducteur ne se sont pas reproduites ici ; mais elle pense qu'on l'a fait interner soit pour la déshonorer, soit pour se débarrasser à tout jamais d'elle. Si elle sort, elle est décidée à fuir sa maison et, s'il le faut, à travailler de ses mains pour vivre.

Cette malade, âgée de vingt ans, a un frère, bien portant, âgé de vingt-deux ans ; une sœur, plus jeune, mort-née. La mère a des attaques d'hystéro-épilepsie. Le père, normal par ailleurs, porte un léger goître.

Marie était délicate dans son enfance : elle a eu de l'otor-

rhée à partir de l'âge de trois ans ; on l'a soignée pour une tumeur blanche (?) du genou. A l'heure actuelle, sa santé générale est satisfaisante. Je n'ai pas trouvé de stigmates hystériques, sauf, peut-être, une légère hypoesthésie du côté gauche, mais à l'épingle, ce qui manque de précision.

Le lecteur a certainement aperçu l'intérêt médico-légal de ce délire : on y assiste à la genèse d'un acte d'hétéro-accusation ; il naît d'interprétations délirantes, se fortifie rapidement en s'incorporant d'autres interprétations, des résidus de rêves et des hallucinations hypnagogiques.

Si Marie avait été un peu plus intelligente, elle aurait élagué de son délire ce qui le rendait par trop inadmissible, et elle aurait pu dresser contre son pseudo-séducteur une de ces dangereuses accusations de viol dont la littérature médico-légale est riche. Un pas de plus, des parents un peu plus crédules et naïfs, une imprudence de l'accusé, et il se fut trouvé probablement dans une situation des plus difficiles.

Ces faits sont courants ; mais ce qui me paraît assez nouveau dans cette observation, c'est le rôle capital des interprétations délirantes dans l'édification du roman mythopathique. Ce rôle ne semble pas avoir été jusqu'ici mis en une lumière si crue par les détails d'une observation clinique. On a insisté sur l'importance des hallucinations, des rêves, des suggestions étrangères ou des auto-suggestions dans cette « aptitude au mensonge, à la simulation et à l'invention romanesque », que Dupré désigne sous le nom de « mythomanie » (1). On sait que la mythomanie, forme d'activité psychique normale de l'enfant, est très fréquente chez les jeunes filles.

J'ai dit les difficultés auxquelles je me suis heurté

(1) Ernest Dupré. La mythomanie. Étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides. (*Bulletin médical*, 1905).

lorsque j'ai tenté d'entrer dans le délire de ma malade. Elle eut pu le dissimuler, paraître sensée aux yeux de tous, et ne livrer de son aliénation que ce viol dont elle se dit victime. — Et ce délire, vaste et solide, ignoré, on n'eût pas su à quoi rattacher l'accusation calomniatrice de la malade — si tant est qu'on y eût vu une calomnie. Peut-être chez un certain nombre de jeunes filles mythomanes, met-on trop vite en avant les diagnostics expéditifs de « perversité » ou d'hystérie. « En aliénation mentale, dit Lasègue, toute étude qui ne remonte pas au delà du fait actuel et qui n'embrasse pas la biographie cérébrale du malade est à rejeter. »

En tout cas, puisque voici une observation où des interprétations délirantes ont fait bloc contre un innocent que le hasard seul a sauvé, il sera bon, chaque fois qu'on se tronvera en face d'une de ces accusations où l'on soupçonne une calomnie, de rechercher avec soin si elle n'est pas l'ultime effort et la condensation concrète d'un délire.

L'expert assurerait ainsi la force de ses conclusions. Qu'on n'oublie pas qu'il est le seul, souvent, dans des cas de cette espèce, contre le public, à faire valoir les droits de la vérité; et c'est une responsabilité pleine, pour lui, de grandeur que d'assumer la défense, si difficile, de l'homme sensé et droit contre les fous moraux et les accusateurs mythomanes.

Il faut se rappeler, entre tant d'autres, le cas célèbre du lieutenant de la Roncière. Lorsque M^{me} de Morel l'accusa de viol, personne ne sut défendre le malheureux jeune homme. M^{me} de Morel avait seize ans; elle était riche, bien née, fille d'un général qui plaçait l'honneur de sa fille au-dessus de tout; elle put donc développer à son aise son roman calomniateur. Et la Roncière, écrasé sous le mépris public, fit dix années de réclusion à Clairvaux!

Qu'était, en réalité, M^{me} de Morel? Une hystérique, dit-on. Pitres considère qu'elle mentit inconsciemment, victime elle-même de ses hallucinations. Thoinot proteste : « Ce fut, dit-il, un véritable coup monté et monté avec un art incroyable. » Mais que savoir, au juste, aujourd'hui? Procéda-t-on seulement à l'examen mental de la calomniatrice? On ne se soucia que de venger l'honneur d'une famille considérée.

J'ai connu, moi-même, dans une petite ville des Alpes, une affaire à peu près semblable. L'héroïne était une jeune fille de dix-huit ans, qui « monta son coup » avec un art encore plus consommé que celui de M^{me} de Morel. Si j'en rapportais les détails on me croirait à peine. « La victime », longtemps trop indifférente sans doute, et non sans mépris pour ses accusateurs, s'aperçut trop tard du danger et il ne tint qu'à peu de chose, vraiment, que l'affaire tournât fort mal pour elle.

D'aussi fâcheuses erreurs se reproduiront bien des fois tant que la psychiatrie n'aura pas pesé de tout le poids de ses acquisitions sur la décision des juges. L'internement des fous moraux et des mythomanes d'habitude dans nos asiles actuels, en attendant la création d'asiles de rééducation morale, est une nécessité dès que ces individus mettent en action leur force de nuisance. Un persécuté, un halluciné, un dément peuvent sans doute, troubler l'ordre public, commettre des vols ou des meurtres, mais combien ne paraissent-ils pas inoffensifs à côté de ces mythomanes accusatrices qui accumulent les déshonneurs et les ruines, font le mal innocemment en quelque sorte, par le jeu naturel de leurs forces pernicieuses, et trouvent toujours pour les défendre contre la droiture de leurs victimes, la foule des imbéciles, des naïfs et des ignorants!

Alençon, avril 1910.

MÉMOIRE SUR LA SANITÉ MÉDICALE

DE LA COLONIE D'ALIÉNÉS DE DUN-SUR-AURON.

Établissements d'aliénés

de la Colonie de Dun-sur-Auron.

DES

INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS

DES COLONIES FAMILIALES D'ALIÉNÉS

Par le Dr A. RODIET,

Médecin en chef de la Colonie de Dun-sur-Auron.

A propos de deux publications antérieures (1), M. Marie m'a reproché de ne pas lui avoir fait une part assez large dans l'organisation de l'assistance familiale en France. Le distingué médecin de Villejuif a pris soin de rappeler que : 1^e il avait créé ; 2^e organisé les colonies familiales. « M. Rodiet, dit-il (2), exposant l'état actuel des Colonies familiales en France, veut bien se souvenir que je les ai fondées en 1893, mais il ajoute que c'est au successeur du Dr Marie, le Dr Truelle, que revient le mérite d'avoir complété l'organisation, de l'avoir développée et d'avoir transformé une expérience en institution. Je me garderai de rien enlever au mérite de M. Truelle, que j'estime hautement et qui eut le grand courage de consacrer neuf ans de sa vie à pour-

(1) A. Rodiet. L'organisation actuelle des Colonies familiales d'aliénés en France; *Journal de Neurologie* du 20 septembre au 1^{er} octobre 1910. Désencombrement des hôpitaux de Paris; *Revue philanthropique* du 15 novembre 1910.

(2) Dr Marie. *Journal de Neurologie*, 5 novembre 1910.

suivre et consolider l'œuvre à laquelle j'avais moi-même consacré le même temps. Mais il convient de partager équitablement le mérite de l'œuvre commune entre ceux qui s'y dévouèrent. La phrase précitée semble opposer ceci à cela ; elle prête à penser que ce qui fonctionna neuf ans, sous mon impulsion et celle de M. le Dr Vigouroux, n'était qu'expérience instable et précaire.

« Réserver le titre d'institution développée à une colonie de Dun, seconde manière, ferait croire que notre excellent collègue Truelle ait dû prendre le contrepied d'errements antérieurs qu'un lecteur non averti supposera fâcheux.

« On dirait qu'il fallut une réforme particulièrement louable et sérieuse en 1900 pour que Dun devint l'institution transformée et développée. Ceux qui me firent l'honneur, en 1900, de visiter avec le Congrès international la colonie que je quittais et dont je venais de faire la remise à M. le Dr Dupain ont constaté qu'elle avait alors tous ses règlements généraux définitifs en vigueur, comme ils le sont toujours.

« Neuf ans de fonctionnement avaient permis d'apporter à Dun l'organisation administrative et les congressistes inaugurerent avec nous le pavillon d'infirmerie que j'avais conçu et édifié pour retirer les pensionnaires faibles ou gâteux.

« A cette époque, la colonie avait reçu 902 malades et avait un effectif de près de 700, avec un budget annuel de 407.700 francs.

« Elle avait déjà les annexes de Levet et Bussy ; le petit centre d'Orouer était créé et Ainay était annexé depuis trois ans. »

A cet exposé fait par M. Marie de l'historique des colonies familiales de 1893 à 1900, je n'ai rien à ajouter. Les débuts de l'Assistance familiale des aliénés ont été

434 INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS

difficiles. Il a fallu au médecin chargé de cette nouvelle institution des qualités spéciales de diplomatie, de persévérance et de volonté. Grâce à toutes ces qualités, M. Marie a fondé dans notre pays un mode nouveau d'assistance qui a fait ses preuves. La tentative a été soutenue et encouragée par le Conseil général et l'Administration de la Préfecture de la Seine; M. Le Roux était à ce moment directeur des Affaires départementales. C'est lui qui envoya M. de la Moutte, chef de bureau, étudier la région destinée au placement des aliénés dans les familles et s'entendre avec les habitants avant de commencer les premiers essais. Pour accoutumer les gens à cette idée de vivre avec des aliénés, M. le Dr Vigouroux, un médecin de la ville de Dun, le père de notre confrère de l'asile de Vaucluse, a usé de toute son autorité et, grâce à l'estime dont il jouit à juste titre dans toute la région, contribué à vaincre les résistances du début. D'accord avec le maire de Dun, M. Periot, il a facilité la tâche des organisateurs et soutenu leurs efforts. Enfin, pour n'oublier personne, il faut rendre hommage à la mémoire du regretté Bouchereau, qui a choisi les premières malades destinées à vivre en solonie. Son choix sévère et judicieux a assuré, en partie, le succès de l'œuvre; car l'expérience réalisée par le Dr Marie aurait échoué si les premiers aliénés transférés à la colonie avaient causé du scandale, fait des tentatives de suicide ou frappé leurs nourriciers.

Depuis 1905, le chiffre de la population de la Colonie de femmes de Dun a été fixé à 1.000 malades. Pour toutes les raisons exposées dans un précédent travail (1),

(1) A. Rodier. Du choix des aliénés aptes à vivre en colonie familiale. *L'Informateur des aliénistes et neurologistes*, août, septembre, octobre 1910.

ce chiffre est péniblement atteint à la fin de chaque année et ne peut être dépassé.

D'ailleurs, le placement familial des aliénés, s'il présente de nombreux avantages, présente aussi des inconvénients. A ce sujet, je citerai les très justes remarques de mon distingué collègue d'Ainay-le-Château, le Dr Pochon (1).

« Tous ceux que les colonies intéressent, dit-il, savent combien on a vanté cette liberté relative, cette vie au grand air, cette initiative qu'elles permettent. Mais il faut bien aussi exposer les points faibles et les dangers de la colonie. Qu'on ne voie pas là une mauvaise tendance et le dénigrement de l'œuvre. On n'améliore pas une œuvre en proclamant chaque jour son excellence. Ne travaille-t-on pas mieux à son perfectionnement en montrant ses défauts et en signalant les retouches qui semblent nécessaires ? ».

Les imperfections, les inconvénients et même les dangers de la colonie d'aliénés dépendent de causes variées. Ainsi que l'a démontré Truelle (2), ces causes résultent : 1^o Du malade; 2^o du nourricier; 3^o de l'organisation de la colonie plutôt que du système d'assistance. Il me paraît impossible d'établir une division absolue entre ces trois causes dont la plus importante est celle qui concerne le choix du malade appelé à vivre à la colonie. Le système d'assistance, excellent en effet avec un tel malade, devient détestable avec tel autre. Un aliéné insociable, non seulement se trouvera malheureux à la colonie, mais encore troublera l'existence de son compagnon de chambre et de la famille dans laquelle il sera placé, même s'il a affaire à d'excellents nourriciers.

(1) Dr Pochon. Rapport annuel au préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie d'Ainay-le-Château, 1909.

(2) Dr Truelle. Rapports annuels au préfet de la Seine sur le fonctionnement de la colonie de Dun de 1900 à 1907.

Dans cette étude, je prendrai comme type la colonie de Dun, tout en me réservant d'emprunter aussi quelques exemples aux faits observés par mon collègue, le Dr Pochon, à la colonie d'hommes d'Ainay-le-Château.

I. — INCONVÉNIENTS IMPUTABLES AU MALADE ET A SA FAMILLE.

On ne saurait trop répéter que l'aliéné ne peut bénéficier de l'Assistance familiale qu'à la condition d'avoir été choisi avec soin, après un long séjour à l'asile. Tel malade, persécuté avec des hallucinations actives, se trouvera tout aussi malheureux à la colonie que dans un établissement fermé, lorsqu'il aura un caractère difficile. Ses querelles incessantes avec les nourriciers, ses mutations de placements, les disputes qu'il ne manquera pas d'avoir avec ses compagnons, tout lui sera une cause d'excitation. Son état mental n'anra rien à gagner à une existence troublée par des changements continuels de maison. Son entourage ne pourra que souffrir et s'irriter de ses réclamations et de ses plaintes. La présence de ces malades dans le pays est une cause d'ennuis pour les autorités auxquelles ils s'adressent. Député, maire, juge de paix et gendarmes, sans parler des médecins, sont sollicités chaque jour et ne savent comment éluder cette perpétuelle demande de sortie faite par un malade qui, à toute heure du jour, vient forcer leur porte.

Les dégénérés avec folie morale et troubles du caractère et les maniaques raisonnants ne sont pas non plus d'un placement facile dans les familles. Certains d'entre eux ont des exigences excessives et ne sont jamais satisfais des efforts des nourriciers, pas plus que des fournitures de l'administration. Lorsque ces malades sont jeunes, il faut se défier de leurs penchants érotiques et

de leur faiblesse mentale qui les met à la merci du premier venu. C'est pourquoi nous pensons que, tout au moins pour les femmes, il convient, d'une façon générale, de tenir compte de l'âge. Au début de la colonie, on avait fixé à cinquante ans l'âge des pensionnaires femmes à envoyer à Dun-sur-Auron. Plus tard, des malades jeunes de tout âge ont été placées chez des nourriciers. Pendant une période de dix années, un seul incident d'ordre génital (une grossesse) s'est produit chez une jeune femme. A la suite de cet incident, la limite d'âge pour les femmes à envoyer à la colonie a été fixée à quarante ans environ, ou, mieux encore, après l'époque de la ménopause. Il faut convenir que cette question de la limite d'âge prive toute une catégorie de malades des bénéfices de l'Assistance familiale. On pensera aussi que cette mesure répond à une crainte exagérée des incidents d'ordre génital. Peut-être; mais si nos malades jeunes avaient été plusieurs fois l'occasion d'affaires de mœurs ou une cause de scandale, les détracteurs du système des colonies n'auraient pas manqué d'en faire état. En outre, à l'égard du mari ou de la famille, la responsabilité de l'administration, dans le cas d'une aliénée enceinte, est toujours gravement engagée. Il est vrai que, même dans les asiles les mieux fermés et les mieux surveillés, des incidents de ce genre ne sont pas toujours évités. Dès lors, il faut s'étonner que, dans une colonie d'aliénés, ils ne soient pas plus fréquents. A cause des perversions instinctives qu'ils présentent, les malades jeunes, débiles et imbéciles, ne doivent être envoyés à la colonie qu'avec une extrême prudence. Les femmes surtout ne seront placées dans les familles qu'après une longue observation à l'asile.

Les malades les plus indociles en colonie, ceux auxquels la liberté de l'Assistance familiale est nuisible, ce sont les alcooliques. Aussi bien à Dun qu'à Ainay, la sur-

veillance plus rigoureuse n'empêche pas les pensionnaires de se procurer de l'alcool, lorsqu'ils en ont le désir. On sait que, dans les asiles fermés, les malades qui travaillent et ont de l'argent arrivent à boire. Même dans les établissements les mieux tenus, les cas d'ivresse ne sont pas rares. Dans l'état de liberté, qui est le fait même du régime de la colonie, l'alcoolique peut facilement satisfaire sa passion. Il est inutile d'espérer que les marchands de vins ne vendront pas d'alcool à nos malades. Comme le disait un débitant de Dun : « Peu m'importe que ce soit un malade qui m'achète de la boisson, pourvu que je sois payé. » Il faudrait donc que les alcooliques ne puissent pas avoir d'argent. Or, ils arrivent facilement à s'en procurer. Ou bien ils travaillent et, dans ce cas, ils sont payés par les gens qui les emploient, ou bien ils vendent les fournitures qui leur sont données par l'administration. Ils échangent à bas prix : fil, aiguilles, chocolat, étoffes, tabac, et même les médicaments. La plupart de ces malades reçoivent directement des mandats de leur famille. A ce propos, il faut observer que certains parents s'associent au malade pour rendre la tâche du médecin plus difficile. Malgré toutes les défenses, ils se cachent pour envoyer de l'argent à leur père ou à leur frère, bien convaincus que son premier soin sera d'acheter du vin ou de l'eau-de-vie. A Dun, voici le moyen qui nous réussit le mieux pour restreindre la consommation de l'alcool chez les malades qui, sorties des asiles, se remettent à boire. Lorsqu'une malade reprend des habitudes d'alcoolisme, nous la faisons surveiller. Nous arrivons toujours ainsi à découvrir le marchand de vins qui lui vend l'alcool, d'ordinaire du rhum ou de l'eau-de-vie. La malade est ensuite retirée de son placement et réintégrée dans un asile fermé ou envoyée dans une annexe et soumise à une surveillance active. A sa nourricière, qui ne manque pas de se

plaindre et de nous réclamer une autre pensionnaire, nous répondons :

« 1^o Vous deviez empêcher votre malade de boire et, dans tous les cas, nous prévenir immédiatement du retour de ses mauvaises habitudes. 2^o Si votre placement est vacant, c'est la faute à M. X..., marchand de vins. S'il n'avait pas vendu d'alcool à une aliénée, vous auriez encore chez vous cette femme à laquelle vous étiez attachée. Vous n'aurez pas d'autre malade avant longtemps, à moins que M. X... s'engage par écrit à ne plus vendre d'alcool à nos malades. »

Le marchand de vins, à qui plusieurs fois cette aventure est arrivée, se tient sur ses gardes, d'autant plus que la nourricière ne se contente pas d'ordinaire de l'injurier et de lui retirer sa propre clientèle. Par ses récriminations et ses plaintes aux voisins, elle contribue à lui faire du tort auprès des autres nourriciers. Les débitants s'aperçoivent déjà, avec ce système, qu'ils perdent plus qu'ils ne gagnent à vendre des boissons alcooliques à nos pensionnaires. Ils se montrent plus prudents, sinon plus honnêtes. En effet, certains d'entre eux ont adopté une autre méthode ; ils mélangeant d'eau, dans une forte proportion, le rhum ou l'eau-de-vie qu'ils vendent aux malades. Ainsi coupé, l'alcool est moins dangereux et la fraude, en définitive, est profitable au malade qui, s'il n'en a pas pour son argent, s'intoxique moins rapidement.

Lorsque toutes les recommandations sont inutiles, le retour de l'alcoolique dans un asile fermé est nécessaire, dans son intérêt même. C'est le seul moyen de lui éviter toute une série de rechutes. La colonie présente donc des inconvénients pour les buveurs et les dipsomanches.

De même, elle n'est pas organisée pour garder les aliénés qui ont des idées de suicide très actives. On sait

que dans les asiles, ces malades arrivent toujours à mettre leurs projets à exécution, malgré la surveillance. Dans une petite ville où il y a des puits, une rivière, des voitures et des automobiles qui passent constamment, ils n'ont que l'embarras du choix. La nourricière, si dévouée soit-elle, est occupée avec ses enfants, son ménage, et le malade échappe facilement à sa surveillance. Aussi, on peut s'étonner que les suicides ne soient pas plus fréquents, aussi bien à Dun qu'à Ainay. Dans les deux colonies, on compte un certain nombre de malades qui ont fait plusieurs tentatives pour se donner la mort et qui ont gardé des idées de suicide. Un accident, même grave, se produirait actuellement à la colonie, que le système ne pourrait plus en être discrédité. On peut même s'étonner que les accidents de toute sorte, suicides, homicides même ou attentats à la pudeur, ne soient pas plus fréquents avec cette population de 1.500 aliénés (1.000 à Dun, 500 à Ainay) en liberté au milieu d'un pays. C'est un miracle que, depuis 1892, nous n'ayons pas eu à déplorer de faits semblables à celui-ci concernant un de nos anciens malades réintégré dans un asile fermé très à propos, ainsi qu'on peut s'en rendre compte :

« En 1907, entrait à la colonie de Dun, pour y rendre quelques services au jardin, par transfert de l'asile de Vaucluse, le malade Del... (Raoul-Gabriel), âgé de quarante-trois ans, « atteint, d'après le certificat du « Dr Truelle, de dégénérescence mentale avec léger « affaiblissement des facultés intellectuelles, irritabilité « mentale, nécessité d'une direction ». Le 30 juin 1910, ce malade, dont les allures étaient douces et obséquieuses, qui était toujours très calme et de qui ses nourriciers n'avaient jamais eu à faire que des éloges, est surpris cherchant à entraîner une enfant de quinze ans dans l'escalier d'une cave. Malgré ses dénégations

et son indignation affectée, Del... est immédiatement réintégré à l'asile de B... avec le certificat suivant : « Est atteint de dégénérescence mentale avec affaiblissement des facultés intellectuelles. Ce malade manifestant des impulsions érotiques ne peut être maintenu sans danger à la colonie familiale. Il est nécessaire de le transférer d'urgence à l'asile de B... »

Quelque temps après l'entrée du malade, le directeur de l'asile, se laissant influencer par les allures hypocrites et doucereuses de Del... et son attitude calme, l'autorisa à sortir dans la ville, en s'appuyant sur ce fait que le malade avait vécu en liberté dans les colonies pendant quatre années. C'était un dimanche. Del... rencontra un jeune garçon de quatorze ans. Il l'entraîne dans le corridor d'une maison inhabitée et le viole de telle façon que l'enfant meurt en quelques jours des suites de l'attentat. Poursuites de la famille contre le directeur de l'asile et le préfet et condamnation, après un grave scandale dans la région.

Nous qui connaissons le malade, nous ayons été heureux de penser que, par la prompte réintégration dans un asile fermé, nous avions évité que cette très pénible affaire ne se passât à la colonie. Il n'est pas douteux que c'est par un hasard très heureux et aussi à cause de la décision rapidement prise de réinterner Del... que le département de la Seine et nous-même n'avons pas eu à subir les ennuis et la responsabilité de cet attentat aux mœurs suivi de mort qui a causé dans le pays une grosse émotion. Que n'aurait-on pas dit si le fait s'était passé à la colonie ?

En ce qui concerne les évasions, tout malade placé à la colonie, qui veut s'évader, peut partir quand il lui plaît. Nous ne disposons d'aucun autre moyen pour le retenir que la réintégration passagère à l'infirmerie, en attendant le renvoi dans un asile fermé. Mais il peut

442 INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS

facilement dissimuler ses projets. A cause de la liberté qui est la raison même de l'assistance familiale, le nourricier ne pourra pas s'opposer au prétexte d'une promenade et le malade s'en ira. Même prévenus immédiatement, nous avons souvent quelque peine à faire aboutir nos recherches. Si l'aliéné est capable de s'orienter et de poursuivre son projet, il échappera sans difficulté à nos agents. Le passage du chemin de fer dans tous les petits centres de la région donne les plus grandes facilités de s'enfuir aux pensionnaires qui ont de l'argent. C'est pourquoi nous évitons de laisser à celles qui sont capables de partir de grosses sommes à leur disposition. Mais parfois, la famille est complice de l'évasion et, dans ce cas, toutes nos précautions sont vaines.

A la colonie, plus encore qu'à l'asile, les familles peuvent contrarier l'œuvre du médecin. Souvent les parents écrivent directement au nourricier pour avoir des nouvelles du malade. Cette absence de contrôle de la correspondance est un des inconvenients de la colonie. Il arrive qu'un aliéné tranquille est ému par la nouvelle trop brutalement annoncée de la mort d'un de ses parents. Il arrive encore que les plaintes mal fondées d'un malade à l'égard de ses nourriciers soient retournées par la famille sous forme d'injures aux nourriciers qui rendent ensuite le malade responsable de la sottise de ses parents.

Pour les visites, les familles sont obligées de s'adresser à nous, à cause de la demande des billets de chemin de fer à prix réduit. Mais les visites ne peuvent pas être surveillées comme dans un asile. Par leurs conversations imprudentes ou même leurs disputes, certains parents viennent troubler, chez ses nourriciers, un malade jusque-là tranquille et rompre l'harmonie d'un placement bien ordonné. Le Dr Marie raconte que la fille

d'une malade fit, aux nourriciers gardant sa mère, un tel tableau des dangers qu'ils couraient en gardant chez eux une aliénée dangereuse, que les nourriciers effrayés ont reconduit aussitôt la malade à la colonie.

Les exemples, si fréquents chez les parents d'aliénés, de manque de jugement, d'instabilité d'humeur et de sottise sont l'un des meilleurs arguments à invoquer contre le principe de l'assistance directe dans la famille même du malade.

A ce sujet, je me rappelle l'observation suivante recueillie au temps où j'étais interne dans un asile de la Seine. La mère d'un malade, âgé de seize ans, venait chaque dimanche voir son fils qui était idiot, et le faisait sortir de l'asile. Pendant l'été, elle était accompagnée d'une autre femme. Les deux femmes et l'enfant emportaient leur déjeuner dans un bois voisin de l'établissement. Après le déjeuner, l'idiot et la visiteuse se livraient au coït devant la mère, qui donnait 5 francs pour la journée à sa compagne et lui payait son voyage « pour que son enfant, disait-elle, ne manquât de rien ». Elle ajoutait que son pauvre petit ne pourrait jamais guérir, fort comme il l'était « s'il n'accomplissait pas ses fonctions naturelles ». Cette même femme, lorsque ces sorties un peu trop mouvementées furent interdites à son enfant, lui faisait parvenir des bouteilles d'absinthe par-dessus le mur de l'asile. Aux malades placés à la colonie, de tels parents sont nuisibles. Ils ont toute liberté pour écrire, envoyer de l'argent, donner de mauvais conseils, faire des visites pendant les crises d'agitation du malade et l'aider, au besoin, à préparer une évasion.

A vrai dire, il n'y a pas eu d'évasion en 1910 à la colonie de Dun et on en compte 3 en 1908, 2 en 1909 et 1 en 1911. De même que pour les suicides, on peut s'étonner que les évasions ne soient pas plus fréquentes.

444 INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS

Toutefois, la colonie n'est pas faite pour les malades évadeurs, pas plus qu'elle n'est destinée à hospitaliser les malades disposés à faire des fugues ou incapables de s'orienter. Ceux-ci, sujets à s'égarer, dès qu'ils ont quitté la maison de leur nourricier, marcheront droit devant eux et, après des heures et même des jours, peuvent se retrouver dans un bois ou tomber dans une rivière. A Dun, en 1910, une malade âgée de cinquante ans a marché ainsi pendant près de quarante-huit heures sans manger et a tourné près d'un jour entier dans le même coin de bois où on aurait pu la trouver morte, si un garde forestier ne l'avait pas recueillie. Cette femme, une démente, n'avait pas eu l'intention de s'enfuir. Elle avait, profitant d'une absence de la nourrice, quitté la maison et pris une route qu'elle avait suivie jusqu'à une forêt, d'où elle était incapable de sortir seule.

Du reste, il faut s'attendre avec le placement des aliénés dans les familles à des incidents multiples. Au début de la colonie, les propriétaires se plaignaient si les malades passaient dans leurs champs, s'asseyaient sur l'herbe ou cueillaient des fleurs. Ils obligeaient même le garde-champêtre à dresser procès-verbal. Le Dr Marie a trouvé un moyen ingénieux d'éviter ces ennuis. Après avoir payé, au début, les indemnités réclamées, puis fait payer aux nourriciers coupables de n'avoir pas empêché le délit, il a adopté la méthode chinoise qui consiste à punir ou à récompenser le gendarme, selon qu'il y a ou n'y a pas délit. Si donc les gardes s'arrangent, par un redoublement de surveillance, ou autrement, de façon à ce qu'il n'y ait pas de contravention, ils passent à la caisse à la fin de l'année et touchent une prime. Si l'un d'eux laisse commettre un délit, les frais causés par la malade sont payés, mais le garde ne reçoit pas de gratification. La méthode est

excellente et son application évite bien des histoires. On ne les évite pas toutes. C'est ainsi que en 1908, parmi plusieurs incidents, il faut citer celui-ci que je rapporte à titre d'exemple.

G..., Céline, âgée de soixante-deux ans, est à la colonie depuis le 31 mars 1904. Elle vient de l'asile de Pont-Labbé-Picanville, où elle était internée depuis le 8 février 1890, avec le certificat suivant : « Délire de persécution avec hallucinations multiples et troubles de la sensibilité générale. » Cette femme, très incohérente et désorientée, ne parle le plus souvent que par néologismes. Elle était tranquille depuis son arrivée et quittait rarement la maison de ses nourriciers. En septembre 1908, en sortant des bains vers 11 heures du matin, elle entre dans un jardin et cueille des poires qu'elle entasse dans un panier. La propriétaire accourt. C'était une femme âgée ; elle essaie de s'opposer au larcin. La malade la frappe, la renverse assez violemment pour qu'il se produise une entorse du genou avec hémarthrose. Les parents de la blessée et la blessée elle-même ont été très modérés dans leurs réclamations et ne voulaient même pas porter plainte, de peur de nuire à la nourrice, leur voisine.

La malade a été réintégrée à l'infirmerie et la nourrice qui ne l'avait pas surveillée a été blâmée. D'après le règlement, elle aurait dû payer les frais de médecin et de pharmacien. Comme elle était très pauvre, nous avons pris à notre charge les soins nécessités par l'état de la blessée qui, du reste, n'a rien gardé de son accident.

Nous veillons, du reste, à ce que les habitants du pays ne soient pas importunés par nos malades. Toute plainte, même injustifiée, concernant une de nos pensionnaires entraîne immédiatement le retrait de la malade, au moins pour quelques jours. C'est à la nourri-

cière d'éviter les incidents et les histoires. Nous arrivons ainsi à ne pas mêler nos malades aux querelles de voisinage et aux haines politiques si nombreuses dans les petits pays. Tous les incidents qui se produisent à la colonie ne sont pas toujours sérieux, mais ils sont fréquents. Un jour, une malade qui se figure posséder tous les immeubles de Dun arrache les affiches que le notaire fait poser pour des ventes de maisons. Un autre jour, le curé vient se plaindre qu'une pensionnaire a pris à l'église la place d'une dame du pays, etc.

Parmi les inconvénients de la colonie ou pour mieux dire parmi les dangers qui dépendent d'un mauvais choix du malade destiné à vivre en famille, il faut compter les accidents graves résultant d'une maladie contagieuse apportée par un aliéné à ses nourriciers ou aux enfants de ses nourriciers. Il n'est pas impossible qu'une syphilis de date ancienne passe inaperçue chez un malade de la colonie et se transmette à un membre de la famille des nourriciers par l'intermédiaire d'ustensiles de table ou parce qu'il embrassera les enfants. Le fait s'est, paraît-il, produit à l'étranger. Pour qu'il ne puisse pas exister, il faut que tous nos malades soient examinés avec soin, avant d'être confiés aux nourriciers. C'est pourquoi, le lendemain de l'arrivée des malades transférées, nous imposons aux nouvelles pensionnaires un examen physique complet. Nous avons ainsi évité jusqu'à présent des faits semblables à ceux qui sont signalés par les inspecteurs des enfants assistés : contagion des enfants par leur nourrice ou inversement de la nourrice par l'enfant qui lui est confié.

Je ne pense pas non plus que l'assistance familiale soit applicable aux paralytiques, aux aveugles et aux malades gâteux. Tous ces infirmes n'ont que faire de la liberté, étant incapables d'en user. A Dun, nous ne laissons pas chez les nourriciers les malades qui devien-

nent gâteuses. Les soins de propreté indispensables à leur état ne peuvent leur être donnés avec exactitude et persévérance qu'à l'infirmerie. Quant aux malades complètement impotentes qui nous arrivaient autrefois des asiles de la Seine, notamment de Villejuif, nous étions obligés de les hospitaliser au pavillon des gâteuses aussitôt leur arrivée. Ces malades qu'il faut aider à se lever la nuit et qui peuvent tomber de leur lit ne sont à leur place qu'à l'asile ou dans un hospice. Leur état ne saurait s'accommoder du régime de la colonie.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 MARS 1913

**Présidence de MM. A. VIGOUROUX, vice-président,
et R. SEMELAIGNE, président.**

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

MM. Dupouy et Ossip-Lourié, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de MM. René Charpentier et Paul Sérieux qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2^o Une lettre de M. Mignard, médecin-adjoint de la Maison nationale de Charenton, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Marchand, Mignot et Toulouse, rapporteur ;

3^o Une lettre de M. Zilanakis, médecin de l'asile d'aliénés de Constantinople, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Capgras, Rogues de Fursac et Paul Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1^o *De la Schizophrénie (Dementia præcox)*, par M. Erwin Stransky ;

2^o Compte rendu du Congrès de Giessen, 9-13 avril 1912, par M. R. Sommer.

**Sur la comparution en justice d'aliénés
internés prévenus de crimes et de délits,**

par M. A. VIGOUROUX.

Dans la dernière séance, M. Trenel nous a demandé de faire connaître les cas où nous avions été appelés à donner notre avis sur la comparution devant le tribunal de malades internés, inculpés de crimes ou de délits commis avant le début de leur maladie mentale (1).

Je vous apporte deux observations : la première peut se résumer en quelques lignes; la seconde, beaucoup plus intéressante au double point de vue médico-légal et clinique, est rédigée sous la forme d'un rapport que je vous demanderai la permission de vous lire en entier.

Ch..., âgé de quarante-quatre ans, est un tabétique ancien à la période pré-ataxique. Il a fait la connaissance des asiles à l'occasion d'une cure de démorphinisation de quinze jours, dans le service de M. Vallon, en juillet 1911.

En juillet 1912, se trouvant fatigué, découragé, déprimé à la suite des fatigues morales et physiques occasionnées par la maladie de son fils atteint de néphrite aiguë, il demanda lui-même à se faire internier.

Quand il arriva à l'asile de Vaucluse, deux jours plus tard, il était déprimé, mais il avait une entière conscience de sa dépression et des causes de celle-ci. Il venait, disait-il, se reposer et se soigner. Il ne présentait aucun signe de paralysie générale. Après sa quinzaine d'observation, il s'installe au bureau de l'Economat et il y travaille, à la grande satisfaction de tous, jusqu'au jour de son départ, sept mois plus tard, sans jamais avoir manifesté aucun trouble intellectuel.

Ch... était employé de commerce, mais auparavant il s'était occupé d'affaires financières. Avec un M. G... il avait fondé « une association en participation de bénéfices ». Le principe de cette opération est celui-ci : On recrute un certain nombre d'adhérents qui, chacun, versent une certaine somme par mensualité pendant quarante mois. Avec l'argent ainsi versé, on achète des valeurs à lots. Puis après cinquante-deux mois, on liquide et on partage les bénéfices au prorata des parts. C'est là,

(1) Voir les *Annales* de mars 1913, page 322.

paraît-il, une opération très avantageuse pour qui sait choisir les valeurs et répartir les parts.

M. G... se retira de la combinaison et réclama de l'argent. Il fut remplacé par M. X..., beau-frère d'un banquier Z..., qui eut de longs démêlés avec la justice.

Z... s'empara des valeurs ; quand l'échéance vint, Z... refusa de payer les participants.

Ch..., X... et Z... furent poursuivis, Ch... qui prétend avoir été roulé fut appelé à deux reprises devant le juge d'instruction plusieurs mois avant son entrée à l'asile.

Il était dans le service depuis quatre mois, occupé comme je vous l'ai dit et attendant que sa mère souffrante soit guérie pour sortir, quand je reçus par l'intermédiaire du procureur de la République de Corbeil une demande du substitut de la 11^e Chambre tendant à savoir si j'estimais que Ch... serait en état de comparaître devant le tribunal trois mois plus tard ou s'il devait être considéré comme dément irresponsable.

Je répondis par un certificat indiquant la nature de la maladie mentale ayant provoqué l'internement et son amélioration. Puis je concluais, sans répondre directement à la question : Actuellement il est calme, raisonnable, non délirant et non dément. Il demande sa sortie qui, j'espère, pourra lui être accordée bientôt (29 novembre 1902).

En fait le malade n'est sorti que le 17 février suivant. Comme sa famille ne s'occupait pas de lui, et qu'il tenait beaucoup à se présenter devant le tribunal dont il espérait un acquittement, je l'ai renvoyé seul.

Nous soussigné, chef de service à l'asile de Vaucluse, commis par M. G..., juge d'instruction près le Tribunal de Corbeil, agissant en vertu d'une commission rogatoire de M. D..., juge d'instruction de la Seine, à l'effet de fournir un rapport sur l'état mental de P..., inculpé d'abus de confiance qualifié, actuellement interné à l'asile de Vaucluse, et de dire : 1^o S'il est un dégénéré ou un impulsif. 2^o Si le trouble mental qu'il a présenté est passager et s'il y a espoir de lui voir recouvrer sa lucidité d'esprit. 3^o S'il a été atteint de tares mentales ayant pu atténuer sa responsabilité avant qu'il n'ait donné de signes de folie. 4^o S'il n'est pas un habile simulateur redoutant les poursuites auxquelles il s'est exposé, serment préalablement prêté, après avoir consulté le dossier de l'instruction et nous être entouré de tous renseignements utiles, avons réuni dans le présent rapport le résultat de nos observations et nos conclusions.

P... est inculpé de vol par salarié.

Chargé de vérifier les écritures de comptabilité dans la maison X..., il a commis des escroqueries de complicité avec le comptable et le cocher livreur de la même maison, et il a faussé les opérations d'écritures pour masquer ses vols.

A l'instruction, P... a reconnu les faits qui motivaient la plainte de M. X..., tout en faisant des réserves sur le total des sommes détournées et sur l'influence qu'il aurait pu avoir auprès de ses complices.

Arrêté le 26 mai 1900 et mis en liberté sous caution après vingt et un jours d'emprisonnement, P... était interné moins d'un an plus tard à l'asile Saint-Anne, 16 avril 19..., et dirigé huit jours après sur l'asile de Vaucluse où il est encore en traitement.

Afin de motiver les réponses que nous devons faire aux questions qui nous sont posées, nous devons passer rapidement en revue les antécédents héréditaires et personnels de notre malade, les résultats de notre observation clinique depuis qu'il est dans notre service et faire connaître quelle est actuellement sa situation au point de vue mental.

Antécédents héréditaires. — P... est le fils d'un sous-officier engagé qui occupa longtemps les fonctions de portier-consigne dans les forts des environs de Paris, et qui succomba à quarante-huit ans des suites d'une affection cardiaque. Sa mère est morte également d'une maladie de cœur. Sa grand'mère paternelle présenta des signes de dérangement cérébral dans son âge mûr, mais sans jamais avoir été internée.

Il a quatre frères et une sœur bien portants et sans tare intellectuelle, mais une sœur plus jeune, Pauline, âgée de vingt-quatre ans, est internée actuellement à l'asile de Vaucluse, atteinte d'imbécillité avec perversions instinctives, et un frère jumeau de Pauline est d'une intelligence au-dessous de la moyenne. L'insuffisance congénitale intellectuelle et morale de cette sœur et les troubles mentaux de la grand'mère, tare héréditaire, méritent d'attirer l'attention, car ils permettent de comprendre l'aptitude à déliter de notre malade.

Antécédents personnels. — Elevé dans sa famille, P... n'a eu aucune affection grave de l'enfance. Intelligent et travailleur il entra à quatorze ans à l'Ecole des enfants de troupes de Rambouillet et à dix-huit ans il en sortit le premier de sa promotion. Engagé à sa sortie de l'Ecole il conquit rapidement les galons de sergent-major, fut admissible à l'école des officiers de Saint-Maixent et quitta la carrière militaire à vingt-trois ans pour se marier. Deux ans après, il fut nommé officier de réserve.

Au point de vue médical nous ne relevons pendant la période de sa jeunesse qu'une affection vénérienne traitée pendant trois

ans et plusieurs atteintes d'érysipèle de la face sans gravité.

Marié, il eut deux enfants bien portants, âgés actuellement de onze et neuf ans.

Il fut successivement employé à la Compagnie du Nord pendant six mois, comptable dans la maison T... (1901-1906), puis comptable dans la maison X... jusqu'en juillet 1907, époque où il entra à la Préfecture de police comme inspecteur à la direction générale des recherches.

A la Préfecture, il semble avoir été un agent apprécié et conscientieux : affecté successivement à l'anthropométrie, au service des recherches, etc., un avenir sûr s'ouvrait devant lui, mais la vie présente était difficile, car les appointements de début étaient peu élevés. Aussi accepta-t-il les offres de la maison X... qui lui demanda de venir contrôler pendant ses heures de liberté les écritures des comptables (novembre 1908). C'est là qu'il commit les actes qui lui sont reprochés.

Il fut arrêté, révoqué, emprisonné et quand, vingt et un jours plus tard, il se retrouva en liberté, il avait perdu son honabilité et son gagne-pain. Il était extrêmement affecté.

Bien que moralement très déprimé, il se met courageusement au travail pour subvenir aux besoins des siens et accepte l'emploi de porteur des journaux : *La Patrie* et *La Presse*. Tous les jours il faisait à bicyclette de grandes tournées dans la banlieue, chargé de paquets de journaux. Il se fatiguait beaucoup; huit mois plus tard, un cousin, M. D..., touché de sa situation et de son courage, lui procura une place de placier livreur; il accepta et, sans renoncer à porter les journaux dans la journée, le matin il plaçait et portait à domicile du bouillon : il se livrait ainsi à un véritable surmenage physique, faisant certains jours 80 kilomètres sur une bicyclette chargée de produits.

Il se fatiguait d'autant plus que la nuit il ne dormait pas, « abruti par son affaire », cherchant toujours le moyen de se dégager, espérant que ses patrons renonceraient à poursuivre. Il fit en effet plusieurs démarches dans ce but, offrant de rembourser par annuités. Il était très préoccupé également des suites de sa condamnation au point de vue de sa situation d'officier de réserve, car son grade lui tenait fort au cœur.

Vers les premiers jours d'avril il est à la fois déprimé moralement et fatigué physiquement. Il ne dort plus du tout et il donne des signes manifestes de dérangement cérébral. Il est toujours en mouvement, il écrit des lettres déplacées et incohérentes, fait des projets déraisonnables et dépense de l'argent inutilement; c'est ainsi qu'il donne sa montre pour acheter un journal, qu'il jette de la monnaie par terre, etc.

Le Dr B..., appelé par sa femme, constate « de l'excitation extrêmement marquée avec idées de grandeur. Il écrit à son

colonel et à son capitaine pour leur faire part d'une révolution qui grâce à lui doit s'opérer dans l'armée. Il se croit riche et fait des dépenses exagérées ». Il constate en plus des signes physiques : tremblement des lèvres et de la langue, abolition des réflexes pupillaires, et conclut à l'internement, 16 avril.

Conduit à l'asile Saint-Anne par sa femme et son cousin, il est examiné par le Dr Juquelier, qui fait le certificat suivant : « Excitation maniaque avec idées de satisfaction, logorrhée, désordre des idées et des actes. Paresse des pupilles. »

Quand, le 23 avril, P... fut admis dans notre service de Vaucluse, il était plus que délirant, il présentait en outre des signes de toxi-infection : état fébrile, sécheresse et état sabурral de la langue. L'excitation était violente et ininterrompue, la confusion mentale était complète. Il n'avait aucune conscience du lieu où il se trouvait, il vivait un rêve très compliqué, très incohérent, dont aucune question ne le pouvait distraire ; il parlait de personnages imaginaires, commandait un navire, ordonnait de fusiller un cuisinier, tenait des propos érotiques, tapait contre le mur, sautait de son lit, etc. Il ne reconnaissait pas les parents qui venaient le visiter. Pendant cinq jours il ne dormit pas malgré les hypnotiques et les enveloppements mouillés qui cependant calmaient son agitation.

Le 29 avril, il est toujours excité, les lèvres sont couvertes de fuliginosités, la langue est sèche, le pouls fréquent, la diarrhée se montre, il a une plaque érythémateuse sur la joue droite, la jambe gauche est froide et les doigts sont violacés. L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle l'existence d'une lymphocytose très marquée, indiquant que l'infection avait touché les méninges rachidiennes.

Le 8 mai, le certificat de quinzaine signale une diminution de l'agitation motrice et la présence d'une gangrène de la jambe gauche avec tendance à la momification du pied, la sécheresse de la langue, la diarrhée fétide et l'hyperthermie, 39°.

L'état local de la jambe gauche continuant à s'aggraver malgré le traitement local et la jambe droite commençant à devenir froide, le malade fut envoyé au pavillon de chirurgie le 14 mai avec le certificat suivant :

« Excitation maniaque et confusion mentale. Agitation motrice et loquacité. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Température 39°1. Pouls 108. Gangrène complète de la jambe gauche. Il doit être transféré au pavillon de chirurgie. »

Il y subit l'amputation de la jambe gauche et fut ramené dans le service le 10 juin 1911.

A cette époque il était encore très troublé au point de vue mental : il n'avait plus d'agitation motrice, mais nous avons

noté chez lui de l'excitation intellectuelle, de la loquacité, des associations d'idées par assonance. Il chantait, sifflait et ne manifestait aucune émotion de la perte de sa jambe.

Quelques jours plus tard, l'excitation disparut presque complètement, laissant seulement une indifférence marquée pour son avenir.

Il dut être renvoyé le 25 juillet au pavillon de chirurgie, à la suite d'un phlegmon qui se produisit dans son moignon. Il subit là trois petites opérations (résections osseuses). L'amélioration progressa, mais longtemps encore il resta très émotif, pleurant comme un enfant quand sa femme le quittait après les visites, et très impressionnable. Il rentra définitivement dans le service avec un moignon guéri, susceptible de supporter un appareil.

EXAMEN DE L'ÉTAT ACTUEL. — Aujourd'hui notre malade est calme, raisonnable, très différent de ce qu'il était durant les deux séjours qu'il fit à l'asile. Il n'est plus excité, ni euphorique. Il est plutôt un peu triste et préoccupé, à juste titre, de l'avenir qui l'attend.

Sa santé physique est assez bonne, ses pupilles sont égales et réagissent, sa parole n'est pas embarrassée; il n'a aucun signe de méningo-encéphalite. Il éprouve parfois des sensations de mouvements et de crampes dans sa jambe absente, hallucination commune chez les amputés.

Il dort mal, réveillé souvent par la préoccupation de son avenir, et il est fatigué par un séjour au lit de sept mois.

Sa mémoire est bonne pour les faits anciens et nouveaux, sauf pour la période qui s'étend du 17 avril au 15 juin environ, période qui n'existe plus pour lui. Il n'a conservé aucun souvenir de son premier séjour à l'asile, de son transfert au pavillon de chirurgie, de son opération ni de son retour à Vaucluse. Il a repris conscience de sa situation lors de son deuxième séjour ici. Ses derniers souvenirs se rapportent à son entrée à Sainte-Anne et il ne se rend pas compte que l'excitation et les projets ambitieux qu'il manifestait à ce moment et qu'il se rappelle vaguement avaient un caractère pathologique.

Ses souvenirs sur tous les événements de sa vie antérieure sont des plus précis : il se rend un compte exact du caractère délictueux des actes qu'il a commis et en accepte la responsabilité.

Il en donne les explications suivantes : Il avait accepté le contrôle de la comptabilité chez X... dans le but d'accroître les ressources de son ménage : il travaillait de 6 à 7 heures pour 5 francs par jour. Mais cet argent n'était pas tout profit, car les dépenses obligatoires étaient grandes ; le déjeuner au restaurant, les tournées nombreuses avec les patrons, les employés et

les clients prélevaient les 3 ou 4 cinquièmes du gain journalier. Aussi quand il fut installé comme contrôleur, et que son ancien collègue et ami C... lui confia qu'il « trafiquait » avec le cocher livreur L... et lui offrit de partager les bénéfices, il ne fut pas très surpris et n'eut pas trop de peine à croire ce qu'on lui disait, à savoir que le patron était au courant de ce trafic, qu'il le tolérait, sachant très bien que ses employés ne pouvaient pas faire face aux dépenses obligatoires qu'il connaissait avec leurs seuls émoluments.

Après l'offre et la confidence de C..., il pouvait prendre deux partis : ou bien dénoncer son ami C... au patron, ou bien accepter sa complicité. Il devint complice, sachant qu'il agissait mal, admettant la tolérance tacite du patron et, dans le cas contraire, espérant que suivant un usage constant, paraît-il, dans le monde des Halles, le patron se bornerait à renvoyer les employés infidèles sans mettre la police en mouvement. Nous savons qu'il n'en a rien été et combien cruellement son espoir fut déçu.

Mais dans cet aveu que nous devons accepter pour véritable, nous voyons la preuve de la lucidité parfaite de son esprit au moment de l'acte, puisqu'il se rendait compte de son caractère délictueux, et qu'il prévoyait ses conséquences en escamant une indulgence qu'il n'a pas trouvée.

Il se rappelle parfaitement les événements qui suivirent : arrestation, incarcération, révocation, etc. Il se rappelle son humiliation, son désespoir, ses remords, les tentatives infructueuses qu'il fit pour obtenir le désistement de M. X..., ses efforts pour gagner sa vie, ses craintes de perdre son grade d'officier de réserve, sa terreur de comparaître comme détenu aux assises ; il a conservé le souvenir de ses transes, de ses insomnies, de son surmenage physique et moral, et c'est à ces causes qu'il attribue, non sans raison, son accès de délire.

Il a conservé également un souvenir très exact des événements qui ont suivi la période confusionnelle et amnésique qu'il a traversée et il décrit avec exactitude les phases successives de sa convalescence et les différentes interventions chirurgicales qu'il a dû subir.

Aujourd'hui il peut être considéré comme à peu près guéri de son accès de folie ; dans quelques semaines il sera susceptible d'être mis en liberté ; il est permis d'espérer que, malgré son infirmité, il pourra encore gagner sa vie comme comptable.

RÉSUMÉ ET DISCUSSION. — A la lumière des renseignements précédents il est possible de porter un diagnostic précis. P... prédisposé à délirer par son héritage, très déprimé par des préoccupations morales intenses et éprouvé par un surmenage physique excessif, a subi une toxo-infection de nature indéterminée qui s'est manifestée, d'une part, par un délire très actif et, d'autre

part, par une thrombose de l'artère fémorale qui a provoqué la gangrène de la jambe.

La simple observation clinique de l'accès aurait permis d'écartier l'hypothèse de simulation, hypothèse complètement détruite par la constatation des phénomènes physiques graves que nous avons décrits.

Les renseignements fournis par le malade lui-même et par sa famille nous apprennent d'une façon formelle que les troubles mentaux n'ont débuté que onze mois après qu'il eut commis les actes qui lui sont reprochés; lui-même reconnaît qu'il savait bien ce qu'il faisait à cette époque.

Enfin l'accès de délire qui a provoqué son internement est à peu près guéri.

Mais peut-on dire que P... qui va sortir de l'asile après un séjour de sept mois, après avoir eu un délire aussi actif et aussi intense, qui en plus va se trouver, du fait même de la perte de sa jambe, dans des conditions particulièrement difficiles pour gagner sa vie, pourra, dès sa sortie, rendre compte de ses actes à la justice sans danger pour sa santé morale?

Certainement non. Il est à craindre au contraire que les émotions si redoutées par lui de l'instruction, d'une nouvelle incarcération, de la comparution aux assises, ne fassent retomber dans le délire ce malade sorti à peine de convalescence et dont la résistance cérébrale est certainement très diminuée par sa longue maladie.

CONCLUSIONS. — Si P..., avant de commettre l'acte qui lui est reproché, était prédisposé à délirer de par son héritage, il n'avait cependant aucune tare mentale évidente.

Au moment où il a commis les escroqueries, il n'avait aucun trouble intellectuel, il savait ce qu'il faisait et prévoyait les conséquences de ses actes. Il doit donc être tenu pour responsable des actes commis à cette époque.

L'accès de délire qu'il a présenté n'était pas simulé et il y a tout lieu d'espérer une guérison complète dans un bref délai.

Toutefois, comme l'accès de délire a été provoqué par un surmenage physique et surtout par l'intensité des préoccupations et des émotions causées par son affaire et qu'il sortira de l'asile amoindri dans sa résistance cérébrale par sa longue maladie et désemparé encore par la perte de sa jambe, nous pensons qu'il ne sera pas, au moment de sa sortie, capable de supporter sans un danger réel pour sa santé mentale les émotions de l'instruction, de l'incarcération et de la comparution devant les assises.

Nous estimons donc qu'il y aurait lieu, avant de poursuivre son affaire et de lui faire rendre compte de ses actes, d'attendre qu'il ait repris sa place dans la société et que sa guérison soit confirmée par un séjour de plusieurs mois dans sa famille.

EPILOGUE. — Trois ans plus tard, nous avons reçu une lettre de notre ancien malade nous confirmant sa guérison mentale et nous annonçant enfin la terminaison de son procès.

Quatre mois après sa sortie de l'asile, il avait comparu sans subir d'incarcération préventive, ce qu'il craignait par-dessus tout, devant le tribunal qui l'avait condamné à six mois de prison, à une amende, à la destitution et à des dommages-intérêts, le tout sans sursis.

Il avait fait appel et il a obtenu le sursis qu'il espérait. « Je ne saurais trop vous remercier, ajoute-t-il dans sa lettre, du rapport précis et complet qui a permis à mon avocat de me tirer de ce mauvais pas. J'ai toujours travaillé, depuis ma sortie, dans la même maison... J'ai la confiance de mes patrons et j'espère me réhabiliter complètement dans les délais imposés par la loi... »

Je n'insisterai pas sur l'intérêt que présente cette observation au point de vue clinique. Bien que le mot paralysie générale n'ait pas été inscrit dans ce rapport ni dans les certificats d'entrée et de quinzaine, c'était cependant le diagnostic qui paraissait s'imposer devant ce malade spécifique ancien, ayant présenté des idées de grandeur, de l'excitation, de l'inégalité pupillaire, de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et de la gangrène de la jambe. Cependant l'avenir a montré que ce diagnostic eût été erroné.

Au point de vue médico-légal, la demande faite par un juge d'instruction à un médecin d'un rapport médico-légal sur un malade placé dans son service soulève un problème délicat. J'ai longtemps hésité avant d'accepter la mission d'expert et si j'ai accepté, après avoir pris conseil de collègues plus anciens, c'est que je me suis rendu compte que les renseignements et les confidences que j'avais reçues eu tant que médecin traitant ne pouvaient en rien porter préjudice à l'intérêt du malade qui m'avait été confié.

C'est du reste la seule fois que j'ai été appelé à faire un semblable rapport.

**La réaction d'activation du venin de cobra
dans les maladies mentales,**

par MM. MAURICE KLIPPEL, MATHIEU-PIERRE WEIL
et EDMOND LÉVY.

Les travaux de Flexner et Noguchi (1), de Calmette (2), de Kyes (3), de Hans Sachs (4), de Noguchi (5), ont montré que le venin de quelques serpents, tels le cobra, a la propriété d'hémolyser les globules rouges de diverses espèces animales étrangères, tels ceux du lapin, à condition qu'au mélange venin-globules rouges soit ajoutée une certaine quantité de lécithine. Sans l'adjonction de lécithine, l'hémolyse n'a pas lieu. La lécithine a la propriété d' « activer » le venin de ces serpents. Toute substance renfermant de la lécithine pourra remplacer, dans la réaction, la solution de lécithine ; aussi la réaction de l'activation du venin de cobra pourra-t-elle, ainsi que l'ont montré MM. Calmette, Massol et Breton (6), permettre de reconnaître si, dans un liquide quelconque, il y a ou il n'y a pas de la lécithine.

Etant donné l'extrême richesse du névraise en graisses phosphorées, nous nous sommes demandés si les humeurs des sujets atteints d'affections mentales n'en seraient pas particulièrement riches, et si le fait ne pourrait être décelé grâce à la réaction de l'activation du venin de cobra.

(1) Flexner et Noguchi. *Journ. exper. med.*, 1912, p. 277; *Univ. Penn. med. bull.*, 1902, p. 345.

(2) Calmette. *C. R. Acad. des sciences*, 16 juin 1902, p. 1446.

(3) Kyes. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1902, p. 886; *ibid.*, 1903, p. 21; *ibid.*, 1903, p. 956; *Biochem. Zeitschr.*, 1907, p. 109; *Journ. of infect. dis.*, 1910, p. 181. — Kyes et Sachs. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1903, p. 21, 57, 82.

(4) Sachs. *Centralbl. f. Bakteriol.*, 1903, p. 686; *Biochem. Centralbl.*, 1906, p. 257; *Münchener med. Wochenschr.*, 1908, no 9.

(5) Noguchi. *Journ. of exper. med.*, 1907, p. 436; *Rockefeller Institute*, vol. VII, 1907, p. 456; *Snake Venoms, Carnegie Institution*, chap. xvi, 1909.

(6) A. Calmette, L. Massol et C. Guérin. *C. R. Acad. des sciences*, 30 mars et 25 mai 1908.

Dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang de malades atteints d'affections mentales diverses, nous avons recherché systématiquement la présence de lécithine à l'aide de la réaction de l'activation du venin de cobra (1).

Disons de suite que, dans tous les liquides céphalo-rachidiens que nous avons examinés, et qui provenaient de paralytiques généraux, la réaction s'est montrée négative, alors même que nous employions pour l'expérience 1 ou 2 centimètres cubes de liquide. Il semble donc que, chez les malades atteints de lésions encéphaliques, même prononcées, la lécithine n'existe pas ou ne peut être décelée dans ce liquide. Il n'en est pas de même pour le sérum.

Nos recherches étaient en cours (notre communication avait même été inscrite dès novembre dernier à l'ordre du jour de la Société) lorsqu'a paru sur cette question un article de MM. Rousset et Bouvat (de Lyon), dans les *Archives d'anthropologie criminelle* (2).

Nous ne faisons que signaler leur travail pour mémoire ; il a trait, en effet, à une réaction toute différente ; tandis que nous avons recherché dans le sérum des malades atteints d'affections mentales une *substance activante* vis-à-vis le venin de cobra, ces auteurs y ont recherché au contraire l'existence d'une substance *anti-hémolytique* capable d'enrayer le pouvoir hémolytique du venin de cobra sur les globules lavés du *sang humain* (vis-à-vis les globules lavés du *sang de lapin*, que nous avons employé dans nos expériences, le sérum humain normal n'a pas ce pouvoir activant).

Nos recherches n'ont été possibles que grâce à

(1) Nous avons eu l'occasion de rechercher la réaction d'activation vis-à-vis du venin de cobra dans le liquide pleural d'un paralytique général dont le sérum présentait un pouvoir activant intense. La réaction a été négative dans le liquide provenant de la plèvre. Il est intéressant de rappeler que Nowaczynski (*Zeitschr. f. Tuberc.*, 1911, XVIII) n'a jamais trouvé activant un exsudat pathologique.

(2) A. Rousset et M. Bouvat. Un cas de démence précoce à forme catatonique. Quelques recherches sur la psycho-réaction du sang chez les déments précoces. *Archives d'anthropologie criminelle*, 13 janvier 1913, p. 39.

l'extrême amabilité de MM. Capgras, Pactet et Vigouroux, qui ont bien voulu mettre à notre disposition des échantillons de sang provenant d'un grand nombre de leurs malades, et nous donner sur ceux-ci de précieuses certitudes diagnostiques. Nous les en remercions vivement.

Nous avons, dans nos recherches, utilisé la technique suivante :

Dans une série de cinq tubes, où avaient été mises des doses croissantes de sérum (0 c.c. 1 ; 0 c.c. 2 ; 0 c.c. 3 ; 0 c.c. 4 ; 0 c.c. 5), nous ajoutons 0 c.c. 5 d'une solution de venin de cobra à 1 p. 5.000 (soit 0 gr. 01 p. 50 c. c.), puis 0 c.c. 1 d'une émulsion à 25 p. 100, dans l'eau physiologique, de globules rouges de lapin, soigneusement débarrassés de leur sérum par trois lavages à l'eau salée à 8 p. 1.000 et trois centrifugations successives. Par l'adjonction d'eau physiologique, la quantité de liquide contenu dans chaque tube était amenée à 3 centimètres cubes. Des témoins sans venin de cobra étaient faits parallèlement. Les tubes étaient maintenus à la température du laboratoire; la lecture en était faite toutes les cinq minutes durant deux heures, et une dernière fois au bout de vingt-quatre heures. Si, au bout de vingt-quatre heures, l'hémolyse était nulle dans tous les tubes, nous portions le résultat comme négatif (—); si, à ce moment, l'hémolyse était partielle, le résultat était considéré comme douteux (\pm); si elle était totale, il était dit positif (+). Nous avons distingué trois degrés dans les résultats positifs (+ ; ++ ; +++) , selon que l'hémolyse n'était totale qu'au bout de vingt-quatre heures et que dans le seul tube où il y avait 0 c.c. 5 de sérum (+), selon qu'elle apparaissait au contraire totale dans plusieurs tubes durant la première demi-heure qui suivait le mélange (+++) ou qu'il s'agissait d'un degré intermédiaire entre ces deux extrêmes dans l'intensité et la rapidité de l'hémolyse. Il va sans dire que l'hémolyse doit apparaître plus préocemment dans le tube où il y avait le plus de sérum : un résultat contraire, ne pouvant être lié qu'à une faute de technique, impliquerait à lui seul la non-valenr de l'expérience, et donc son recommencement.

**

Nous voulons insister, dès l'abord, sur une cause d'erreur que nous n'avons pas vue mentionnée par les auteurs qui se sont occupés de cette réaction, et qui est capitale cependant. C'est l'importance du laps de temps qui s'écoule entre le moment où le sang est recueilli et celui où il est examiné.

Il est essentiel que la recherche de la réaction soit effectuée aussi rapidement que possible. Avec le temps, un sérum qui a la propriété de réactiver le venin de cobra tendra à perdre cette propriété. Un sérum, recueilli le 10 mars, nous a donné, le 14, une réaction +++, et, le lendemain, une réaction ++ seulement; un autre, pris à la même date, donnait, le 14, une réaction ++, et, le 17, une réaction douteuse (\pm); un sang, recueilli le 12 mars, nous donnait, le 15, une réaction ++, et, le 17, une réaction simplement +, tandis qu'un autre, pris en même temps que celui-ci, était + le 15 et — le 17. Une série de sérums, qui donnaient une réaction fortement positive le 24 janvier (+++), étaient devenus totalement inaptes, le 17 mars, à activer le venin de cobra (-).

D'ailleurs, cette propriété qu'ont les sérums de perdre avec le temps leur pouvoir activateur vis-à-vis du venin de cobra ne leur est pas personnelle: une solution de lécithine présente nettement ce phénomène.

Nous avons préparé deux solutions de lécithine à 1 p. 10.000, les 7 décembre 1912 et 18 mars 1913, et nous avons titré comparativement leur pouvoir activant le 20 mars 1913, en mettant, en présence d'une dose fixe de 0 c.c. 5 d'une solution de venin à 1 p. 5.000 et d'une dose fixe de 0 c.c. 1 d'une émulsion à 25 p. 100 de globules rouges de lapin soignement lavés, des doses croissantes de 0 c.c. 1; 0 c.c. 3; 0 c.c. 5; 0 c.c. 7; 0 c.c. 9; 1 c.c.; 1 c.c. 2; 1 c.c. 4; 1 c.c. 6; 1 c.c. 8; 2 c.c.; 2 c.c. 5 de la solution de lécithine. En dix minutes, tous les tubes renfermant 0 c.c. 5 ou davantage de la solution de lécithine du 18 mars étaient hémolysés; aucun ne l'était de ceux qui renfermaient de la solution de lécithine faite en décembre. Au bout de

trente minutes, l'hémolyse était totale dans le tube renfermant 0 c.c. 3 de la solution récente de lécithine ; l'hémolyse, dans la série de tubes renfermant de la solution ancienne de lécithine, n'était apparue que dans les deux derniers tubes, qui renfermaient les doses considérables de 2 c.c. et 2 c.c. 5 de solution. Le lendemain, l'hémolyse débutait au tube 0 c.c. 5 de la série faite avec la solution ancienne de lécithine, tandis que celle faite avec la solution fraîche commençait en 0 c.c. 3.

* * *

De tous les malades atteints de troubles mentaux, les paralytiques généraux et les déments précoce sont les plus intéressants à étudier au point de vue de l'action activante de leur sérum sur le venin de cobra.

Nous avons examiné, à ce point de vue, le sang de 36 malades, atteints de paralysie générale progressive, et quelques-uns d'entre eux à différentes reprises.

Ces malades peuvent être divisés en deux groupes. Le premier renferme 21 sujets, sur l'histoire desquels nous avons des renseignements ; sur les 15 autres, nous n'en avons aucun.

Des premiers, presque tous ont présenté une réaction positive, ainsi que le fait ressort du tableau suivant :

Paralytiques généraux (1^{er} tableau).

Hôpital Tenon (service de M. Klippe) :

Laënnec, 22 . . .	+++	Laënnec, 1. . . .	++
— 2 . . .	+++	— 16. . .	++
Bichat, 20. . . .	++		

Asile de Villejuif (service de M. Pactet) :

N° 3.	++	N° 7.	++
N° 4.	+++	N° 8.	+++
N° 5.	++	N° 9.	+++
N° 6.	++		

Asile de Ville-Evrard (service de M. Capgras) :

N° 1.	+++	N° 6.	—
N° 2.	+	N° 7.	++
N° 5.	++	N° 8.	++

Asile de Ville-Evrard (2^e envoi) (service de M. Capgras) :

N° 10.	—	N° 14.	+
N° 11.	—		

Les 15 malades du second groupe ont fourni un nombre plus important de réactions négatives, ainsi que le prouve la lecture du tableau suivant :

Paralytiques généraux (2^e tableau).

Asile de Vaucluse (malades de M. Vigouroux) :

N° 1	+	N° 12	+
N° 4	-	N° 14	-
N° 5	-	N° 16	-
N° 6	+	N° 18	-
N° 7	++	N° 21	++
N° 9	++	N° 26	++
N° 10	++	N° 28	++
N° 11	-		

Somme toute, sur 36 malades atteints de paralysie générale progressive, 27 avaient un sérum capable d'activer le venin de cobra, soit 76,9 p. 100; 7 par contre, soit 23,1 p. 100, avaient un sérum dénué de cette propriété.

A quoi est donc due cette inconstance dans l'action du sérum?

Si, négligeant les 15 malades du second groupe, dont nous ne connaissons pas l'histoire clinique, nous ne retenons que les 21 malades qui constituent la première série, un certain nombre de faits nous frappent, qui jettent, sur la question, une lueur intéressante.

Tous les malades provenant du service de M. Klippel ont présenté une réaction positive. Or, tous ces malades, dont l'admission à l'asile n'était pas absolument indiquée, et qui pouvaient être soignés encore dans un hôpital général, étaient des paralytiques généraux non encore arrivés à une période très avancée de leur maladie. Par contre, les 3 malades à réaction négative, les n°s 6, 10 et 11, de Ville-Evrard, étaient parvenus à un stade très avancé de leur maladie : le n° 6 devait même mourir de crises épileptiformes deux mois après notre examen.

D'autre part, certains examens, pratiqués chez le même malade à des époques différentes, nous ont montré la décroissance de la réaction : le malade n° 2, qui, le 24 janvier 1913, ne présentait qu'une réaction légèrement positive (+), portée sur notre premier tableau, et qui était considéré alors par M. Capgras comme atteint

de paralysie générale très avancée, avec symptômes aphasiques, devait, à un second examen, pratiqué deux mois plus tard (14 mars), nous fournir un résultat totalement négatif (—) cette fois. Quant au second des deux malades qui ne nous ont présenté qu'une réaction faiblement positive (+), il présentait des troubles démentiels très prononcés. — Par contre, la malade n° 1, de Ville-Evrard, dont la réaction positive était intense (+++), n'avait, lors de notre examen, qu'une paralysie générale vieille de six mois. Le n° 7, de Ville-Evrard, dont la réaction est également intense (+++), est une paralytique à évolution lente. La malade n° 8, de Ville-Evrard, dont la réaction est positive, mais à un degré moindre (++) , est à une période plus avancée de sa maladie.

A la lueneur de tous ces faits, il semblerait donc que le sérum des paralytiques généraux ait la propriété d'activer, d'une manière très énergique, le venin du cobra, à l'exception toutefois de ceux qui sont arrivés à un stade avancé de leur maladie. A un certain moment de l'évolution morbide, cette propriété s'atténue, tend à disparaître, et paraît disparaître enfin lors de la période ultime.

Si ce fait se confirmait, il aurait une importance considérable ; l'état du pouvoir activant du sérum des paralytiques généraux deviendrait, chez ces malades, un moyen pronostique important.

Nous serions heureux que M. Vigouroux veuille bien nous dire si notre hypothèse est valable pour les malades dont il a bien voulu nous confier un échantillon de sang et dont nous ignorons l'histoire morbide.

* * *

Chez les malades atteints de démence précoce, la réaction d'activation par le sérum du venin du cobra s'observe avec une fréquence et une intensité toute particulière.

Nous éliminerons de notre statistique cinq malades de M. Vigouroux, dont le sérum ne put être examiné que cinq jours après qu'il fut recueilli. Sur ces cinq échantillons de sang, quatre fournissaient alors un

résultat négatif. Mais un témoin, représenté par un sang recueilli en même temps qu'eux, donnait également, à ce moment, un résultat négatif, alors qu'à un examen pratiqué quarante-huit heures auparavant, il nous avait donné un résultat positif. Nous pensons donc que ces sérum ont été susceptibles de perdre, du fait de la conservation, leur pouvoir activant vis-à-vis du venin de cobra, que leur retenue pour notre étude fait intervenir une cause d'erreur non mesurable, et que plus sage est de n'en pas tenir compte.

Notre statistique, ainsi réduite, est la suivante :

Déments précoce.

Hôpital Tenon (service de M. Klippel) :

N° 1	+++	N° 3	++
N° 2	+++		

Asile de Ville-Evrard (service de M. Capgras) :

N° 3	+++	N° 18	+++
N° 4	+++	N° 19	++
N° 10	+++	(démence précoce ou mélancolie).	
N° 13	+++		
N° 16	++		

Asile de Ville-Evrard (2^e envoi) (service de M. Capgras) :

N° 1	++	N° 7	+++
N° 6	++	N° 12	++

Asile de Vaucluse (service de M. Vigouroux) :

N° 3	+	N° 24	+
N° 17	++	N° 25	-
N° 23	-		

Donc, sur 19 déments précoce examinés, 18 avaient un sérum capable d'activer le venin du cobra, soit 94,7 p. 100.

Il est d'ailleurs intéressant de remarquer, ici encore, que c'est chez un malade arrivé à une période probablement très avancée de sa maladie que nous relevons le seul résultat négatif qu'il nous a été permis d'observer parmi les malades de cette série. Ce sujet, en effet (n° 23 des malades de M. Vigouroux), est entré à l'asile en 1901. D'autre part, c'est également depuis un laps de temps déjà considérable que sont entrés à l'asile les 3 seuls déments précoce chez qui nous n'avons

observé qu'un résultat faiblement positif (malades n° 3, 24 et 25 de M. Vigouroux). Par contre, le malade n° 17 de M. Vigouroux qui nous a présenté une réaction très fortement positive n'est entré à l'asile que depuis un an environ (20 janvier 1912). Aussi, nous demandons-nous si l'hypothèse que nous avons soulevée lors de notre étude des paralytiques généraux ne serait pas valable également pour les déments précoces, et si ce ne serait pas chez les malades très avancés dans leur évolution morbide que disparaîtrait le phénomène de l'activation par le sérum du venin de cobra. Nous serions très heureux que M. Vigouroux veuille bien nous donner sur ce point les renseignements cliniques susceptibles d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, il est remarquable de noter chez les déments précoces, non seulement la grande fréquence avec laquelle leur sang active le venin du cobra, mais encore l'intensité avec laquelle il le fait. Sur 19 malades, 10 présentent une réaction très fortement positive (+ + +), c'est-à-dire 52,6 p. 100; chez les paralytiques généraux, chez lesquels la réaction positive est cependant la règle, nous ne trouvons que 10 réactions positives intenses (+ + +) pour 36 malades, c'est-à-dire seulement une proportion de 27,7 p. 100. La réaction est d'ailleurs tellement intense chez les déments précoces que fréquemment l'hémolyse est presque instantanée dans le tube où l'on met 0 c. c. 5 de sérum et même dans les tubes où l'on ne met que 0 c.c. 4 ou même 0 c.c. 3 de sérum du malade.

* *

Nous avons examiné 8 malades atteints de psychose maniaque dépressive. Quatre échantillons de sérum ont été examinés précocement après avoir été recueillis : ils nous ont donné tous les quatre une réaction positive. C'étaient les sérums suivants :

Psychose maniaque dépressive.

Asile de Ville-Evrard (service de M. Capgras) :

N° 14	+ + +	N° 20	+ +
N° 18	+ + +	N° 21	+ +

Chez 4 autres malades de M. Capgras nous avons eu un résultat négatif : mais nous croyons qu'il n'y a peut-être pas lieu de tenir compte de ces derniers résultats. Nous ignorions en effet à ce moment la propriété du sérum de perdre avec le temps son pouvoir activant vis-à-vis du venin de cobra ; ces quatre échantillons de sang n'ont été examinés que quatre jours après que nous les avons reçus ; une cause d'erreur importante est survenue de ce fait. Nous proposons de faire un nouvel examen du sang de ces malades.

*

**

Les psychoses à forme dépressive constituent, au nom de la réaction d'activation du venin de cobra, une classe à part parmi les maladies mentales ; le sérum de ces malades présente en effet au minimum le pouvoir activateur vis-à-vis du venin.

Notre étude a porté sur les cas suivants :

Psychoses à forme dépressive.

1^o Mélancolie.

Hôpital Tenon (service de M. Klipper) :

N° 5 . . . +

Asile de Ville-Evrard (service de M. Capgras) :

N° 19 . . . + + (mélancolie ou démence précoce).

N° 13 . . . -

Asile de Vaucluse (service de M. Vigouroux) :

N° 27 . . . + (ancien basedowien).

N° 33 . . . -

N° 34 . . . -

N° 35 . . . +

N° 36 . . . +

2^o Confusion mentale à forme mélancolique.

Asile de Ville-Evrard (service de M. Capgras) :

N° 4 -

Donc, sur 9 malades, nous ne notons que cinq résultats positifs. Or, parmi ces 5 malades à réaction positive, il y a encore lieu de faire des réserves sur 2 d'entre eux, l'un, le n° 19 de l'asile de Ville-Evrard, parce que le

diagnostic est hésitant entre mélancolie et démence précoce, l'autre, le n° 27 de l'asile de Vaucluse, parce qu'il s'agit d'une basedowienne ; or, il n'est pas invraisemblable qu'au cours de la maladie de Basedow, du seul fait de cette affection, le sérum ne présente la propriété d'activer le venin du cobra. Nous avons, en effet, été frappé de la fréquence de la réaction chez les malades atteints de dysfonctionnement des glandes vasculaires sanguines.

Ainsi, tandis que les paralytiques généraux et les déments précoces ont un sérum qui en règle générale a la propriété d'activer le venin de cobra, les malades atteints de psychoses à forme dépressive se distinguent par la rareté de ce pouvoir de leur sérum, et par son peu d'intensité quand il existe. Le sérum de ces malades ne réactive guère plus fréquemment le venin de cobra que ne le fait celui d'individus normaux ou celui de sujets atteints d'affections diverses relevant de la médecine générale.

* * *

Dans la plupart des états mentaux autres que ceux que nous venons de passer en revue, le sérum des malades est capable d'activer le venin de cobra, dans des proportions et à des degrés variables. Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner assez d'échantillons de sang provenant de ces malades pour qu'il nous soit possible de tirer des conclusions formelles ; nous croyons toutefois intéressant de grouper ces résultats dans le tableau suivant :

<i>Maladies mentales diverses.</i>			
<i>Démence sénile.</i>	Service de M. Klippe	. . Gérando, 11 bis.	+
— <i>syphilitique.</i>	— Vigouroux.	N° 13.	+
—	—	N° 15.	+
<i>Débilité mentale.</i>	—	N° 22.	++
<i>Paranoïa.</i>	— Pactet.	N° 10.	+
—	—	N° 11.	—
—	— Capgras.	N° 9.	++
—	—	N° 17.	++
<i>Polynévrise alcoolique et syndrome de Korsakov.</i>	— Klippe	. . Laënnec, 8. . .	++
—	— Capgras.	N° 16.	++
—	— Vigouroux.	N° 19.	++

Dégénéré excité maniaque . . .	Service de M. Vigouroux.	N° 20	—
Manie	—	Capgras . . N° 11	++ +
—	—	— . . N° 15	++
—	—	Pactet . . N° 1	++
—	—	— . . N° 2	++ +
		— . . N° 4	++ +

Nous ne ferons que souligner la constance et l'intensité de la réaction positive chez les maniaques et chez les alcooliques atteints de polynévrite avec syndrome de Korsakov.

* * *

En résumé, et d'une façon générale, le sérum des malades atteints d'affections mentales présente d'une façon à peu près constante le pouvoir d'activer le venin du cobra, sauf dans trois conditions :

1° Si un laps de temps trop considérable s'est écoulé entre le moment de la prise du sang et celui de son examen : il s'agit alors d'une faute de technique ;

2° Si le malade est atteint d'une psychose à forme dépressive : il s'agit là d'une particularité susceptible d'être intéressante au point de vue du diagnostic ;

3° Si, du moins chez les paralytiques généraux ou les déments précoces, l'affection est arrivée à un stade très avancé de son évolution. Il s'agirait là d'un trouble morbide dont la valeur pronostique, si elle se confirmait, pourrait être considérable.

C'est chez les déments précoces que la réaction est le plus fortement et le plus intensivement positive. Tandis que dans la tuberculose pulmonaire, où la réaction cependant s'observe avec une telle fréquence que, selon Calmette, Massol et Breton (1), elle pourrait avoir une haute valeur diagnostique, le pouvoir activant du sérum vis-à-vis du venin du cobra ne s'observe que dans 76 p. 100 des cas de tuberculose au premier degré, de 57 p. 100 des cas de tuberculose au deuxième degré, de 70 p. 100 des cas de tuberculose au troisième degré (dans 47,3 p. 100 des cas selon Bauer et Lehndorff (2),

(1) Calmette, Massol et Breton. *C. R. Acad. des sciences*, 30 mars 1908 ; et in *Thèse* de Raymond Letulle. Paris, 1912.

(2) Bauer et Lehndorff. *Soc. méd. de Berlin*, 1909.

dans 87 p. 100 selon Pekanovich)(1); dans la démence précoce nous avons vu la réaction exister dans près de 95 p. 100 des cas, et être intense dans plus de 52 p. 100 des cas examinés.

Aussi pensons-nous que, chez un malade dont le diagnostic est hésitant entre démence précoce et syndrome à forme dépressive, le pouvoir activant du sérum mérite d'être recherché. S'il est intense, c'est un élément important en faveur de la démence précoce; s'il est absent, c'est au contraire une présomption, mais plus importante encore, en faveur d'un syndrome mélancolique.

Enfin, au point de vue physio-pathologique et dogmatique, l'étude du pouvoir activant du sérum des malades atteints d'affections mentales vis-à-vis du venin du cobra est des plus intéressantes. L'extrême fréquence du pouvoir activant chez ces sujets nous démontre en effet la richesse de leur sérum en graisses phosphorées, dont l'origine réside bien vraisemblablement dans la désintégration nerveuse. Aussi n'est-il que plus intéressant encore de souligner l'absence de ce pouvoir activant dans le liquide céphalo-rachidien des malades (paralytiques généraux).

DISCUSSION

M. BRIAND. — Quel est le résultat de cette réaction chez les individus sains?

M. WEIL. — Elle est positive dans 20 p. 100 des cas environ. Chez les tuberculeux, elle devient positive dans 70 p. 100 des cas et dans 40 p. 100 des cas chez les syphilitiques.

M. PIÉRON. — Les résultats obtenus par M. KlippeL et ses collaborateurs correspondent-ils à ceux qui ont été obtenus à Lyon?

M. KLIPPEL. — Le travail auquel M. Piéron fait allusion et qui a été publié dans la Revue du professeur Lacassagne n'a porté que sur un nombre restreint de cas, et lorsqu'on fait des statistiques, il faut opérer sur des cas très nombreux. Toutefois, en ce qui con-

(1) Pekanovich. *Deutsche mediz. Wochenschr.* 1910, p. 144.

cerne la démence précoce, nous arrivons à des résultats comparables.

Nous ne prétendons pas, d'ailleurs, en vous communiquant ces résultats dont l'intérêt scientifique est certain, vous apporter une méthode immédiatement utilisable dans la pratique médicale de chaque jour. Les réactions sur lesquelles on croit pouvoir compter pour le diagnostic de la fièvre typhoïde ou de la tuberculose ne sont-elles pas trop souvent infidèles?

M. PIÉRON. — Les premiers auteurs qui ont pratiqué l'épreuve du venin de cobra n'ont-ils pas considéré la réaction positive comme le propre des sujets normaux?

M. KLIPPEL. — Peut-être, mais le fait est contrové.

M. WEIL. — A l'hôpital, chez les sujets qui ne sont ni des tuberculeux ni des syphilitiques, on ne trouve pas plus de 20 p. 100 de réactions positives, et encore beaucoup de ceux qui les présentent ont-ils des troubles des fonctions des glandes sanguines.

M. PIÉRON. — Il est curieux que les premiers expérimentateurs aient eu des séries telles qu'ils aient conclu d'une façon tout à fait opposée à la vôtre.

M. KLIPPEL. — Pas tout à fait, puisque dans certains cas la réaction négative signifie : état pathologique très avancé à évolution ancienne.

M. PIÉRON. — Existe-t-il d'autres procédés pratiques permettant de doser la lécithine contenue dans le sang?

M. WEIL. — Il doit exister des procédés chimiques, mais ils ne sont pas pratiques.

Un cas de phobie à systématisation délirante, par MM. J. ROGUES DE FURSAC et ROGER DUPOUY.

Il nous a paru intéressant de présenter la photographie d'un obsédé dont les attitudes, les gestes et parfois le langage font immédiatement penser à un dément précoce.

Son attitude habituelle aujourd'hui est la suivante : assis dans un fauteuil ou de préférence sur un divan, mais assis profondément, véritablement incrusté dans le meuble, les reins confortablement calés, les jambes

et les bras ballant dans le vide ou reposant bien à plat sur le sol et le siège, la tête pendant inerte sur la poitrine, avec les yeux mi-clos, ou rejetée en arrière, comme chez le coiffeur ; aucun mouvement, aucune occupation ; une immobilité complète dans un affaissement général.

Antérieurement, lorsque l'un de nous l'avait dans son service, il se présentait un peu différemment : assis toujours bien au creux d'un fauteuil, mais sans cesse occupé à cracher dans un mouchoir, qu'il remettait dans sa poche sitôt terminé son acte d'expulsion. Qu'on lui demandât de se tenir debout, il obéissait aussitôt, mais prenait une pose bizarre et stéréotypée, les pieds en équerre, la jambe gauche légèrement fléchie et tout le poids du corps reposant sur la jambe droite, le bras gauche pendant, le droit plié à angle droit au devant de la poitrine, ou bien il oscillait sur place à la façon d'un pendule, ou bien encore il fléchissait les jambes au point de s'écrouler à terre. Qu'il se mit à marcher maintenant, vous l'eussiez vu aller en pliant les genoux, suivant un type rampant tout à fait étrange. S'il lui fallait se rendre dans la salle à manger, c'était un autre spectacle, il allait par bonds et par sauts gagner sa place, en évitant soigneusement de toucher aux autres tables voisines de la sienne, et faisait, pour y arriver, de grands détours.

A de certains moments, il ne répondait pas aux questions qui lui étaient posées ou le faisait à l'aide d'un langage télégraphique d'où étaient bannis verbes, articles et prépositions. Mais c'est durant les repas qu'il méritait le plus d'être étudié : il commençait par se caler sur sa chaise en s'y prenant à plusieurs fois, se soulevant pour se rasseoir plus à fond ; puis, au bout d'un certain temps, il se mettait à se balancer de droite et de gauche, mais surtout d'avant en arrière ; il venait parfois à se pencher complètement sur son assiette, au point de mettre littéralement le nez dedans ; ou bien ses membres se crispaien t et ses bras exécutaient des mouvements saccadés et aigus, comme les gesticulations d'un pantin dont on tire par secousses la ficelle. Par moments encore, il refusait de manger, sans mot dire, complètement figé sur son siège.

Tous ceux qui l'ont vu en de telles attitudes ont, sans

même l'interroger, posé le diagnostic de démence précoce type, le considérant comme un spécimen caractéristique, presque idéal, de la forme hébéphrено-catatonique. Or, ce malade n'est nullement un dément ; c'est un obsédé, mais un obsédé curieux et intéressant, dont l'histoire nous a paru mériter d'être racontée.

M. X... est âgé de vingt-deux ans. Il est le fils d'un père souffreteux et très nerveux, ayant présenté, il y a quelques années, un syndrome neurasthénique avec quelques idées mélancoliques, notamment des idées de ruine et de vagues idées de suicide. Sa mère est également une grande nerveuse, sujette à la même phobie que lui (celle de fêler les objets de verre ou de faïence) et chez qui seraient apparus depuis quelques années des symptômes de paralysie agitante.

Son père le juge de la sorte : garçon laborieux, intelligent, analyste au suprême degré avec beaucoup d'amour-propre et désir d'arriver. Il a remarqué dans la maladie de son fils les étapes suivantes :

A onze ans, au moment de sa première communion, scrupules et craintes diverses d'ordre religieux ;

A treize ans, appendicite ;

A dix-huit ans, étant en rhétorique, phobie des microbes ; il a peur de contaminer ses camarades et s'oblige à ne pas s'asseoir sur les mêmes sièges qu'eux, ni à se servir de la même vaisselle, et s'éloigne d'eux le plus possible. Est forcé d'interrompre ses études et de faire une cure hydrothérapie de deux mois ;

A dix-neuf ans, peine beaucoup pour arriver à faire ses classes de philosophie et passer ses examens de baccalauréat. Il est reçu, mais se déclare épuisé par les efforts qu'il a dû fournir. Présente une adénite cervicale qui se met bientôt à suppurer.

Dès lors, c'est-à-dire depuis l'âge de vingt ans, la phobie des microbes ne le quitte plus, elle offre des exacerbations paroxystiques, mais persiste, celles-ci passées. Il commence son droit mais ne peut poursuivre, car les phobies deviennent de plus en plus nombreuses et obsédantes. A la phobie des microbes succède celle de briser les appareils de chauffage, la vaisselle, les carafes, avec la terreur de responsabilités chimériques. Il refuse peu à peu de quitter la chambre, de lire, de parler, de s'occuper ; il passe ses journées dans une inaction et un mutisme absolu ; il ne cesse de saliver et de se racler la gorge, ne veut plus faire sa toilette ni se la laisser faire, enfin refuse la nourriture. C'est dans cet état de négativisme et de stéréotypies kinétiques à apparences démentielles qu'il est amené au pensionnat de Ville-Evrard.

Là il se frappe, se donne des coups de poing sur la tête,

crache et salive dans son mouchoir sans discontinue, sous le prétexte qu'il étouffe, s'alimente avec une extrême lenteur qui nécessite l'aide des infirmiers ; il s'assied toujours à la même place au salon, se contorsionne bizarrement, marche à petits sauts ou en traînant les pieds et fléchissant les jambes ; il ne s'intéresse à rien et ne cause à personne.

Progressivement il abandonne son habitude de se racler la gorge et de saliver et, sorti de Ville-Evrard pour se faire traiter dans une maison libre où l'un de nous continua de le suivre, il put au bout de quelques mois marcher sans trop se faire remarquer et causer aimablement, et non sans esprit, avec certaines personnes choisies de préférence parmi celles de son sexe (nous en verrons plus loin la raison). Mais encore aujourd'hui il doit manger seul, dans sa chambre et avec un couvert personnel. Placé à la table commune, il se crispe sur sa chaise, se contorsionne étrangement, comme nous avons dit, ou plus simplement se fige en statue et laisse passer les plats sans esquisser le moindre mouvement, même pour les refuser.

Il témoigne de la confiance à ses médecins, et par les entretiens qu'il a avec eux, les écrits qu'il consent à leur remettre, il nous permet de reconstituer entièrement son histoire.

Il a toujours été sombre et enclin à exagérer les moindres choses. Aux premiers scrupules religieux qui l'ont assailli lors de sa première communion succédèrent, vers quinze ou seize ans, des obsessions érotiques provoquées par les pollutions nocturnes et les rêves voluptueux de la puberté ; puis, devenant nettement l'obsédé constitutionnel classique, il saisit toutes les occasions pour se créer une nouvelle obsession : il commence au collège par la crainte d'avoir fait, involontairement, toucher à un camarade un fil électrique dans le cabinet de physique et d'avoir failli l'électrocuter ; il s'en désole désespérément. Puis vient la crainte des microbes qui auraient pu naître spontanément de ses pertes séminales ou de ses selles et occasionner une épidémie de fièvre typhoïde ; il a peur d'empoisonner ainsi tout son collège et se lave constamment les mains ; il évite de toucher directement les objets pouvant servir à d'autres et ne les prend qu'à l'aide d'un linge, mouchoir ou serviette.

Ces obsessions s'accroissent et s'aggravent lentement ; il a peur de casser les fils électriques le long des murs ou les canalisations de gaz « en les heurtant involontairement par suite de sa fatigue de corps et d'esprit » et de provoquer ainsi un accident ; aussi vise-t-il soigneusement à bien passer au milieu des couloirs afin de ne rien heurter ; il se dépense pour arriver à ce but en efforts prodigieux ; il est obligé par moments de s'arrêter, il sent ses genoux plier sous lui et il se raidit de toutes les forces qui lui restent pour ne point succomber. Il a peur de

brisier ou plutôt de fêler un objet fragile servant à l'alimentation (assiette, verre, bouteille, carafe, tasse, etc.) et d'être involontairement la cause d'accidents graves d'appendicite ou de perforation intestinale dont pourraient être victimes ceux qui se serviraient de ces ustensiles après qu'il les aurait détériorés. Au moment des repas, il n'ose plus exécuter à table les mouvements nécessaires, tellement il s'inquiète de savoir s'il n'a pas, par mégarde, heurté une carafe ou un verre, et le doute fait en lui naître et croître l'anxiété; alors il se penche en avant pour diminuer l'espace entre lui et l'assiette, ou se raidit tout contre le dossier de sa chaise; ses bras lui semblent horriblement faibles; il a peur de n'être pas maître de tous leurs mouvements et de laisser, par suite, lourdement tomber sa bouteille ou son verre au point de les fêler. Il ne peut plus manger; « aller à table, déclare-t-il, est un supplice »; s'il résiste, il entre en anxiété et suffoque; il préfère donc ne point manger. L'usage de vaisselle d'étain ou d'argent, qu'on lui a fait remettre et dont il est seul à se servir, ne peut calmer ses transes; il redoute, pareillement aux fêlures du verre ou de la porcelaine, les éclats de l'émail ou les plus minimes parcelles de métal qu'une dent de fourchette ou une lame de couteau peuvent détacher. Il prend donc les précautions les plus extraordinaires pour ne rien heurter, il contourne les tables à distance, fait les endroits dangereux tels que cuisine ou office, mange debout et dans un coin.

En dehors même des heures de repas il demeure en place, sans bouger, de peur de fêler ou heurter, sans le vouloir, un objet cassable. S'il est debout il se sent attiré, résiste, se penche, se redresse, bref oscille dans tous les sens ou bien se courbe jusqu'à se vautrer à terre et a des accès de suffocation s'il dépasse les limites de sa résistance. Il lui serait même arrivé de céder à l'impulsion irrésistible et de s'en aller avec une cuiller ou seulement avec son coude choquer une tasse aperçue sur un meuble. Mais il reconnaît n'en avoir jamais cassé en ce faisant. Enfin, remarquant ou croyant constater une certaine obnubilation à la suite d'efforts trop intenses ou trop continus, il a peur d'avoir des moments de somnambulisme ou d'inconscience diurne et d'aller casser de la vaisselle à l'office « par détente » d'avoir tant résisté.

Toute sa vie se passe à s'analyser et à se surveiller; il s'interroge et s'efforce de n'accomplir aucun geste jugé dangereux. Et toujours le doute l'envahit et l'obsède.

C'est une crainte perpétuelle qui domine et dirige sa vie; ses gestes, ses actes, ses attitudes sont commandés par sa phobie. Il ne fait rien, ne travaille plus parce qu'une occupation quelconque risquerait de le fatiguer et de provoquer des

accès de somnambulisme. Il crache des heures entières dans son mouchoir parce qu'il a peur, en avalant constamment sa salive, d'avoir des étouffements qui pourraient également faire naître des accès de somnambulisme ; et, d'autre part, il redoute de saliver sur ce qu'il fait parce que sa salive peut, doit même être nocive ; il n'ose pas écrire pour cette raison ni nous approcher de trop près.

La description et l'interprétation qu'il fournit de ses symptômes est des plus intéressantes car elles nous donnent la valeur exacte de ses facultés d'auto-analyse et d'auto-critique. Voici quelques passages que nous extrayons des lettres qu'il a bien voulu nous remettre à notre demande.

« Docteur, je ne suis pas fou mais seulement très neurasthénique. Les mouvements bizarres et baroques que j'exécute ne sont pas dus à une cause cérébrale. Je fais volontairement ces mouvements afin de me soulager ; je suis en effet très fatigué physiquement, surtout les reins et les genoux, et, sans étouffer absolument, je respire avec beaucoup de difficulté, surtout lorsque je me livre à une occupation quelconque (ceci explique ma lenteur pour manger). Or que ce soit une illusion ou que ce soit la vérité, ces mouvements baroques me procurent, à mon avis, un soulagement réel quoique de bien courte durée... Il y a plus, l'attention qu'il me faut prêter lorsque l'on me parle, cette attention, dis-je, m'empêche de respirer et me fait étouffer. Enfin si j'essaie de prononcer une phrase, si courte soit-elle, j'étouffe. Dès lors j'ai été obligé d'adopter un langage baroque où je supprime souvent les verbes et les particules de liaison (articles, prépositions, etc.). On dirait que chez moi la respiration a cessé en partie d'être un réflexe automatique et subconscient pour devenir un acte nécessitant une application et des efforts réfléchis et conscients.

« ... Je dois vous faire remarquer que mes obsessions consistent dans la crainte de porter préjudice à autrui ; ce n'est pas pour moi que je redoute les choses dont je vous parle... Mes obsessions ont un caractère uniquement mental. La difficulté que j'éprouve à respirer, la fatigue extrême que j'éprouve aux genoux et aux reins, tout cela n'est aucunement imaginaire et ces symptômes peuvent s'expliquer par des causes que j'exposerai plus loin. Je préfère vous expliquer d'abord en quoi consistent mes obsessions mentales. Vous avez dû entendre parler des troubles graves occasionnés dans les viscères par l'ingestion d'éclats de verre ou de faïence. Si l'on avale, en effet, des esquilles aiguës ou coupantes, celles-ci peuvent perforer l'intestin ou tout au moins y occasionner des lésions graves (la maladie appelée appendicite, par exemple). Or étant extrêmement fatigué physiquement, je crains sans cesse lorsque je suis

à table de fêler ou de briser les verres, les carafes, les assiettes, les tasses, etc., qui se trouvent auprès de moi. Je cite en passant une particularité bizarre de mon genre de fatigue ; je ne puis rester appuyé sur le dossier de ma chaise que pendant un espace de temps infime ; une sorte d'impulsion irrésistible me force à me courber extrêmement peu de temps après que je me suis appuyé ; et comme je suis trop fatigué pour manger en restant courbé, je me redresse aussitôt ou du moins presque aussitôt, et ce manège dure pendant tout le repas (et même pendant toute la journée). Lorsque cela ne gêne pas ma respiration, je me mets à m'appuyer d'une façon un peu plus accentuée contre le dossier de ma chaise ; de cette manière j'obtiens un peu de répit, mais au bout de quelque temps je recommence à vaciller et cette fois sur le côté droit ou gauche. A cette fatigue physique extrême vient se joindre ma difficulté pour respirer lorsque je fais une action quelconque, par exemple l'action de manger, l'action de porter ma tasse à mes lèvres, l'action de casser un morceau de pain et de le porter à ma bouche, etc. Dès lors il est facile de comprendre que je dois avoir de faux mouvements involontaires qui peuvent fêler ou briser les verres, assiettes, etc., qui se trouvent devant moi ou à peu de distance de moi.

« Mais, me direz-vous, des fêlures, cela se voit. A ceci je vous répondrai d'abord que sur le verre les jeux de lumière empêchent parfois de les bien distinguer. Ainsi donc quelqu'un qui est un peu myope comme moi ou quelqu'un qui n'y prête pas attention peut fort bien ne pas s'apercevoir des fêlures susdites. Je vous répondrai ensuite que l'on conserve en service des ustensiles ayant d'anciennes fêlures (notamment les brocs en faïence) et que dès lors l'on ne peut pas faire attention aux fêlures de fraîche date.

« Je pourrais peut-être vous exposer de nouveaux arguments à l'encontre de cette première objection basée sur la visibilité des fêlures, mais cela donnerait trop de longueur à ma lettre, je préfère continuer à répondre aux objections possibles de votre part. Je prévois tout de suite la nouvelle objection que vous allez me faire : mais, me direz-vous, si vous heurtiez un verre ou une carafe, vous vous apercevriez bien du choc. Hélas ! docteur, s'il s'agissait d'une autre personne que moi, cet argument serait sans réplique. Mais voici ce que je réponds : chez moi la conscience des objets extérieurs, du monde extérieur en un mot, s'est positivement affaiblie... A l'heure actuelle je ne peux plus faire l'effort de volonté nécessaire pour me donner une conscience suffisante de ce que je fais parce que, d'une part, cet effort m'étouffe et, d'autre part, si je reste arrêté, mes genoux se mettent à plier presque tout de suite. Et

le fait de plier les genoux et d'étouffer pouvant donner lieu de ma part à des faux mouvements involontaires et des chancellements de corps, je n'ose pas faire l'effort de volonté susdite parce que je risque encore plus de briser la vaisselle en faisant ledit effort. Outre ces accès de moindre conscience j'ai des moments d'inconscience absolue déterminés soit par une gêne quelconque, soit par ma fatigue physique, soit surtout par mes étouffements. Au cours de ces accès de coma intellectuel et physique je ne sais plus ce que je fais et si alors je brise ou si je fèle un ustensile en le heurtant, comment voudrez-vous que je m'en aperçoive?

« ... Dans ces accès d'inconscience ma volonté est évidemment paralysée, mais la faculté appelée sensibilité peut très bien subsister, alors qu'arrive-t-il ? Mon cerveau perçoit l'idée ou l'image de la vaisselle brisée; en même temps mon cerveau a la sensation confuse d'un effort pénible à faire pour résister à l'impulsion de cette idée, à l'action motrice de cette image; d'autre part la volonté n'est plus là pour s'opposer à la poussée aveugle de la sensibilité. Enfin mon cerveau qui a si longtemps été tendu en vue d'éviter l'action de briser la vaisselle, mon cerveau, dis-je, a besoin d'une détente; cette détente lui est fournie par le fait d'accomplir à l'état inconscient l'acte même qu'il s'efforçait de ne pas faire à l'état conscient. Dès lors mon cerveau suivra l'impulsion aveugle et irrésistible de la sensibilité et... j'irai briser les ustensiles de vaisselle. En un mot, dans ces états d'inconscience mon esprit suivra la ligne de moindre résistance; mon épuisement physique réagira en outre sur mon cerveau pour l'inciter à agir suivant cette ligne de moindre résistance... En outre, lorsque j'étais assis, si je voulais m'étendre sur le dossier de mon fauteuil ou si je voulais simplement changer de position, il me fallait faire un effort mental pénible et relativement prolongé pour accomplir normalement le mouvement nécessaire.

« Si, pour éviter cet effort mental, je m'étendais brusquement, par un effort de volonté énergique, alors mon buste était brusquement projeté en avant, comme si un ressort se fût détendu dans ma colonne vertébrale. Voulant éviter ce phénomène désagréable et, d'autre part, voulant m'épargner l'effort mental dont j'ai parlé, je prenais parfois le parti de rester dans la position gênante ou fatigante où je me trouvais. Alors, le phénomène suivant se passait : une sorte d'engourdissement s'emparait de moi, et, au bout d'un temps infime, une sensation extrêmement désagréable me contraignait à m'élanter malgré moi hors de mon fauteuil. Or, c'était à tout moment que l'effet de la fatigue ou de la gêne m'incitait à changer de place sur ma chaise ou sur mon fauteuil. Bien souvent, je ne pouvais pas

même rester une minute dans la même position. Des balancements de haut en bas et les balancements latéraux que vous m'avez vu accomplir ont remplacé en partie les déplacements dont je viens de parler...

« Lorsque je craignais d'avoir heurté un ustensile en verre ou en faïence, j'avais ensuite de telles idées noires et de telles inquiétudes que je prenais des précautions infinies pour manger quand j'étais à table. Ce que devaient être mes repas dans de pareilles conditions, je vous le laisse à penser. Le simple acte de piquer un morceau de viande avec ma fourchette et de le porter à ma bouche constituait une opération longue, difficile et nécessitant toute mon attention et toute mon énergie. D'une part, en effet, j'avais extrêmement peur de briser la vaisselle, et, d'autre part, la fatigue de mes reins me forçait à me courber et à me redresser sans cesse; je ne pouvais rester appuyé contre le dossier de ma chaise qu'un temps infime, pouvant se chiffrer par secondes; l'action de lever le bras pour porter un morceau à ma bouche suffisait presque à me faire quitter malgré moi la position appuyée; enfin, la fatigue de mes bras me faisait courber involontairement lorsque je m'en servais pour manger. Je puis dire sans exagération que chacun de mes repas était une véritable torture... »

De même qu'il analyse dans le détail chaque symptôme de sa maladie, de même cherche-t-il à en établir les causes et à en reconstituer en quelque sorte la synthèse. Voici, par exemple, comment il comprend la genèse de son affection :

« *Cause de ma maladie.* — Première cause : la pratique d'attouchements physiques dès mon jeune âge... Vers l'âge de neuf ou dix ans et peut-être déjà avant, je pratiquais, par une sorte de désœuvrement, ce que vousappelez la masturbation. C'était chez moi une sorte de tic; je pratiquais la masturbation comme d'autres se seraient rongé les ongles, par exemple...»

« Deuxième cause : l'habitude d'avoir des sentiments d'un ordre spécial (sentiments voluptueux), qui déterminaient probablement chez moi des pertes spermatiques plus ou moins considérables... L'aspect de visages beaux, ou du moins jugés par moi comme tels, me procurait une jouissance extrêmement agréable. Peu importait, du reste, le sexe des personnes auxquelles appartenaient ces visages. Je ressentais un plaisir du même ordre à voir des chairs nues, jambes ou bras d'enfants...»

« Troisième cause : l'habitude d'avoir des rêveries d'un ordre particulier (rêveries voluptueuses), qui déterminaient chez moi des pertes spermatiques très fréquentes et très considérables. C'est vers l'âge de treize ou quatorze ans, je crois, que le troisième symptôme ou plutôt la troisième série de phénomènes se manifesta. Ce troisième symptôme fut provoqué par ce qu'on

appelle en langage théologique « l'occasion » : je lus à cette époque un livre où l'on parlait d'amour. Certes, on y parlait d'amour d'une manière honnête et décente, mais y avait-il un je ne sais quoi de troublant dans la manière d'exposer les faits, ou bien étais-je, moi, un terrain trop bien préparé, ou enfin était-ce pour ces deux motifs réunis, toujours est-il que la lecture de ce livre fut absolument néfaste pour moi. Le soir même du jour où j'avais lu le livre en question, je me mis à rêver (éveillé) à ce que j'avais lu, me substituant aux personnages du livre, me mettant dans leur situation, éprouvant leurs sentiments, etc. Cet ouvrage, en un mot, fut pour moi le thème de rêveries d'amour. Et, trouvant dans ces rêveries voluptueuses des jouissances absolument incomparables, je n'ai pas cessé de m'y abandonner depuis la lecture de ce livre jusqu'à l'époque où je suis entré ici.

« Mais revenons à notre sujet. Naturellement, je continuai les jours suivants, non seulement quand j'étais couché, mais aussi pendant le jour. J'inventai des thèmes divers ; je fis entrer dans ces rêveries des êtres vus par moi, ayant, par conséquent, une existence objective réelle ; j'inventai des personnages imaginaires. Est-ce aussitôt après la lecture de ce livre, est-ce trois mois, six mois, un an ou deux ans plus tard, je ne saurais fixer la date, toujours est-il qu'un moment vint où des pertes spermatiques se produisirent « en quantité très considérable ». Et, comme il ne se passait pas de jour où je n'eusse, à mainte reprise (couché ou levé), ces pertes spermatiques, vous pouvez juger, docteur, de l'effet effrayant produit à la longue sur mon système nerveux par cette déperdition de force vitale. Tout d'abord, je ne m'aperçus qu'assez vaguement du caractère immoral de ces pratiques, puis j'eus une perception plus nette de la vérité ; enfin, je me rendis nettement compte du caractère réel de ces phénomènes. Mais, d'une part, je trouvais dans ces rêveries des jouissances incomparables ; d'autre part, l'habitude avait enfoncé en moi ses racines ; enfin, chose curieuse, je ne ressentais, je crois, que peu de remords, ou du moins j'étouffais très facilement ces remords ; quoi qu'il en soit, je ne renonçai nullement à mes rêveries. Ces rêveries, cependant, n'avaient pas tardé à prendre un caractère inavouable. Elles en vinrent bientôt à consister en des contacts fictifs de chairs nues avec ma personne. Ces contacts étaient créés par la seule force de mon imagination. Ou bien la mémoire venait en aide à l'imagination, et alors ces chairs nues appartenaient à des êtres réels vus par moi, ou bien l'imagination agissait seule, et alors ces chairs nues appartenaient à des êtres plus ou moins vagues créés par elle. Le sexe importait peu, du reste. *Intelligenti pauca...* Je crois inutile de préciser davantage. »

Tel est donc notre malade. Il rentre évidemment dans la catégorie des obsédés constitutionnels de Régis, caractérisés par l'hérédité chargée du sujet, la précocité de l'état obsédant, la prédominance d'emblée de l'élément intellectuel, l'allure continue de l'affection, sa chronicité avec modification de l'idée ; mais il y a plus : l'idée obsédante est discutée et en partie acceptée par notre malade. Elle n'est pas tout à fait pour lui une étrangère et une parasite, mais elle s'incorpore peu à peu à sa personnalité, et elle tend à se transformer en un véritable délire, de teinte mélancolique, en tous points analogue à celui dont parle Séglas dans ses *Leçons cliniques*. Elle se rapproche ainsi de l'idée fixe qu'Arnaud différencie de l'idée obsédante par son inconscience, son évolution progressive, sa continuité, le caractère secondaire et réactionnel des paroxysmes émotifs qui l'accompagnent, son acceptation sans lutte et son allure dominatrice.

L'idée directrice des obsessions de notre malade est une crainte générale d'occasionner un dommage à autrui, en raison de son état de « fatigue physiologique, provoqué par d'abondantes et nombreuses pertes séminales », et il y a dans cette idée une teinte à la fois hypocondriaque et mélancolique. « J'ai toujours peur d'avoir causé du dommage à autrui », nous dit-il ; tout gravite autour de cette préoccupation dominante et tourmentante : crainte d'avoir électrocuté un camarade, crainte d'empoisonner le collège avec ses pollutions ou ses déjections, crainte de contagionner son entourage par sa salive, crainte plus absurde encore de rouvrir ses vaccins, susceptibles de contaminer tous ceux qui l'approcheraient, d'où le refus énergique de se déshabiller devant nous, etc. ; et ces idées secondaires s'accroissent et se multiplient sans changer de note ; c'est ainsi que l'idée obsédante de fêler des objets fragiles, pouvant servir à l'alimentation d'autrui et provoquer des accidents d'appendicite ou de perforation intestinale, a pu donner naissance à celle extravagante de briser les bijoux, perles fines, diamants, etc., et l'obliger à fuir toute compagnie, surtout féminine, où il risquerait de rencontrer une personne portuese d'un bijou ; car il s'absorbe alors entièrement dans la contemplation hébétée et stupide d'une

épinglé de cravate, d'une bague, d'une broche ou d'un pendentif d'oreille, et, incapable d'articuler un mot, affaissé sur lui-même ou crispé en une position bizarre de défense, il simule à s'y méprendre un dément précoce en catatonie. De même, il est sidéré à la pensée d'aller chez un dentiste se faire soigner les dents, car sa salive peut être nocive pour d'autres, et cette obsession se hausse jusqu'au délire. « J'ai peur du dentiste, nous confie-t-il ; j'ai peur de faire éclater mes glandes (il a eu autrefois une adénite cervicale suppurée), si je fais un travail quelconque, comme d'élever mon bras en l'air, de les répandre sur mes vêtements, puis sur les siens et sur ses instruments. Cela m'inquiète beaucoup, cela peut occasionner à d'autres personnes des abcès dentaires, et je me dirai que si je n'avais pas élevé le bras cela ne serait pas arrivé... »

Nous reconnaissons dans cette dernière phrase l'ébauche d'un délire mélancolique, qu'il manifeste plus ouvertement lorsqu'on le pousse un peu : il a peur des responsabilités morales qui lui incomberaient si un accident survenait *de sa faute*; il a peur de remords... et il en vient à songer au suicide pour y échapper.

Le pronostic d'une pareille affection est des plus sombres, car la systématisation, extensive et progressive, de l'idée mère nous paraît certaine, et, d'autre part, notre malade marche de plus en plus vers un délire mélancolique dont les conséquences réactionnelles ne sont que trop faciles à prévoir.

Il nous a paru intéressant de signaler ce cas de phobie systématisée à évolution progressive et délirante, d'allures pseudo-démentielles, et qui peut servir à l'histoire des délires systématisés à base ou d'origine obsessive.

DISCUSSION

M. ARNAUD.—Cette très intéressante observation me paraît répondre à ce que j'ai décrit sous le nom de délire psychasthénique. Il s'agit, en effet, d'un obsédé classique qui arrive à délirer et qui conserve sa lucidité et sa logique, contrastant avec l'absurdité foncière du contenu de l'obsession. Le malade de MM. Rognes de Fursac et Dupouy présente encore l'ébauche du symptôme qui a

été, chez ce malade, particulièrement étudié par Janet. Janet a désigné sous le nom d'éclipse mentale l'état dans lequel certains obsédés, devenus délirants, arrivent à accomplir inconsciemment l'acte qu'ils redoutent ordinairement d'exécuter. Le malade dont l'histoire vient de nous être rapportée a la crainte de se trouver dans cet état.

M. DENY. — N'a-t-il pas parfois le sentiment d'agir sous une influence étrangère et ne part-il pas de là pour ébaucher un délire de persécution ?

M. DUPOUY. — Ordinairement, il croit à une attraction irrésistible vers les objets fragiles et n'attribue pas cette attraction à une influence étrangère. Mais le phénomène auquel fait allusion M. Deny a existé chez certains malades de M. Séglas ; il existe aussi chez d'autres malades que j'observe, et qui sont, à cela près, du même genre que celui-ci.

M. DENY. — Le mélange d'idées mélancoliques et d'idées de persécution est assez fréquent. En tout cas, voici un exemple de plus à l'appui de l'opinion que les malades peuvent verser de l'obsession au délire.

M. TRUELLE. — Il y a actuellement à la maison de santé de Ville-Evrard un malade que M. Rogues de Fursac connaît bien et qui rappelle celui de M. Dupouy par son attitude : c'est également un obsédé dont l'aspect est celui d'un catatonique ; il a fait récemment un accès de délire passager qui a traversé son état habituel.

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 17 mars 1913.

I. — *Les moyens de défense employés par les persécutés.*
Présentation de malade. — MM. Dupain et Pruvost présentent une malade persécutée avec hallucinations multiples, surtout auditives et sexuelles. Pour se protéger contre les entreprises de ses persécuteurs, qu'elle croit être les âmes de personnes connues, la malade emploie des moyens variés. Elle porte ses vêtements de dessous soigneusement fermés et s'enveloppe de linges ; elle dispose en outre en différentes parties du corps des cartes à jouer. Ces cartes ont un effet magique et la préservent au moins un certain temps, principalement les rois et les reines, et mettent obstacle aux tracasseries, aux sévices, aux entreprises des âmes débauchées qui la tourmentent d'une façon incessante.

II. — *Conscience du délire chez un persécuté. Imagination. Erotomanie. Episode amnésique. Présentation de malade.* — M. de Clérambault présente un homme de quarante-deux ans, dégénéré, ayant subi dans l'enfance deux traumatismes craniens graves et présentant depuis quatre ans des idées de persécution. Les points intéressants de l'observation sont la conscience de la maladie, l'absence du caractère paranoïaque classique, le début par de l'optimisme et de l'érotomanie, enfin la limitation des persécutions à des démonstrations symboliques.

III. — *Obsessions diverses. Scrupule. Délit intentionnel. Présentation de malade.* — M. de Clérambault analyse le cas d'un malade de trente ans, dégénéré, curieux par la riche série de syndromes dont il a été ou est affecté. C'est un compendium des syndromes décrits autrefois par Magnan. C'est un obsédé de la question (questions doctrinales et déontologiques), un

scrupuleux, un tiqueur; il a la phobie des contacts. A eu des impulsions verbales, de l'éreuthrophobie, de l'impuissance psychique. Plusieurs fugues systématiques. Nombreuses hantises, nombreuses décisions impulsives et dangereuses. Fausse humilité. Tendances mystiques, dogmatisme sociologique. Tentative de suicide; désertion suivie de réforme. A commis un délit (inscription séditieuse) et s'est immédiatement dénoncé pour expier par la prison une culpabilité ancienne et d'ailleurs imaginaire (avoir souri devant des religieuses).

IV. — *Un couple morbide. Amoralité et revendication. Présentation de malade.* — M. de Clérambault présente un alcoolique chronique, amoral, avec *curriculum vitæ* bizarre, amené à l'Infirmerie spéciale pour une ivresse pathologique de forme fantasmagorique. Association, collaboration et antagonismes bizarres avec une femme semi-délirante et un prêtre. Actes médico-légaux. Tableaux de moeurs invraisemblables. La femme a été présentée déjà par M. Briand.

V. — *Syphilis conjugale, mari paralytique général et femme tabétique. Présentations de malades.* — M. Legrain présente une malade ayant contracté la syphilis à vingt-cinq ans. Elle s'est soignée scrupuleusement pendant dix années. Au bout de ce temps, avec l'autorisation très légitime de son médecin (absence d'accidents depuis de longues années), elle contracte mariage. C'est vers le même temps qu'apparaissent les premiers signes d'un tabes qui désormais évoluera avec une grande lenteur et qui en est aujourd'hui à ce point (malade âgée de quarante-cinq ans) : douleurs fulgurantes, anesthésies, analgésies, signes oculo-pupillaires; pupilles punctiformes; affaiblissement profond de l'acuité visuelle à gauche. Signe d'Argyll. Réaction de Wassermann positive (sérum et liquide céphalo-rachidien). Début très net d'affaiblissement intellectuel.

M. Marie (de Villejuif) montre le malade, mari de la tabétique spécifique présentée par M. Legrain, atteint de paralysie générale type. Le malade nie la syphilis, mais la réaction de Wassermann est nettement positive par le sérum et le liquide rachidien. Il présente en outre des flots d'alopécie en voie de réparation dans la barbe et les cheveux. Le traitement spécifique semble avoir produit une demi-rémission chez ce sujet.

VI. — *Un cas d'amnésie traumatique. Présentation de malade.* — MM. Vigouroux et Hérisson-Laparre montrent un malade âgé de trente ans, dégénéré héréditaire et alcoolique, qui, à la suite d'un traumatisme crânien (hémorragie méningée,

rupture du tympan, écoulement purulent de l'oreille), a présenté une période de confusion mentale et une amnésie particulière. L'amnésie, un mois après le traumatisme, accompagnée de troubles de l'expression, portait exclusivement sur les noms propres. Elle a disparu presque complètement depuis.

VII. — *Confusion mentale et psychose discordante. Présentation de malades.* — MM. *Mignard et Provost* présentent trois malades du Dr Toulouse, une confuse mélancolique post-puerpérale, une hébéphrénique et une autre ayant des symptômes intermédiaires entre ceux de ces deux affections. Ces recherches paraissent confirmer aux auteurs les deux conclusions suivantes : 1^o la psychose hébéphrénico-catatonique, comme la confusion mentale, est moins près de l'imbécillité qu'elle ne paraît, c'est-à-dire que l'apparent déficit de l'intelligence est en réalité un trouble de l'attention ; 2^o la psychose hébéphrénico-catatonique présente toutefois cette différence avec la confusion mentale que certains troubles y prédominent et qui peuvent être caractérisés par l'incohérence et la discordance des sentiments, des tendances, des émotions ou par la suppression apparente de l'affectivité. Cela explique à la fois la gravité du pronostic, la possibilité des guérisons.

VIII. — *Syphilis. Perforation de la cloison nasale et mal perforant maxillaire. Syndrome tabétique. Présentation de malade.* — MM. *Legrain et Pietkiewicz* présentent une malade syphilitique, tabétique et porteuse d'une perforation de la cloison du nez et d'un début de mal perforant maxillaire. La syphilis n'est pas niée, mais n'a jamais été connue de la malade, âgée aujourd'hui de trente-sept ans (Wassermann positif; de dix-huit à vingt-deux ans, cinq grossesses : trois premiers enfants morts d'épuisement en trois mois sans cause apparente; puis deux fausses couches; depuis lors, plus d'enfants).

Dès vingt-cinq ans, apparaît le tabes qui suit une évolution régulière mais grave. Depuis dix ans, crises gastriques incessantes; crises vésicales; autres syndromes douloureux; troubles de la sensibilité tactile; anesthésie plantaire; abolition des réflexes; pas encore de troubles moteurs; désordres oculo-pupillaires; inégalité pupillaire, signe d'Argyll; Romberg; affaiblissement de la vue; diplopie; héméralopie. Episodiquement, appoint morphinique et désintoxication suivie de légers troubles intellectuels (internement actuel). Il y a quelques mois, perforation de la cloison du nez, partie antérieure; largeur, 0,50; en même temps, chute des dents, analgesie absolue, douleurs

violentes dans tout le territoire du trijumeau; ostéoporose progressive du maxillaire supérieur.

M. Pietkiewicz attire l'attention de la Société sur un point particulier : la perte rapide des dents qui se rencontre très fréquemment chez les tabétiques et paralytiques généraux, perte due à un trouble trophique du trijumeau. Cette perte rapide des dents est si caractéristique qu'elle a permis de faire le diagnostic de paralysie générale chez un malade qui se présentait uniquement pour un examen dentaire.

IX. — *Diabète, hémiplégie et hémianopsie droites; démence organique avec accès confusionnels. Présentation de graphiques.*

— M. Beaussart montre un graphique où sont relatés les résultats fournis par l'analyse des urines d'un diabétique atteint d'hémiplégie et d'hémianopsie droites; au cours de la démence organique surviennent des poussées confusionnelles courtes qui, cliniquement, relèvent du diabète, mais à l'examen des urines on s'aperçoit qu'elles ne coïncident pas avec les poussées glycosuriques mais avec des poussées d'hypoazoturie.

X. — *Cysticercose cérébrale et paralysie générale. Présentation de pièces et de préparations.* — MM. Vigouroux et Hérisson-Laparre apportent les pièces et les préparations d'un malade de cinquante-quatre ans, ayant présenté le syndrome paralytique général et de l'attaque épileptique très fréquente, et chez lequel les auteurs ont trouvé à l'autopsie des cysticercoses dans tous les organes, mais plus spécialement dans le cerveau. Ceux-ci placés sous la pie-mère et en plein tissu cérébral ont provoqué une intense réaction lymphocytaire autour d'eux. La méningo-encéphalite est diffuse et généralisée à tout le cerveau. Cette observation soulève une difficile question pathogénique. La méningo-encéphalite est-elle due aux cysticercques, à leur présence et à leurs toxines, ou s'agit-il d'une simple coïncidence?

JOURNAUX ITALIENS

Rivista sperimentale di Freniatria.

ANNÉE 1909. FASCICULE II (1).

I. — *Influence du cerveau sur le développement et sur la fonction des organes sexuels mâles. Recherches expérimentales;* par le Dr Ceni. — L'hémicrébration des coqs donne lieu, qu'ils soient jeunes ou adultes, à des phénomènes d'involution des organes sexuels; mais ces phénomènes varient suivant l'âge. Chez ceux dont les testicules sont encore en voie d'évolution, l'opération détermine un arrêt de développement qui se manifeste tout d'abord par un état de torpeur et ensuite par un processus involutif des éléments cellulaires de la partie glandulaire des organes; quelquefois tout s'arrête là, l'organe reprend un développement régulier et la sexualité recouvre tous ses droits; mais, d'autres fois, les testicules sont arrêtés dans leur développement, l'animal reste en infantilisme général et sexuel; jamais, chez le jeune, le tissu interstitiel ne prend part au processus d'involution.

Chez les animaux adultes, l'hémi-crébration détermine la perte de l'instinct sexuel et la perte immédiate de l'activité fonctionnelle des testicules par involution rapide se traduisant par une notable réduction du volume et du poids de l'organe, par l'obturation des canaux séminifères, par la disparition des éléments cellulaires canaliculaires et surtout des éléments nobles.

Le tissu interstitiel et les vaisseaux sanguins ne prennent aucune part au phénomène. Une cachexie survient qui, parfois, détermine la mort; le plus souvent, au bout d'un mois environ, tout tend à rentrer dans l'ordre. En effet, les phénomènes d'involution sexuelle s'accompagnent parfois de cachexie lente et progressive, difficilement curable; parfois aussi la destruction des canalicules séminifères est absolue et définitive. Dans ce dernier cas, et tardivement, le tissu interstitiel s'hyperplasie.

(1) Le lecteur ne trouvera ici que les analyses du second fascicule de la *Rivista*. Le premier, consacré au XIII^e Congrès de la Société phrenia-trique italienne, a été analysé dans le numéro de mars-avril 1910, pp. 251 et suiv.

Quelques éléments nobles se conservent, ils représentent ce qui reste de la glande interstitielle; alors les vaisseaux sanguins et particulièrement ceux de gros calibre sont dans un état de sclérose assez avancé.

II. — *Sur la tétanie héréditaire. Observations cliniques;* par le Dr Ascenzi. — Il s'agit d'une affection très rare, familiale ou héréditaire. Une femme de quarante-trois ans présente, depuis une dizaine d'années, tous les ans, de janvier à avril, des phénomènes tétaniques caractérisés par des contractures toniques dans les membres supérieurs que la volonté ne peut empêcher. Les phénomènes de Troussseau et de Chvostek manquent. Cette femme a quatre enfants, tous retardataires; une de ses filles est épileptique, un garçon tétanique, un autre louche et a des spasmes du larynx. Il semble que ce qui se transmet dans ces cas, ce n'est point une maladie mais une aptitude morbide. Il existe des formes de passage entre l'épilepsie et la tétanie et fréquemment il y a coïncidence entre la tétanie et le goitre. Les garçons y paraissent plus sujets que les filles; la transmission se fait-elle par l'héritage de la maladie ou par un poison bactérien ou non formé dans le corps?

III. — *Sur l'interruption du sillon central de Rolando chez les criminels. Notes;* par le Dr Balli. — Fuchs et Wagner ont signalé les premiers cette anomalie. Fétré, Hesthl, Giacomini, Tenchini, Bjaecoff, Giamelli, etc., en ont signalé des cas. Il s'agit ici d'un garçon de vingt-trois ans condamné à la réclusion pour association de malfaiteurs et qui mourut de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on observa des deux côtés, à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur de la scissure de Rolando, une interruption par un tractus de substance nerveuse. Cette localisation est rare. C'est généralement au tiers inférieur que l'on trouve cette anomalie qui, pour l'auteur, serait réversible et assez fréquente chez les criminels.

IV. — *Influence de quelques substances qui agissent principalement sur le cerveau et sur les fonctions du testicule (café, véronal, absinthe);* par le Dr Ceni. — Les substances qui ont une action élective excitante ou déprimante sur le système nerveux central et en particulier sur le cortex cérébral déterminent sur les testicules des modifications fonctionnelles, alors même qu'elles ne sont employées qu'à des doses inoffensives sur le cerveau. L'auteur a fait ingérer à des chiens adultes, et par voie gastrique, de l'infusion de café à raison de 8 grammes de poudre par kilogramme d'animal, préparée avec le filtre clas-

sique de Dubelloir, ou encore du véronal ou de la liqueur d'absinthe. Les animaux sont sacrifiés, leur système nerveux préparé par les méthodes de Nissl et leurs testicules par les méthodes colorantes ordinaires. Avec le café, les canalicules séminifères sont souvent remplies et il ne subsiste que les cellules de Sertoli et les spermatogonies qui quelquefois se colorent moins bien que normalement à l'hématoxyline. Les spermatoctyes ont souvent un aspect frangé, un noyau gonflé et un aspect vésiculaire ; on ne rencontre ni spermatides ni spermatozoïdes. En somme, il s'agit de lésions nécrotiques d'involution, d'atrophie simple pouvant, dans certains cas, aller jusqu'à la nécrobiose.

Ces lésions rappellent celles que l'auteur a décrites précédemment chez les animaux hemicérébrés.

Avec le véronal, les lésions paraissent moins avancées, on trouve des spermatozoïdes en petit nombre. Les autres cellules ont les mêmes caractères que les précédentes, mais à un degré moins prononcé. Dans l'absinthisme, les résultats sont les mêmes, mais la mort se produit plus rapidement ; somme toute, le café est plus dangereux pour les testicules que le véronal et l'absinthe.

Tout ceci confirme les idées de l'auteur sur les relations qui existent entre les organes de la génération et le système nerveux central.

V. — *Nouvelles recherches sur la sensibilité cutanée de l'homme* ; par le Dr Calligari. — L'auteur poursuit, depuis plusieurs années, des recherches de psycho-physique ; l'article qui nous occupe donne la technique d'un certain nombre de procédés qu'il a employés, dans ses recherches, sur la sensibilité à la chaleur, au contact, soit des parties profondes, soit des parties molles, à l'électricité soit galvanique, soit faradique. Il est difficile de résumer un pareil travail qui n'est lui-même qu'une synthèse d'innombrables expériences. Calligari a surtout insisté sur le rôle de la sensibilité comme cause génératrice de réflexes.

VI. — *Sur la physiologie pathologique des mouvements choréiques* ; par le Dr Lenaz. — Le mouvement choréique est caractérisé par une série incoordonnée de mouvements élémentaires coordonnés ; il est plus ou moins l'analogie du bégaiement et, parmi ses causes, la plus importante est la dysharmonie des antagonistes. Le mouvement choréique est moins brusque que la contraction clonique ; il est représenté par une série incoordonnée de flexions, de rotations, d'extensions, etc., qui peuvent

être douces ou brusques, exagérées ou à peine indiquées, mais qui se succèdent sans trêve ni repos, en sautillant sans cesse d'un membre à l'autre sans rythme ni règle apparente. Le mouvement choréique est comme un accord dysharmonique qui se glisse au milieu d'un morceau de musique régulièrement composé. La partie la plus originale du travail de Lenaz est celle dans laquelle il nie l'importance pathogénique des lésions décrites dans la moelle et qu'il considère comme trop variables pour avoir une signification quelconque. Il est cependant partisan de la théorie rhumatismale de la chorée, émise jadis par mon maître Germain Sée et qui a aujourd'hui tant d'adhérents en Italie ; il voit dans la chorée de Sydenham une névrose réflexe provoquée par des sensations pénibles au niveau des articulations légèrement enflammées, mais il rapproche la chorée de Huntington des maladies mentales, des tics et de la chorée de Brissaud ; il reconnaît aussi que c'est au niveau du thalamus que l'on a trouvé le plus de lésions dans les diverses variétés de chorées.

VII. — *Un cas de microcéphalie pure* ; par le Dr Pighini. — On connaît l'importance que l'école italienne accorde à la forme du crâne et à son volume chez les idiots, elle veut voir là une anomalie réversive, un rappel d'un stade phylogénétique depuis longtemps dépassé. Il nous paraît difficile de souscrire à une pareille opinion, que les travaux sur l'histologie pathologique du cerveau sont loin d'encourager. Quoi qu'il en soit, Pighini a rencontré un idiot de dix-neuf ans, dont la circonférence crânienne maximum était de 440 millimètres, le diamètre antéro-postérieur de 143, le biparietal maximum de 111 et un index céphalique de 77,8. Cet ensemble de mesures permettra de placer ce crâne, très microcéphale, au voisinage de celui des pythiciens. Le poids total de l'encéphale n'est que de 474 grammes, ce qui est extrêmement rare dans l'espèce humaine ; du reste, il existe de nombreuses anomalies des scissures occipito-pariétales, calcarines et calloso-marginales. Le lobe frontal présente un bec au niveau de l'éthmoïde, un dédoublement de la frontale supérieure et l'absence du pli de Gratiolet. Cette disposition est analogue à celle que Ferrier a décrite chez le macaque ; l'attitude du sujet rappelait celle des singes. Les glandes à sécrétion interne : thyroïdes, hypophyses et testicules, étaient normales.

VIII. — *La dissociation du tonus musculaire et des réflexes tendineux* ; par le Dr Mantegazza. — L'état des réflexes ten-

dineux est indépendant des conditions du tonus musculaire ; quoique d'habitude le tonus et les réflexes marchent de pair, ils sont souvent dissociés chez 18 p. 100 environ chez les normaux, et de 28 à 32 p. 100 chez les individus atteints de neurasthénie, épilepsie, hystérie et psychopathies diverses. On observe ce fait plus nettement aux membres inférieurs ; la forme de dissociation la plus fréquente est celle dans laquelle le tonus est égal ou inférieur à la normale et où les réflexes sont exagérés ; rarement on observe les conditions inverses, les réflexes tendineux affaiblis ou manquants avec un tonus normal ou exagéré. Ce sont les lésions de la capsule interne qui peuvent déterminer une diminution du tonus musculaire et l'exagération du réflexe profond ; au contraire, les lésions cérébelleuses déterminent une diminution du tonus et l'exagération des réflexes. Certaines lésions spinales peuvent amener, elles aussi, une dissociation du tonus et des réflexes.

IX. — *Recherches sur la sphygmomanométrie et la sphygmographie chez les déments précoces* ; par le Dr Grazioni. — La pression systolique dans la majeure partie des démences précoces se maintient dans les limites normales, quelquefois les dépasse et plus rarement ne les atteint pas. La pression diastolique suit la courbe de la pression systolique sans lui être rigoureusement parallèle. L'amplitude pulsatoire de la pression oscille généralement entre des limites normales, en conservant un rapport avec la hauteur de la pression systolique ; mais les variations diurnes sont plus considérables que chez les normaux. La fréquence du pouls est généralement un peu plus grande que normalement, elle présente des oscillations journalières relativement élevées. Les éléments du pouls, amplitude, rythme, égalité, ne diffèrent pas en général chez les déments précoces de ce qu'ils sont normalement. Mais dans un tiers environ des cas, il y a certaines variations qui n'ont rien de constant ni de caractéristique ; il semble toutefois que les sphygmogrammes qui ont un point culminant systolique situé bas se trouvent plus fréquemment dans les formes catatoniques ; l'examen objectif ne montre chez ces malades ni altération du cœur, ni troubles de la circulation périphérique. La température axillaire descend généralement au-dessous de 36 degrés, pour s'élever à un peu plus de 37 dans le courant de la journée.

X. — *Psychopathologie et étiologie des phénomènes psychonévrosiques* ; par le Dr Modena. — Il s'agit d'un examen critique de la théorie de Freud. L'auteur allemand revient aux

doctrines hippocratiques ; il voit dans l'hystérie et dans les psycho-névroses des troubles fonctionnels conditionnés par une émotion dans la sphère génitale et, pour justifier sa manière de voir, il fait débuter l'influence des organes génitaux sur le psychisme beaucoup plus tôt qu'on ne le fait généralement. Modena n'admet point cette manière de voir, il reconnaît comme la plupart d'entre nous que beaucoup de cas d'hystérie et un certain nombre d'autres formes de névroses ou de psychoses ont pour origine des émotions quelquefois même assez faibles ; mais, à moins d'étendre outre mesure la sphère de la génitalité, on ne saurait faire jouer aux manifestations sexuelles un rôle prépondérant, comme le veut l'auteur allemand. Parmi les formes que Freud rattache à des troubles sexuels, figure la névrose d'angoisse qui aurait d'après lui pour cause l'abus des jouissances érotiques, l'onanisme et les fraudes sexuelles ; il est plus que probable qu'il ne s'agit que de choc moral et de moindre résistance physique qui peuvent reconnaître une cause excitatrice dans les excès vénériens aussi bien que dans tout ce qui débile l'organisme. C'est l'héritage et la constitution qui ne sont d'ailleurs que des causes banales de maladie ; il faut chercher dans chaque cas particulier l'étincelle qui a mis le feu aux poudres, la cause occasionnelle ; la sexualité en son sens le plus général est souvent la coupable, mais non d'une façon exclusive. Dans l'hystérie, après avoir voulu employer comme agent thérapeutique l'hypnose, on tend actuellement à lui préférer la suggestion à l'état de veille, la psychothérapie, dont la technique est délicate et nécessite une grande habileté et ne doit jamais être employée chez des individus qui ont dépassé la cinquantaine. Freud ne voit là qu'une médecine de commérages pour laquelle il est très dur. Kraepelin, Aschaffenburg, Pierre Janet, Jung ne peuvent pas admettre la conception de Freud qui heurte toutes les idées que nous sommes habitués à envisager ; mais Freud a raison lorsqu'il répète après tant d'autres que c'est l'analyse psychologique qui donne bien souvent la clef des symptômes délirants, des psycho-névroses et des névroses que l'on rencontre si fréquemment aujourd'hui. En somme, avec Modena, nous conclurons que la théorie, si ingénue soit-elle, de Freud n'apporte aucune vérité nouvelle au débat.

XI. — *Délire paranoïaque dans l'épilepsie* ; par le Dr Tamburini. — Le clinicien italien soulève une fois de plus un des problèmes les plus obscurs de la psychiatrie, mais il reste dans

la tradition classique avec Magnan, Gaupp, Stransky, Wernicke, etc. Tamburini admet que le délire paranoïaque est un syndrome qui peut coexister avec l'épilepsie; mais, contrairement à l'opinion de Kraepelin adoptée par quelques auteurs tels que Gnauck et Levi Bianchini, il n'a aucune relation pathogénique avec cette dernière névrose. A cette étude de critique médicale, il joint l'observation d'un homme de cinquante ans, épileptique de naissance, qui, depuis quelque temps, est atteint de délire de persécution avec hallucinations et idées d'empoisonnement. Tamburini se demande si l'aphorisme de Kraepelin, que l'association des psychoses entre elles constitue l'erreur fondamentale de la psychiatrie dans ces dix dernières années, est vrai, et il se montre tout disposé à adopter les conclusions toutes récentes (1909) de Briand et Brissot qui confirment la manière de voir de M. Magnan.

XII. — *Sur l'audition musicale iconographique*; par le D^r Ayala. — Tous les psychologues modernes ont étudié cette question, qu'on appelle aussi celle de l'audition colorée; elle avait déjà préoccupé Goethe (1810), Théophile Gautier et Herbert Spencer. Il s'agit, au point de vue psychologique, d'un phénomène auditif inducteur et d'un phénomène visuel induit. Flournoy admet que « l'imagerie mentale », comme il l'appelle, est plus fréquente dans l'enfance.

Le phénomène induit le plus intéressant peut exister sous trois formes : 1^o une image visuelle lumineuse ou colorée (photisme) très fréquente; 2^o des figures plus ou moins colorées répandues dans l'espace et 3^o des images d'être réels vivants inanimés ou imaginaires et donnant lieu à de véritables scènes.

A ce sujet, Ayala rapporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, très intelligent et très actif, peu musicien et encore moins adonné aux arts graphiques; il exerce la profession d'administrateur d'un grand journal politique, et depuis l'âge de trente-quatre ans, toutes les fois qu'il entend de la musique classique, voit se présenter devant lui un ensemble architectural remarquable dont il a pu donner les détails.

Deux points sont intéressants dans cette observation, le début à trente-quatre ans et le fait qu'il n'y a que la musique classique qui donne lieu au phénomène. Jamais ni les canzonetti des lazzaroni de Naples, ni les refrains de cafés-concerts ou de bals publics n'ont pu le produire.

Lemaître affirme avoir rencontré 36 p. 100 des élèves de sixième du collège de Genève qui avaient l'audition colorée,

mais le pourcentage diminue très rapidement avec l'âge; il n'est pas rare relativement de rencontrer les phénomènes d'audition colorée les plus accusés chez les grands musiciens.

Listz parlait fréquemment de rendre une mesure plus bleue ou une note plus rouge; les exécutants qui l'entouraient ne comprenaient pas ce qu'il voulait dire. Schumann écoutant la marche de Schubert voyait le décor de Séville, une étude de Cramer lui faisait apparaître une pagode chinoise; il ne peut s'agir ici d'hallucinations ou de pseudo-hallucinations, mais simplement de phénomènes associatifs chez un sujet exceptionnellement développé dont l'imagination est visuelle.

C'est donc là un phénomène de subconscience, un ion subliminal particulier, comme dit Flournoy. Est-ce une simple réévocation mnémonique ou un souvenir inconscient et héréditaire, comme en a décrit Weisenmann? La musique est un art descriptif qui, en évoquant les images pluri-sensuelles mnémomiques, amène un état cénesthésique particulier qui, en s'irradiant, peut exciter les centres visuels et même les centres idéogènes, si tant est qu'ils existent. Ne dit-on pas, depuis des siècles, l'échelle chromatique d'un son, un dessin mélodique et une couleur d'exécution? Lamer n'a-t-il pas étudié récemment les rapports qui existent entre les couleurs et les lettres? Pilcz admet que la musique et l'architecture forment le couple des arts géniteurs de subjectif et d'indéfini, par conséquent, qu'ils sont suggestifs et symboliques, et Schelling n'a-t-il pas dit que l'architecture était la musique de l'espace?

Dernière question : ces phénomènes d'auditions colorées sont-ils normaux et pathologiques?

Ingegnieros y voit une para-musie hystérique et constate l'analogie avec les hallucinations hypnagogiques. Flournoy et Lemaître parlent d'hérédité ou d'atavisme, remontant jusqu'à l'époque où, dans la série, les différents sens n'étaient pas encore individualisés. Cette hypothèse ne peut être soutenue dans le cas actuel, car alors pourquoi ce début à trente-quatre ans? A vrai dire, les explications manquent de clarté; il s'agit le plus probablement d'une irradiation plus grande des voies de transmission des phénomènes auditifs s'étendant, soit par le cortex, soit dans les ganglions cérébraux, et mettant en action le centre de conservation des engrammes visuels. L'auteur a dressé un schéma des voies de transmission de ces différents phénomènes, tout en laissant en suspens la question de savoir si cette cénesthésie est en relation avec des faisceaux de fibres

qui manquent habituellement ou avec des faisceaux normaux plus importants que de coutume.

XIII. — *Un cas de mogigraphie névralgique guéri par la psychothérapie rationnelle*; par le Dr Montanari. — Nous appelons généralement, en France, cette affection la crampe des écrivains; le cas actuel est celui d'un rédacteur d'un journal politique, émotif, aboulique, ayant le caractère que Meige et Feindel attribuent aux tiqueurs. On le soumit à la méthode de Dubois, on chercha à le convaincre que sa douleur était purement mentale et qu'il fallait l'attribuer à la crainte qu'il avait de voir récidiver un mal qu'il avait eu en 1905. C'est, en somme, à l'analyse psychologique et à la rééducation qu'est dû ce succès thérapeutique.

XIV. — *Sur les psychoses pellagreuses*; par le Dr Ziveri. — Pour l'auteur, deux formes de psychoses pellagreuses : A) l'une confusionnelle avec désorientation incomplète et oscillante qui, dans quelques cas, prend une marche grave, fébrile, et s'accompagne de phénomènes physiques inquiétants ; il y aurait lieu de rechercher s'il ne coexiste pas dans ces cas d'infection d'origine intestinale ; B) une autre forme présente des caractères de dépression, d'anxiété, mais peu d'idées délirantes et de phénomènes sensoriels, le malade a conscience de son état et l'orientation est bien conservée.

XV. — *L'anatomie pathologique en psychiatrie, ses fins, ses moyens*; par le Dr Perusini. — Les psychiatres ont envisagé tour à tour la médecine mentale au point de vue de l'anatomie pathologique et au point de vue de la psychologie. Encore aujourd'hui, en Allemagne, l'école de Munich est anatomique, tandis que Freud est avant tout psychologue. L'anatomie pathologique se propose de rattacher toute lésion à des symptômes et tout symptôme à des lésions, la microchimie elle-même n'est qu'une partie de l'histologie pathologique. Il n'est pas possible, dans l'état actuel des choses, de fonder une classification des maladies mentales sur l'anatomie pathologique ; cependant, on connaît des lésions histo-pathologiques qui sont caractéristiques de certaines maladies mentales, mais presque toujours le microscope est impuissant à faire reconnaître à lui seul une maladie mentale. Tantôt, les mêmes lésions se retrouvent dans des maladies très différentes ; plus souvent, tout un groupe de maladies présente des lésions qui nous paraissent identiques, il n'y a que quelques maladies mentales dont les lésions soient caractéristiques. Remarquons que l'on ignore et

que l'on ignorera peut-être toujours le lieu exact où peut se localiser la conscience du moi. Meynert et Wernicke disent que les maladies mentales sont des maladies du cerveau. Perusini objecte que certaines lésions du cerveau ne s'accompagnent pas de troubles mentaux appréciables. La science n'est point encore arrivée à pouvoir s'exprimer anatomiquement en psychiatrie ; on ignore l'anatomie pathologique de l'hystérie et, même dans la démence précoce ou la paralysie générale, il ne nous est pas encore possible de rattacher chaque symptôme à une lésion. Lorsqu'on fait l'examen anatomo-pathologique d'un aliéné, il ne faut négliger aucun organe, en particulier les glandes à sécrétion interne. D'après Nissl, l'histologie du système nerveux central comprend non seulement l'étude des fibres et des cellules nerveuses, mais encore celle de l'odologie ou étude des voies de conduction, et celle des méninges et des vaisseaux, et même la névroglie et l'épendyme et les réactions microchimiques (Alzheimer).

L'étude d'une préparation microscopique doit se faire d'après la vieille méthode : *Quis? Quia? Quid? Cur? Quomodo? Quando?*

On doit étudier dans les expériences de laboratoire les lésions des animaux de la même façon que celle des malades au point de vue anatomo-pathologique. Perusini fait remarquer que, par exemple, la méthode Weigert-névroglie est applicable aux capillaires biliaires et Bonifiglio fait un parallèle entre l'étude des neuro-fibrilles et celle des fibrilles de l'épithélium intestinal. Enfin, il ne faut pas négliger la psychologie qui a un rôle très important dans la psychiatrie ; l'article se termine par une sorte de tableau mnémotechnique des différents procédés de laboratoire qu'on peut employer dans les recherches sur le système nerveux.

XVI. — *Sur la statistique des aliénés en Italie pendant l'année 1907*; par le Dr Tamburini. — La statistique officielle donne comme présents, au 31 décembre, 45.009 aliénés dans 151 maisons, d'Ormea en trouve 45.036 dans 171 établissements et, en comprenant les établissements pour arriérés que n'enregistre pas la statistique officielle, 171 établissements avec 46.442 présents ; le nombre des entrées est d'environ 20.000. Il faut ajouter à cette statistique environ 1.920 aliénés placés dans les colonies familiales ou entretenus dans leur propre famille. Depuis la loi de 1905, le nombre des aliénés augmente rapidement parce que l'on hospitalise des inoffensifs. Sur 100 individus qui quittent les asiles, le nombre des décès est de

31,2 à 28,6 ; la classification la plus généralement adoptée est celle proposée par Bianchi, de Sanctis, Morselli, Tamburini, réunis en commission, mais à Palerme on ose encore, en 1907, dit Tamburini, parler de démence secondaire ; quelques-uns admettent encore les psychoSES hystérique et choréique que la statistique officielle réunit aux épileptiques. Les psychoSES infectieuses auto-toxiques, urémiques, le délire aigu sont classés dans le groupe des démences primitives, le nombre des épileptiques augmente surtout parce qu'on les hospitalise plus qu'autrefois ; les psychoSES alcooliques se rencontrent fréquemment, car on ne fait rien pour lutter contre ce fléau en Italie ; d'après Tamburini, la psychoSE sénile et la démence paralytique paraissent augmenter ; la pellagre diminue. De toutes les formes de folies, ce sont les démences qui sont les plus fréquentes, puis viennent les folies dégénératives, les formes périodiques et les formes d'involution ; les idiots, crétins et imbéciles se rencontrent surtout en Ombrie, à Naples, en Piémont et en Lombardie ; les formes dégénératives en Piémont, en Sardaigne et dans les asiles judiciaires. Dans ces derniers établissements, les épileptiques sont communs.

XVII. — *Sur les altérations produites par l'intoxication alcoolique dans le système nerveux central des lapins* ; par le Dr Montesano. — L'auteur faisait absorber à des lapins au moyen de la sonde œsophagienne une certaine quantité de solution alcoolique au tiers. Les résultats étaient en rapport avec la quantité d'alcool administré et les phénomènes d'accoutumance ; les animaux sont morts ou ont été sacrifiés. Pendant la vie, ils avaient maigri ; leur muqueuse avait pris une apparence café au lait ; les reins étaient hyperémis ; le foie, altéré dans sa structure, était jaunâtre ; la pie-mère, congestionnée ; le foie, le cœur, le rein, les cellules nerveuses étaient chargées de graisse. Pour Montesano, seraient organiques les grosses hémorragies situées entre la pie-mère et la dure-mère et les petites hémorragies intrapie-mériennes. Les cellules nerveuses sont ou dégénérées ou sclérosées ; même dans les cas les plus aigus, on n'a observé ni le trouble avec gonflement des éléments nobles, ni la présence de cellules amiboides dans la névrogolie. On ne trouve guère de plasmocytes que dans les complications infectieuses ; mais la question de présence de lymphocytose dans les formes purement toxiques est encore sujette à discussion et est à revoir.

XVIII. — *Pathogénèse et traitement de la mogigraphie par*

l'hyperlinie de Bier; par le Dr Buccianti. — Quelques pages plus haut, nous avons vu guérir un cas de ce genre par la psychothérapie; ici, c'est à une manœuvre de petite chirurgie que paraît dû l'heureux résultat; mais cette méthode douloureuse n'a-t-elle point agi, elle aussi, psychiquement? Un sous-officier comptable de bersagliers, après des manœuvres pénibles où il est surchargé de travail, présente les signes vulgaires de la crampe des écrivains. Soumis au traitement de Bier, il guérit assez rapidement et, jusqu'à présent, sans récidive. Quelle est la pathogénie exacte de cette maladie? Toutes les opinions ont été émises. Peut-être même y a-t-il deux formes, l'une purement nerveuse et musculaire qui est due à la fatigue, et l'autre dans laquelle les troubles mentaux neurasthéniques jouent un rôle qui peut être prédominant. Dans ce cas, on pourrait admettre que le traitement de Bier introduit par Hartenberg n'agit que dans les formes purement nerveuses.

XIX. — *Sur la valeur du mode de précipitation de la substance nerveuse sous forme réticulaire et sur la résistance de neurofibrilles*; par le Dr Todde. — L'auteur a répété les expériences de Pighini sur le mode de précipitation de la substance nerveuse par la pyridine et l'alcool; il a essayé de déterminer ce que donnaient les mêmes expériences avec les extraits de substance nerveuse coagulée rapidement par la chaleur. Il a aussi étudié ce que la putréfaction faisait sur le réseau de Pighini; il a traité par la chaleur des morceaux de moelle de chien, puis les a soumis à la troisième méthode de Donaggio et à la méthode de Cajal.

Les formations gelifiées des colloïdes qu'a obtenues Pighini, ne sont pas seulement dues à des réactions électives de la pyridine et du nitrate d'argent, mais aussi de l'alcool. Un réseau analogue se produit lorsqu'on soumet à la chaleur de la substance cérébrale préalablement traitée par des fixateurs, le même phénomène existe quand la substance cérébrale est putréfiée. Vis-à-vis de la chaleur, l'appareil réticulaire a deux façons de se comporter: tantôt il y a tendance à la destruction progressive, d'autres fois au contraire les neurofibrilles conservent un aspect normal même après trente minutes d'ébullition.

XX. — *Notes en réponse aux articles de Luzaro et de Todde*; par le Dr Pighini. — Article de polémique dans lequel l'auteur se défend d'avoir voulu confondre les résultats de sa méthode avec ceux des méthodes de Cajal et de Donaggio; il est probable que les cellules nerveuses sont remplies de mélanges

de diverses substances chimiques dont plusieurs éléments ne peuvent résister à une température de plus de 60 degrés. Cependant un certain nombre de cellules du cordon peuvent, sans se détruire, supporter 90 degrés et rien n'indique une identité quelconque entre les réseaux obtenus par précipitation et celui des fibrilles nerveuses.

XXI. — *Sur l'élimination de l'azote et du phosphore par voie rénale chez les lapins qui ont subi la ponction cérébrale de Richet; par le Dr Bergamasco.* — Si l'on ponctionne le noyau caudé et les parties voisines, il se produit une élévation plus ou moins grande de la température du corps, soit qu'elle soit due à une production exagérée de chaleur, soit qu'il y ait augmentation de consommation d'oxygène. Quoi qu'il en soit, il y a une élimination d'azote qui atteint le double de la normale; il est probable qu'il s'agit là d'une action trophique des ganglions de l'encéphale. Bergamasco a opéré sur des lapins bien nourris et il constata qu'ils ne consommaient pas davantage après la ponction qu'avant; il a dosé l'azote total par la méthode de Kjerdahl et le phosphore par la méthode classique des sels d'urane : il a constaté une augmentation des phosphates chez certains sujets et, chez d'autres, une diminution, et presque toujours une diminution de l'azote dans les conditions où il a opéré, c'est-à-dire des résultats en contradiction avec ceux d'autres expérimentateurs; la question est donc complexe et doit être reprise.

XXII. — *Sur un cas de méningo-encéphalite syphilitique;* par le Dr Biancone. — Un charbonnier de trente-cinq ans avait contracté la syphilis à vingt-cinq ans; il avait eu à trente ans des céphalées spécifiques et des douleurs ostéocopes au thorax. Depuis quelque temps, il devient indifférent et apathique et a perdu la mémoire des faits récents; bientôt après, il est atteint d'une hémiplégie gauche légère, sa parole s'embarrasse et il devient dangereux pour son entourage; bientôt après, il est gâcheux, présente de la paralysie oculaire, de la diminution de la force musculaire, des troubles de la marche, de la station, mais jamais il n'a eu le signe d'Argyll-Robertson; il meurt dans le marasme.

A l'autopsie, la dure-mère est adhérente, les circonvolutions aplatis ou œdématiées, les méninges épaisse, le cerveau se décortique difficilement, il y a des ulcérations de la surface cérébrale, la substance grise est altérée surtout dans les zones frontale et rolandique; les foyers lacunaires se trouvent dans le

putamen droit, les deux thalamus sont diminués de volume, les ventricules latéraux ont un contenu sanguinolent. Au microscope et en employant les méthodes classiques, on constate dans les méninges un épaississement des fibres conjonctives et de l'infiltration leucocytaire des méninges. Dans les cellules nerveuses, ce qui prédomine, ce sont les altérations que Nissl attribue aux maladies chroniques, mais on trouve aussi celles que cet auteur attribue aux maladies dégénératives aiguës où l'on rencontre une destruction presque complète d'un élément ; dans les couches superficielles, ce qui domine, c'est le type de désagrégation ; dans les couches profondes, le type de sclérose. Les éléments névrogliques affectent trois aspects : 1^o noyaux petits, arrondis, allongés ou irréguliers, sans protoplasma ; 2^o noyaux moyens avec quelques grains de chromatine à faible coloration ; 3^o cellules très grandes (Monsterzellen). Les vaisseaux sont congestionnés et dilatés, leurs gaines infiltrées et remplies de lymphocytes de mastzellen et de débris. Nous sommes donc en présence d'une méningo-encéphalite localisée surtout à la convexité, qui ne rappelle nullement par ses caractères la méningite tuberculeuse. Il est plus difficile d'éliminer le diagnostic de paralysie générale ; cependant constatons l'absence d'inégalité pupillaire, de signe d'Argyll-Robertson, de paralysie transitoire. Tous les signes présentés et surtout la paralysie des muscles moteurs de l'œil, l'hémiplégie définitive d'emblée, les lésions lacunaires du putamen, la prolifération diffuse de la névroglye, tout cela fait penser à la syphilis cérébrale, bien que l'on n'ait constaté ni la réaction de Wassermann ni la présence du spirochète de Schaudinn.

XXIII. — *Contribution à l'histologie pathologique de la presbyophrénie* ; par le Dr Sarteschi. — Une femme de soixante-quatre ans est complètement désorientée, elle a perdu l'aptitude de fixer ses souvenirs et même de conserver les souvenirs anciens ; elle est très affaiblie intellectuellement et physiquement, mais conserve une aptitude spéciale pour la confabulation. Sans avoir présenté de symptômes bien définis, elle succombe au bout de cinq ans à un affaiblissement progressif. Le cerveau est totalement atrophié, mais principalement au niveau des lobes frontaux et occipitaux ; la pie-mère est épaisse ; au microscope, on constate de l'éclaircissement des éléments nerveux allant jusqu'à la disparition de ceux des deux premiers étages, de la raréfaction des fibres nerveuses, de la prolifération névroglique surtout dans l'étage sous-pial. Il existe de nombreux petits foyers

nécrotiques diffus dans la substance grise généralement en rapport avec les vaisseaux et au voisinage des foyers névrogliques; il existe même de la dégénérescence des neurofibrilles, des noeuds vasculaires et quelques faibles infiltrations dans les gaines adventices; la pie-mère est épaisse. Pour les uns (Alzheimer, Fischer, etc.), ces troubles sont dus à la formation d'une substance spéciale dans le cortex; pour les autres, la lésion primitive siégerait dans l'élément cellulaire lui-même et dans ses terminaisons; ce qu'il y a de certain, c'est que, jusqu'à présent, les lésions constatées indiquent simplement les altérations séniles du cerveau accompagnées d'un degré plus ou moins marqué d'atrophie mais rien de spécifique.

L. WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LUCIEN LAGRIFFE. Considérations sur quelques documents concernant l'alcoolisme dans le Finistère (1826-1906). 35 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de septembre-octobre 1912.

OSSIP-LOURIÉ. Le langage et la verbomanie. Essai de psychologie morbide. 1 vol. in-8° de 275 pages, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1912.

LEOPOLDO MARAGNANI. Il museo craniologico del manicomio di Alessandria. 244 pages in-4° avec planches. Alexandria, Tip. G. Jacquemod fils, 1912.

ROGER MIGNOT. Paralysie générale avec conscience et état obsédant. *La Clinique*, numéro du 1^{er} novembre 1912.

TH. KIRCHHOFF. Geschichte der Psychiatrie. — **A. Gross.** Allgemeine Therapie der Psychosen. IV^e Fascicule de la partie générale du *Handbuch der Psychiatrie*, publié par le professeur G. Aschaffenburg. 208 pages in-8°. Leipzig, Franz Deuticke, 1912.

J. WAGNER v. JAUREGG. Myxödem und Kretinismus, 1^{er} fascicule de la partie spéciale du *Handbuch der Psychiatrie*, publié par le professeur G. Aschaffenburg. 91 pages in-8°. Leipzig, Franz Deuticke, 1912.

FRANCO DA ROCHA. Hospicio e Colonias de Juquery. Vinte annos de existencia aos alienados. 69 pages in-8° avec figures. São Paulo, 1912.

Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige

Kinder. Jahresbericht über die Zeit 1 Juli 1908 bis 30 Juni 1909. 1 vol. in-8° de 504 pages avec planches. Vienne, 1910.

A. LACASSAGNE. La signification des tatouages chez les peuples primitifs et dans les civilisations méditerranéennes. 28 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, octobre-novembre 1912.

LARGUIER DES BANCELS et TH. SIMON. L'année psychologique. XVIII^e année. 1 vol. in-8° de 525 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1912.

JULIUS DONATH. Salvarsan in der Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems und dessen kombinierte Anwendung. 22 pages in-8°. Extrait de la *Münchener medizinischen Wochenschrift*, 1912, n°s 42 et 43.

— Jackson'sche Epilepsie, verursacht durch Cysticercus. 4 pages in-8°. Extrait de la *Pester medicinisch-chirurgische Presse*, 1912, n° 23.

— Gliom des linken Stirnlappens. Operation ; Besserung. 12 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie*, Band XIII, Heft 2.

D.-F. USSE. Les délires d'imagination dans la paralysie générale. *Thèse* de Paris. 165 pages in-8°. Paris, Jouve et C^{ie}, 1912.

Evangelische Heilanstalt Sonnenhalde für weibliche Gemütskranke Riehen. Zwölfter Jahresbericht (1 September 1911 bis 31 August 1912). 23 pages in-8°. Bâle, 1912.

Nécrologie du Dr P. Hospital. 18 pages in-8°. Extrait de la *Revue d'Auvergne*, 1911.

ARSIMOLE et LEGRAND. Sur les corps étrangers du tube digestif. 10 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical du Nord*, numéro du 4 août 1912.

ARSIMOLE et HALBERSTADT. Sur quelques syndromes mentaux dus à la syphilis cérébrale. 8 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, numéro du 15 novembre 1912.

BIAUTE. Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1911. 18 pages in-8°. Nantes, Imprimerie C. Mellinet, 1912.

— De la mythomanie infantile. 11 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, numéro du 6 avril 1912.

— Le délire. 11 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, numéro du 4 novembre 1912.

— Classification de Guislain. 13 pages in-8°. Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, numéro du 19 octobre 1912.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS (1)

Arrêtés de mars 1913 : M. le Dr DUBOURDIEU, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Cher), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne) ;

M. le Dr G. VERNET, directeur-médecin de l'asile d'Alençon, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bourges ;

M. le Dr PRIVAT DE FORTUNIÉ, médecin adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), en remplacement de M. le Dr CROUSTEL, décédé ;

M. le Dr WAHL, médecin en chef de l'asile de Pontorson (Manche), est promu à la 3^e classe de son grade (6.000 fr.) ;

M. le Dr ROUGEAN, médecin adjoint de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 fr.).

M. le Dr FROISSARD, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var), est promu à la 1^{re} classe de son grade (4.000 fr.).

— *Arrêté du ministère de l'Instruction publique* : Sont promus officiers de l'Instruction publique : MM. les Drs COURJONJOU, médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie) et G. VERNET, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Cher).

NÉCROLOGIE

Dr CROUSTEL. — C'est avec un vif sentiment de regret que les aliénistes ont appris la mort de leur excellent confrère, le Dr Croustel, médecin directeur de l'asile de Lesvellec (Morbihan), membre correspondant de la Société médico-psychologique, décédé le 28 février dernier, dans sa quarante-cinquième année.

Né à Rennes, le 12 juin 1868, Louis Croustel commença de

(1) Nous nous empressons de rectifier une erreur qu'on nous signale et qui s'est glissée dans notre dernier numéro, page 374. M. le Dr Terrien a été admis, le *deuxième*, et non le *troisième*, comme on nous l'avait dit.

solides études médicales à l'Ecole de médecine de cette ville ; il y fut prosecteur et interne des hôpitaux. Mais il était désireux de se spécialiser dans le domaine de la médecine mentale vers laquelle l'attirait le souvenir de son beau-père, médecin en chef de l'asile de Dinan. Il se rendit à Paris et passa, en 1890, le concours de l'internat des asiles de la Seine, il y fut l'élève de MM. Briand et Kéraval, fit un stage à l'infirmerie spéciale du Dépôt sous la direction de P. Garnier, et à la Clinique des maladies mentales du professeur Joffroy. En 1893, il fut reçu docteur en médecine avec une thèse remarquable faite sous l'inspiration de Charcot : *Sur la vision colorée. Recherches sur la perte de la sensibilité chromatique dans les maladies mentales.* Nommé médecin adjoint des asiles publics au concours de 1894, il remplit successivement ces fonctions à La Rochelle, Rennes, Quimper et Lesvellec. En 1905, il fut nommé sur place directeur-médecin de ce dernier asile qu'il ne devait plus quitter.

Il y acquit bien vite une juste réputation d'administrateur. Il s'était donné pour tâche de nombreuses modifications ayant toutes pour but d'améliorer le sort des malades, et entrepris la transformation de son asile. De nouveaux quartiers furent construits, les anciens aménagés de façon plus hygiénique. Avec méthode et persévérance, le Dr Croustel put faire accepter ses plans par l'administration et les mettre en œuvre. S'il n'a pu voir la fin de tous les travaux entrepris, du moins a-t-il grandement facilité la tâche de ses successeurs.

Mais les soucis administratifs ne faisaient point oublier au Dr Croustel son rôle médical. Clinicien très averti, se faisant une haute idée de ses devoirs professionnels, il ne négligeait rien de ce qui pouvait être utile à ses malades, et se tenait au courant de toutes les questions intéressant la psychiatrie, la thérapeutique et la pathologie générale. Exerçant dans une région fortement contaminée par l'alcoolisme, il fit de cette question l'objet de ses constantes préoccupations. Il avait présenté à l'Académie de médecine un travail clinique et statistique sur le rôle de l'alcool en pathologie mentale. Plus tard, soit par des conférences publiques, soit par ses rapports médico-administratifs annuels, il ne cessa jamais de signaler le péril et d'apporter son concours à la lutte contre le fléau.

La notoriété que le Dr Croustel s'était attirée dans la région bretonne l'appelait fréquemment à des expertises médico-légales. Ses rapports se faisaient remarquer par leurs qualités d'observation précise et minutieuse et leur sens clinique très affiné.

Le Dr Croustel laisse, à tous ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un ami dévoué, d'un homme juste et bon qui, sous des dehors modestes, cachait une large culture intellectuelle. Ceux qui le virent, au cours de ces derniers mois, purent en outre

admirer le parfait stoïcisme avec lequel il suivit les progrès du mal qui le minait, s'efforçant de calmer les angoisses de sa famille et voulant jusqu'aux derniers jours s'occuper de son service et de ses malades. Le Dr Croustel laisse une veuve à laquelle nous adressons respectueusement l'expression de notre profonde condoléance.

Dr H. BURLE.

PRIX DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a reçu communication, dans sa séance du 18 mars 1913, de la liste des ouvrages et mémoires envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année ; elle a procédé dans la même séance à la nomination des commissions des prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (BRÉSIL). — N° 1. Éléments nouveaux de psychiatrie. Physiologie et pathologie générale des psychoses. Devise : *Sans la science la pratique reste aveugle.* (Bouchard.)

N° 3. L'homme et la société ; parallèle. — Devise : *Tous pour un, un pour tous.*

Commission : MM. Bucquoy, Benjamin, Jalaguier.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Nature et pathogénie de la paralysie infantile.*

N° 1. Devise : *La médecine est l'art du bien et la science du mal.*

N° 2. Devise : *Membra disiecta infantium.*

Commission : MM. Hutinel, Kirmisson, Netter.

PRIX DESPORTES. — N° 10. Recherches sur la nature et les causes de la paralysie agitante, par M. le Dr Jean Gauthier, de Charolles.

Commission : Section de thérapeutique.

PRIX FALRET. — Question : *Causes déterminantes de l'attaque d'épilepsie (conséquences thérapeutiques).*

N° 1. Devise : *Si, en cette œuvre, j'ai incité les doctes qui ont écrit devant moy, les uns après les autres, ce n'a été avec intention de dérober leurs peines et me parer de leurs plumes, mais plus tôt pour renouveler leur labeur et vertu et quasi les faire renaître. »*

Commission : MM. Déjerine, de Fleury, Ballet.

PRIX ERNEST GODARD. — N° 9. Sémiologie réelle des sections totales des nerfs mixtes périphériques, par MM. le Dr Henri Claude, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et Stephen Chauvet, interne des hôpitaux, Paris.

Commission : MM. Richelot, Kirmisson, Schwartz.

PRIX THÉODORE HERPIN (DE GENÈVE). — N° 1. Etude des générations secondaires (bulbo-protubérantielles et médullaires) du faisceau pyramidal, par M. le Dr André Barbé, de Paris.

N° 2. L'aphasie motrice pure, par M. le Dr André Pélissier, de Paris.

N° 3. Psychothérapie, par M. le Dr André Thomas, chef de laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

N° 4. Pathogénie et traitement de l'épilepsie, par MM. les Drs E. Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et L. Marchand, médecin en chef de la maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice.

N° 5. Troubles psychiques de l'épilepsie. — Devise : *Résister.*

Commission : MM. Déjerine, Pierre Marie, Ballet.

PRIX HENRI LORQUET. — N° 1. Le langage et la verbo-manie, essai de psychologie morbide, par M. Ossip-Lourié, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles.

N° 2. Les anormaux et les malades mentaux au régiment, par M. le Dr Haury, médecin-major de 1^{re} classe à Clermont-Ferrand.

N° 3. Les troubles psychiques au cours des polynévrites ; étude clinique, par M. le Dr R. Benon, médecin des quartiers d'hospice à Nantes.

N° 4. La pathologie du témoignage, par M. le Dr R. Lalanne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Nancy).

N° 5. Essai sur les psychoses raisonnantes, par M. le Dr Lucien Libert, de Paris.

N° 6. L'imitation dans les maladies mentales. — Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale, par M. le Dr Génil-Perrin, de Paris.

N° 7. Essai sur une variété de pseudo-hallucinations ; les auto-représentations aperceptives, par M. le Dr Georges Petit, interne de la Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice.

N° 8. Contribution à l'étude clinique de la démence chez les épileptiques, par MM. les Drs H. Bourilhet et M. Brissot, médecins de l'Asile d'aliénés de Sainte-Catherine, à Moulins.

N° 9. Etude psychologique du débile mental, par MM. les Drs Paul Courbon et François Tissot, médecins de l'Asile public d'aliénés d'Amiens.

N° 10. Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce, par M. le Dr Emile Terrien.

N° 11. Le divorce des aliénés, par M. le Dr Lucien Graux, de Paris.

Commission : MM. Magnan, Richer, Thoinot.

PRIX VERNON. — N° 3. Etude médicale, physiologique et

philosophique de la femme, par M. le Dr Charles Vidal, de Castres-en-l'Agout (Tarn).

N° 7. L'intoxication par le tabac, par M. le Dr Abel Gy, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

N° 8. L'honnête femme contre la débauche, par M^{me} Leroy-Allais, de Paris.

N° 21. Ambidextrie, étude expérimentale et critique, par M^{me} Varia Kipdain, de Bruxelles.

Commission : MM. Vallin, Chantemesse, Mosny.

TRIBUNAUX

Un drame dans un music-hall. — Une danseuse, M^{le} Hélène Péquignot, plus connue dans les établissements de Montmartre sous le nom de Lucette, eut, le 11 octobre dernier, une discussion au Moulin-Rouge avec plusieurs jeunes gens. Elle courut aussitôt prévenir son protecteur attitré, Fernand Dutour. Ce dernier alla demander raison aux jeunes gens, et comme, au cours de la discussion, l'un de ces derniers, Félix Fayes, âgé de vingt ans, saisissait un verre, Dutour le frappait d'un coup de poignard, lui tranchant l'artère et la veine humérales. La victime de ce drame succombait peu après.

Dutour, qui comparaissait hier devant les jurés de la Seine, a prétendu qu'il était en état de légitime défense, et que d'ailleurs il n'avait pas l'intention de donner la mort.

« Sans être aliéné, Dutour est un individu d'esprit débile, mal équilibré et impulsif. Il a, de ce fait, droit à votre indulgence », a déclaré le médecin aliéniste chargé d'examiner l'accusé au point de vue mental.

Le défenseur de M^{le} Lucette a été condamné à dix-huit mois de prison (*Le Temps*, numéro du dimanche 30 mars 1913).

Le cas de Grangier. — La question des hôpitaux-prisons depuis si longtemps réclamés par les criminalistes s'est, une fois de plus, posée hier, devant la Cour d'assises de la Seine, et voici dans quelles conditions :

Léon Grangier, l'accusé, est un homme de trente-six ans. Il est ce qu'en termes de médecine on appelle « un perverti congénital », un « débile mental », « un délinquant à répétition ». C'est un incorrigible, un « inintimidable », et un « inamendable ». Condamné neuf fois, dont huit fois pour vol, il n'a, depuis 1891, quitté la prison que pour l'asile, d'où, à différentes reprises, il s'est évadé. Libre, il se relivre au vol. Son dernier cambriolage lui a valu d'être renvoyé devant la Cour d'assises.

Quand il y comparut, voici quelques mois, il fut pris à l'audience, et dès avant son interrogatoire, d'une attaque d'épilepsie qui décida le président d'alors à renvoyer l'affaire et à faire

examiner Grangier par des médecins aliénistes, qui quelques jours plus tard, concluaient à son irresponsabilité. Grangier prit donc, une fois encore, le chemin de l'asile ; mais devenu calme et raisonnable au bout de quelques mois, il demanda et obtint son « *exeat* ». L'administration le déclarait guéri. Dès lors, il retombait sous la main de la justice, et c'est ainsi que nous le retrouvions hier devant les jurés : mais, entre temps, un nouvel examen mental concluait à son irresponsabilité. Que faire ?

« S'il est fou, déclare le président Boudoux, il faut l'enfermer. S'il n'est pas fou, il faut le condamner. Il est indispensable que la société soit protégée contre des gens de cette espèce-là. »

Les Drs Voisin, Dupré et Vallon, qui ont examiné Grangier, sont d'accord pour reconnaître que c'est un « anormal incorrigible ».

« Dès qu'il sera libre, il recommencera à voler ; mais c'est un malade incomplètement responsable. Il n'y a qu'une solution : l'asile-prison, mais l'asile-prison n'existe pas. »

Hébété, Grangier suit les débats d'un air distrait :

« Je ne sais pas pourquoi on m'a arrêté », murmure-t-il.

Et l'avocat général Mornet de conclure :

« Voilà plus de quarante ans qu'on réclame des hôpitaux-prison... Il n'y en a pas (1). Alors quoi ? Condamner Grangier ? Il n'est pas responsable. L'acquitter ? Il est dangereux. La justice ne peut cependant que punir les coupables, acquitter les innocents. Elle n'a pas à protéger les citoyens contre les atteintes éventuelles des malfaiteurs. »

Bref, après plaidoirie de M^e Paul Viven, plaidoirie dont on devine la péroraison, Grangier a été acquitté, mais remis à l'administration pour être de nouveau enfermé.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM

Vente illicite de stupéfiants. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 19 mars 1913) :

Sur mandat de M. Thurier, procureur de la République à Brest, MM. Mennessier et Clerc, commissaires spéciaux, ont opéré une perquisition au domicile d'une jeune femme, demeurant rue d'Aiguillon, dans cette ville. Ils ont découvert de la

(1) M. l'avocat général Mornet paraît ignorer qu'il en existe un à Villejuif, à quelques kilomètres du Palais de justice ; il est dû à l'heureuse initiative du Conseil général de la Seine et à l'activité incessante de notre collaborateur M. le Dr Colin. Les lecteurs des *Annales* ont pu lire dans les derniers numéros la description de ce nouveau service qui mérite, à tous égards, de servir de modèle pour d'autres établissements de ce genre.

cocaïne, de la morphine et tout un matériel de fumerie d'opium. Une autre perquisition, opérée chez un pharmacien par M. Clausse, commissaire de police, assisté de M. Lenormand, inspecteur des pharmacies, a fait découvrir un kilogramme d'opium dont le détenteur n'a pu justifier la provenance. M. Lenormand a, en outre, constaté que le registre des poisons n'était pas tenu conformément à la loi.

FAITS DIVERS.

La lutte contre l'alcoolisme à la Côte d'Ivoire. — Par suite des mesures prises depuis deux ans, par M. Angoulvant, lieutenant-gouverneur de la Côte d'Ivoire, pour combattre les progrès de l'alcoolisme, on a constaté une diminution de 3.398 hectolitres de l'importation de l'alcool pur en 1912 par rapport à 1911.

Augmentation des suicides d'enfants en Allemagne. — Le nombre des suicides d'enfants augmente considérablement en Allemagne. Un écolier de douze ans, mécontent des notes que lui donnaient ses professeurs, vient de se suicider à Beuthen dans des circonstances épouvantables. Ayant enduit ses vêtements de pétrole, l'enfant y mit le feu et se laissa brûler vif. On sait que les suicides d'enfants sont fort nombreux en Allemagne à l'époque des examens.

Un drame dans une maison de santé. — M. de Berg, âgé de trente-sept ans et domicilié rue d'Artois, 42, à Paris, que des crises de neurasthénie aiguë avaient mis dans l'impossibilité de continuer ses travaux, était conduit, le 13 janvier dernier, à la maison de santé située rue de la Mairie, 21, à Ivry. Son état n'ayant pas tardé à s'améliorer, on lui laissa une liberté relative, et on l'autorisa à recevoir, plusieurs fois par semaine, la visite de sa femme avec laquelle il passait quelques heures, généralement dans le parc, sous la surveillance discrète d'un gardien de la maison. M^{me} de Berg vint donc voir son mari au cours de la journée d'hier. En dépit du mauvais temps, M. et M^{me} de Berg prirent le chemin du parc, suivis à distance d'un gardien. Soudain des cris de détresse retentirent.

A quelques mètres d'un pavillon, dans une allée bordée de grands arbres, un spectacle affreux s'offrait aux yeux. En proie à une crise de folie furieuse, l'écume aux lèvres, la voix rauque, M. de Berg, avec un morceau de métal, était en train d'assommer sa femme qu'il avait saisie à la gorge. Couverte de sang, la malheureuse s'était affaissée sans connaissance. Les gardiens accoururent; il leur fallut déployer les plus grands efforts pour arrêter le dément et lui faire lâcher prise. Hors de lui, il ne reconnaissait plus personne et proférait des cris épou-

vantables. On le désarma et on lui passa la camisole de force, tandis que sa malheureuse femme était emportée dans une voiture d'ambulance et dirigée sur l'hôpital de la Pitié, où son état fut jugé des plus graves.

III^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE.

Gand. 20-26 août 1913.

Ce Congrès se tiendra à Gand (Belgique), du 20 au 26 août 1913, sous la présidence d'honneur de MM. CARTON DE WIART, ministre de la Justice, et BERRYER, ministre de l'Intérieur, et sous la présidence effective de MM. les Drs CROCQ, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, et GLORIEUX, inspecteur général des asiles et colonies d'aliénés.

TRAVAUX DU CONGRÈS

I. — Rapports.

a) Neurologie.

Prof. Marinesco (Bucarest) : Sur la structure colloïdale des cellules nerveuses et ses variations à l'état normal et pathologique.

Prof. Sachs (New-York) : Syphilitic spondylitis and allied conditions.

Prof. D'Abundo (Catane) : La fonction du nucleus lentiformis.

Dr Mendelsohn (Paris) : Valeur diagnostique et pronostique des réflexes.

Prof. Dustin (Bruxelles) : Le mécanisme de la régénération normale et pathologique. Neurocladisme.

Dr Laruelle et Deroitte (Bruxelles) : Diagnostic et localisation précoce des tumeurs intracraniennes.

b) Psychiatrie, psychopathologie et assistance.

Prof. Von Wagner et Pilcz (Vienne) : Ueber die Behandlung der progressive Paralyse.

Dr Sérieux et Lucien Libert (Paris) : Les psychoses interprétatives aiguës.

Dr Smith Ely Jelliffe (New-York) : The growth and development of the psychoanalytic movement in the United States.

Dr Parhon (Bucarest) : Les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie mentale.

- D^r *Sollier* (Paris) : Les états de régression de la personnalité.
 D^r *Ed. Willems* (Bruxelles) : Anatomie pathologique des psychoses séniles.
 D^{rs} A. *Ley et Menzerath* (Bruxelles) : La psychologie du témoignage chez les normaux et les aliénés.
 Prof. *Ferrari* (Bologne) : La colonisation libre des enfants anormaux et des jeunes criminels.
 D^r *Van Deventer* (Amsterdam) : L'organisation de l'assistance et de l'inspection des aliénés hors des asiles y compris les psychopathes.
 D^{rs} *Claus* (Anvers) et *Meeus* (Gheel) : Le patronage des aliénés.
 D^r *Decroly* (Bruxelles) : L'examen mental des anormaux.
 James Mac Donald (Ecosse) : Sujet réservé.

II. — *Communications.*

Les membres du Congrès peuvent présenter des communications originales ayant trait à un sujet quelconque des sciences neuropsychiatriques. Ils sont priés d'envoyer le titre de ces communications avant le 1^{er} mai 1913 et un court résumé, destiné à la presse, avant le 1^{er} juillet 1913.

Dispositions générales

Le Congrès se compose de membres effectifs et de membres associés ; la cotisation est de 20 francs pour les membres effectifs et de 10 francs pour les membres associés ; les premiers ont seuls le droit de prendre part aux délibérations du Congrès.

Les rapports seront imprimés et distribués avant l'ouverture de la session.

Les langues admises sont le français, le néerlandais, l'allemand et l'anglais.

L'exposition internationale de Gand offrira un attrait tout particulier pour les congressistes ; des renseignements leur seront fournis concernant les logements.

Prière d'adresser les adhésions et le montant des cotisations au Dr DEROITTE, trésorier du Congrès, avenue Albert, 192, Bruxelles.

Pour les rapports, communications et tous autres renseignements, s'adresser au Dr F. D'HOLLANDER, secrétaire général du Congrès, 110, boulevard Dolez, à Mons. (Tél. 255.)

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

**DÉLIRE SYSTÉMATISÉ
A BASE D'OBSSESSIONS**

Par le Dr René MASSELON

Médecin-directeur de l'asile de Prémontre.

Sans contredit, le facteur le plus important des délires systématisés est encore la constitution. A côté d'elle, toutes les autres causes sont évidemment secondaires : elles ne sont que des occasions qui, bouleversant momentanément les synthèses, permettent au système délirant de s'établir. Les délires systématisés apparaissent ainsi comme l'expansion et l'aboutissant d'une personnalité de tout temps pathologique, comme le résultat d'une déviation primitive de l'intelligence, d'une obéissance aveugle aux suggestions d'un sentiment dominant, exclusif de tout contrôle. Entièrement absorbé par une tendance maîtresse, l'esprit s'y aban-

donne complètement, et ne se sert plus des apports des sens que pour les déformer, et pour justifier les sentiments de méfiance, d'amour-propre ou d'orgueil, en lesquels se résume toute son activité.

Bien que les opérations intellectuelles, grâce auxquelles toutes les données sensitives sont utilisées pour cette fin exclusive, soient assez complexes, on a voulu toutes les ramener à un processus unique, et l'on a proposé de réunir sous le nom de *délires d'interprétation* tous les délires systématisés. Ce sont là un mot et une conception, qui soulèvent de nombreuses questions de faits et de doctrine, encore mal résolues aujourd'hui. Aussi ne les discuterai-je pas ici. Mais, considérant que l'*interprétation* est l'un des symptômes les plus importants de ces délires, je l'accepterai comme tel, me contentant d'en élargir un peu la conception et de la ramener aux phénomènes plus élémentaires sur lesquels elle s'appuie.

Sous sa forme la plus générale, l'*interprétation* est le résultat d'une opération par laquelle l'intelligence adapte les données des divers sens aux tendances directrices de son activité. Non seulement entre le monde extérieur et notre connaissance, mais aussi entre nous-mêmes et la conscience que nous en prenons, s'interpose un appareil extrêmement complexe, qui tend à ramener à l'unité toutes nos impressions, naturellement confuses et éparses. Il est bien certain que chez l'individu très différencié que guide surtout la raison, et même chacun de nous, dans cette portion très spécialisée de notre être, que, loin de nos instincts et de nos actions, la connaissance dirige et éclaire, l'intelligence s'est élevée à certaines notions très générales, pures de tout intérêt personnel, et que c'est à la lueur de ces notions que la réalité est perçue et identifiée. Mais, il n'en va plus de même dans le cours habituel de la vie, lorsque les

instincts sont éveillés, lorsque l'intérêt est en jeu, lorsque la passion se déchaîne. Alors, c'est à la lueur du besoin, du désir, du sentiment que nous regardons les choses et que nous les interprétons au mieux du but que nous poursuivons.

Mais si l'interprétation joue un tel rôle dans la vie de chaque jour, quel autre, plus grand encore, ne joue-t-elle pas dans tous ces cas où l'esprit, hanté par une préoccupation, s'abandonne sans contrôle au sentiment qui l'étreint, et ne voit plus la réalité qu'à travers lui. Dès lors l'interprétation est la forme même de la pensée, l'intelligence ne distinguant plus le réel de l'illusoire, et, par une tendance égocentrique, ramenant tout au cercle restreint dans lequel est désormais enfermée toute son activité.

Mais si l'interprétation constitue l'un des principaux symptômes des délires systématisés, l'on aurait tort et l'on a eu tort de voir en elle leur symptôme le plus essentiel. En agissant ainsi l'on a, d'une part, trop rétréci le cadre de ces états morbides, car on les a réduits au seul délire d'interprétation, type Sérieux, Capgras, et d'autre part on ne les a pas suffisamment approfondis, car on s'est arrêté devant l'interprétation comme devant un phénomène dernier, au lieu de la considérer comme une simple manifestation d'un trouble mental plus primordial encore, si bien qu'à côté du délire d'interprétation l'on a dû admettre d'autres formes de délires systématisés, comme le *délire d'imagination* ou comme certains *délires hallucinatoires* qui, quoique l'on en ait dit et comme on l'avait toujours dit, n'évoluent jamais vers la démence.

C'est qu'en fait, le symptôme essentiel de ces délires est la *constitution paralogique*, et la tendance à justifier et à renforcer une préoccupation prévalente par un système de constructions, dont les éléments sont puisés,

tantôt dans le raisonnement, — et c'est le *délire d'interprétation* ou encore le *délire de revendication*, — tantôt dans l'imagination, — et c'est le délire qui porte ce nom, — tantôt dans les représentations mentales sensorielles et en particulier dans les représentations mentales qui président à l'élaboration de la parole intérieure, — et c'est le *délire hallucinatoire*, — tantôt enfin dans tous ces éléments réunis — et ce sont ces formes complexes où les interprétations, les fabulations, les hallucinations se combinent, comme M. Hannard en a rapporté des exemples dans sa thèse inaugurale.

Mais tous ces états n'épuisent pas les délires systématisés. A côté de ces formes morbides qui ne sont que l'expansion ou l'exagération des diverses formes du tempérament paranoïaque, il en est d'autres où cette constitution pathologique s'allie à d'autres perturbations constitutionnelles de l'esprit, pour créer des états plus complexes, sur lesquels divers auteurs ont appelé récemment l'attention. Et c'est ainsi que la déviation paranoïaque, au lieu d'utiliser des phénomènes élémentaires normaux, tels que ceux que nous relations tout à l'heure, peut s'emparer de phénomènes élémentaires morbides, tels que l'excitation ou la dépression, et, méconnaissant leur véritable origine, bâtir sur eux à l'aide d'interprétations fausses ou d'associations d'origine affective, un délire dont tous les éléments sont soutenus et renforcés par la perturbation générale qui lui a donné naissance. C'est pourquoi il m'a paru qu'à côté des délires de revendication, d'interprétation, d'imagination et hallucinatoires qui représentent les formes pures de la paranoïa, il convenait de décrire des *délires systématisés à base d'excitation ou de dépression*, délires extrêmement complexes et dont on ne peut comprendre le mécanisme qu'en faisant appel à l'association d'éléments appartenant à deux psychoses distinctes,

la paranoïa et la psychose maniaque dépressive (1).

On ne saurait s'étonner d'assister à l'éclosion de phénomènes analogues, si le tempérament paranoïaque s'associe aux *scrupules* et aux *obsessions*. Ce sont ces phénomènes primitifs qui formeront alors le thème des constructions délirantes, et qui soutiendront les conceptions qui s'échafauderont peu à peu sur eux.

On sait que le passage de l'obsession au délire est nié, ou, plus exactement, a été nié par beaucoup d'auteurs. Pour Falret et, surtout, pour Magnan et Legrain, jamais l'obsession n'est le point de départ d'un délire proprement dit ; à l'idée obsédante seule est réservé ce privilège.

Au contraire, Krafft-Ebing, Meynert, Wille, Kraepelin, Emminghaus, Tuczek, Morselli, Mickle, Schüle, Friedmann, à l'étranger ; Séglas, Pitres et Régis, Arnaud, Raymond et Janet, en France, admettent que des délires puissent se greffer sur des obsessions primitives.

Séglas, dans ses *Leçons cliniques*, cite des cas où des obsessions se sont transformées en un véritable délire, le plus souvent de nature mélancolique.

Pitres et Régis (2) ont observé neuf cas dans lesquels une mélancolie anxieuse avec idées délirantes et hallucinations a succédé à des obsessions et onze autres qui constituent des états de transition entre l'obsession et la mélancolie ou entre l'obsession et la paranoïa.

Arnand (3), sans penser que ces faits soient fréquents, incline à croire qu'ils existent et que la mélancolie et le délire de persécution se développent parfois sur des obsessions.

(1) On consultera avec fruit l'importante thèse que M. René Bessière vient de consacrer à ce sujet : « Paranoïa et psychose périodique ». *Thèse de Paris, 1913.*

(2) Pitres et Régis. *Rapport sur les obsessions*. Congrès de médecine de Moscou (1897). — *Les obsessions et les impulsions*.

(3) Arnaud. Art. *Psychoses constitutionnelles*. Tr. de G. Ballet.

A leur tour, Raymond et Janet (1) signalent l'existence de ces états, et, au contraire des auteurs précédents, sont portés à penser qu'ils sont plus fréquents qu'on ne le dit généralement.

Peut-être l'opposition qui se manifeste entre ces deux opinions n'est-elle pas aussi irréductible qu'on pourrait le croire tout d'abord, et n'existe-t-elle que parce que les auteurs n'ont pas suffisamment analysé les cas qui se présentaient à leur examen et dégagé les conditions nécessaires au développement du délire.

Il semble bien, en effet, — et tous les auteurs le reconnaissent, — qu'il est des cas où l'obsession reste pour ainsi dire en dehors de la personnalité consciente, mais qu'il en est d'autres où elle finit par accaparer toute l'activité mentale et se transformer en délire.

L'étude de la méthode qu'elle emploie pour opérer cette transmutation et des conditions qui la favorisent nous montrera peut-être que, pour expliquer ces cas en apparence distincts, il n'est pas nécessaire de faire appel à une prétendue différence entre l'obsession et l'idée obsédante, comme le pense M. Magnan, mais cependant qu'il est indispensable de séparer des états qui ne sont pas de tout point comparables et de chercher dans la constitution du malade les causes qui peuvent déterminer ces deux formes d'évolution. Peut-être réussira-t-on à prouver ainsi que, autre chose est l'obsession, autre chose le délire systématisé, que l'un ne sort de l'autre que dans certaines conditions, hors desquelles il ne peut se réaliser, et surtout qu'il y a un véritable abus de langage à prétendre, comme l'ont fait certains auteurs étrangers, que l'obsession est une forme embryonnaire du délire systématisé.

L'observation suivante servira à éclairer cette étude.

(1) Raymond et Janet, *Les obsessions et la psychasthénie*.

M^{me} Dr..., quarante-huit ans, entrée à l'asile de Prémontre le 17 mars 1893.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort subitement; n'aurait pas eu de troubles mentaux.

Mère morte d'un cancer de l'estomac.

Un frère et deux sœurs.

La malade a toujours été très pieuse, très scrupuleuse, obsédée par des préoccupations religieuses et superstitieuses.

Vers l'âge de onze ans, elle n'osait marcher parce qu'elle voyait à terre des brindilles de bois ou de paille, formant des croix. Elle avait peur, si elle les foulait aux pieds, de renier sa foi.

Réglée à treize ans.

A dix-sept ans, après s'être approchée de la sainte table, elle aurait involontairement craché des fragments d'hostie qui s'étaient accrochés à ses dents.

La constatation de ce fait la trouble profondément et, dès lors, bouleversée et obsédée par l'idée de la profanation qu'elle a pu commettre, elle n'ose plus toucher à aucun des objets qu'elle suppose avoir été en contact avec les fragments d'hostie rejetés, si bien qu'elle en arrive à refuser tout aliment et à vouloir la mort.

C'est à la suite de ces événements qu'elle fut amenée à l'asile.

Une lettre, conservée à son dossier, montrera mieux qu'une description quel était son état d'esprit à cette époque.

« Aussitôt la sainte communion reçue, elle s'attacha à mon palais; je voulus la détacher avec la langue; de la langue elle s'attacha à l'une de mes dents; peu de temps après, je m'aperçus qu'une partie de la sainte communion se trouvait encore attachée à l'une de mes dents; quelques minutes après, je crachai, et dans ce crachat, je vis quelque chose de blanc qui avait toutes les apparences de la communion; je m'approchai de près et je reconnus que c'était la sainte communion; je n'y voulais croire et cependant la réalité était... Je crachais en cirant des chaussures; aussitôt cet acte terminé, je vis une poussière blanche et un morceau blanc sur ma main... Je devais me laver les mains et je ne le faisais pas et, voyez ma culpabilité, je me mis au travail, et certainement toutes ces parcelles s'attachèrent aux objets dont je me servais. Ceci n'est pas encore fini. Je sentais avec la langue qu'une partie de la communion restait encore attachée à cette dent et pour m'en assurer j'y portais un objet pour l'en détacher et j'en retirais

une partie que je déposais sur un meuble ; peu de temps après, je m'aperçus que cet objet avait disparu, mais je remarquais à l'endroit même où je l'avais posé une parcellle blanche et qui avait toutes les apparences de la communion, et près de cette parcellle un petit morceau de savon, et c'est de là que vient cette parcellle qui, je crois, a été apportée ici même par ma soeur sur un objet qu'elle me donnait ; je ne voulus pas m'en servir et cet objet fut déposé sur une planche dans le cabinet ; en cet endroit y fut déposée une boîte dont on veut se servir malgré mes empêchements... J'oubliais de vous dire comment cela pouvait se faire que la sainte communion se trouvait sur l'objet qui me fut apporté ici même. Un des membres de la famille prit le savon et prit, je pense, en même temps, par inadvertance, n'en sachant rien, la communion... Et longtemps l'on se servit de cet objet qui fut déposé sur un panier sur lequel je vis quelque chose de blanc qui ressemblait à la communion et qui, je le répète, me fut apporté ici même, et je crains que la sainte communion soit restée attachée à la planche où le panier fut déposé, et je veux empêcher les conséquences horribles qui existeront si je n'y mets empêchement. »

On le voit, l'idée fixe, déterminée vraisemblablement par un état de dépression, accompagnée d'obsession, a fait véritablement boule de neige, elle s'est grossie d'interprétations multiples, a englobé tous les divers événements de la vie courante et accaparé toute l'attention de la malade.

Déjà fortement établi sur ces bases, le délire ne devait que croître et s'étendre. De l'idée de cette profanation première dont M^{me} D... s'accusait, devait rapidement découler qu'elle était damnée, et qu'elle allait damner tous les autres. Et ce courant nouveau d'idées délirantes allait s'alimenter à ces phénomènes de rumination mentale qui sont si fréquents chez les mélancoliques. Depuis longtemps, il lui venait des pensées qui ne semblaient pas lui appartenir, et elle a remarqué que, bien souvent, lorsqu'il survenait une catastrophe, elle l'avait prévue à l'avance. De là à croire qu'elle est l'auteur de cette catastrophe, qu'elle donne au démon pouvoir pour l'accomplir, il n'y a qu'un pas et M^{me} D... l'a rapidement franchi. Un crime est-il commis, elle pense qu'elle en est indirectement la cause et elle écrit de nombreuses lettres dans lesquelles elle s'accuse des meurtres les plus notoires. En voici quelques échantillons :

« Monsieur le directeur, je vous prie de télégraphier au plus

vite et à qui de droit pour faire casser le jugement porté contre le jeune homme qui a porté le coup mortel à M. Carnot, car c'est moi seule qui suis coupable, je suis une criminelle. Je donnais le pouvoir au démon de suggérer à ce jeune homme la pensée de donner ce coup et j'ajoutais dans ce pouvoir que je donnais au démon, que j'étais la volonté, la liberté, la responsabilité de ce jeune homme, que ce serait moi seule qui serai responsable.

« Voyant que ces pensées étaient graves, j'en retirais mon consentement, mais je ne puis affirmer avoir retiré mon consentement du tout; en tout cas, je me souviens avoir pensé que si cette chose se produisait, que j'en serai avertie, qu'une chose aussi grave se propageait.

« Ce jeune homme a agi sous l'influence d'une volonté qui n'était pas la sienne. »

Et encore :

« Hier, je lisais qu'après avoir commis les plus abominables forfaits, un accusé se déclarait innocent en disant que c'était la maladie, et ajoutait avoir agi en vertu d'une force supérieure; mais cette force supérieure, il est probable, venait de moi. Je dis ces choses parce que j'ai été hantée par ces pensées. »

D'autres symptômes devaient bientôt s'associer à ceux-là et ce sont eux qui, aujourd'hui, dominent la scène. Scrupuleuse, obsédée et déprimée, M^{me} D... avait tiré, de sa dépression et de ses obsessions, des idées de culpabilité et de damnation. A cet état, elle ne tarda pas à ajouter des idées hypocondriaques. Aujourd'hui, elle est surtout préoccupée par son état de santé : elle se plaint de maux de tête, de palpitations, de faiblesse continue; triste, abattue, elle se traîne avec peine, refuse de se lever, demande des médicaments, un régime spécial. Sur ces troubles élémentaires se greffent des idées de persécution, des plaintes, des réclamations, des querulances. Elle accuse les religieuses de la faire souffrir volontairement, les malades de fermer les portes avec violence pour la faire sursauter, et elle écrit des libelles pour se plaindre, se défendre et accuser. Ici encore, l'écrit suivant renseignera exactement le lecteur sur l'état d'esprit de la malade :

« Malgré les reproches écrasants et immérités que vous m'avez adressés ces temps derniers, permettez-moi de vous écrire ces lignes, car je ne suis pas sans reconnaître les soins rendus par M. le directeur et vous en suis toujours reconnaissante : mais si, à bout de souffrances, j'ai porté plainte contre des malades autorisées, la répression n'ayant pas lieu quand il s'agit

de me sauvegarder et ayant lieu immédiatement quand il s'agit d'autres personnes, c'est bien l'injustice trop criante de la sœur qui en est cause, car je n'aurais même pas dû avoir besoin, dans des cas aussi graves par le résultat, de m'adresser à M. le directeur... Pourquoi, lorsqu'une malade détériore même un objet de peu de valeur, insulte une malade qui convient à la sœur, etc., pourquoi ces désordres ainsi que d'autres sont-ils immédiatement réprimés et qu'un cas sérieux se présente vis-à-vis de moi, portant atteinte gravement à ma santé physique et morale, m'ôtant le partage du travail par la souffrance indicible qui m'étreint, et sous laquelle chaque jour la vie m'abandonne par ces causes, et un cas aussi sérieux et digne d'attention pour toute personne impartiale, il ne sera pas fait droit?... D'ailleurs, il existe envers moi une hostilité qui, malheureusement, date de longtemps. Cette hostilité, je l'ai comprise le jour où, à la suite d'une petite réclamation qui m'était due à bon droit, M^{me} la supérieure laissa échapper ces quelques mots révélateurs : « Après tout, dit-elle, ce n'est que la fille d'un instituteur; » ces quelques mots, dans leur brièveté, en disent long sur cette hostilité... Depuis cette époque, je fus martyrisée et dus subir, il y a environ cinq ans, un traitement odieux, un jeûne de trois mois environ, au moment même où, souffrant d'une faiblesse extrême, la suralimentation devait être pratiquée... Par un traitement aussi cruel, je tombai d'inanition et souffris horriblement de la poitrine à un tel point que je me sentis perdue; et, pour comble de cruauté, je fus placée près d'une malade poitrinaire au dernier degré, exposée ainsi à une contagion funeste... M. le directeur peut se rappeler ce qui se passa ensuite. Ne prenant pas de nourriture, je ne pus plus longtemps supporter le poids de la journée. Je réclamai donc de me laisser reposer sur un lit du bas, ce qui me fut refusé, et l'offre qui me fut faite par la sœur de descendre pour la nuit en ce lieu. Je refusai, sachant fort bien que je n'y pourrais trouver le repos nécessaire. En ce cas, le remède était pire que le mal et, malgré mes observations les plus justes, ma literie fut par la sœur descendue en ce dortoir. Pourquoi, plutôt que de m'envoyer ainsi à la boucherie et me jeter au fumier, moi qui ne suis ni agitée, ni gâteuse, pourquoi ne pas m'avoir laissé occuper le lit qui m'était destiné, comme il était et comme il est fait pour toute personne souffrante, surtout qu'aucun soin, aucun service particulier ne m'étaient rendus. Je dus donc subir un sort affreux, condamnable en tous points. Calme et inoffensive, je

fus le souffre-douleur de l'hallucinée, de la gâteuse, de l'agitée méchante, s'en prenant de préférence au faible et à l'inoffensif, en un mot le bouc émissaire de la section, sans que jamais la sœur prit ma défense : bien au contraire, je l'entendis de mes propres oreilles leur monter la tête contre moi, etc. »

Nul affaiblissement intellectuel n'accompagne ces idées délicantes multiples. Voici de longues années que se sont établis les troubles mentaux et la malade ne témoigne daucun déficit mental.

Toujours très propre, plutôt recherchée dans sa mise, elle vaque elle-même à tous les soins corporels dont elle croit avoir besoin. Elle ne s'occupe pas, mais c'est moins par manque d'activité que parce qu'elle est opprimée et étreinte par des préoccupations, de l'inquiétude et, parfois même, par un véritable état d'anxiété. Bien orientée, rien ne lui est étranger : elle n'a aucun trouble de la mémoire ; et si l'attention est parfois un peu paresseuse, si elle éprouve un peu de difficulté à rassembler ses idées et à préciser sa pensée, il faut en demander compte d'une part à l'état de dépression, d'autre part à la prépondérance de l'état affectif, à cette inquiétude qui n'arrive pas toujours à se concrétiser en une idée délirante bien déterminée. D'ailleurs, la lecture de ses écrits montre qu'à défaut d'une correction et d'une langue que son éducation première ne lui a pas données, elle possède une certaine force de logique et qu'elle coordonne fort bien ses revendications et ses plaintes.

Voilà donc une malade, constitutionnellement déprimée, de tout temps scrupuleuse, chez laquelle des faits, en apparence insignifiants, déterminent l'apparition d'obsessions multiples, de craintes et de phobies de toute sorte. C'est d'abord la crainte de marcher sur des objets affectant la forme de croix. Puis l'inquiétude, la tendance à remâcher toujours les mêmes préoccupations se fixent sur un incident vulgaire, sur l'arrêt d'une particule d'hostie entre les dents, et, dès lors, voilà toute la pensée orientée, toute l'activité immobilisée. De ce fait insignifiant et banal, jaillissent des conséquences imprévues. La particule d'hostie a, pour M^{me} Dr..., grossi au point d'accaparer toute son attention. Tout

désormais gravite autour d'elle, et la malade croit reconnaître partout l'objet de ses craintes. Le système délirant a son point de départ dans ce fait insignifiant ; il s'est développé autour de l'obsession primitive.

A côté de ce délire franchement mélancolique, mais mélancolique d'une teinte spéciale, puisque l'état mélancolique est lui-même à base d'obsessions, il s'établit un autre courant d'idées délirantes, qui affectent la forme du délire hypocondriaque et du délire de persécution à tendances revendicatrices. Ici encore, l'origine du délire est la dépression et l'obsession. Chez ces malades tristes, ralentis, la moindre perturbation organique retentit immédiatement sur l'état mental, et le sujet, obsédé par un trouble physique léger, l'agrandit, et se laisse dominer entièrement par lui. Tel de ces malades souffrira en silence ; mais, bien plus souvent, la plupart d'entre eux se plaignent, et, compagnons insupportables, en arrivent vite à accuser autrui de leurs maux. Chez tout hypocondriaque, il y a un persécuté latent, et souvent un perséuteur. M^{me} Dr... ne manque pas à cette règle. Elle se plaint, et accuse. Et, dans ses accusations, les interprétations et les revendications s'entremêlent.

Et c'est ainsi que nous nous trouvons en présence d'un cas assez complexe. La dépression et les obsessions ont engendré un délire qui ne fait que refléter la teinte des préoccupations dominantes, et la paranoïa, brochant sur le tout, a ajouté au délire mélancolique et hypocondriaque primitif ses tendances agressives et ses interprétations, qui ajoutent des idées de persécution à tous les éléments qu'elle touche.

Ces quelques considérations permettent maintenant de comprendre le problème qui a été posé tout d'abord.

Il est évident, en effet, que si la plupart des obsédés ne versent pas dans le délire, c'est qu'ils ont conservé la faculté d'apprécier la nature de la perturbation dont

ils sont atteints. Leur jugement, leur autocritique sont intacts. Le trouble mental n'a pas envahi la partie d'eux-mêmes qui discerne et qui apprécie. Chez eux, l'obsession est pure : ce sont des obsédés, et rien que des obsédés. Sauf s'il survenait un affaiblissement intellectuel, déterminé par une cause intercurrente, ils ne peuvent, ils ne doivent jamais évoluer vers le délire.

Il n'en va plus de même si l'obsession apparaît chez un de ces esprits primitivement paralogiques que nous avons coutume de classer dans la paranoïa. Ici, les troubles primitifs du jugement, l'absence de toute faculté de contrôle préparent admirablement le terrain à l'élosion du délire. Il suffit, chez de semblables esprits, que le moindre trouble vienne bouleverser le cours habituel des pensées, pour qu'immédiatement il serve de base à des interprétations qui le développent au gré des tendances dominantes. L'état paranoïaque s'alimente alors aux perturbations de l'émotivité, et le système se constitue autour de l'idée obsédante qui en est la conséquence, de la même façon que, dans le délire d'interprétation, il prend prétexte de tous les menus faits de la vie extérieure. Mais alors que, dans ce dernier cas, la paranoïa est *pure*, dans le cas qui nous intéresse ici, elle est *associée* à un autre état, qui la commande et la dirige.

Tous ces faits se confirment, si l'on veut bien analyser le caractère même des obsessions qui ont donné naissance au délire. D'emblée, elles sont marquées au coin du tempérament paranoïaque, sur lequel elles ont pris naissance, et peut-être est-ce là le motif qui porte M. Magnan à distinguer dans ces cas l'obsession de l'idée obsédante.

Ce qui caractérise en effet l'obsession, c'est qu'elle apparaît au sujet qui en est la proie comme un phénomène qui lui est étranger : troublant les synthèses nor-

males, ne faisant pas corps avec le cours habituel des pensées, ne puisant pas par toutes ses fibres dans les tendances dominantes, sans accord avec ce que le sujet a l'habitude de sentir et de vouloir, ce parasite mental est immédiatement reconnu, et le malade bande toutes les forces, dont il dispose encore, pour lui résister.

Rien de tel chez notre malade : d'emblée, elle a incorporé à sa personnalité les doutes, les scrupules qui l'assailgent. Elle n'en reconnaît pas la nature ; elle croit à leur réalité. Pas un seul instant, elle ne se dit que l'idée qui s'empare d'elle est absurde, qu'il ne faut pas l'accepter sans contrôle, qu'il faut lui résister. Elle l'accueille sans défiance et agit en conséquence. Aussi, cette idée se développe-t-elle rapidement et prolifère. Acceptée par l'esprit, elle pousse ses rameaux en tous sens. Bientôt, elle est la maîtresse du logis, et toute l'activité est dirigée par elle. Mais à la base d'un tel état, il y a le trouble paranoïaque primitif. La perversion du jugement, l'absence de toute faculté critique, la soumission de l'intelligence à toutes les suggestions de l'émotivité laissent l'esprit sans défense, à la merci des idées les plus extravagantes. Bien plus, il s'en fait l'auxiliaire et le satellite, et, grâce aux interprétations et aux associations affectives, grossit d'apports nouveaux l'idée primitive.

Mais, comme cette idée est une obsession, comme elle a pour support un trouble de l'émotivité, un état de dépression des plus nets, le délire tout entier porte la marque de ce caractère primitif.

D'abord, toutes les idées qui le composent ont un caractère obsédant ; elles prennent la forme de préoccupations, d'inquiétudes, de craintes, et partant ont une émotion à leur base. Aussi, sont-elles accompagnées d'un état d'angoisse des plus nets : la malade a de véritables crises paroxystiques, au cours desquelles elle

pleure, gémit, tout entière à l'anxiété qui l'opresse.

Puis, ce délire est pauvre, fixe, monotone, portant ainsi l'empreinte de l'état de dépression sur lequel il se greffe. Ce sont toujours les mêmes idées que la malade ruminne, elle ne sort pas de son cercle assez restreint de préoccupations. Ces idées elles-mêmes sont assez souvent peu précises ; ce sont plutôt des sentiments que des idées véritables. Les troubles de l'activité, le ralentissement psychique, caractéristiques de l'état mélancolique, ne leur permettent pas de s'étendre.

Et cependant, ce délire, d'apparence mélancolique, a l'évolution des délires systématisés. Comme eux, il est sorti du tempérament ; comme eux, il s'est constitué lentement, la malade passant peu à peu du doute à l'erreur et de l'erreur au délire confirmé ; comme eux, il s'est étendu progressivement, greffant les idées de culpabilité sur les scrupules, les idées de damnation sur les idées de culpabilité, ajoutant au tout ainsi formé les idées hypocondriaques et les idées de persécution ; comme eux, il n'a aucune tendance à la guérison ; comme eux enfin, il n'évolue pas vers la démence.

Ce sont là des cas complexes. Les classifications trop schématiques ne sauraient les faire comprendre. Car il s'agit ici d'une association d'éléments différents qui, isolés dans d'autres circonstances, se rassemblent pour former l'un de ces états que l'on ne saurait interpréter si, par une analyse pénétrante, l'on n'en extrait tous les facteurs, et que l'on ne saurait classer si l'on ne façonne des cadres aux lignes suffisamment souples pour en épouser toutes les particularités et pour en suivre tous les contours.

PETITS ACCÈS D'ASTHÉNIE PÉRIODIQUE

Par le Dr R. BENON

Médecin adjoint des Quartiers d'hospice de Nantes.

Voici un exemple d'asthénie périodique dans lequel les accès sont de très courte durée. Ces faits s'observent rarement à l'asile.

OBSERVATION. RÉSUMÉ. — *Accès spontanés sans cause connue d'asthénie périodique. Amyosthénie et anidéation avec inquiétude, idées de suicide et énervement. Apparition et disparition brusques. Durée variable : quelques heures à deux jours au maximum. Répétition d'abord tous les mois, puis toutes les semaines. — La première crise a eu lieu au début de décembre 1910. De décembre à avril 1911, la malade a eu environ une douzaine d'accès de faiblesse. — Etiologie? En 1902, chagrin à la suite de la mort de son enfant.*

Augustine, vingt-neuf ans, trieuse de papiers, vient à la consultation le 13 avril 1911.

Relation des faits par la malade. — « Par moments, je suis faible, faible, d'une faiblesse extrême ; il faut me soutenir, je ne peux plus me tenir. Ça vient très vite, tout d'un coup en quelque sorte. Je suis en train de causer avec quelqu'un et ça me prend. Je me sens anéantie, sans force, sans énergie, sans courage, comme paralysée. Je ne suis bien qu'assise ou alitée. Je suis mieux au lit. Je ne peux même pas ouvrir les yeux. Si je bouge, si je marche, si on me parle, ça me fatigue. J'ai comme un poids sur les jambes, sur les bras, sur tout le corps. Si je suis au lit, je ne désire qu'une chose, y rester. Je n'ai même pas envie de me lever pour manger ; je mange, si on me présente de la nourriture ; je ne la demanderais pas de moi-même ; je resterais, je crois, huit jours sans rien prendre... Je suis incapable

de lire, de tourner la tête. Je reste inerte, immobile. Au lit, c'est sur le dos que je suis le mieux... et puis je ne peux changer de position ; il faut m'aider pour cela, et de me remuer, ça m'éreinte.

« J'ai la tête vide en même temps, comme si je n'avais plus de cervelle. Je ne peux plus penser à rien, je ne peux plus calculer, donner des ordres (la malade remplit les fonctions de contremaitresse).

« Je m'inquiète, parce que je sens que je m'en vais, que je suis décomposée ; c'est comme si j'allais mourir. Je me demande ce que je peux bien avoir, si je vais guérir ; je me frappe ; ça m'opresse, ça me serre, ça me contracte l'estomac quand je pense à tout cela. J'ai comme une crise de nerfs, je crie, ça me tord, j'ai mes doigts redressés, je ne peux les fermer. C'est de me voir dans cet état, affaiblie ; je me dis quelle existence, si ça continue, moi qui aime le travail, moi pour qui le travail est une distraction depuis que j'ai eu du chagrin (en effet, le mari de la malade est maçon, gagne bien sa vie et ils n'ont pas d'enfant). Tout ça me porte à l'estomac, je pleure, ça me calme...

« Quelquefois, j'ai pensé à me suicider et je l'ai dit à ceux qui m'entourent...

« Quand je suis comme ça, il faut me laisser tranquille ; je prends facilement des colères ; on dit que je suis forte dans ces colères...

« Je me rends bien compte de tout ce qui se passe autour de moi...

« Je n'éprouve pas de douleurs dans les membres, ni dans la tête, ni dans les reins...

« Deux fois, j'ai vomi ; les efforts de vomissements m'épuisent littéralement.

« La nuit, je ne dors pas, je sommeille, je me réveille en sursaut, croyant avoir des bêtes qui me piquent le corps.

« Cette faiblesse, ça s'en va comme ça vient, tout d'un coup. La dernière crise de faiblesse a débuté il y a deux jours à trois heures de l'après-midi, en plein travail. Je suis rentrée chez moi avec effort, avec beaucoup d'effort. La nuit n'a pas été très mauvaise ; j'ai pu dormir. Au réveil, j'étais dans le même état ; je reste au lit. A neuf heures, je me dis : « Comme je suis bien », je me lève et je suis partie au travail.

« Ça me prend n'importe où et n'importe quand... Ça n'a pas d'heure.

« La durée de la crise de faiblesse varie de quelques heures seulement à deux jours au maximum.

« Les crises se répètent tous les mois, toutes les semaines, rarement plus souvent.

Etat actuel, 13 avril 1911. La malade est dans son état normal. Elle se sent forte ; elle travaille.

27. Elle a eu une crise de faiblesse depuis que nous l'avons vue. A ce jour, elle est forte, vigoureuse.

Histoire de la maladie. La malade éprouve ces accès de faiblesse depuis le commencement de décembre 1910. Elle en a eu environ une douzaine.

Elle a perdu un enfant de onze mois en 1902 ; il est mort d'une méningite. Elle en a éprouvé un grand chagrin : « J'ai été huit jours abattue ; j'ai été plus de trois ans à en souffrir ; par moments, je n'en dormais pas, pourtant je travaillais. J'ai perdu 15 kilos progressivement depuis cette époque-là. Ça m'a miné, la mort de cet enfant. »

Pas de délire mélancolique, pas de syndrome asthénique bien net, semble-t-il aujourd'hui, après ce chagrin ; simple sensation de fatigue le matin au lever ; travail du reste régulier.

Antécédents personnels. Constitution plutôt chétive ; pourtant pas de maladie grave ni dans l'enfance, ni dans la jeunesse. Mariée à dix-neuf ans, elle a eu, un an environ après la mort de son enfant, une fausse couche de trois mois et demi.

Antécédents héréditaires. Parents vivants et bien portants, huit enfants. Un frère est atteint de « paralysie ».

Ce qui caractérise ces petits accès d'asthénie périodique, c'est-à-dire ces petits accès d'amyosthénie et d'anidéation périodiques, c'est qu'ils surviennent sans cause connue, comme tous les accès de la « psychose périodique ».

Ces accès sont de courte durée, mais cela ne veut pas dire qu'ils sont bénins ; leur répétition, leur fréquence, leur périodicité, les rendent graves. Le placement à l'asile est rarement nécessaire, parce que les idées de suicide, les phénomènes d'énerverment, restent relativement atténués.

On peut considérer cette observation comme un

exemple de forme légère — et non de forme fruste — d'asthénie périodique (1).

(1) J. Tastevin. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques. *Ann. méd. psych.*, 1911, nos 2, 3, 4. — R. Benon. Les dysthénies périodiques (La psychose périodique ou psychose maniaque dépressive). *Rev. neurol.*, 1911, I, no 9.

Thérapeutique.

LE TRAITEMENT RATIONNEL DE LA DÉMORPHINISATION

Par le Dr Maurice PAGE

Médecin directeur de la Maison de santé de Bellevue
(Seine-et-Oise).

Ce travail est le résultat de l'expérience des quarante-cinq démorphinisations que j'ai eu l'occasion de diriger ces dernières années. Les réflexions qu'elles m'ont suggérées, m'ont fait peu à peu modifier dans un sens plus médical et plus humain les méthodes de sevrage décrites par les auteurs. Comme ils rendent la démorphinisation plus facile et plus efficace, — je ne parle pas de la guérison immédiate, toujours obtenue, mais de la guérison définitive, — il serait à souhaiter que ces perfectionnements fussent adoptés.

*
* *

Plusieurs façons de procéder ont été préconisées pour cette désintoxication.

La suppression brusque a été conseillée par Levinstein (1); ce sevrage instantané est atroce, barbare; il

(1) Levinstein. Communication à la Soc. de Méd. de Berlin.
Ueber Morphiumsucht, 1875 et autres ouvrages.

est très dangereux à cause des syncopes, des collapsus souvent mortels; il doit être abandonné tout à fait. « C'est un procédé brutal que je ne conseillerai jamais », écrivait déjà le professeur Brouardel (1).

La méthode substitutive de Lindenberger (2) est surtout employée en Allemagne et en Amérique; même quand elle est faite sérieusement et médicalement, elle donne des résultats déplorables, elle prolonge inutilement la maladie, puisqu'elle donne lieu à deux sevrages successifs et dangereux, car, après la réussite du premier, on peut échouer au second à moins qu'on ne substitue la morphine à la nouvelle drogue employée, ce qui donne lieu à un troisième sevrage (nous avons vu plusieurs fois le fait). Elle est à rejeter complètement. Beaucoup de cocaïnomanies, héroïnomanies, chloralomanies, opiomaniennes, ont été ainsi créées par les médecins qui conseillent et pratiquent ces substitutions.

La suppression lente par le malade lui-même, vantée par M. Jennings (3), repose sur la bonne volonté du patient « qui gardera le droit de mettre à tout moment un terme à sa privation,... qui se sentira certain qu'il peut avoir plus de morphine s'il le demande ». Comme elle est sans contrôle sérieux, nous pouvons la qualifier d'illusion de traitement, et nous ne saurions la conseiller.

Reste la suppression rapide, méthode d'Erlenmeyer (4) ou de Mattison (5), qui se fait en huit ou dix

(1) Brouardel, *Opium, morphine et cocaïne*. Paris, Baillière, 1906.

(2) Lindenberger. Treatment of morphia habit by codeia, *Medical News Philadelphia*, 1885.

(3) O. Jennings. *La guérison de la morphinomanie sans souffrance*. Paris, Maloine, 1902.

(4) Erlenmeyer. *Die Morphiomsucht und ihre Behandlung Neuwied*, 1883.

(5) Mattison. Clinical notes on opium habituation. *Medic. Record*, 1878.

jours, quelle que soit la dose habituelle de poison ; M. Sollier l'a reprise et un peu modifiée sous le nom de méthode physiologique, « mais elle a le même principe en ce qui concerne la rapidité de sevrage » (1). Voici comment la décrit son auteur :

« Pendant une période de cinq à huit jours, on diminue le toxique en usage... Le malade doit être purgé tous les jours et ce n'est que lorsque les évacuations alvines seront assurées d'une façon continue, qu'on procédera au sevrage. » Au bout de ce temps, tous les canaux excréteurs des glandes, devenus libres, par les bains, la pilocarpine, on supprime toute piqûre ; pendant la période de sevrage, « le sujet ne restera jamais plus de quatre heures sans aller à la selle (2) ». L'avant-veille du sevrage, le malade a été conduit dans une vaste salle, dite chambre de suppression, où tout est disposé pour prévenir tentatives de fuite, de fraude, ou de suicide. Pendant quatre ou cinq jours, le malade restera enfermé là, quel que soit son état.

Mes quinze premières démorphinisations ont été faites suivant ces principes, déjà décrits par Erlenmeyer (3), M. Guimbail (4), M. Sollier (5), M. Rodet (6), mais je ne tardais pas à m'apercevoir que ces principes étaient beaucoup trop rigoureux. Théoriquement, ce procédé est remarquable, puisqu'il est réellement physiologique, c'est-à-dire permet d'éliminer vite et bien le poison ; pratiquement, il a de multiples défauts, dont le principal est qu'il fait trop souffrir les malades.

(1) Sollier. *Journ. de méd. de Paris*, 28 décembre 1910.

(2) Sollier. *Op. cit.*

(3) Erlenmeyer. *Op. cit.* et autres ouvrages.

(4) M. Guimbail. *Les morphinomanes*, Paris, Baillière, 1892.

(5) Sollier. *Presse médicale*, 2 art., 1898.

(6) Rodet. *Morphinomanie et morphinisme*. Paris, Alcan, 1899.

La méthode physiologique est donc extrêmement douloureuse.

Sur ce point, pas le moindre doute possible; il ne faut pas avoir assisté à une journée et surtout à une nuit de sevrage pour nier ce fait. Le malade crie, supplie, pleure, se roule par terre, c'est un spectacle lamentable. Faisons la part très large à l'exagération, dans le vague espoir d'obtenir une piqûre, à la pose vis-à-vis de lui-même ou de l'entourage, le malade souffre comme un damné.

Quel est le chirurgien qui ferait maintenant une opération sans anesthésie? La souffrance de la suppression étant épouvantable, il est inhumain de ne pas l'atténuer ou l'éviter.

Il est certain que la douleur réelle du morphinomane en sevrage est centuplée par son appréhension. En effet, l'usage de tous les opiacés développe l'imagination, fait s'exalter la « folle du logis »; comme ces malades sont la plupart du temps des intellectuels, en tout cas des dégénérés dont les facultés imaginatives sont déjà exagérées, celles-ci sont encore hypertrophiées par leurs habitudes.

Le malade a la terreur de ce qui va se passer dans la salle de sevrage; mais, avonons-le, tout est fait pour frapper son esprit, tout lui donne l'assurance du « laissez toute espérance, ô vous qui entrez ». Il *sait* qu'il pourra crier, hurler, se débattre; il *sait* que tout sera inutile et qu'il n'aura plus sa chère piqûre. Les douleurs physiques ne sont presque plus rien pour lui à côté de cette seule pensée. Et c'est toute cette souffrance morale qu'il faut lui épargner.

Si, d'ailleurs, on espère frapper ces malades d'une crainte salutaire, je répondrai que je connais une dizaine

de morphinomanes, ayant pourtant souffert ces man-dites « quarante-huit heures » de la suppression, qui ont été tellement enragés par ces douleurs qu'ils s'étaient juré que leur premier acte de liberté reconquise serait de se faire une piqûre — ce qui eut lieu ; la souffrance courbe les uns, mais exaspère les autres ; il faut compter avec ces révoltés.

« La crise que détermine la méthode rapide est dan-gereuse, elle excite le désir de la morphine et n'en débarrasse pas le malade » (1).

Soutenir, comme le fait M. Sollier, « que si quelque chose est à regretter, c'est que ces malades ne souffrent pas plus », nous paraît une grave erreur.

Tous ceux qui ont passé par les fameuses quarante-huit heures du sevrage rapide, en font un tableau tel que, dans le milieu morphinomane, la suppression passe pour horrible, et que cette terreur empêche un grand nombre de malades de se soigner. Il ne faut pas oublier que nos malades sont, vis-à-vis du monde, de leur famille, des gens qui se cachent ; ces persécutés, comme toujours, se recherchent et se voient volontiers. Il y a un beaucoup plus grand nombre de morphinomanes que ceux que nous soignons ; il y a beaucoup de morphinomanes qui désirent se guérir, mais n'osent pas se mettre entre nos mains.

Ces malades ont horreur de la souffrance ; c'est d'ailleurs pour éviter ou calmer une douleur qu'ils ont contracté leur funeste passion, et, comme à chaque menace de douleur, physique ou morale, ils ont augmenté leur dose de poison, ils sont tout à fait déshabitués de la supporter, ils sont de plus en plus lâches devant elle.

On comprend que, devant le tableau, magistral

(1) Paul Duhem. *Fumeurs d'opium et morphinomanes*. Paris, 1911.

d'ailleurs, qu'en ont fait Léon Daudet (1), Laurent Tailhade (2), par exemple, et d'autres littérateurs, le malade pusillanime recule.

Puisque cette terreur de la suppression éloigne de nos soins un grand nombre de malades, beaucoup d'entre eux nous l'affirment, cette raison ajoutée aux autres nous fait un devoir de rendre la démorphinisation le moins douloureux possible.

Les deux principaux défauts de la méthode physiologique sont la douleur, puis le délabrement physique et moral dont les malades sevrés, tous dans le même temps, se remettent difficilement.

* * *

Peut-on les éviter? Certainement oui. Comment? C'est ce qu'il nous reste à dire.

Un premier point, mais essentiel, indispensable : le morphinomane doit toujours ignorer son tableau de diminution, en combien de temps et quel jour il sera sevré. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, un morphinomane, même de dix ans, sent bien qu'on lui diminue sa drogue, mais il est incapable de juger de la dose qu'on lui donne. Quelle que soit son habileté, ses ruses pour savoir, quoi qu'il prétende sentir, il faut qu'il ignore pendant toute sa cure où il en est.

Qu'on ne dise pas qu'il le saura par le nombre de piqûres, car, bien entendu, il faut lui en faire toujours le même nombre. Mais quand la dose sera infime (quelques centigrammes) ou même nulle? Il n'est pas difficile de trouver une formule de solution incolore, indolore, et ayant le goût amer de la morphine. Cela peut paraître étrange, mais la plupart de nos malades sont à

(1) Léon Daudet. *La Lutte*.

(2) Laurent Tailhade. *La noire idole*.

zéro depuis trois ou quatre jours, qu'ils l'ignorent encore. Pourvu qu'on ait diminué très progressivement les doses, qu'on ait tenu secret, absolument secret, ce qu'on a fait et va faire, un morphinomane réclame très sérieusement sa piqûre d'eau préparée, et passe ainsi sans douleur morale le cap terrible du sevrage. Cela semble invraisemblable, cela est certain.

Bien entendu, la conséquence de ce que je viens de dire est la suppression de la chambre de sevrage. Plus de mise en scène. A condition qu'on ait un personnel suffisamment nombreux, bien stylé et absolument sûr, on peut faire le sevrage dans n'importe quelle chambre un peu grande. Les précautions les plus minutieuses doivent être prises contre la fraude; à son arrivée à la maison de santé, le malade, absolument isolé, ne doit plus avoir aucun contact avec sa famille ou son entourage, encore moins avec les autres malades.

Restent les douleurs physiques; nous allons voir qu'elles peuvent être atténuées beaucoup.

Je purge très souvent les malades (avec le sulfate de soude surtout), mais pas aussi systématiquement que M. Sollier, pour lequel le malade ne doit pas rester quatre heures sans selle; à quoi bon épuiser le malade puisque les analyses les plus sérieuses des déjections, des matières vomies, des sécrétions n'ont jamais décelé la moindre trace de morphine, sous une forme quelconque. Je suis très partisan des bains, des douches, des bains de litière, mais je donne plus volontiers le bain hydro-électrique qui détend et soulage beaucoup.

Un bon adjuvant est le sulfate de spartéine en injections; introduit dans cette thérapeutique par M. Jennings, recommandé par M. Guimbail et M. Rodet, je l'emploie très volontiers les derniers jours et après la suppression avec un plein succès, comme la digitale d'ailleurs. L'emploi des sérum (sérum de Chéron

et sérum de Hayem) m'a aussi donné d'excellents résultats.

L'abstention absolue de tout narcotique et de tout hypnotique me semble une exagération théorique. Je donne à mes malades du Valérianate d'ammoniaque souvent, quelquefois du Bromidia ou du Véronal, plus rarement de la Napelline, conseillée par M. Rodet, en injections ; je fais, en somme, tout ce que je peux pour soulager les malades, et j'y arrive.

Je sais bien qu'on a dit : « Ces soi-disant substitutifs, ou enrayent l'élimination et sont un contre-sens, ou ajoutent une intoxication à la morphinomanie, comme cela s'est produit si longtemps avec l'emploi de la cocaïne, et sont un non-sens. »

Cela me semble tout à fait exagéré. Comment soutenir que 50 centigrammes de véronal ou une cuillerée à soupe de valérianate ajouteront une intoxication à une autre ; à peu près comme un seau d'eau jeté dans la Seine pourrait la faire déborder. Je ne donne d'ailleurs que juste ce qui est indispensable, c'est-à-dire pendant quelques jours et encore pas tous les jours, mais au moment des vraies souffrances. Qu'on ne s'étonne pas que des analgésiques si bénins réussissent pendant la démorphinisation ; ils ont sur ces organismes déprimés une action puissante, ce qu'il faut savoir pour atteindre mais non dépasser le but.

D'ailleurs, aussi bien pour éviter les souffrances que pour être à l'abri des accidents, je n'applique pas à tous mes morphinomanes le même traitement ; je n'emploie pas le même temps, quels que soient la dose, le malade, l'état de ses différents organes ; je vais le plus vite que je peux, mais je ne me fixe pas un délai ; il m'est arrivé de mettre vingt-quatre jours pour sevrer un malade qui prenait 3 grammes de morphine et qui avait de l'albumine ; une autre fois, vingt-huit jours ; il m'est

même arrivé de mettre trente et un jours avec un malheureux tuberculeux et cardiaque ; le temps minimum a été de quatre jours, le maximum de trente et un, mais la durée habituelle du sevrage est de huit à dix-huit jours. J'ajoute que, quand je suis obligé d'aller lentement, j'emploie le procédé en terrasse (1), c'est-à-dire que je ne reviens pas en arrière, mais que je reste deux ou trois jours au même point.

En résumé, puisqu'il n'y a pas une morphinomanie mais des morphinomanes, autant de cas, autant de façons de procéder, comme toujours en médecine, en essayant, bien entendu, d'aller le plus vite possible. Je ne dis pas « qu'il est possible de guérir un morphinomane sans souffrance... et que chaque pas en avant doit être gagné non par la contrainte, mais par la libre volonté du malade » ; mais je prétends qu'on doit calmer la douleur autant et par tous les moyens qu'on peut. Cela est possible sans le moindre dommage, cela est facile par les procédés que je viens d'indiquer et qui m'ont donné des résultats remarquables dans plus de trente observations.

Nous remplissons de cette façon le premier de nos devoirs de médecin. Nous voyons nos malades n'ayant pas subi le shock physique et moral de la démorphinisation rapide systématique, se remonter beaucoup plus vite que les autres « qui se trouvent dans un tel état d'épuisement qu'il leur faut six ou sept semaines de convalescence pour se remettre, même en apparence, du choc terrible qu'ils viennent d'éprouver ». Etant plus vigoureux à leur sortie de la maison de santé, ils ont bien moins de chances de retomber dans leurs funestes habitudes, surtout si on a eu le soin de guérir la cause de leur morphinomanie, quand la chose est possible.

(1) Brouardel, *op. cit.*

Enfin, en appliquant nos procédés, nous verrons venir à nous beaucoup de malades qui n'osent pas se mettre entre nos mains, qui ne se soignent pas à cause de la terreur que la démorphinisation habituelle leur inspire.

Voyons nos résultats : sur *trente-deux* morphinomanes traités par moi de la façon rationnelle que je viens d'indiquer, parmi lesquels vingt-deux malades depuis plus de deux ans, vingt-sept prenant plus de 0 gr. 60 de drogue par jour, quatorze prenant d'autres toxiques [cocaïne, éther, alcool, chloral, etc...] en plus de la morphine), *dix-neuf* n'ont pas eu de récidive après un an ; ce qui donne 2/3 de succès vrais ; sur quinze malades traités par moi d'après la méthode physiologique rapide, cinq seulement n'ont pas eu de rechute, et cela ne fait que 1/3 de succès définitif.

Médecine légale

UN CAS DE FOLIE SIMULÉE
A FORME STUPIDE

DE LA VALEUR DE QUELQUES SIGNES PHYSIQUES DE LA STUPIDITÉ.
AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

Par le Dr C. ROUGÉ

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

I. — RAPPORT MÉDICO-LÉGAL.

Nous, soussigné, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux, commis par ordonnance de M. Saint-Ange Leroy, juge d'instruction près le tribunal de 1^{re} instance de Carcassonne, en date du 15 septembre 1912, aux fins de soumettre le nommé C... (Jules), âgé de vingt-huit ans, inculpé de vol et de complicité, à un examen très sérieux à l'effet de pouvoir discerner et dire si ce garçon est ou non responsable de ses actes..., avons commencé l'examen du susdit C... (Jules), le 23 septembre, jour de son entrée à l'asile.

FAIT. — Le 21 mai 1912, à Carcassonne, M. F... (Jean), négociant, rentrant chez lui, vers 10 heures du soir, se sentait suivi par deux individus marchant à grands pas, lorsqu'il eut la sensation d'une corde lancée dans ses jambes et, aussitôt, il tomba à plat ventre. Un individu s'était précipité sur lui, mais il put crier à l'assassin ; des voisins accoururent et l'agresseur dut s'enfuir, non sans avoir, au paravant, asséné un formidable coup de poing sur la figure de sa victime. Néan-

moins, M. F... (Jean) avait pu reconnaître son agresseur, qui n'était autre que le nommé B... (Pierre), qu'on voyait, depuis quelques jours, à Carcassonne, en compagnie de C... (Jules), celui qui fait l'objet de notre rapport, qui faisait le guet.

Une demi-heure après cette agression, vers 10 h. 1/2, l'automobile de M. Pl... disparaissait de devant sa maison. Le lendemain, C... (Jules) était reconnu comme l'auteur de ce vol et conduit en prison. Le surlendemain, son camarade, B... (Pierre), était arrêté à son tour; une perquisition faite à l'hôtel où il était descendu fit découvrir, dans la cheminée de sa chambre, un attirail complet de cambrioleur que B... (Pierre) a dû reconnaître y avoir mis lui-même. Il fut trouvé aussi possesseur de plusieurs bijoux et, notamment, d'une montre appartenant à M. C..., conseiller à la cour de Toulouse, qui, le 15 mai dernier, vers 10 h. 1/2 du soir, avait été victime d'une agression dans la rue et dévalisé. B... (Pierre) et C... (Jules) sont aussi accusés de cette agression et de ce vol.

Antécédents de C... (Jules). — Le père de l'inculpé, qui habite V... (Aveyron), assure que son fils Jules a été toujours faiblet, incapable d'un travail un peu rude, qu'il a dû cesser le métier de boulanger à cause de sa faiblesse, mais qu'il n'a jamais eu de maladie sérieuse tant qu'il est resté chez son père. Pendant sa détention à la Maison centrale de Nîmes, C... (Jules) a été atteint d'une bronchite ayant nécessité l'application de nombreuses pointes de feu dont il porte les traces sur le devant de la poitrine. D'ailleurs, au dernier conseil de révision, il a été ajourné, sans doute, comme faible de constitution.

Au moral, C... (Jules) est encore moins favorisé qu'au physique. A l'âge de quinze ou seize ans, il quitta V... où il avait exercé quelque temps la profession de garçon de café. « Jusqu'à ce jour, dit le maire de V..., C... (Jules) n'avait été l'objet d'aucune plainte ; mais, ajoute-t-il, ce garçon ne paraissait pas jouir de l'estime de ses voisins, de ses camarades, et il n'avait jamais présenté des signes de démence. » Il alla, toujours comme garçon de café, à Montpellier, à Béziers. Dans cette dernière ville, il fut condamné à trois mois de prison pour coups et

blessures volontaires (18 octobre 1907). A Limoges, il est condamné à huit jours de prison pour vol et infraction à la police des chemins de fer. A Narbonne (juin 1909), à six jours de prison pour la même infraction. Nous le retrouvons ensuite à Toulouse, et là, en décembre 1909, il passe aux assises et est condamné à deux ans de prison pour vol qualifié. Il a subi cette peine à la Maison centrale de Nîmes. A sa sortie de prison, en novembre 1911, il se rendit dans sa famille, où il ne passa que quelques jours, et il revint à Toulouse en janvier 1912. Là, il fit, en avril, la connaissance de B... (Pierre), repris de justice, et c'est en compagnie de ce dernier qu'il arriva, le 18 mai, à Carcassonne, où il se rendit coupable, avec lui, de l'agression de M. F... (Jean) et du vol de l'automobile dans la soirée du 21 mai dernier.

Le médecin de la Maison centrale de Nîmes dépose « que C... (Jules) n'a jamais manifesté de dérangement cérébral ; il n'a, non plus, jamais ni présenté, ni simulé, ni allégué d'accès d'épilepsie ».

Dans la prison de Carcassonne, C... (Jules) s'était défendu de son mieux lors des interrogatoires que lui ont fait subir le commissaire de police et le juge d'instruction. Il n'avait présenté rien d'anormal au point de vue mental, soit dans ses actes, soit dans ses paroles, lorsque, le 23 juin, il fut pris d'une crise à forme épileptique qui se renouvela le 26. Le 30, le gardien-chef informe le juge d'instruction « que C... (Jules) est, depuis quelques jours, dans un état de prostration complète et ne répond à aucune question. Il a les yeux démesurément ouverts, mange avec les mains les aliments qui lui sont donnés. Il est hébété et ne répond à aucune question ».

Le 3 juillet, le médecin de la maison d'arrêt fait le rapport suivant : « Le prévenu C... (Jules) est, depuis quelques jours, un peu agité ; il marche dans sa cellule, poursuit les mouches qu'il voit, donne des coups de tête contre la muraille, prononce des paroles incohérentes ; il ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Il présente, en somme, des symptômes d'excitation maniaque ; il n'est pas, cependant, très agité. Il ne crie pas, ne chante pas, ne profère aucune menace ; il pourrait se faire que ce fut un simulateur. Hier soir, on lui a remis

une lettre d'un de ses oncles. Il ne l'a pas, d'abord, regardée ; puis, lorsque le gardien est sorti, il s'est caché dans son lit et il a lu cette lettre. Le gardien l'observait par le judas de la porte. Il faut attendre quelques jours pour se prononcer sur son état mental. »

M. le juge d'instruction, en m'informant de l'arrivée de C... (Jules) à l'asile, a ajouté : « Ce mal l'a pris pris subitement, peu de temps après son incarcération, après un interrogatoire serré, et sans qu'aucun accident lui soit arrivé. » Depuis cette époque, C... (Jules) n'a prononcé aucune parole, a maintenu un air hébété et l'allure d'un fou. Interrogé par le juge d'instruction, il n'a répondu à aucune de ses questions.

Il a été alors soumis à l'examen de trois médecins de Carcassonne qui, le 14 septembre dernier, ont remis un rapport concluant à la simulation de la folie. Nos confrères se sont appuyés sur ces considérations : que cette maladie a débuté sans prodromes, que C... (Jules) est incapable de réaliser le tableau clinique d'un type morbide vrai et, surtout, de présenter les diverses phases caractéristiques de son évolution.

EXAMEN DIRECT. — Nous avons examiné C... (Jules) quelques moments après son arrivée à l'asile. Il s'est présenté à nous avec un appareil symptomatique dounant, à première vue, l'impression d'une forme mentale bien caractérisée, la forme stupide : l'air hébété, le regard vague, la tête baissée, le corps voûté, les mouvements très lents. Un examen attentif et suivi nous a bientôt démontré que C... (Jules) n'avait que le masque plus ou moins bien réussi de la stupidité.

Déjà, dès son entrée, l'infirmier avait remarqué que, tout en baissant la tête, ses yeux se détournaient lentement de côté pour se rendre compte évidemment de la topographie des lieux.

Sa physionomie est bizarre et lui vaudrait des succès dans un concours de grimaces : avec ses yeux constamment ouverts, quelquefois démesurément, surtout si on l'observe, et son rire niais, il ressemble assez bien à un idiot, dans le sens scientifique du mot, mais la connaissance de ses antécédents fait écarter ce diagnostic.

Il reste des heures entières immobile, accroupi à terre. Quelquefois, il se lève, marche lentement, sans

but apparent, ne regardant personne et paraissant ne s'intéresser à rien de ce qui se passe autour de lui. Il faut l'habiller, le déshabiller, le coucher ; ses membres sont inertes, son seul mouvement consiste à s'étirer les poils de la barbe avec la main gauche.

Il mange seul, mais prend ses aliments avec les doigts et il accepte que l'infirmier lui donne la soupe avec la cuiller. Il ne répond à aucune question et fait comme s'il était sourd-muet.

Pendant les premiers jours, quoique l'infirmier eût mis le vase de nuit bien en vue près du lit et le lui eût même montré, C... (Jules) a satisfait ses besoins naturels sur le sol de la cellule. Comme sa mauvaise volonté me paraissait évidente, j'ai donné ordre de lui administrer une douche froide s'il recommençait. Ce moyen n'ayant pas réussi, je me suis décidé, malgré la répugnance qu'il m'inspirait, à user d'un moyen déjà employé à son égard et avec succès par le gardien de la prison de Carcassonne : deux infirmiers l'ont empoigné et lui ont mis le nez et la figure sur ses ordures. Ce moyen a encore réussi. Depuis lors, C... (Jules) est devenu propre et se sert utilement de son vase de nuit.

De son côté, l'infirmier a trouvé aussi un moyen pour forcer C... à s'habiller seul : dès que celui-ci a été levé, il l'a fait passer dans le corridor, plus froid que la cellule, et l'a laissé se tirer d'affaire tout seul. Notre homme s'est aussitôt habillé lui-même et, depuis lors, il continue à s'habiller, même assez lestement et complètement si on ne le regarde pas. Mais si l'infirmier assiste à la toilette, C... (Jules) est bien plus long à s'habiller ; il oublie de se boutonner, de lacer ses chaussures.

Après quelques jours, C... reste moins longtemps accroupi et fait quelques tours dans la cour, toujours dans le même attitude. Il lui arrive même, parfois, de s'arrêter à côté de ceux qui jouent aux cartes et paraît s'intéresser à la partie.

Il est toujours muet ; mais, bien souvent, il oublie de faire le sourd, car il exécute immédiatement les ordres qu'on lui donne de vive voix ou se met à rire à propos de quelque saillie un peu drôle émise par quelque malade.

Il a été placé dans le quartier des agités parce que,

là, il est plus facile à surveiller, que les complots y sont moins à craindre et qu'il y a, à côté, une cellule à double porte sur le modèle de celles des prisons.

L'infirmier chargé spécialement de le surveiller à remarqué que, lorsqu'un personnage nouveau entre dans la cour, C... ouvre encore plus les yeux et son regard le suit attentivement. Cette remarque a été faite, plus particulièrement, un jour que nous passions devant les malades rangés autour de la cour, accompagné du nouveau médecin chargé de ce service. Le gardien chef, averti, s'était tenu à l'écart pour ne pas être remarqué par C... et il a vu celui-ci s'éloignant de notre groupe, se déplaçant à mesure que nous marchions sans nous perdre de vue un seul instant. Ce manège a été même remarqué par une autre personne qui nous suivait et n'avait pas été prévenue. C... (Jules) leur a paru avoir une mine bien éveillée.

Ces jours derniers, il a été surpris plusieurs fois, bousculant les malades qui se trouvaient sur son chemin, ce qui prouve combien il lui est difficile de réprimer ses instincts batailleurs. J'ai oublié, en effet, de noter que, le 11 mai dernier, à Toulouse, à la suite d'une dispute qu'il eut avec trois ou quatre individus, il avait couru chez B... (Pierre), se faire prêter un brownинг chargé et qu'il fut désarmé au moment de s'en servir.

C... a un excellent appétit. Si les infirmiers occupés avec d'autres malades tardent un peu à le servir, il va, lui-même, chercher son assiette et, lorsqu'il a achevé son morceau de pain, il sait parfaitement aller en prendre un autre dans la corbeille. Il est arrivé pâle, amaigrì. Nous constatons qu'il a engrangé, que sa santé est parfaite, que toutes ses fonctions s'exécutent normalement.

Nous l'avons examiné deux fois, le matin, au lit, et nous avons constaté que la température axillaire a été toujours à 36°9, que le nombre des pulsations a varié de 70 à 80, le nombre des respirations de 20 à 28. La température des pieds et des mains s'est toujours montrée normale, plutôt chaude que froide, sans œdème, ni cyanose.

Pas de déformation des pupilles. Le réflexe pupil-

laire est normal, le réflexe rotulien aussi, mais le réflexe plantaire paraît nul, pas de trace de morsure à la langue.

Analyse des urines. L'acide urique, l'urée et l'acide phosphorique existent dans des proportions bien au-dessous du minima, tandis que les chlorures sont exagérés jusqu'à dépasser, par litre, les doses maxima éliminées habituellement en vingt-quatre heures. Densité normale, pas d'albumine, ni de sucre, ni d'urobiline.

C... présente quelques stigmates physiques de dégénérescence : la voûte palatine est manifestement plus profonde et plus étroite qu'à l'état normal. Il existe aussi une légère mais appréciable asymétrie de la face : le côté droit est un peu plus développé que le gauche, de même que la barbe est beaucoup plus fournie à droite qu'à gauche.

DISCUSSION. — J'ai déjà dit que C... présente le masque plus ou moins réussi de la stupidité. Vu l'âge du sujet et la rapidité d'évolution de cette affection mentale supposée, on ne peut rattacher ces symptômes de stupeur qu'à la démence précoce. Il faut écarter, en effet, l'idiotie, affection congénitale, la démence simple, période terminale de diverses affections mentales, l'épilepsie, etc.

On ne peut disconvenir que le cas de C... présente plusieurs points de ressemblance avec la démence précoce classique. D'abord, l'âge du sujet, un début marqué, comme il arrive souvent, par des attaques d'apparence épileptiforme et, comme elle encore, de l'hébétude, de la stupeur, du mutisme, du gâtisme, une attitude et des grimaces stéréotypées, un rire non motivé, sans aucun élément émotionnel. Jusqu'à l'analyse des urines qui dénote, comme dans la démence précoce, une diminution notable de l'urée, des phosphates et une exagération des chlorures.

Mais un examen un peu attentif ne tarde pas à faire tomber ce masque et de nombreuses présomptions de simulation se présentent à l'esprit.

D'abord, les circonstances qui ont accompagné et suivi l'agression nocturne et le vol de l'automobile ; rien ne tend à faire soupçonner que ce soient les actes d'un fou, C... (Jules) et B... (Pierre) s'y sont conduits

en véritables professionnels. Dans les antécédents héréditaires et personnels de C... (Jules), il n'existe pas de trace de prédisposition psychopatique. Notons encore : les antécédents criminels de l'inculpé, l'époque d'apparition de la stupidité survenue à la suite d'un interrogatoire serré, la brusquerie de son début, sans prodromes et sans cause appréciable (émotion vive, traumatisme), enfin, l'intérêt qu'avait l'inculpé (il l'a même manifesté) à se faire transférer dans un asile d'où il espérait pouvoir s'évader facilement.

Ces présomptions de simulation envisagées séparément n'ont pas, toutes, une grande valeur ; mais, comme elles se trouvent réunies chez le même sujet, leur ensemble donne presque la certitude de la simulation.

Et cependant, leur importance s'efface devant les résultats fournis par l'examen direct et aussi par l'examen des fonctions physiques.

Par une surveillance attentive et intelligente faite par deux gardiens intelligents, nous nous sommes assuré, ainsi qu'il a été dit plus haut, que l'apathie et l'indifférence de C... ne sont qu'apparentes, qu'elles cessent dès qu'il ne se sent plus surveillé, que son regard est alors mobile, furtif et qu'il cherche manifestement à se rendre compte de tout ce qui se passe autour de lui.

Combien sont différentes l'attitude et la physionomie du vrai stupide, la tête inclinée sur la poitrine, les yeux atones, à demi-fermés, constamment baissés, les bras pendants, le corps inert, toujours immobile, à la même place, à quelque moment qu'on l'examine, oubliant la faim, la soif, refusant même souvent la nourriture et laissant aller sous lui ses urines et ses matières fécales. Ce n'est pas C... qui oublie de manger ; il a un excellent appétit et il sait bien se pourvoir lui-même si on l'oublie. Sa manière de manger, la satisfaction de ses besoins naturels à côté de son vase de nuit sentent manifestement l'exagération et sont en contradiction avec la manière d'être du vrai stupide.

Nous savons aussi que, chez C... (Jules), la température centrale est normale (36°9) que la circulation et la respiration ne présentent rien d'anormal (de 70 à 80 pulsations, de 20 à 28 respirations par minute), que le pouls a une amplitude normale ainsi que la respiration,

550 UN CAS DE FOLIE SIMULÉE A FORME STUPIDE

que la température de ses pieds et de ses mains est plutôt chaude que froide, sans œdème, ni cyanose. Or, c'est tout le contraire chez les stupides dont la température centrale est abaissée, le pouls petit, faible, de fréquence variable, la respiration lente et si superficielle que l'auscultation de ces malades est généralement difficile et souvent impossible.

Ces différences sont caractéristiques et de nature à lever tous les doutes s'il avait pu y en avoir.

CONCLUSIONS. — De tout ce qui précède, nous concluons :

- 1^o C... (Jules) n'est pas aliéné, il simule la folie;
- 2^o Il est responsable de ses actes.

Limoux, 21 octobre 1912.

Le 12 novembre suivant, les deux inculpés passaient devant le tribunal correctionnel de Carcassonne. C... (Jules), dont la complicité dans l'agression contre M. F... (Jean), n'est pas nettement établie, est relaxé de ce fait; mais il est condamné, pour le vol de l'automobile, à trois ans de prison. Son camarade, B... (Pierre), est condamné à la même peine en attendant de comparaître, dans quelques jours, avec C... (Jules), devant la Cour d'assises de la Haute-Garonne pour agression à main armée sur un magistrat de la Cour d'appel de Toulouse.

(A suivre.)

Établissements d'aliénés
 DES
INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS
 DES COLONIES FAMILIALES D'ALIÉNÉS

Par le Dr A. RODIET.

Médecin en chef de la Colonie de Dun-sur-Auron.

Suite (1).

II. — INCONVÉNIENTS IMPUTABLES AUX NOURRICIERS.

On admet, en théorie, dans le système du placement familial, que le nourricier, ou plutôt la nourrice, puisque c'est surtout la femme qui s'occupe des pensionnaires, est garde-malade. C'est une infirmière qui est parfois bien inférieure à son rôle. Les deux difficultés du placement des aliénés dans les familles sont, d'une part, à l'asile, le choix des malades destinés au traitement familial ; d'autre part, à la colonie, l'association des caractères du malade, de son compagnon de chambre et de sa nourrice. Tel malade, très désagréable chez un nourricier, devient facile à diriger chez un autre.

Or, le malade ne peut s'améliorer à la colonie qu'à la condition d'être heureux et de vivre en paix dans la

(1) Voir les *Annales* d'avril 1913.

maison où il a été placé. Le rôle de la nourricière est donc très important. Il faut, avant tout, que ce soit une brave femme, capable de s'attacher et de se dévouer à ces malades d'ordre spécial que sont les aliénés. Si, en même temps qu'elle est bonne, la nourricière est douce, patiente et ferme, elle deviendra, si on l'instruit, si on lui donne les conseils indispensables, une excellente garde-malade. Ces aptitudes naturelles à soigner les malades sont moins rares qu'on ne pense. Le Dr Marie l'avait déjà constaté, et nous observons chaque jour « le tact et la délicatesse de certaines paysannes, désireuses d'éviter le moindre froissement à une aliénée défiant et ombrageuse ».

On peut citer de nombreux exemples d'attachement des nourricières pour leurs malades.

M^{me} veuve Ch...., rue de l'Abreuvoir, à Dun, vit avec les deux mêmes malades depuis treize ans. Obligée de reconduire à l'infirmerie une de ses pensionnaires qui est gâteuse et malade et doit recevoir des soins constants, elle exprime ainsi ses regrets au médecin : « Voyez-vous, monsieur, dit-elle, tout en pleurant, nous n'avons jamais eu des mots. Elle a bien ses petites manières, c'est vrai ; il faut que je la mette sur le pot comme un enfant, mais j'ai bien de la peine à la voir partir. »

Les observations suivantes prouvent que certaines malades s'améliorent à la colonie, grâce à leurs nourrices.

I. — Chez M^{me} S..., nourrice, rue Saint-Denis, une enfant de la Colonie, la petite L..., est placée depuis le 30 juin 1909. Cette enfant, qui est atteinte de débilité mentale, avec vertiges épileptiformes, s'est améliorée physiquement et moralement, grâce à sa première nourrice, qui est morte. Cette femme, veuve et sans enfants, a fait l'éducation de sa malade et l'a rendue propre, douce et affectueuse. Actuellement, L... qui est

âgée de neuf ans, joue avec les enfants des voisins, promène un tout petit de six mois, le berce et en prend soin. Les vertiges sont très rares. Si L... avait une famille, elle pourrait lui être rendue.

II. — M^{me} B..., nourricière, veuve d'un ancien greffier, assiste une malade qui a fait plusieurs tentatives de suicide et est encore atteinte de délire très actif avec idées mélancoliques, idées de suicide et préoccupations hypocondriaques.

Grâce aux soins de sa nourricière, l'état de cette femme s'améliore au point qu'on peut espérer sa guérison.

III. — M^{me} H..., placée chez les nourriciers D..., à Osmery, est entrée à la colonie le 8 mai 1909. Elle était traitée à l'asile de Moisselles pour « dépression mélancolique avec inertie, mutisme et refus d'aliments par intervalles ». En état de stupeur à son arrivée à la colonie, cette femme restait assise toute la journée, sans prononcer une parole. Elle était incapable de s'habiller seule et de se peigner. Sa nourricière a su peu à peu l'intéresser à ses travaux et à sa maison. La malade s'occupe un peu, vient d'elle-même s'asseoir auprès de sa nourricière, tricote des bas, balaie, fait son lit, mais ne prononce pas encore un mot, bien qu'elle paraisse reconnaissante des attentions qu'on a pour elle. Cette amélioration est due aux soins qui lui sont donnés par sa nourricière, à qui elle semble très attachée.

IV. — M^{me} B..., chez M^{me} P..., à Cilly, est entrée, le 20 février 1906 à la colonie, venant de l'asile de Vaucluse, où elle était traitée pour « dégénérescence mentale avec délire mélancolique, idées de persécution et hallucinations multiples à caractère pénible ».

Actuellement encore, cette femme refuse de sortir seule et de quitter sa chambre. La nourricière travaille avec elle, lui parle affectueusement et ne cesse de lui témoigner des soins que peu d'infirmières pourraient lui donner d'une façon aussi constante.

V. — Aux Chemeaux, M^{me} M..., nourricière, se lève deux fois chaque nuit pour qu'une de ses pensionnaires, qui est infirme, puisse aller à la selle et ne devienne pas gâteuse.

Pendant l'hiver, on trouve le plus souvent, les deux malades et la nourricière dans la grande chambre de la maison, auprès du feu. L'une des malades aide la nourricière à éplucher les légumes pour la soupe du soir, tandis que l'autre pensionnaire s'occupe des enfants.

554 INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS

Lorsqu'il faut reconduire leurs pensionnaires à l'infirmerie, si elles deviennent trop gravement malades pour recevoir des soins à domicile, ces bonnes nourrices ne se résignent qu'à la dernière extrémité à se séparer d'elles. L'intérêt n'est pas toujours en cause. Lorsqu'une malade a vécu dix, douze ou quinze ans dans la maison de ses nourriciers, qu'elle a vu grandir les enfants et partagé les joies et les peines du ménage, elle est de la famille. Plus souvent qu'on ne pense, lorsqu'elle vient à mourir, le chagrin de ses hôtes est sincère.

Si le type de la bonne nourrice n'est pas rare, on trouve aussi, et c'est un des plus sérieux inconvénients de la colonie, des femmes maladroites et stupides qui, tels les mauvais infirmiers des asiles, irritent le malade en discutant avec lui et en essayant de le convaincre de l'absurdité de son délire. D'autres encore accordent la plus absolue confiance aux idées de l'aliéné qui leur est confié et croient à la réalité de ses hallucinations. D'autres n'ont qu'un seul but, réaliser le plus de bénéfices possibles sur la nourriture et le bien-être de leurs pensionnaires. Sans aucun souci du règlement, elles réduisent le repas à l'offre d'une salade et d'un morceau de fromage. L'hiver, elles ne chauffent pas la chambre pour économiser le bois et le charbon, ou bien ne lavent pas le linge pour économiser le savon, etc. Les exemples, pour peu communs qu'ils soient, doivent être cités :

Une nourrice de Dun part en voyage sans nous avertir. Elle laisse à ses deux malades 50 sous pour vivre pendant les quatre jours de son absence. Inutile d'ajouter qu'on lui a retiré immédiatement ses pensionnaires.

Aux Chemeaux, chez M. S..., les malades demandent une tasse de lait chaque matin. Au médecin qui pré-

sente cette demande, le nourricier répond : « Mon bon monsieur, j'ons point de vache. Pour vous satisfaire, je pouvons pas tirer le lait de notre bœuf. » J'ai eu toutes les peines du monde à obtenir de lui qu'il achète deux sous de lait par jour chez le voisin, pour satisfaire ses malades. En présence de son entêtement, de sa sottise et de son avarice, j'aurais retiré les deux pensionnaires si, attachées à la maison qu'elles habitaient depuis six ans, elles avaient voulu la quitter. Elles m'ont supplié de les laisser chez ces gens. Il aurait fallu les enlever de force. Leur affection pour les nourriciers était telle que je les ai vues pleurer lorsque je faisais une observation. J'ai dû attendre la mort de la nourricière pour supprimer le placement. Quelques nourriciers, heureusement très rares, s'ingénient à dépenser le moins possible pour leurs malades. D'après le calcul fait par une pensionnaire qui avait successivement pu faire des comparaisons entre plusieurs placements, dans l'un de ces placements, la nourricière avait réduit la dépense quotidienne d'alimentation à 0 fr. 60 pour les deux malades, soit 0 fr. 30 par malade. Toute la nourriture, aux trois repas, se composait de soupe, légumes et fromage. C'est à propos de ces mauvais nourriciers qu'on peut dire, suivant l'expression de Truelle : « Qu'avant d'être les auxiliaires du médecin, ils sont les ennemis du malade. »

La règle adoptée à Dun, mais qui n'est pas toujours facile à appliquer est de ne jamais placer chez les nourriciers suspects, les malades inconscients. Autant que possible nous choisissons pour les leur confier, des malades connaissant le règlement et capables de le faire observer ou tout au moins capables de nous adresser leurs plaintes. Cette méthode est, à notre avis, la meilleure. Elle permet de donner satisfaction à un nourricier médiocre en lui donnant les pensionnaires qu'il réclame

avec insistance, presque toujours en faisant appuyer sa demande par le député, le maire, le médecin du pays, etc. Elle permet aussi de faire des mutations fréquentes parmi toute la série des persécutés qui, à la colonie, de même qu'à l'asile, demandent constamment à changer de milieu. Ceux-là savent se faire servir, et le nourricier qui a successivement hébergé les pensionnaires difficiles et exigeants, se conforme ensuite au règlement. Il est certain, en effet, que si, après un ou deux essais, il n'arrive pas à contenter ses malades, sa chambre restera inoccupée et son placement vacant. Par cette mesure, plutôt que par le raisonnement et même une surveillance constante, on arrive à améliorer la situation des malades chez les mauvais nourriciers. De même, en effet, que le malade s'entendra mieux avec un nourricier plutôt qu'avec un autre, de même le nourricier n'agira pas de semblable façon avec tous les malades.

(*A suivre.*)

Revue critique.

LES THÈSES DE MÉDECINE MENTALE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE PARIS DURANT L'ANNÉE 1911-1912

Par le Dr Roger DUPOUY

I.—G. REVault d'ALLONNES. *L'affaiblissement intellectuel chez les déments. Etude clinique par la méthode d'observation expérimentale.* — Le but même de la thèse est indiqué dans l'introduction dont nous extrayons les lignes suivantes : « Pour déceler l'état de conservation et de destruction des mécanismes, il est prudent de les observer en premier lieu dans l'action modérée et dans l'exécution des productions les plus consacrées et les plus communes. Fuyant donc les questions, à propos desquelles nous savons que le malade s'excite, qu'il a des idées délirantes, qu'il songe à ses hallucinations, nous dirigerons la conversation sur des notions objectives. Car nous cherchons non pas ce qu'une intelligence atteinte et même une intelligence intacte peut parfois engendrer d'extravagance, mais, tout au contraire, ce qu'il reste de normal même en un aliéné, ce qu'il subsiste de valide en une intelligence qui est touchée. »

La première partie traite de l'observation expérimentale de l'activité intellectuelle. Trois règles de méthode régissent cette étude, c'est-à-dire l'observation guidée et armée en psychopathologie : 1^o La recherche des faits négatifs : parmi tous les phénomènes présentés par les affaiblis intellectuels, il faut s'efforcer de démêler, de définir et de mesurer des phénomènes d'insuffisance ; 2^o la conception des situations mentales : pour démêler

un état d'insuffisance, les sondages isolés et momen-tanés par la méthode expérimentale des tests ne sau-raient réussir ; il faut d'abord, par la méthode d'obser-vation guidée et armée, analyser tout le bilan mental du sujet ; 3^e subordination de l'expérimentation à l'observation en psychopathologie ; l'examen mental d'un sujet est une affaire avant tout d'observation, bien plus que d'expérimentation.

M. Revault d'Allonne étudie chez le dément les formes générales, le comportement, les opérations et les formes cliniques de l'activité intellectuelle dont il fournit une classification personnelle. L'examen de l'activité spontanée ou *proprio motu* du dément, celle qu'il déploie alors qu'il est livré à lui-même et qu'il se comporte par sa seule initiative, sans être ni contraint, ni assisté, est plus précieux et plus fécond que celui de l'activité provoquée. Un esprit profondément inerte, dit en effet l'auteur, un dément apathique qui, sans penser à rien, passe ses journées immobile dans un coin, a une ac-tivité *proprio motu* réduite à la plus extrême insuffisance. Le même individu conduit au laboratoire, sollicité par la conversation, aiguillonné et soutenu, pressé de ques-tions, soumis aux instruments et aux tests, peut parfois donner des réactions d'attention provoquée peu en rap-port avec le délabrement incurable de sa spontanéité. L'expérimentation sur l'activité intellectuelle des sujets ne saurait donc être qu'un moyen accessoire pour con-naître l'état réel de leur intelligence. Il faut donc pré-férer aux tests de laboratoire un examen plus vérita-blement clinique, l'observation pure, silencieuse du dément, sans qu'il se sente épié, l'interrogation des personnes de son entourage, famille, gardiens, chefs d'atelier, l'examen de ses écrits spontanés, la conversa-tion, la critique de son travail professionnel libre, con-senti, voire réclamé, et de sa valeur ouvrière.

L'étude du comportement de l'intelligence consiste à caractériser, d'une part l'allure de la fonction, d'autre part la production résultant de son fonctionnement. L'allure de l'intelligence serait définie par deux grou-pes de caractéristiques : la Commande (mobilisation, direction, frénation) et la Dépense (entrain, fatigue, récupération). Les produits de fonctionnement sont à

analyser dans leur qualité (progrès, niveau, exactitude) et dans leur quantité (fréquence, productivité, durée). Les opérations intellectuelles sont classées pratiquement d'après les quatre notions fondamentales d'attention, de perception, de mémoire et d'idéation ; mais c'est surtout l'attention qui servira à doser en quelque sorte l'état de démence du sujet qu'on examine ; étudier son attention, c'est, définit M. Revault, étudier son activité psychique polyergique dans les divers actes d'adaptation mentale, adaptation perceptive à une sollicitation externe ou organique, adaptation cogitative à un thème idéationnel directeur, adaptation pratique à un thème d'acte bref ou de travail prolongé.

M. Revault d'Allonne établit un programme détaillé pour l'observation expérimentale de l'activité intellectuelle ; d'après les résultats obtenus, il formule ensuite la sémiologie de celle-ci chez les déments et décrit les syndromes suivants, mobilité mentale, viscosité mentale, lenteur des réactions, défaillance de la direction, incontinence mentale, inhibition mentale, insuffisance et conservation démentielle du travail, constitués chacun par l'ensemble de symptômes fondamentaux. Par exemple, le syndrome mobilité mentale est la résultante des composantes suivantes, dont une ou plusieurs peuvent manquer : instabilité mentale, incontinence mentale, insuffisance du sentiment de fatigue. Le syndrome viscosité mentale est la résultante des symptômes composants, lourdeur mentale, lenteur des réactions, vide mental. De ses multiples examens psychologiques, M. Revault d'Allonne tire deux lois régissant la désintégration de l'intelligence. Première loi : ordre de déchéance des formes générales de l'activité intellectuelle. Chez un déficient intellectuel, quel que soit son degré de déficit, les diverses formes de l'activité ne sont pas insuffisantes également ; elles le sont dans l'ordre suivant, en allant de la plus à la moins insuffisante : 1^o activité prolongée provoquée ; 2^o activité prolongée *proprio motu* ; 3^o activité momentanée *proprio motu* ; 4^o activité momentanée provoquée. Deuxième loi : ordre de déchéance démentielle des formes cliniques de l'activité intellectuelle. L'affaiblissement intellectuel progressif atteint les opérations de l'intelligence dans

un certain ordre constant ; cet ordre est le suivant, en allant des premières atteintes à celles qui subsistent les dernières : 1^o travail professionnel, socialement utile ; 2^o adaptation intellectuelle momentanée dans la conversation ; 3^o idéation individuelle même hors de la conversation ; 4^o excitabilité psychique élémentaire, en l'absence de toute idéation. Si cet ordre se trouve modifié, c'est qu'à l'affaiblissement intellectuel s'ajoute une perturbation intellectuelle.

Enfin, il s'essaie à jauger l'intelligence et à hiérarchiser les activités intellectuelles. Il dresse ainsi une échelle des états démentiels. Le premier degré correspond à la désintégration partielle de l'activité laborieuse, quel que soit l'état des deux autres activités ; le deuxième, à la désintégration presque totale de l'activité laborieuse, quel que soit l'état des deux autres activités ; le troisième, à la désintégration totale de l'activité laborieuse, et à la désintégration partielle de l'activité verbale objective, quel que soit l'état de l'idéation subjective ; le quatrième, à la désintégration totale de l'activité laborieuse, presque totale de l'activité verbale objective et partielle de l'idéation subjective ; le cinquième, à la désintégration totale de l'activité laborieuse et de l'activité verbale objective et à la désintégration presque totale de l'idéation subjective ; le sixième et dernier, à la désintégration presque totale de toute vie psychique. M. Revault arrive à diagnostiquer le degré d'affaiblissement intellectuel chez les déments suivant les réponses qu'il obtient aux questions suivantes : Le sujet accomplit-il un travail professionnel, ouvrier, ménager ? Dans le travail, a-t-il initiative, invention, vues d'ensemble ? Dépourvu d'initiative, d'invention, de vues d'ensemble, est-il encore capable d'un travail ? Incapable de travail utile quelconque, comment se comporte-t-il lors d'un interrogatoire portant sur des questions objectives ? Incapable de suivre un interrogatoire sur des questions objectives, a-t-il une idéation subjective ?

Quatre éventualités peuvent se présenter dans l'application de ce système de mesure : 1^o les phénomènes paradémentiels (délire, hallucination, agitation, dépression, confusion) sont nuls, faibles, rares. Ils ne contri-

buent pas aux insuffisances du travail, de la conversation objective, de l'idéation subjective. En ce cas, c'est bien l'affaiblissement intellectuel démentiel vrai qui est mesuré ; 2^e les phénomènes paradémentiels sont assez développés pour contribuer aux incapacités. En ce cas, c'est l'affaiblissement intellectuel apparent qui est mesuré ; 3^e dans le second cas ci-dessus, la discussion des phénomènes paradémentiels permet d'établir approximativement leur part dans les insuffisances du travail, de la conversation objective, de l'idéation subjective. Elle permet, par suite, d'établir approximativement le degré d'affaiblissement intellectuel démentiel vrai ; 4^e dans le second cas ci-dessus, la discussion des phénomènes paradémentiels ne permet pas de démêler approximativement ce qui leur revient dans l'affaiblissement intellectuel apparent. En ce cas, le diagnostic, même approximatif du degré d'affaiblissement intellectuel démentiel vrai reste en suspens.

II. — PIERRE BONVALLET. *Contribution à l'étude de l'asthénomanie post-apoplectique.* — L'auteur s'inspire des travaux de J. Tastevin et de R. Benon sur l'asthénie et l'asthénomanie pour décrire plus en détail une variété de cette dernière forme mentale, l'asthénomanie post-apoplectique. Rappelons rapidement la conception de l'asthénomanie. À la suite d'un choc quelconque, physique ou moral, s'installe un état d'épuisement caractérisé par des phénomènes de faiblesse musculaire et idéative, avec diminution de l'affectivité et disposition marquée à l'inquiétude et à la tristesse ; au lieu de disparaître progressivement et simplement, cette asthénie donne parfois naissance à un état de formule inverse, c'est-à-dire hypersthénique ou d'excitation en tout semblable au syndrome classique de la manie. L'asthénomanie post-apoplectique guérit en général en quelques semaines ou en quelques mois. Quelquefois après la guérison des accidents asthénomaniaques, les sujets présentent dans la suite des accès spontanés d'asthénie ou de manie qui guérissent à leur tour ou deviennent chroniques (dysthénies périodiques, asthénie ou manie chronique).

III. — HENRY RIBO. *Les troubles mentaux dans la chorée de Huntington.* — La chorée de Huntington est,

on le sait, une forme de chorée chronique héréditaire et progressive qui apparaît plus ou moins tardivement, s'accompagne toujours de troubles mentaux et se termine finalement par la démence. L'existence des troubles psychiques constitue précisément le plus constant et l'un des moins discutables de tous les caractères distinctifs de la chorée de Huntington, à ce point que Phelps propose, pour cette affection, le terme de démence choréique, et que Facklam et Rossi la placent parmi les psychoses. Dès le début de l'affection, on peut déceler sinon des troubles démentiels avérés, du moins des modifications pathologiques du caractère. Ces altérations mentales qui, généralement, suivent une marche parallèle à celle des désordres moteurs, peuvent même précéder ceux-ci.

Les troubles psychiques de la chorée de Huntington peuvent se diviser en trois groupes : essentiels, contingents, congénitaux. Les premiers comprennent l'ensemble des troubles mentaux qui, par leur grande fréquence et par leur identité chez tous les choréiques, constituent la note vraiment caractéristique de l'affection. Le plus frappant de tous est l'irritabilité de l'humeur, tout à fait essentielle et fondamentale, et qui pousse parfois les malades aux violences et aux actes les plus extraordinaire ; elle apparaît dès le début de l'affection, faisant souvent croire à une simple accentuation du mauvais caractère habituel et congénital des futurs choréiques ; elle domine ensuite tout le tableau symptomatique. Après l'irritabilité, il faut signaler comme très fréquentes, quasi constantes pour certains, les idées de suicide, conséquences d'un état de dépression mélancolique plus ou moins accusé.

Les sentiments affectifs et moraux sont relativement peu atteints ; les sentiments émotifs paraissent pervertis et affaiblis dans un assez grand nombre de cas. Les fonctions intellectuelles sont également peu touchées, la compréhension, le jugement et même le raisonnement demeurant intacts assez longtemps et n'étant très altérés qu'aux dernières périodes de la maladie. Cependant l'affaiblissement des facultés se traduit par un défaut d'attention, une tendance rapide à la fatigue intellectuelle et par une diminution progressive de la

mémoire, troubles sur lesquels ont, à juste titre, insisté Léri et Vurpas.

Les troubles psychiques contingents sont constitués par un certain nombre de symptômes accidentels, accessoires, ne pouvant pas être considérés comme faisant partie de l'affection; ce sont des hallucinations, des idées délirantes de persécution, de jalousie, de grandeur, des idées mystiques, de l'onirisme, de l'excitation maniaque... Les troubles mentaux congénitaux consistent en divers stigmates d'une dégénérescence mentale héréditaire, facilement expliquée par les tares des ascendants (alcoolisme, épilepsie, athétose, aliénation mentale, enfin chorée).

IV. — ANDRÉ BOUTET. *Contribution clinique à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale.* — Thèse aboutissant à des conclusions éclectiques et élastiques. L'extrême variabilité des cas, les variations individuelles considérables, les différences que les malades présentent entre elles, font la difficulté extrême pour classer d'une manière quelconque les psychoses d'origine puerpérale. Celles-ci se distinguent en aiguës et chroniques, avec, entre les deux, des cas douteux. La puerpéralité n'agit que comme cause déterminante sur un terrain plus ou moins préparé. Les psychoses aiguës relèvent d'une toxi-infection ou d'un état d'épuisement; les chroniques sont l'apanage de la prédisposition morbide et appartiennent, pour la plupart, à la démence précoce; quelques-unes cependant sont de nature infectieuse, puerpérale, et sont des confusions mentales chroniques.

V. — EDGARD JALLET. *Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours des périodes secondaire et seconde-tertiaire de la syphilis.* — L'auteur insiste tout particulièrement sur les rapports des troubles mentaux que présentent certains syphilitiques avec les réactions méningées si fréquentes dès la période secondaire et sur la pathogénie et l'évolution de ces troubles. Au point de vue clinique, tous les troubles mentaux, sous toutes leurs formes, peuvent se rencontrer à des degrés divers au cours des périodes secondaire et seconde-tertiaire de la syphilis et il est donc impossible d'essayer d'en dégager un type clinique spécial. Anatomi-

quement, ils sont toujours l'expression d'une lésion cérébro-méningée que révèlent la ponction lombaire et la lymphocytose rachidienne.

Le pronostic de ces troubles est des plus réservés, car l'on a pu suivre des malades dont les lésions ont évolué progressivement de la méningite latente à la méningite scléreuse et à la paralysie générale, et l'on peut dire que tout syphilitique qui a présenté des troubles mentaux dans les premières périodes de son infection est un candidat désigné à la paralysie générale. La conclusion s'impose donc : comme tout signe de syphilis, les troubles mentaux doivent être traités pendant toute leur durée et le traitement ne devra cesser que lors de leur disparition complète. La médication à laquelle on devra avoir recours sera le mercure-injection intra-musculaire d'un sel soluble ou, mieux encore, injection intra-veineuse de cyanure ; l'arséno-benzol est à rejeter.

VI. — MARIE DRABKINE. *Contribution à l'étude de la psychose hallucinatoire chronique.* — Exposé des idées du professeur Gilbert Ballet sur la question. Critique rapide de la systématisation étroite du délire chronique de Magnan, de l'excessive élasticité de la démence paranoïde de Kraepelin et des délires dits polymorphes des dégénérés, acceptation intégrale de la compréhension nosologique de la psychose hallucinatoire chronique d'après M. Ballet.

VII. — ANDRÉ COLLIN. *Le syndrome infantile normal psycho-neuro-musculaire.* — Cette thèse est déjà connue de nos lecteurs ; nous avons déjà eu l'occasion de leur parler des travaux de M. Collin soit dans les comptes rendus de la Société de Psychiatrie, soit dans la chronique du Congrès d'Amiens. Le signe du bras, qu'il a décrit complètement en 1911, appartient au syndrome psycho-neuro-musculaire physiologique de la première enfance ; il doit être rattaché à tous les autres signes dits de débilité motrice physiologique et persiste plus longtemps qu'eux ; il indique que le système nerveux est encore en évolution ; il est, d'autre part, à rapprocher des attitudes catatoniques des déments précoces et des paralytiques généraux, mais il n'existe pas chez les idiots et les imberbes. Cette manière d'être du jeune enfant est indépendante de l'état de maladie ; l'éducation

seule est incapable chez lui de reconstituer de toutes pièces le phénomène ; le passage enfin de la réaction positive à la réaction négative est marqué par une série de signes de transition.

Ce syndrome infantile se démembre normalement vers deux ans et huit mois ; son retard s'observe surtout chez les rachitiques et chez les enfants destinés à rester des débiles mentaux intellectuels, affectifs, moraux et moteurs. L'hérédo-tuberculose est enfin de toutes les causes susceptibles de retarder le développement nerveux de l'enfant la plus fréquente et la plus importante.

Voici, au surplus, les conclusions de cette thèse si personnelle et si intéressante :

Le syndrome psycho-neuro-musculaire, normal chez l'enfant au-dessous de deux ans huit mois, est constitué par : la vivacité des réflexes tendineux, l'existence du signe de Babinski, la conservation des attitudes facile à mettre en évidence par la constatation du signe du bras.

Le syndrome, normalement, disparaît vers deux ans huit mois. Il persiste au complet ou en partie au delà de cet âge chez certains enfants.

La seule persistance des phénomènes neuro-musculaires (Babinski et réflexes) est symptomatique de la débilité motrice. La présence au delà de deux ans et huit mois du signe du bras révèle la persistance d'un état anormal de suggestibilité.

Cette suggestibilité, lorsqu'elle n'est pas liée à la débilité mentale, décèle l'aptitude aux accidents hystériques.

La plupart des enfants chez lesquels on constate cette suggestibilité prolongée sont suspects d'hérédo-tuberculose. L'acquisition précoce de cette notion pose une indication thérapeutique utile.

Les états fébriles prolongés qui, dans la première enfance, semblent hâter l'évolution normale du système nerveux, comportent un mauvais pronostic.

VIII. — GEORGES THIBOUT. *La question de l'opium à l'époque contemporaine.* — Ce travail est écrit par un lettré ayant vécu en Chine, ayant par lui-même visité les fumeries d'opium de Hong-Kong et de Shangai. M. Thibout explique dans son avant-propos comment

ce sujet, inspiré par son maître Jeanselme, l'a immédiatement séduit. « Il nous apportait un parfum d'Extrême Orient qui nous rappelait les jours intéressants et agréables que nous avions passés dans ces pays encore mystérieux et fermés.

« Il était en outre d'une saisissante actualité. D'un côté, nous voyons la vieille Chine, le pays de l'opium par excellence, essayer de seconner la torpeur séculaire et entreprendre, depuis plusieurs années, une lutte vigoureuse contre le poison ; d'un autre côté, depuis plusieurs années aussi, l'opium s'infiltre en Europe. Les gens blasés, les déséquilibrés, les anormaux, les originaux, les dégénérés, ceux qui recherchent l'ivresse voluptueuse et chez qui le sens moral et les idées élevées ont plus ou moins disparu, se sont précipités vers ce plaisir nouveau et inconnu. Sur une scène parisienne, nous voyons paraître, entre deux danses échevelées, la fumeuse d'opium avec gestes câlins et à la mort tragique. Les journaux politiques publient des articles sur la question. Tout le monde actuellement s'occupe de l'opium.

« Et, pendant que nous finissons de rédiger notre travail, la Conférence internationale de l'opium se réunissait à La Haye, pour tenter d'élaborer des mesures que les différentes nations représentées appliqueraient à l'égard de la drogue.

« Enfin, le sujet nous intéressait aussi, parce qu'il dépassait en quelque sorte l'opium et visait tout un état d'esprit de l'humanité ».

Cette question des fumeurs d'opium, si vivante malheureusement et si passionnante, est bien traitée par notre confrère, malgré qu'il ne rapporte aucune observation personnelle.

IX. — ROBERT MARMIER. *Les perversions instinctives. Origine et débuts de cette notion.* — Etude des doctrines et des théories d'où est née la conception actuelle des perversions instinctives exposée d'après sa dernière formule dans le rapport du professeur Dupré au récent Congrès de Tunis. Cette période préparatoire s'étend de Pinel à Morel, de 1790 à 1860. De Pinel et Fodéré en France, Grohmann en Allemagne, Benjamin Rush en Angleterre, nous voyons l'idée des perversions instinctives évoluer successivement en passant par

Esquirol, Georget, Marc, Leuret, Moreau, Briere de Boismont, Delasiauve et Falret en France, Spurzheim, Guislain et Prichard à l'étranger, pour aboutir à la folie lucide de Trélat et à la dégénérescence de Morel.

X. — AUGUSTE SANTROT. *Contribution à l'étude des formes de la paralysie générale.* — Historique complet des formes cliniques de la paralysie générale décrites par les différents auteurs depuis Bayle jusqu'à nos jours. Résumé de 131 observations prises à la Maison de Santé de Vanves et conclusions :

La forme expansive de la paralysie générale, chez l'homme, ne semble pas diminuer depuis vingt ans, ainsi que le soutiennent certains cliniciens. Elle est de beaucoup la plus fréquente dans le milieu où nous observons. La forme, dite démentielle, dans ces mêmes milieux, serait de beaucoup la moins fréquente.

XI. — SOPHIE GUINSBOURG. *Contribution à l'étude des psychoses puerpérales.* — Partisan convaincue du « sage éclectisme » du professeur Gilbert Ballet, l'auteur distingue deux grands groupes de psychoses : celles où l'infection prédomine et celles où l'hérédité joue le rôle principal. Entre ces deux groupes à pathogénie différente, il faut placer un troisième groupe de cas qui occuperait une place intermédiaire. Ce sont les cas où il sera impossible de préciser la part qui revient à l'hérédité ou à l'infection dans la production de l'état morbide.

La différence entre ces deux groupes ne se borne pas à la pathogénie, elle se poursuit plus loin, et on voit la psychose infectieuse et la psychose constitutionnelle se traduire différemment au point de vue des symptômes cliniques. Les formes maniaques, avec agitation motrice, fuite des idées, loquacité, illusions, réaction coléreuse sur un fond d'euphorie et de satisfaction, comme les formes mélancoliques caractérisées par une tristesse profonde, insurmontable, accompagnée d'hyperesthésie émotive, de dépression, de découragement avec tendance au suicide et obstacle à l'exécution des mouvements volontaires, appartiennent aux psychoses héréditaires ou constitutionnelles où la grossesse n'agit qu'en éveillant la psychose chez une prédisposée. Les psychoses infectieuses, au contraire, donnent lieu au tableau

de la confusion mentale, de la torpeur intellectuelle et de l'onirisme. On ne trouve pas d'antécédents vénériques héréditaires ou personnels chez les malades qui présentent cette forme de psychose et l'on y reconnaît nettement l'influence pathogénique de l'infection ou de l'intoxication.

XII. — JEAN SALOMON. *Contribution à l'étude des paralysies générales prolongées.* — De tout temps, les auteurs qui ont étudié la paralysie générale ont rencontré et signalé des cas de méningo-encéphalite dont la durée dépassait de beaucoup la durée moyenne de la maladie. Quelques malades, après avoir présenté tous les symptômes, sont rapportés tantôt comme ayant guéri définitivement, tantôt comme ayant eu des rémissions d'une durée tout à fait anormale. Chez d'autres, au lieu d'évoluer en trois ou quatre années, la paralysie générale se prolonge, sans rémissions, tantôt en gardant sa physionomie primitive, tantôt en faisant place à une démence devenant de plus en plus profonde à mesure que s'effacent un à un les symptômes cardinaux. Le malade peut vivre ainsi quinze ans, vingt ans et plus, et souvent, l'examinant à une période avancée, on est amené, en présence de l'aspect clinique de la maladie, à douter de la paralysie générale. De tels cas ont été rapportés en assez grand nombre par les auteurs; mais en revanche, on trouve un bien petit nombre d'observations dans lesquelles l'examen anatomique ait été fait, venant confirmer ou infirmer le diagnostic posé pendant la vie. Quelques observations personnelles de malades ayant survécu de longues années après le début des accidents paralytiques.

XIII. — M^{le} R. RAPOPORT. *Syndrome de Korsakoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité.* — Exposé de la conception pathogénique de Korsakoff, sur la psychose polynévritique ou « cérébropathie psychique toxémique », cérébropathie, explique Korsakoff, parce que, « à côté des symptômes psychiques, on rencontre assez souvent d'autres symptômes cérébraux, vertiges, vomissements, nystagmus, trouble de la parole, inégalité pupillaire ». L'étiologie de l'affection est très variable, mais peut se réduire à deux ordres de causes : intoxication exogène par l'alcool, l'arsenic, le plomb, le sulfure

de carbone, l'oxyde de carbone, etc., et intoxication endogène par produit macéré dans l'utérus, infection puerpérale, constipation opiniâtre, fièvre typhoïde, tuberculose, diabète, ictere, lymphadénie, tumeur utérine, etc. M^{le} Rapoport détaille, avec beaucoup d'intérêt, les idées originales de Korsakoff et signale en regard les objections qui leur ont été adressées; elle analyse notamment les opinions de Banhoefffer, Ballet, Séglas, Régis, Dupré. Tout ce chapitre d'historique générale sur les travaux originaux de Korsakoff et sur les discussions auxquelles ils ont donné lieu, est fort bien traité.

L'auteur étudie ensuite le syndrome de Korsakoff pendant la grossesse et la puerpéralité. Elle rappelle et résume la plupart des observations publiées sur ce sujet sous les étiquettes les plus diverses depuis 1868. Elle distingue les psychoses polynévritiques gravidiques et puerpérales. Les primipares, celles surtout qui présentent des vomissements incoercibles, symptomatiques, nous le savons, d'une auto-intoxication gravidique, y sont plus prédisposées que les autres. Parmi les autres facteurs étiologiques, citons l'infection puerpérale, la paramétrite, la colibacille, la rétention d'un fœtus macéré, la rétention de débris placentaires, des hémorragies abondantes, l'insuffisance thyroïdienne ou hépatique concomitante.

Les signes sont ceux de toute polynévrite : faiblesse musculaire, parésie ou paralysie (paralysie flasque et douloureuse ayant comme siège d'élection les membres inférieurs); troubles de la sensibilité douloureuse, thermique, tactile; abolition des réflexes tendinieux; atrophie musculaire avec modifications de l'excitabilité électrique et réaction de dégénérescence; participation fréquente du pneumogastrique, d'où accélération du pouls, polypnée, accès d'asthme; parfois troubles sphinctériens ou trophiques, tremblements convulsifs. A ces signes névritiques, se joignent des symptômes mentaux : amnésie partielle, incomplète, électivement antérograde avec désorientation, stéréotypies, confabulations et pseudo-réminiscences, illusion du souvenir, fausses reconnaissances, confusion mentale, onirisme, idées délirantes variées, quelquefois irritabilité de l'humeur, mais, plus souvent, inconscience, indifférence, apathie, hébétude,

malgré une conservation relative de l'intelligence et de ses facultés critiques. Notons enfin la constatation de signes viscéraux et de symptômes généraux : troubles gastriques, vomissements, albuminurie, pyurie, insuffisance hépatique ou thyroïdienne, troubles cardiaques et respiratoires, hyperthermie, œdème, amaigrissement. Suivant la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes, on aura une variété clinique un peu différente du syndrome de Korsakoff : délire avec stupeur, confusion avec apathie, amnésie aiguë.

Le diagnostic est à faire avec la paralysie ascendante de Landry, les différentes myélites et poliomylélites, la confusion mentale primitive, la paralysie générale, les psychoses puerpérales et la presbyophrénie. L'évolution de la grossesse en elle-même n'est que peu troublée par le syndrome ; elle est menée à terme ou presque ; l'accouchement se fait presque sans douleur et spontanément ; au moment des suites de couches enfin, on peut observer une exacerbation passagère des symptômes.

Le pronostic immédiat pour la mère est relativement bon, il est cependant assombri par la participation du pneumogastrique et du phrénique au processus morbide ; malgré toute la gravité clinique des symptômes, ces malades guérissent en général. Le pronostic éloigné pour la mère comporte quelques réserves ; dans certains cas, il reste des séquelles psychiques (faiblesse de la mémoire, désorientation dans le temps, etc.) ou polynévritiques (parésie, contracture même). Le pronostic immédiat pour l'enfant est très sérieux ; le pronostic éloigné l'est encore davantage ; quand les enfants naissent vivants, ils meurent peu de temps après. Enfin, l'interruption de la grossesse ne doit être réservée que pour les cas où il y a danger immédiat pour la vie de la mère.

XIV. — ADOLphe LE BRETON. *Épilepsie et menstruation ; contribution à l'étude clinique des rapports entre les phénomènes cataméniaux et les crises convulsives.* — Observations prises à l'asile d'Evreux et suivies des réflexions et conclusions suivantes : L'apparition de la crise épileptique serait liée, d'une part, à des phénomènes d'auto-intoxication ; la clinique, d'autre part, démontrerait que, fréquemment, chez la femme,

le début des manifestations de la névrose coïncide avec celui des menstrues, que les phénomènes convulsifs augmentent de fréquence et d'intensité à chacune de leur apparition périodique, et qu'ils s'amendent, puis cessent parfois à la ménopause. Or, comme pendant la menstruation il existe des troubles de la nutrition et des phénomènes d'auto-intoxication, l'auteur pense que l'insuffisance ou l'exagération de la sécrétion interne de l'ovaire pourrait entraîner un certain degré d'auto-intoxication qui, chez les femmes prédisposées, se manifesterait par des crises épileptiques. Le traitement rationnel de l'épilepsie, dans ces cas, consisterait donc à tenter de suppléer au mauvais fonctionnement de l'ovaire.

XV. — SOPHIE DANIOUCHEVSKY. *Contribution à l'étude de la paralysie générale juvénile.* — La paralysie générale juvénile a, avec celle de l'adulte, une grande analogie, n'en différant que par des phénomènes psychiques en rapport avec le développement intellectuel du sujet. Les signes qui, les premiers, marquent l'évolution de l'affection sont, par ordre de priorité habituelle d'apparition : le changement du caractère, tendance accusée aux colères, irritabilité de l'humeur, isolement instinctif ; l'affaiblissement des facultés, perte de l'attention et de la mémoire, insuffisance scolaire ou professionnelle, rarement idées délirantes de grandeur relative ou plus souvent de jalousie familiale ; l'accomplissement d'actes délictueux tels que le vol ; des ictus ; enfin la constatation pure et simple des signes physiques classiques, trouble de la démarche, bredouillement, etc. Dans un très grand nombre de cas, la paralysie générale juvénile s'accompagne d'infantilisme dû à des lésions du corps thyroïde. Elle est, enfin, toujours d'origine syphilitique et sa précocité paraît être fonction de l'infection syphilitique héréditaire ou acquise dans les premières années de la vie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 AVRIL 1913

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

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

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de MM. Toulouse et Vigouroux, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2^o Une lettre de M. D'Hollander, secrétaire général du Congrès international de neurologie et de psychiatrie de Gand, qui demande à la Société de se faire représenter à ce Congrès. — Sont nommés délégués : MM. Dupain, Leroy et Sollier.

3^o Une lettre de M. Albès, médecin-adjoint de l'asile de Montpellier, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Legras, Ritti et Truelle, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend le numéro de mars de l'*Enfance anormale*.

Rapports de candidatures.

M. SÉRIEUX. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Capgras, Rogues de Fursac et Sérieux, rapporteur, de vous présenter un

rapport sur la candidature de M. Zilanakis, qui sollicite son admission au titre de membre associé étranger.

Interne, puis sous-directeur de l'asile Dromocaïtion à Athènes, M. Zilanakis a été nommé, en 1907, à la suite d'un concours, aliéniste en chef des hôpitaux nationaux grecs de Constantinople.

Notre confrère, qui a su se faire une place enviée parmi le corps médical de Constantinople, a déjà publié un certain nombre de travaux du plus haut intérêt.

Il faut faire une place à part à sa *Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien chez les aliénés*. Dans ce travail présenté en 1906, au Congrès Panhellénique de médecine, M. Zilanakis a donné le résultat de 160 ponctions. Il a étudié surtout le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, et ses résultats confirment ceux qui ont été généralement obtenus. Il signale la lymphocytose, mais discrète, au cours de la démence précoce ; il admet que l'alcool, à fortes doses, ainsi que les substances toxiques, peuvent augmenter la quantité de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur insiste sur l'action favorable de la ponction lombaire dans les ictus épileptiformes de la paralysie générale ; elle atténue ou supprime les convulsions.

Dans une communication sur la maladie de Korsakoff (décembre 1907), M. Zilanakis a relaté l'observation d'un malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde avec deux rechutes, présenta un état confusionnel hallucinatoire avec agitation très intense, et cela pendant six semaines. Les symptômes polynévritiques étaient, quoique accentués, masqués par l'état mental. L'auteur a observé d'autres cas analogues chez des alcooliques internés. Il conclut que la maladie de Korsakoff n'est pas une maladie autonome, mais un syndrome fréquent. Les symptômes psychiques dépendent, ainsi que la polynévrite, de la toxémie, favorisée par l'insuffisance hépatique et rénale.

En janvier 1908, notre confrère a relaté un cas de *lésions des olives bulbaires et syndrome cérébelleux*, avec présentation des pièces. Les lésions des olives sont provoquées par diverses causes, mais les lésions secondaires sont de beaucoup les plus fréquentes, tandis que les lésions primitives et exclusivement localisées aux olives

sont extrêmement rares, et n'ont pas une symptomatologie propre et spéciale. Les olives font partie du centre réflexe de l'équilibration et constituent une annexe du cervelet. Le malade qui fait l'objet de la communication est un homme de soixante-deux ans, alcoolique et syphilitique depuis douze ans, avec névrite optique qui présentait depuis cinq mois un syndrome cérébelleux, avec titubation. Le diagnostic différentiel était à faire entre les lésions en foyer du cervelet, l'héréro-ataxie cérébelleuse, le syndrome cérébelleux provoqué par les diverses toxico-infections, et les diverses atrophies et lésions cérébellenses, récemment décrites chez les vieillards. L'autopsie a montré les olives bulbaires très dures et hypertrophiées, leur substance blanche proliférée et étranglant les prolongements dentelés de la substance grise. L'olive gauche, plus altérée, présentait une petite lacune. La protubérance annulaire était plus dure qu'à l'ordinaire.

Nous devons encore au Dr Zilanakis *un cas de maladie de Friedreich ; — un cas de maladie de Charcot familiale*. La grand'mère de la malade, dans ce dernier cas, était morte de convulsions à l'âge de quarante-cinq ans; la mère, à l'âge de trente-cinq ans, aurait été atteinte d'une paraplégie spasmodique, sans troubles sensitifs ni sphinctériens; elle mourut cinq ans après le début de la paraplégie. Cette femme a eu sept enfants. Un fils, à l'âge de trente et un ans, a été atteint de sclérose latérale amyotrophique. Une fille, qui fait l'objet de la communication, a présenté à l'âge de quarante ans, les premiers symptômes de la maladie, qui a débuté par les membres inférieurs. L'évolution a été classique.

Les deux malades ont hérité de la débilité congénitale du système nerveux moteur. Dans ce cas, l'hérédité était presque similaire, étant localisée à un système de l'axe cérébro-spinal. Cette hérédité, s'accentuant d'une génération à l'autre, a fini par produire une dégénérescence systématique des neurones moteurs.

Ces deux cas montrent le rôle essentiel de l'hérédité dans la pathogénie de la sclérose latérale amyotrophique. Cette maladie, comme les autres maladies familiales, paraît rentrer dans le groupe des manifestations de la dégénérescence héréditaire.

Dans une communication, faite également au Syllogue grec, en octobre 1910, et intitulée : *Sur la démence précoce*, M. Zilanakis a étudié la place de cette affection parmi les maladies mentales, et le progrès qui est résulté de la création de cette entité. L'auteur restreint au minimum le délire des dégénérés. Il pose les éléments du diagnostic différentiel avec les états confusionnels et les états dépressifs de la psychose maniaque-dépressive. Il fait des restrictions en ce qui concerne la démence paranoïde. Le Dr Zilanakis a été, avec le Dr Aconomakis d'Athènes, le premier partisan en Grèce de la démence précoce qui, jusqu'en 1905, était méconnue des médecins grecs. De même à Constantinople, où, dès la fin de 1907, cette maladie figure dans les statistiques de l'asile grec, avec une proportion de 20 p. 100. En grec, les auteurs ont appelé cette affection *ωρωλοθγνος ἀνοια*, c'est-à-dire : démence primitive.

En une conférence sur *l'alcool et l'alcoolisme chez les Grecs* (1910), M. Zilanakis a montré que l'alcool est un poison qui ne doit être prescrit par le médecin que comme un médicament, dans des conditions déterminées. Il retrace les manifestations de l'alcoolisme, ses diverses modalités cliniques, ses rapports avec la criminalité, la tuberculose et la folie.

Chez le Grec, l'akchamdjilik, apéritif du soir (du turc *akcham*, soir), est devenu une habitude aussi invétérée que celle des repas. La capitale tient la première place dans la consommation de l'alcool. Les ouvriers et les classes inférieures boivent le plus. Dans les provinces ce sont les classes les plus aisées, les prêtres et les instituteurs. On consomme en premier lieu les alcools distillés, impurs et mal préparés (*raki*, *dousiko*, *mastic*). Ces alcools tendent à remplacer le vin. L'absinthe et les liqueurs sont peu répandues. La consommation de la bière augmente. Dans les provinces viticoles, on consomme aussi des alcools distillés en assez grande quantité.

L'alcoolisme chronique et latent est le plus fréquent. La cirrhose du foie est beaucoup plus rare qu'en Grèce. Sur 250 hommes, entrés à l'asile grec de Constantinople pour la première fois, dans les trois dernières années (1907-1909), 36 étaient atteints de délire alcoolique.

que, soit 14,4 p. 100. Chez la femme, l'alcoolisme est rare, 1,5 p. 100; 37 p. 100 des malades ont des tares héréditaires alcooliques.

Parmi les 117 malades, héréditairement tarés d'alcoolisme, on trouve 28 paralysies générales (25 p. 100); 29 délires alcooliques (26 p. 100) et 60 diverses maladies mentales.

Dans les antécédents personnels des paralytiques généraux, on trouve l'alcoolisme dans la proportion de 71 p. 100. L'oculiste de l'hôpital grec, M. Trantas, sur 10.162 malades de sa clientèle privée, a trouvé 51 cas d'amblyopie toxique, dont 6 sont dues à la nicotine et 45 à l'alcool.

Sur un total de 290 malades, soignés en médecine générale, 18 p. 100 faisaient une consommation très élevée de raki.

Enfin, dans *un cas de talent artistique* (modéleur et dessinateur), M. Zinalakis relate l'observation d'un de ses pensionnaires, âgé de vingt-huit ans, aide-marmite, sachant à peine lire et écrire, dégénéré, atteint de mélancolie périodique (forme psychasthénique). Ce talent s'est manifesté soudainement dans l'intervalle des accès, sans que cet individu ait fait auparavant aucune étude spéciale et sans qu'il ait montré antérieurement aucune disposition pour ces deux arts. En présentant les œuvres de ce malade l'auteur se livre à quelques réflexions sur la coexistence de la folie et du talent.

Mais cette riche moisson de documents cliniques ne doit pas nous faire oublier le rôle, déjà considérable, joué par notre distingué confrère dans les questions d'assistance. L'assistance des aliénés en Orient, on peut s'en rendre compte par les notes publiées à ce sujet par le Dr Libert, est loin d'être comparable à ce qu'elle est en Europe. Le gouvernement turc ne contribue d'aucune manière à la prospérité des hôpitaux de ses sujets non ottomans ; le gouvernement grec se désintéresse aussi des hôpitaux de ses nationaux, hors de la mère-patrie. Les ressources financières, des plus modestes, sont dues uniquement à la générosité de la colonie grecque. Des préjugés vivaces font conduire les malades dans les monastères ; l'admission dans les asiles n'a lieu que lorsque ceux-ci sont devenus incurables.

La tâche d'un aliéniste est particulièrement ardue. C'est au prix de mille difficultés que le Dr Zilanakis a pu rendre le quartier d'aliénés à l'hôpital national grec de Yédi-Koulé (Constantinople) comparable à beaucoup de nos asiles européens. Grâce à un labeur incessant et à une profonde connaissance de la psychiatrie moderne, notre confrère, qui a fait en Allemagne et en France de nombreux voyages d'études, a pu améliorer d'une façon considérable la misérable condition des aliénés grecs. Il s'est attaché à faire donner à tous un régime alimentaire convenable. Il a apporté des modifications importantes à l'aménagement des locaux. Il a appliqué d'une façon courante les procédés de traitement modernes, l'alimentation, la balnéothérapie, la surveillance continue par un personnel qu'il a en grande partie éduqué ; il projette l'établissement d'une colonie agricole fondée sur l'open-door le plus large. Les places étant limitées par les crédits, il visite en ville avant l'admission les malades dont on demande l'internement et il hospitalise de préférence les malades aigus ou dangereux. Enfin, il a intéressé à son œuvre un de ces nobles philanthropes dont la patrie grecque est si prodigue, et qui donnera sans doute à ses compatriotes l'asile modèle qui manque encore à Constantinople.

J'en ai dit assez, messieurs, pour marquer l'intérêt tout particulier que votre Commission attache à la candidature de M. Zilanakis. Les publications si variées et si attachantes de notre confrère montrent les mérites du clinicien. Son œuvre, si considérable dans le domaine pratique de l'assistance, témoigne d'un souci constant d'améliorer la condition des aliénés grecs. Nous ne saurions trop rendre hommage à cette préoccupation si rare encore en Orient.

Votre Commission vous propose en conséquence d'accorder à M. le Dr Zilanakis le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Zinalakis est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

M. TOULOUSE. — Vous avez nommé une Commission pour examiner la candidature de M. Mignard, qui sol-

licite son admission dans la Société au titre de membre correspondant.

M. Mignard s'est fait connaître de vous par des communications qui ont été très appréciées et qui, jointes à ses autres travaux déjà nombreux, forment un ensemble de recherches des plus significatives, toutes orientées vers la psychologie pathologique et clinique.

Un certain nombre de publications ont eu des objets dispersés. Un premier travail (1) est une contribution à l'étude du rapport des maladies organiques et des idées délirantes dans un cas de cancer où le mal physique avait simplement influé sur l'orientation du délire. Dans deux autres (2), dont l'un en collaboration avec M. Courjon, l'étude porte sur le rôle des sentiments dans les processus intellectuels normaux et pathologiques. Puis un autre mémoire (3), encore écrit en collaboration avec M. Courjon, est une étude psychologique et psychiatrique de certains sujets qui forment le noyau du groupe des aliénés dits dangereux. Une autre observation (4) a permis de rechercher l'origine psychologique de certains processus apparemment automatiques et qui se révèlent comme les vestiges d'un délire lié à des tendances mélancoliques.

Dans une communication (5) faite à la Société en collaboration avec notre collègue M. Colin, le diagnostic différentiel de l'épilepsie et de la paralysie générale,

(1) Idées délirantes hypocondriaques relatives au tube digestif chez un malade en état d'involution démentielle, atteint d'un cancer de l'estomac. Communication faite à la Société médico-psychologique (*Ann. méd.-psych.*, mai-juin 1908).

(2) Erreur sentimentale et délire systématique. Un article (*Revue des idées*, 15 avril 1908). — De l'état normal au délire. Déséquilibrés orgueilleux à réactions antisociales. En collaboration avec M. Courjon (*Revue de Psychiatrie*, avril 1908).

(3) Déséquilibrés orgueilleux à réactions antisociales. En collaboration avec M. Courjon. Communication à la Société médico-psychologique (*Ann. méd.-psych.*, 25 mai 1908).

(4) Apparition de tics et de phénomènes convulsifs liés à un délire mélancolique chez une dégénérée. Communication à la Société clinique de médecine mentale. In *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, janvier 1909.

(5) Diagnostic de l'épilepsie et de la paralysie générale: En collaboration avec M. Colin (*Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, février 1910).

souvent très délicat, fut l'objet d'une discussion approfondie. Ce furent aussi des articles de critique, notamment sur le *délire d'interprétation* (1), bien décrit par nos collègues MM. Sérieux et Capgras, et où M. Mignard met en valeur le rôle de l'affectivité dans la formation de la conviction délirante. Dans cet ordre d'idées, je signalerai un autre article critique (2) sur l'esprit de système de portée générale, mais puissant son argumentation dans les données de l'étude psychologique des aliénés.

C'est particulièrement dans deux ordres de recherches que M. Mignard a montré la pénétration de son excellent esprit clinique. Deux questions sollicitèrent dès le début son attention : les états de satisfaction et la confusion mentale.

Dans deux premiers travaux (3) sur les états de satisfaction et les états de torpeur béate, M. Mignard aborde l'étude de l'affectivité dans les états de faiblesse intellectuelle. Cela le conduisit à faire une étude d'ensemble, qui devint sa thèse (4), dont le sujet fut la joie passive, et qui obtint le prix Henri Lorquet, à l'Académie de Médecine. Dans cet ouvrage, il étudie les cas de sentiment agréable accompagné de dépression motrice organique et mentale chez des malades déments et parfois cachectiques. Il montre que excitation et joie, dépression et mélancolie, ne sont pas toujours synonymes et que les théories dites « physiologiques » et « périphériques » de la vie affective sont insuffisantes.

(1) Le *délire d'interprétation* de Sérieux et Capgras (*Revue de Psychiatrie*, juillet 1909).

(2) De quelques dogmatiques modernes. L'esprit de système et l'esprit de parti (*Revue des Idées*, septembre 1909).

(3) Les «satisfaits». Etats de satisfaction dans la démence et l'idiotie (*Revue de Psychiatrie*, février 1908). — Etat de torpeur béate chez une imbécile. Un cas de bonté. Communication à la Société de psychologie. In *Journal de Psychologie*, juillet-août 1908.

(4) *Les Etats de satisfaction dans la démence et l'idiotie*. Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, année 1909 (ayant obtenu la mention T. B.). Un vol. in-8°, 278 p. — Même ouvrage, avec préface du professeur G. Dumas, édité sous le titre : *La joie passive*. Paris, Alcan, 1909. Un vol. in-16, 278 p. (ayant obtenu le prix Henri Lorquet).

Par ce premier gros travail inaugural, M. Mignard attirait l'attention des psychologues et il se plaçait d'emblée parmi les travailleurs capables par leur maturation d'esprit de défricher une partie de la psychiatrie. Il tira de ces recherches des idées générales qu'il exposa dans la *Revue des Idées* (1), et où il montra la nécessité de ne pas confondre ces trois moments de la vie affective : l'émotion, déchet moteur; la tendance, base même de l'affectivité, et le sentiment de sa réalisation.

Enfin, tout un groupe de recherches ont porté sur le problème de la confusion ou de la démence et ses dérivés. La plupart furent poursuivies en ma collaboration, dans mon service, où j'ai eu la bonne fortune d'avoir M. Mignard comme interne. Cette question, déjà posée dans un travail que j'avais publié avec M. Damaye sur la nature de la démence vésanique, fut pendant plusieurs années le pivot de nos recherches avec M. Mignard. Pendant deux années, nous avons vécu ce problème, le discutant chaque jour, le matin à la visite, analysant les cas qui s'offraient à notre examen, nous en servant pour éprouver nos théories ; et l'après-midi, dans de longues promenades faites dans la campagne de Villejuif, nous reprenions nos conceptions, les élargissant, dégageant cette fonction d'adaptation à laquelle nous donnâmes le nom d'auto-conduction et cherchant à pénétrer le mécanisme encore si obscur des troubles mentaux. Que d'hypothèses, de schémas, de mécanismes, d'interprétations nous avons examinés dans ces entretiens quotidiens ! Je ne sais s'il restera de tous ces travaux, que nous mettrons bientôt au point, quelque chose de vraiment utile dans la compréhension des maladies mentales ; mais je n'oublierai pas ces recherches qui nous ont si fortement passionnés et où M. Mignard apportait les ressources de son esprit fin, aiguisé par une culture psychologique étendue.

Voici succinctement indiquée la signification des travaux publiés sur cette question. Un premier article (2)

(1) Emotion, sentiment, tendance (*Revue des Idées*, décembre 1910).

(2) Confusion mentale et démence. Le problème. En collaboration avec M. Toulouse (*Revue de Psychiatrie*, août 1908).

posa ainsi le problème : certaines espèces mentales dénommées démences sont-elles réellement caractérisées par un affaiblissement définitif de l'intelligence ? Ne sont-elles pas plutôt des confusions chroniques, comme M. Régis en décrivit dans le groupe des démences précoce[s]?

Dans un deuxième mémoire (1), les bases de la méthode de recherches furent indiquées, — méthode psychologique appliquée à la psychiatrie.

Nous disions aussi que, dans les formes confusionnelles, la lucidité est moins réduite qu'elle ne paraît tout d'abord. D'où la nécessité d'étudier les processus d'auto-conduction avant de proclamer le déficit de l'intelligence. Nécessité de distinguer aussi l'intelligence et les processus plus ou moins automatiques fixés par l'éducation.

Puis une troisième étude (2) expose le problème dans son ensemble. L'auto-conduction était décrite comme une fonction de direction, de mise en train, d'arrêt, de synthèse, en un mot d'application intellectuelle, qui se trouve plus ou moins troublée dans un grand nombre de maladies mentales. Selon l'intensité de ce trouble ou le moment plus spécial qui est atteint dans cette fonction, il se produit tel ou tel syndrome. Et en définitive, on peut croire à la ruine complète de l'intelligence lorsqu'elle n'est en réalité que troublée ou suspendue.

Ces notions nouvelles semblent avoir eu quelque influence sur l'orientation des dernières recherches psychiatriques, si l'on en juge par les nombreux travaux qui remettent en question la caractérisation de la démence. Notre regretté collègue, Alfred Binet, était arrivé par une autre voie à des conclusions qui confirmaient nos idées. Nous disions que le problème de la confusion et de la démence était le point central de la psychiatrie, et que, si on le résolvait, on comprendrait

(1) Confusion mentale et démence. La méthode. Lucidité. En collaboration avec M. Toulouse (*Revue de Psychiatrie*, janvier 1909).

(2) Les maladies mentales et l'autoconduction. En collaboration avec M. E. Toulouse (*Revue de Psychiatrie*, juillet 1911).

mieux du même coup l'ensemble des troubles mentaux, qu'il serait possible alors de reviser et d'expliquer dans leurs véritables mécanismes. La direction des recherches, plus ou moins nettement orientées vers ce problème, paraît nous donner raison. Le dernier mémoire publié (1) est appliqué à l'examen clinique des méthodes et des principes exposés dans les précédents articles. Plusieurs observations sont rapportées et chez la plupart des malades on peut montrer la persistance de l'intelligence sous le trouble qui la masque.

Entre temps, M. Mignard avait, dans l'*Année psychologique* (2), précisé certains points et répondu à certaines critiques de nos idées.

On peut encore rattacher à cet ordre de recherches quelques autres études faites en dehors de ma collaboration par M. Mignard. C'est d'abord un essai sur l'erreur (3) des aliénés, comparée à l'erreur des individus normaux (4); dans cette comparaison, les théories de l'erreur et du délire généralement en cours paraissent insuffisantes. Dans un autre article sur le Rêve et les Délires (5), M. Mignard montre que la parenté, depuis longtemps connue du rêve et des délires confus, tient aux troubles de l'auto-conduction. Ailleurs, partant d'une observation approfondie d'une hébéphrénique (6), M. Mignard suggère que la psychose hébéphrénico-cata-tonique présente des symptômes banaux qui sont ceux de la confusion mentale chronique et que les symptômes spéciaux qu'elle laisse apparaître sont dus à des troubles suspensifs ou discordants de l'affectivité. Avec M. G. Petit, il fit une critique de la théorie de la paranoïa (7) et présenta une conception du délire où le

(1) L'autoconduction (Observations). En collaboration avec M. Toulouse (*Revue de Psychiatrie*, janvier 1912).

(2) Fonctions psychiques et troubles mentaux (*Année Psychologique*, 1911).

(3) Recherches sur l'erreur. Essai de contribution expérimentale à la théorie de la connaissance (*Journ. de Psych. norm. et pathol.*, novembre-décembre 1911).

(4) Rêve et délires (*Biologica*, 15 février 1912).

(5) Les satisfaits. Etats de satisfaction dans la démence et l'idiotie. Un article (*Revue de Psychiatrie*, février 1908).

(6) *La psychose dyspathique. Les phénomènes dyspathiques dans la psychose hébéphrénique*.

fait morbide est l'absence de pouvoir de la personnalité sur les manifestations psychiques. Enfin avec M. Provost (1), il a récemment présenté une hébéphrénique dont la caractéristique était un trouble discordant de l'affectivité, spécialement exagérée dans ce cas.

Enfin, comme secrétaire de la *Revue de psychiatrie* (1909-1910), il a publié un grand nombre de comptes rendus, discussions, notes, analyses. Les travaux de M. Mignard sont donc nombreux et importants (2). Ils marquent une heureuse et féconde tendance de la psychologie clinique.

M. Mignard a d'autres titres à faire valoir à votre attention. Il est licencié ès lettres (philosophie), lauréat de l'Académie de médecine. Vous savez qu'il est médecin-adjoint à la Maison nationale de Charenton, membre titulaire de la Société clinique de médecine mentale et membre correspondant de la Société de psychiatrie.

Je pense avoir suffisamment justifié à vos yeux la conclusion de votre Commission, qui propose à vos suffrages l'admission de M. Mignard au titre de membre correspondant.

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

Rapport de la Commission du prix Belhomme.

M. CAPGRAS. — Trois mémoires ont été présentés sur la question posée pour le prix Belhomme : *De la démence chez les épileptiques*.

Le mémoire n° 3 a pour devise *Patientia*; il contient un historique très complet et méthodiquement ordonné d'après les conceptions fondamentales des auteurs. Il s'appuie sur l'analyse psychologique de quatre-vingt-

(1) Confusion mentale et psychose discordante. En collaboration avec M. Provost. Communication à la Soc. clin. de méd. ment. Séance de mars 1913.

(2) Citons encore les deux travaux suivants : *Délire et personnalité*. En collaboration avec M. G. Petit. Communication au VII^e Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. — De l'obsession émotive au délire d'influence. Communication à la Société médico-psychologique (*Ann. méd.-psych.*, séance de février 1913).

huit malades hommes, examinés à l'aide de tests simples. L'auteur distingue trois types principaux de démence : 1^o une démence terminale analogue à celle de la paralysie générale; 2^o une démence amnésique, forme habituelle de démence épileptique, essentiellement caractérisée, contrairement à la loi de régression de la mémoire, par l'oubli des faits anciens; 3^o une forme stupide voisine de la confusion mentale chronique. L'auteur passe ensuite en revue le diagnostic, l'évolution, l'étiologie, les complications, etc.; au point de vue étiologique, il n'émet que des considérations un peu brèves sur les causes du développement de la démence. Il conclut que la démence est extrêmement fréquente (90 p. 100 des cas) chez les épileptiques qui ont souffert au cours de leur existence d'accès psychopathiques divers. En somme, ce mémoire constitue une bonne mise au point de la question.

Le mémoire n° 1 a pour auteurs MM. Brissot et Bourilhet, médecins adjoints à l'asile de Moulins. C'est un travail consciencieux, renfermant des documents cliniques intéressants, de longues observations prises avec soin. Les auteurs se sont livrés à des recherches minutieuses sur le traitement de l'épilepsie par l'acide borique. Ils ont quelque peu négligé l'historique et l'étude psychologique des démences épileptiques. Comme formes cliniques, ils distinguent les variétés suivantes : l'obtusion intellectuelle, qui est généralement le premier degré des formes suivantes, la démence simple, la démence à forme de pseudo-paralysie générale, la démence épileptique à forme de démence précoce, les démences secondaires avec épilepsies associées à des vésanies, et la démence des débiles épileptiques.

Les auteurs du mémoire n° 2, M. Benon, médecin-adjoint, et M. Legal, interne du quartier d'hospice de Nantes, ont présenté un travail clair, méthodique et élégant, mais pauvre en faits cliniques (8 observations personnelles et 12 choisies dans les auteurs). Ils reconnaissent chez les épileptiques plusieurs sortes de démence : 1^o la démence épileptique proprement dite, dans laquelle l'épilepsie, avec ses vertiges et ses crises, apparaît comme la seule cause déterminante; 2^o la démence produite par une ou plusieurs causes surajoutées à l'état

épileptique (infections, intoxications, traumatisme, puberté, ménopause, sénilité, etc.).

Votre Commission vous propose de décerner le prix Belhomme aux mémoires n° 3 et n° 1 et d'accorder 600 francs au premier, 400 francs au second. Pour le prix Belhomme à décerner en 1915, elle a choisi la question suivante : *Etude complète du régime des réflexes dans les diverses formes de l'idiotie et de leur valeur pathogénique.*

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées : le prix Belhomme est partagé entre les mémoires n° 3 et n° 1. Le mémoire n° 3, qui a pour auteur M. le Dr Maurice Ducosté, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, obtient 600 francs ; le mémoire n° 1, dont les auteurs sont MM. les Drs Brissot et Bourjhet, médecins-adjoints de l'asile de Moulins, obtient 400 fr. La question proposée par la Commission pour le prix Belhomme à décerner en 1915 est ensuite adoptée.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Kéraval, Rogues de Fursac, Sérieux, Trénel, René Charpentier rapporteur, chargée d'examiner les mémoires des candidats au prix Esquirol pour l'année 1913.

Deux mémoires ont été déposés. Le mémoire n° 1 a pour titre : « L'imitation dans les maladies mentales et nervenses », et pour auteur M. le Dr Génil-Perrin, médecin des asiles publics d'aliénés et licencié ès lettres.

Dans un volumineux mémoire, très documenté et qui présente des qualités remarquables de critique et de méthode, l'auteur étudie les manifestations morbi-des des tendances imitatives.

Il passe successivement en revue les phénomènes d'imitation que l'on observe chez les dégénérés inférieurs, les vésaniques et les confus, les obsédés et les tiqueurs, les organiques, les sujets en état d'hypnose.

Etudiant ensuite les manifestations complexes des tendances imitatives, M. Génil-Perrin montre que,

dans la genèse du crime et du suicide, la notion d'imitation doit être substituée à la notion de contagion mentale.

Après avoir analysé les théories générales de l'imitation, M. Génil-Perrin conclut que la réaction imitative semble constituer un des modes les plus généraux de l'activité humaine. L'instinct ne s'exerce, dans l'espèce humaine, que dans des proportions restreintes et, dans la majeure partie de ses actes, l'homme est guidé par l'imitation qui se révèle par là, suivant le mot de Cabanis, comme la principale source de son perfectionnement, comme le principal agent de perfectibilité de l'espèce. S'exerçant au début à tort et à travers, cette tendance à l'imitation se trouve plus tard endiguée par l'activité mentale supérieure; dans le cas pourtant où la synthèse mentale ne parvient pas à un degré suffisant de cohésion ou quand elle se désagrège sous des influences pathologiques, l'activité automatique s'affranchit et l'imitation tend à se manifester automatiquement et à échapper au contrôle de la volonté.

L'auteur reconnaît cependant que cette explication ne suffit pas à éclairer certains faits, en rapport avec un état d'affaiblissement psychique, et dans lesquels l'imitation paraît être le résultat d'un travail intellectuel plus ou moins conscient, plus ou moins volontaire.

Le mémoire n° 2, consacré à l'étude des « Psychoses interprétatives », a pour auteur M. le Dr Libert, interne des asiles de la Seine et licencié ès sciences.

Les notions récentes sur le délire d'interprétation, introduites en psychiatrie, dans une série de travaux par MM. Sérieux et Capgras, ont montré tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des interprétations délirantes et de leur valeur sémiologique. Dans l'excellent mémoire qu'il présente à vos suffrages, M. Libert étudie en réalité, non pas seulement les « Psychoses interprétatives », mais l'interprétation erronée, phénomène banal, et l'interprétation délirante, symptôme pathologique.

Après avoir exposé l'historique de la question et insisté sur les rapports des états émotionnels et passionnels avec les interprétations fausses, l'auteur étudie l'interprétation délirante proprement dite et ses différentes modalités. Il distingue :

1^o Les cas dans lesquels le symptôme interprétation est accidentel, épisodique ;

2^o Les cas de véritable syndrome interprétatif au cours de l'évolution (psychose périodique, démence précoce, etc.), d'un état psychopathique ;

3^o Les cas de délire d'interprétation dans lesquels l'interprétation délirante est le syndrome primordial, mais non unique, de l'entité morbide isolée et décrite par MM. Sérieux et Capgras et caractérisée par : la multiplicité des interprétations délirantes ; l'absence, la rareté, la contingence des hallucinations ; la persistance de la lucidité et de l'activité psychiques ; l'extension progressive des hallucinations ; l'incurabilité sans démence terminale.

Cette étude, très consciencieuse, renferme quarante-deux longues observations, pour la plupart personnelles, et constitue une importante contribution à l'étude de la sémiologie de l'interprétation fausse.

Messieurs, en présence de ces deux mémoires dont, par ce court exposé, vous pouvez apprécier la valeur, votre Commission, se reportant aux conditions à remplir par les mémoires présentés pour le prix Esquirol, vous propose de décerner ce prix pour l'année 1913 au mémoire n° 2, mémoire purement clinique, appuyé sur de nombreuses observations personnelles et dont l'auteur est M. le Dr Libert.

Elle vous propose, en outre, de décerner à M. le Dr Génil-Perrin, auteur du mémoire n° 1, une mention très honorable pour son travail sur l'imitation qui, bien que d'une égale valeur, a paru à votre Commission s'éloigner davantage des conditions exigées pour l'attribution du prix Esquirol.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées : le prix Esquirol est décerné à M. Libert ; une mention très honorable est accordée à M. Génil-Perrin.

Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours).

M. MIGNOT. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Séglas, Colin, Leroy, Marchand et Mignot, rapporteur, d'examiner les travaux présentés pour le prix Moreau (de Tours).

Dans sa thèse sur *l'Alcoolisme en Normandie*, M. Théodore Fournier a cherché à déterminer l'influence de cette intoxication dans la genèse des cas d'aliénation mentale observés par lui comme interne à l'asile d'Alençon.

Alors que la consommation moyenne de la France était, en 1910, de 3 litres 59 d'alcool pur par habitant, celle de la Normandie atteignait le chiffre de 9 litres 25, soit près du triple.

Le Normand s'alcoolise de préférence avec de l'eau-de-vie de cidre, et il le fait parce que c'est l'usage et que, dans cette région de la France, l'opinion publique se montre très bienveillante pour l'ivrogne. Le privilège des bouilleurs de cru, en fournissant à bon compte de l'eau-de-vie, entretient et provoque la consommation.

Au cours de son travail, M. Fournier donne des renseignements statistiques portant sur les malades entrés à l'asile d'Alençon de 1909 à 1911 et dont voici le résumé :

26 p. 100 des hommes et 4 p. 100 des femmes étaient atteints d'alcoolisme mental.

26 p. 100 des hommes et 18 p. 100 des femmes étaient des aliénés alcoolisés.

15 p. 100 des hommes et 13 p. 100 des femmes, sans être alcooliques, étaient entachés d'hérédité alcoolique.

De 1905 à 1910, la proportion des femmes alcooliques entrées à l'asile a doublé.

Les chiffres fournis par les asiles des départements de la Sarthe, de la Mayenne, du Calvados et de la Manche sont sensiblement comparables à ceux qui viennent d'être cités.

Le travail de M. Théodore Fournier est intéressant à titre documentaire, mais il se réduit à des données statistiques et il est dépourvu de tout caractère original.

Le mémoire manuscrit présenté par MM. Courbon et Tissot, sous le titre d'*Etude psychologique du débile mental*, est d'une lecture attrayante. A tout instant, les auteurs donnent la preuve de leur culture classique, et les meilleures pages de Théophraste, de La Bruyère et de La Rochefoucauld font oublier qu'il s'agit d'une étude médico-psychologique. Mais, n'est-ce pas là un reproche qu'il faut adresser aux auteurs? N'ont-ils pas étudié

la débilité mentale d'une façon plus littéraire que médicale, et, pour les besoins d'une pareille méthode, n'ont-ils pas grossi démesurément son domaine ?

C'est ainsi, pour prendre un exemple, que MM. Courbon et Tissot font de l'insuffisance du pouvoir d'abstraction un signe de débilité : « Le monde est plein de gens, disent-ils, qui, dans la vie pratique, se conduisent avec sens, mènent à bien leurs affaires, s'enrichissent parfois d'une façon démesurée; mais qui, aussitôt quitté le domaine matériel pour celui des idées, sont incapables du moindre raisonnement. La débilité spéculative peut donc coexister avec un sens pratique bien développé, et c'est précisément le déficit du pouvoir d'abstraction qui conditionne cet état. » Il semble exagéré de classer parmi les débiles tous ceux qui ne peuvent raisonner sans concrétiser leur pensée. C'est là une affaire d'habitude et d'éducation, et MM. Courbon et Tissot paraissent avoir une idée excessive de la valeur intellectuelle de l'homme normal. A les suivre, ne faudrait-il pas considérer comme débiles les neuf dixièmes de l'humanité si l'absence d'idées générales, si l'intolérance et l'étroitesse du jugement, si l'insuffisance du sens du ridicule et du sens de la mesure sont des signes de débilité mentale ? Ces travers ou ces lacunes intellectuelles peuvent résulter du défaut d'instruction et d'éducation ou d'une spécialisation professionnelle excessive de l'individu. Ils s'observent, certes, dans la débilité mentale, mais celle-ci les marque alors de son empreinte, et le problème psychologique consistait précisément à reconnaître et à spécifier quelles sont les particularités ou les nuances qui sont propres à l'état pathologique.

Une dernière critique, que nous devons faire à MM. Courbon et Tissot, est de n'avoir pas, dans leur étude, utilisé les méthodes de la psychologie expérimentale. Sans exagérer l'importance de la valeur des tests et de la psychométrie, il faut bien reconnaître que ces procédés d'examen sont devenus, à l'heure actuelle, indispensables dans toutes les recherches psychologiques.

La thèse de M. Joseph Bonhomme est consacrée aux déséquilibrés insociables à internements discontinus. Les travaux publiés sur cette catégorie de malades sont en

nombre considérable. Beaucoup d'entre nous, sur un point ou sur un autre de ce vaste sujet, ont eu à exprimer leur opinion ou à exposer leurs desiderata. Le très grand mérite de l'auteur est donc d'avoir traité une question qui nous préoccupe tous dans l'exercice quotidien de notre spécialité. Il était devenu nécessaire de réunir et de coordonner, dans un travail d'ensemble, les notions actuellement classiques, mais répandues dans de nombreuses publications, sur la sémiologie, le diagnostic et l'assistance de ce groupe très particulier d'anormaux. M. Joseph Bonhomme a eu bien soin de rapporter de nombreuses observations ; celles-ci ne constituent pas la partie la moins remarquable de sa thèse, et, à les lire, nous reconnaissons des types morbides maintes fois entrevus.

En résumé, le travail de M. Joseph Bonhomme nous est apparu comme une mise au point des plus complètes et des plus conscientieuses des questions qui se rattachent à l'étude de l'imbécillité morale.

Depuis les travaux de Dupré et Logre, les délires d'imagination ont fait l'objet d'un grand nombre de publications ; mais il semble que l'attention des auteurs ait été détournée de la variété la plus parfaite, c'est-à-dire de celle qui s'observe dans la démence paralytique. Nous avons tous admiré l'exaltation de l'imagination des paralytiques généraux ; mais si l'on excepte quelques lignes d'une certaine monographie et un court passage du mémoire de Dupré et Logre, aucune étude spéciale n'avait été entreprise sur les *délires d'imagination dans la paralysie générale*. M. Usse a très heureusement comblé cette lacune.

Il nous paraît difficile, dans un rapport comme celui-ci, de suivre l'auteur dans l'exposé de ses constatations cliniques et psychologiques. Reconnaissions seulement qu'il a su dire des choses justes et très rigoureusement observées, et qu'il a rajouini cette question ressassée des délires de la paralysie générale, en l'examinant à un point de vue qui, jusqu'à présent, avait été négligé. Une vingtaine d'observations fort curieuses complètent le travail de M. Usse.

Messieurs, la thèse sur *les Délires d'imagination dans la paralysie générale* et la thèse sur *les Déséquilibrés*

insociables à internements discontinus nous ont paru, à des titres divers, mériter également le prix Moreau (de Tours). Votre Commission vous propose donc de partager ce prix entre MM. Usse, interne à Charenton, et Joseph Bonhomme, interne des asiles de la Seine.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et le prix Moreau (de Tours) est partagé entre MM. Usse et Bonhomme.

Pseudo-délire par auto-suggestion chez un obsédé,

par MM. TRUELLE, médecin en chef de la maison de santé de Ville-Evrard, et J. EISSEN, interne du service.

A la dernière séance de la Société médico-psychologique, MM. Rogues de Fursac et R. Dupouy ont rapporté l'observation d'un obsédé dont l'aspect rappelait, par ses étrangetés, par ses inerties et ses stéréotypies, celui d'un dément précoce, et chez qui, d'autre part, on constatait une tendance marquée vers une systématisation délirante.

Le malade dont nous allons parler est, lui aussi, un obsédé à figure de dément précoce ayant ébauché un complexus délirant d'un caractère particulier.

A. B... se présente ordinairement dans une tenue peu soignée ; il affecte des attitudes stéréotypées, baisse la tête, ferme les yeux, appuie fortement l'index sur son oreille gauche, ou caresse lentement son nez ; sa physionomie est sans expression, parfois grimaçante ; ses mouvements embarrassés, hésitants, ses gestes anguleux et inharmoniques. Il se tient de longues périodes à l'écart, enfoncé dans un fauteuil, face au mur, le corps fléchi, indifférent à l'entourage, ne causant spontanément avec personne, ne lisant pas. Quand on l'interroge, il est un certain temps sans répondre, puis il le fait d'une voix monotone et en termes généralement vagues ; incapable de coordonner ses idées, de préciser sa pensée, il répète indéfiniment les mêmes mots, se contredit, revient à sa première expression, l'abandonne, la reprend et souvent ne finit pas la phrase si péniblement com-

mencée (1). A d'autres moments, il est plus actif, même il consent à s'occuper au jardin ; mais toujours il présente le même défaut de spontanéité, la même irrésolution, les mêmes bizarries, les mêmes pseudo-stéréotypies et un certain empêchement dans l'action. Si nous ajoutons qu'il est susceptible de garder les attitudes imposées, qu'il est sujet à des accès de rire immotivés, et que ses manifestations affectives apparaissent fort rudimentaires (2), on comprendra combien à première vue, l'aspect de ce malade rappelle celui d'un dément précoce, qu'il n'est pas bien entendu. Cette similitude d'aspect n'est d'ailleurs pas permanente, l'attitude du malade s'étant modifiée dans le détail à diverses reprises pendant ses séjours successifs à la maison de santé.

Nous n'insisterons pas sur ces analogies. Une partie de ces bizarries, de ces tics, de ces fausses stéréotypies, de cette inertie, de cette sorte de négativisme et de suggestibilité, sont commandés par le contenu des idées obsédantes ; mais, d'autre part, notre malade, comme les déments précoces, bien que sans doute par un processus différent, est un malade de la volonté ; et cette aboulie joue certainement un rôle capital dans la genèse des troubles moteurs constatés, ainsi que naguère M. Arnaud l'a parfaitement indiqué (3).

La seconde particularité présentée par cet obsédé, c'est l'apparition momentanée d'un complexus délirant qui, par sa genèse et son allure spéciales, peut servir

(1) Interrogé par exemple sur la raison qui lui fait tenir les paupières baissées, il répond : « ... C'est le regard..., la lumière..., la vue... Pas la vue..., le regard..., peut-être mon état de santé... Il y a bien des personnes comme cela qui sont malades..., alors le regard..., le chagrin..., l'état de santé..., la vue..., voilà !... »

(2) On lui a appris que sa mère était gravement malade — elle est morte en réalité, mais il l'ignore encore — à différentes reprises nous lui avons dit l'inquiétude des siens, la possibilité d'une issue fatale ; il s'est toujours contenté de sourire, ajoutant quand on insistait : « Ah !... vous croyez... vous croyez que c'est grave... Non..., on la soignera..., ce n'est pas aussi grave que cela !... » Et son ataraxie n'était pas autrement troublée.

(3) Raymond et Arnaud. Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements. *Ann. méd.-psych.*, 1892, n° 5. — Arnaud. *Traité de pathologie mentale*, p. 679.

de contribution à l'étude de la transformation des obsessions en délire.

Chacun connaît l'opposition des deux doctrines. Celle de Falret et de Magnan, qui, tout en admettant que « les syndromiques sont, pour la plupart, des candidats sérieux à l'aliénation proprement dite, à l'aliénation avec délire » (1), estiment qu'il ne s'agit pas vraiment d'une transformation, d'une évolution de l'état obsédant vers l'état délirant, mais bien de la substitution d'un complexus pathologique à un autre ; et celle de Schüle (2), défendue par Séglas, Arnand, Régis, etc., qui admettent au contraire la possibilité et même la fréquence de cette évolution.

Il semble bien que cette opposition porte plus sur des conceptions théoriques, des principes de classification, peut-être même sur des mots, que sur des faits. Elle paraît tenir surtout à ce que les syndromiques de Magnan ne sont qu'une partie des obsédés de leurs contradicteurs.

M. Magnan s'est efforcé de distraire des états obsédants (ou impulsifs) dont l'étiologie est complexe, la symptomatologie et l'évolution variables, les obsessions et les impulsions proprement dites, véritables syndromes épisodiques des dégénérés, dont « le caractère le plus important, réellement pathognomonique, est l'état lucide de la conscience » (3). Là où la conscience cesse d'être entièrement lucide, là où l'idée (ou le sentiment, ou la tendance), qui fait irruptio[n] dans le domaine de l'activité mentale, cesse d'être clairement reconnue comme le produit d'un automatisme psychique, étranger au cours normal des idées, mais autochtone ; là où il n'y a pas effort et lutte plus ou moins anxieuse pour éliminer cette sorte de corps étranger à tendance brusquement envahissante et reconnue comme tel ; là où il y a continuité plus ou moins consciemment consentie d'un état obsédant durable, il ne s'agit plus d'un syndrome épisodique, d'une obsession (ou impulsion) proprement dite, mais d'une idée, d'un sentiment,

(1) Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, p. 177.

(2) Schüle. *Traité des maladies mentales*, p. 413.

(3) Magnan et Legrain. Ouvrage cité, p. 151.

d'une tendance obsédante. Et ces idées obsédantes (nous prenons maintenant le mot idée dans son sens très général), qui ne sont pas encore l'idée fixe pathologique, l'idée fixe, ni l'idée prévalente des délirants, s'en rapprochent cependant plus que des obsessions vraies, parce que, impliquant déjà un commencement de désagrégation, d'obscurcissement de la conscience claire du sujet, elles sont éminemment aptes à devenir, par simple évolution, le point de départ d'un complexus délirant quelconque.

Parmi les auteurs qui admettent la possibilité, voire la fréquence, du passage des obsessions au délire, tous ne font pas cette distinction entre les idées obsédantes et les obsessions proprement dites, et ceux-là mêmes qui la posent en principe ne limitent pas le sens du mot obsession au seul syndrome de Magnan. De là, croyons-nous, les divergences de vues sur le point qui nous occupe.

Maintenant, est-on fondé à séparer aussi catégoriquement les obsessions des idées obsédantes (nous ne disons pas des idées fixes délirantes, qui, elles, font corps avec la mentalité pathologique du sujet et ne sont à aucun moment reconnues comme étrangères au cours normal des idées)? Y a-t-il entre ces deux catégories de phénomènes une opposition totale d'origine, de nature et d'évolution? Sont-ce réellement deux choses absolument distinctes? Nous n'oserions certes pas l'affirmer, étant trop disposés à considérer les différents syndromes morbides psychiques comme reliés entre eux par des séries ininterrompues. Et, de même qu'il est souvent impossible de dire où finit l'idée fixe obsédante et où commence l'idée fixe délirante, il n'est pas toujours aisé de différencier l'obsession de l'idée obsédante.

Toutefois, le schéma des syndromes épisodiques a été construit sur des faits cliniques irréfutables, qui, pour être la minorité parmi les états obsédants, n'en méritent pas moins une description spéciale. Or, si l'on réserve à ces seuls syndromes le nom d'obsessions, il semble bien, en effet, que l'obsession, ainsi comprise, ne soit pas susceptible de passer par évolution simple à un état délirant; elle ne pourrait tout au plus le faire qu'après transformation préalable en idée

obsédante. Il apparaît en tout cas que les états obsédants, pris en bloc, ne sont pas également susceptibles d'évoluer et de devenir des états délirants. La plupart des exemples qui ont été donnés d'un tel passage appartiennent en effet à une forme particulière des états obsédants, forme où les obsessions sont, en général, précisément très loin de correspondre au schéma syndromique, nous voulons dire à la folie du doute. Et ceci a été nettement indiqué par M. Séglas : « Je serais assez disposé, disait-il en 1902, à croire que la maladie du doute mériterait déjà de constituer, dans le cadre des obsessions, une variété à part, intermédiaire aux obsessions et aux formes vésaniques caractérisées, délire systématisé en particulier (1). »

Notre malade n'échappe pas à cette règle : c'est un obsédé, sans doute, au sens large du terme, mais ses idées obsédantes n'ont jamais revêtu les caractères spécifiques des obsessions proprement dites dans le sens restreint du mot. Plus encore qu'un obsédé, c'est un douteur, et l'on retrouve chez lui tous les symptômes que l'on est accoutumé de rencontrer dans la maladie du doute. On les retrouve, il est vrai, souvent atténués, à l'état d'ébauche ; mais c'est une des caractéristiques générales de ce malade de ne présenter guère que les indications des multiples symptômes observés dans un état de développement plus parfait chez les autres psychopathes. Cette sorte d'impuissance, d'incapacité à aboutir que l'on retrouve à la base de toute l'activité psychique des douteurs, il l'étend, lui, jusque dans les manifestations pathologiques de son cerveau déséquilibré.

Une des particularités les plus curieuses du délire transitoire qu'il a présenté, et que nous allons maintenant décrire, est précisément d'être resté incomplet et seulement ébauché.

Vers le milieu du mois de janvier dernier, A. B..., sans motif apparent, en quelques jours, changea totalement d'allure : on le vit, affairé, allant et venant par les couloirs et les

(1) Séglas. *Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire*. Congrès de Grenoble, 1902.

escaliers, furetant dans les coins, sous les meubles, comme à la recherche de quelque chose qu'il ne disait pas. Sa démarche était étrange : parfois rapide et aisée, d'autres fois titubante. Il parlait de bateau, de marins, de serpents, de sérum, mais d'une façon peu suivie, et se dérobait à l'interrogatoire. Il dormait plus mal, s'alimentait moins bien, repoussant certains plats avec dégoût. Enfin, il refusait obstinément de sortir dans le jardin. Pourtant, sa lucidité était entière, il ne présentait pas de confusion mentale, ne semblait pas vraiment halluciné. L'état général n'était pas modifié.

Après une dizaine de jours, on put tirer de lui les explications suivantes :

« Ma maladie, nous dit-il, c'est la peur. (Il ne fit pas ce récit tout d'une fois, et nous le donnons ordonné et concentré.) Alors, pour vaincre la peur, pour guérir la peur par la peur, *j'ai imaginé* que j'étais à bord d'un bateau en provenance des Indes, faisant route pour Hambourg, et portant une cargaison de serpents des plus dangereux. Pendant le voyage, la caisse des reptiles s'est ouverte et ceux-ci se sont répandus dans le bateau. Ils se cachent et je les cherche. Jusqu'à présent, personne n'a été mordu, mais cela peut arriver, arrivera même sûrement, et je suis très malheureux, car je suis le médecin du bord, je suis le Dr B... (un nom différent du sien), je suis responsable de la santé des matelots, et que ferai-je ? puisqu'il n'y a pas sur le bateau de sérum antivenimeux... »

Il ne les voit pas les serpents, mais il les entend, ou, plus exactement, *il imagine* qu'il les entend. Quand le vent souffle, il se dit que ce sont les cobras qui sifflent, et c'est pourquoi il ne veut plus aller dans la cour. Avant de se coucher, il prend soin de regarder sous le lit, sous la commode, pour s'assurer qu'il n'en est point d'égaré ; puis, tranquille, il s'endort. Mais au milieu de la nuit il se réveille et le plancher fissuré de sa chambre lui apparaît, *dans son imagination*, celui d'une pièce où se cacherait des reptiles...

Pendant plus de deux semaines il vécut ainsi cette sorte de délire d'imagination, passant sans transition, sans hésitation et sans étonnement, au gré de sa fantaisie, au gré aussi des suggestions de son interlocuteur, du rêve à la réalité.

... Il est toujours sur ce fameux bateau dont il ignore le nom, et, pour mieux s'en convaincre, il marche en écartant les jambes et en balançant son buste : c'est le roulis, explique-t-il, et le tangage, qui le bercsent ; heureusement, il n'est pas sujet au mal de mer. A table, il a parfois des nausées : c'est l'odeur des serpents qui le dégoûte, l'odeur de leurs peaux visqueuses et flasques. « C'est une obsession, explique-t-il, je suis obsédé de cette idée, mais cela me guérira de la peur », et il

ajoute aussitôt : « Vous comprenez, cela me fait peur; puisqu'il y a des reptiles à bord !... Les machines? je ne sais pas où elles sont, je suis médecin du bord... cela ne regarde pas le médecin... »

Puis, peu à peu, sa conduite, sa tenue, ses habitudes, redeviennent ce qu'elles étaient antérieurement ; de jour en jour il vit moins dans son délire, mais jusqu'au milieu de février, il y rentre encore à certains moments, soit spontanément, soit passivement, par l'effet d'un interrogatoire tendancieux. Ainsi, le 12 février, nous notons encore la conversation suivante :

« ... J'ai toujours soif.

D. — C'est l'air de la mer?

R. — Ah, vous croyez!... Non, c'est la suggestion de M. G..., qui, étant à Madagascar, a vu des reptiles... ou bien la mer... oui, la mer peut-être, si c'est une mer chaude... c'est peut-être l'Atlantique... ou bien l'océan Indien...

D. — Y a-t-il d'autres passagers sur le bateau?

R. — Il y a les marins... ce sont les infirmiers...

D. — Vous n'avez pas eu le mal de mer?

R. — Non (*très naturellement*).

D. — Est-on bien sur ce bateau?

R. — Oui, on est bien... mais c'est la peur, vous comprenez... la peur atroce... » (*En réalité, il ne manifeste aucune émotion apparente.*)

Puis, sans transition :

« C'est simplement pour me guérir de la peur. »

Enfin, cette sorte de *bouffée de délire imaginatif* très comparable à celles décrites par Bonhöfer (1) et signalées par Dupré et Logre (2), finit par disparaître, laissant toutefois pendant près d'un mois encore, à l'état d'idée obsédante, et sans concordant émotionnel véritable, cette idée de la peur nécessaire et bienfaisante et des serpents évocateurs.

Il n'est guère besoin d'insister sur le caractère particulier de ce demi-délire, pourrait-on dire. L'observation directe, comme les récits et les explications du malade, ont montré l'absence totale d'hallucinations et de confusion mentale. On a pu établir aussi que ce complexus n'était pas la suite semi-consciente d'un rêve, malgré les analogies qu'il présentait avec certains délires post-

(1) Bonhöfer. Über den pathologischen Einfall. Ein Beitrag zur symptomatologie der Degenerations Zustände. (*Deutsch. Med. Woch.*, 1904. Bd, II, n° 49.)

(2) Dupré et Logre. *Les délires d'imagination*, p. 38.

oniriques. C'était tout au plus une sorte de rêve vigile vécu, consécutif à l'obsession d'une idée fixe, comparable, par certains côtés, à ce qu'on a décrit chez des hystériques, mais en différant par le caractère conscient et voulu de l'idée obsédante primordiale.

Voici d'ailleurs, dans son détail, et d'après les explications même du malade, la genèse de cet épisode :

Conscient de sa timidité, de son incapacité d'agir, de son aboulie, obsédé de ce qu'il appelle sa « peur », désireux de guérir, mais incapable de fournir la continuité d'efforts et de volonté nécessaire, B... a fait choix d'une sorte de psychothérapie homéopathique pénitiale. Il a voulu guérir, comme il le *dit*, la peur par la peur. Ayant toujours eu une profonde répulsion, un dégoût violent pour les reptiles, il a choisi de préférence la peur des serpents. Ce choix fait, il s'est documenté auprès d'un de ses compagnons, le M. G... dont il est question, qui vécut à Madagascar. Puis, il se rappela avoir lu, il y a un an et demi, dans un journal, que sur un bateau, en route pour Hambourg, une caisse de reptiles s'ouvrit en effet, jetant la panique dans l'équipage. Dès lors le roman était créé. Enfin pour corser les choses par le sentiment d'une responsabilité personnelle, il se persuada être le médecin du bord et n'avoir pas à sa disposition de sérum antivenimeux.

Ceci fait, il devint la dupe partielle de ses propres imaginations, et, près d'un mois, il vécut au milieu de cette fantasmagorie primitivement voulue, mais qui bientôt s'imposa à lui au même titre que la réalité, lui faisant conformer ses paroles et ses actes à ses conceptions fausses, lui donnant pour un temps l'allure parfaite d'un véritable délirant.

Cet épisode, s'il fut unique en tant qu'arrivé à ce degré de développement, n'est cependant pas le seul de cette nature dans l'histoire du malade. À différentes reprises, prenant toujours pour point de départ une idée obsédante quelconque, il a ébanché d'autres conceptions délirantes aussitôt avortées. Ainsi, lors de sa première entrée ici, il a vécu pendant près d'un mois dans un état partiel de délire mobile et souvent contradictoire que l'on trouvera résumé plus loin. Tout récemment encore il nous disait être obsédé par les tramways

qui passent au voisinage de l'asile, et obsédé surtout par l'idée que ces tramways ne sont peut-être là que pour le tourmenter, les gens qu'ils transportent ne voyageant que pour le persécuter. Cela dura deux ou trois jours, puis B... abandonna cette idée, comme il en avait abandonné d'autres.

Un point encore sur lequel nous voudrions insister, parce qu'il justifie la longue digression du début, c'est le caractère particulier de ce que le malade appelle lui-même ses « obsessions ». Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles ont revêtu le caractère classique des syndromes épisodiques ; B... n'a pas toujours nettement conscience de leur nature morbide, il ne leur résiste pas et se laisse volontiers guider par elles pendant le temps souvent long où elles durent. Ce sont bien plutôt des « idées obsédantes », beaucoup plus proches des idées fixes que des obsessions proprement dites. L'histoire du malade, que nous allons donner très résumée, malgré l'intérêt qu'elle offre à elle seule, en est la preuve.

A. B... est un Israélite âgé de vingt-sept ans, dont l'héritématernelle est assez chargée.

Médiocrement intelligent, bien que doué de mémoire, incapable d'attention suivie, irrésolu, sans volonté, d'une timidité extrême, sans confiance en lui-même, il fit preuve dès l'enfance d'un égoïsme foncier doublé d'une humeur difficile, faite de passivités et de révoltes.

De bonne heure on constata chez lui une tendance à la fixité et à l'envahissement de certaines préoccupations. Ce sont là ce qu'il appelle ses « obsessions ». Vaguement conscient de la nature morbide de sa timidité et de son incapacité à agir, il est inhibé dès l'âge de douze ans par l'idée persistante que chacun se moque de lui ; de cette époque date l'habitude prise de tenir les paupières et la tête baissées et de fuir le regard de ses interlocuteurs. Dès lors aussi la question sexuelle s'impose à lui tyranniquement, mais aussi anormalement : à la vue d'une femme et surtout d'une jeune fille sa timidité redouble, accompagnée d'une émotion intense, plutôt pénible, semble-t-il, faite surtout de crainte et d'humilité.

Mais c'est principalement à partir de seize ans que son déséquilibre s'accentue. Il a des crises de larmes, des emportements subits, des accès de rire incoercibles ; il quitte tour à tour les différents emplois que sa famille lui procure, par incapacité,

par impuissance d'agir, ou à cause de ses extravagances de tenue ou de conduite. Ayant eu depuis cette époque des pertes séminales nocturnes répétées, accompagnées ou non de rêves érotiques, il est conduit par un ami, à dix-neuf ans, sur le conseil de son père, dans une maison publique. Sa timidité l'inhipe totalement. Une autre tentative du même genre, faite trois ans plus tard, échoue aussi piteusement. Alors, ébauchant déjà une psychothérapie spontanée analogue à celle que nous avons vue à l'origine de son épisode délirant, il s'entraîne à suivre dans la rue les femmes qui passent. Il le fait parce que la vue d'une femme redouble sa timidité et qu'il pense guérir celle-ci par un excès d'elle-même!

Entre temps, à l'âge de vingt ans, on lui fait suivre un traitement par la suggestion à l'état de veille : il en retire cette conviction, qu'il exprime encore aujourd'hui à certains moments, à savoir que lui aussi possède un fluide capable de lui faire diriger par un simple regard les actions de ses voisins. Et cette « obsession », comme il l'appelle encore, vient renforcer son obstination à ne pas regarder ceux qui l'approchent.

De plus en plus incapable de mener une vie normale, se rendant compte, tout au moins en partie, de ses anomalies, il ébauche quelques idées de persécution, prend pour lui les grossieretés qu'il entend dans la rue, semble même avoir à ce moment quelques hallucinations auditives et fait aux siens des scènes fréquentes. A ce moment aussi il est plein de préoccupations obsédantes diverses : peur du monde, peur de regarder par la fenêtre, crainte que les passants ne lisent ses idées dans sa tête, crainte d'être poussé au suicide, etc. On le place alors à vingt-deux ans dans une maison de santé, où il reste trois mois, et tombe amoureux d'une bonne.

Cet amour prend lui-même le caractère obsédant, il pense constamment à cette femme, les érections et les pollutions redoublent. Puis l'image de l'idéal choisi s'atténue, s'efface, mais la préoccupation amoureuse persiste. Elle se porte enfin sur une jeune fille auprès de qui il a travaillé quelque temps, et revêt tout de suite des allures anormales. C'est un mélange d'idéalisme, de fétichisme et de sadisme ébauchés.

Dans une scène de violence burlesque, hypnotisé par les bagues que porte cette jeune fille, il se précipite sur elle pour l'embrasser. Sa passion n'est pas prise au sérieux, on la traite de « loufoquerie ». Alors il menace de se tuer, exhibe ostensiblement un flacon de teinture d'iode qu'il a pris soin de vidér et qu'il fait mine d'avaler. Ayant appris que cette jeune fille est fiancée, sa passion s'exacerbe ; il pense aux moyens violents, est obsédé par l'impulsion de la faire souffrir, de se jeter sur elle, de l'étrangler, et il va prévenir un agent, parce que, dit-il,

il n'est pas responsable de ses actes. Enfin un jour il ne résiste plus à cette impulsion malfaisante, mais toujours selon sa tendance, heureuse cette fois, à ne rien faire complètement, il la frappe maladroitement d'un coup de canne, et éprouve, pour l'avoir fait souffrir, une véritable jouissance morale et physique.

Dans cet état d'extrême nervosité il est pris, le 8 mai 1909, d'une attaque convulsive hystérique, laquelle se renouvelle six jours après.

C'est alors qu'on se décide à le faire entrer une première fois à la maison de santé (15 mai 1909). Là, son attitude est étrange : il reste de longs moments assis, la tête baissée, le regard fuyant, tantôt apathique et indifférent, tantôt excité, parfois menaçant ; généralement il répond à peine aux questions posées, d'autres fois, au contraire, il est plus loquace, ressassant toujours les mêmes choses ou se lançant dans des divagations souvent modifiées. Il est toujours obsédé par sa préoccupation amoureuse : il évoque constamment l'image visuelle de cette jeune fille, il se représente des scènes lubriques où il satisfait le désir qu'il a de faire sur sa poitrine, sur ses hanches, des attouchements avec ses organes sexuels. Il s'arrêterait là d'ailleurs sans la violer ; au surplus cela n'aurait pas de conséquences, puisqu'il est irresponsable ! D'autres fois, il déclare qu'il voudrait être digne d'elle, ou bien qu'il voudrait la faire souffrir, la voir saigner, l'étrangler, par vengeance des souffrances qu'elle lui a causées.

Il se croit toujours en possession d'un pouvoir surhumain : il a pu ainsi arrêter une musique en marche, il est capable de faire pousser une plante par l'effort de sa seule volonté supérieure, etc. Ou bien il pense être un fakir de l'Inde, enfin il a l'obsession d'être une autre personnalité, une femme de préférence, dont il prend l'allure et les inflexions de voix. Et il conclut : « Tout cela c'est de l'autosuggestion, j'ai l'obsession de m'autosuggérer. »

Mais ce qui domine, ce sont les préoccupations érotiques, bientôt diffusées sur toutes les femmes, dont d'ailleurs l'écarte sa timidité inhibante. Il a des représentations mentales visuelles lascives (jeunes filles et surtout jambe bien habillée, pied bien chaussé), et la nuit toujours des érections et des pollutions, dont il se plaint avec insistance, toujours en quête de médicaments nouveaux.

Peu à peu, cet état de quasi-délire s'améliore, mais il reste douteux, irrésolu, incapable d'agir continuément et normalement, toujours bizarre dans ses attitudes stéréotypées, dans ses mouvements anguleux et incomplets.

Sorti le 23 mai 1910, il vit en liberté jusqu'au 15 décembre de la même vie inutile et désœuvrée.

Repris par des crises d'énerverment et d'emportements qu'il explique par des idées vagues de persécution, il entre à nouveau à la maison de santé, définissant ainsi lui-même sa situation : « Etat neurasthénique chronique, manque de confiance en moi-même, doute persistant, maladie du scrupule », et il désire « cette fois-ci guérir complètement et définitivement ».

Alors encore c'est le même déséquilibre psychique, la même irrésolution, la même incapacité de suivre une ligne de conduite normale, les mêmes tics, les mêmes bizarreries, et aussi les mêmes érections et pollutions nocturnes. Il accable le médecin, les infirmiers de questions oiseuses, inlassablement renouvelées, se rapportant tantôt à lui-même et à son état de santé, tantôt à l'entourage, souvent à des choses totalement insignifiantes. Il parle toujours de son pouvoir d'influence sur les autres, parfois agissant comme s'il y croyait réellement, d'autres fois déclarant que c'est une suggestion qu'il se fait à lui-même et qui l'obsède.

Puis de nouveau il s'améliore légèrement et sort le 2 avril 1912.

Il rentre le 8 juin de la même année, toujours foncièrement semblable à lui-même, mais plus stéréotypé encore dans ses tics et ses attitudes, toujours hésitant et falot, toujours préoccupé par ses idées érotiques. Depuis ce moment, il s'est peu modifié. Seules les idées érotiques ont, pour le moment, à peu près disparu, il n'a plus d'érections ni de pollutions nocturnes.

Telle était la situation quand survint l'épisode délirant relaté ci-dessus, et sur lequel nous ne reviendrons pas.

Toutefois, avant de terminer, insistons encore sur un point spécial que M. Arnaud, M. Séglas (1), et d'autres aussi, ont signalé, et qui montre bien ce qu'ont de particulier certains états obsédants susceptibles de verser dans le délire, c'est l'existence des troubles de la conscience personnelle.

Bien net lors du pseudo-délire de notre malade, ce trouble se retrouve à chaque instant dans son histoire. Si, par moments, il est capable de juger à leur exacte valeur pathologique les anomalies et les troubles qu'il présente, à d'autres il devient le jouet plus ou moins inconscient de ces troubles et de ces tendances anormales. Même il lui est arrivé de préciser nettement cette ébauche de la dissociation de sa conscience personnelle, arrivant presque jusqu'au dédoublement de lui-même.

(1) Séglas. *Leçons cliniques*, p. 137.

Il n'a pas toujours des choses extérieures une perception nette (c'est aperception qu'il veut dire), déclare-t-il, il n'est pas capable d'agir comme il le faudrait : « Il serait simple pourtant, ajoute-t-il, que je me laisse aller du bon côté, ce serait le salut, mais c'est à peu près comme si j'étais dédoublé, comme s'il y avait derrière moi un sosie, un être quelconque, un animal, ou une influence. » Et ceci devient encore une sorte d'idée obsédante qui le poursuit pendant plusieurs jours et contre laquelle il ne lutte guère. Cette influence, ce sosie, c'est, dit-il, avec plus de netteté encore, sa mentalité dédoublée, la mauvaise, qui l'empêche d'agir correctement, on lui suggère ses « obsessions », la bonne restant en lui-même, mais n'étant plus la maîtresse de sa volonté !

Nous ne voulons pas pousser plus loin l'exposé de ce cas, malgré toutes les curiosités que l'on pourrait y trouver dans une étude détaillée. Le point sur lequel nous voulions insister, c'est l'apparition de l'épisode délirant, créé de toutes pièces par auto-suggestion d'abord volontaire, dirigé pour ainsi dire par le malade lui-même, mais dont il cessa bientôt d'être maître, et qui enfin disparut progressivement ; c'est aussi la différence de ce que le malade appelle lui-même ses obsessions d'avec les états syndromiques typiques, et qui sont bien plutôt des idées obsédantes, voire même souvent de ces simples « conceptions imaginatives fixes et prévalentes », dont parle Bonhöfer.

DISCUSSION

M. DUPOUY. — Cette observation, qui rappelle par certains côtés celle que j'ai rapportée à la dernière séance, est intéressante, parce qu'elle a trait au problème des relations de l'obsession et du délire. Y a-t-il coexistence des deux syndromes, ou transformation de l'un dans l'autre ? On sait que les auteurs sont en désaccord à ce sujet.

M. ARNAUD. — On peut se demander, dans de tels cas, quelle est la valeur de la conviction délirante. Il y a une telle contradiction entre l'absurdité du délire d'origine obsédante et la conservation des facultés intellectuelles, qu'on en vient à douter de la sincérité des

malades. Ici, le malade paraît être devenu sa propre dupe : l'explication, proposée par Janet, qui attribue la conviction délirante à des moments d'éclipse mentale est à retenir.

M. TRUELLE. — Nous l'avons appelé pseudo-délirant et non délirant parce que nous ne pouvons pas ne pas être frappés des particularités de son délire. Au début, sa conviction paraissait entière ; mais ensuite, il paraissait douter de son délire en même temps qu'il affirmait y croire.

M. CAPGRAS. — Il y a quelques années, ce malade a présenté un autre syndrome qui mérite d'être noté : sous l'influence d'une obsession s'accompagnant d'une hallucination, ou tout au moins d'une représentation mentale très vive, il imaginait des rapports sexuels avec les femmes qui circulaient dans l'établissement, et finissait par se masturber.

M. TRUELLE. — Il s'agissait plutôt d'une représentation mentale très intense que d'une hallucination obsédante.

M. BRIAND. — Il semble que certains obsédés arrivent à délirer sous l'influence de leur obsession, comme d'autres, sous la même influence obsédante, passent à l'acte ; dans les deux cas, le mécanisme est comparable.

M. ARNAUD. — Les obsédés passent à l'acte, en effet, plus fréquemment qu'on ne semble l'admettre aujourd'hui. Nous avons tous observé quelques exemples d'obsessions suicides qui ont été suivies d'exécution. Quant aux obsessions homicides réalisées, il en existe des cas indiscutables, s'ils sont rares.

L'idée pathologique de divorce,

par MM. L. MARCHAND et F. USSE.

Les conceptions délirantes des aliénés sont souvent influencées par les nouvelles mesures législatives. La loi sur le divorce d'abord, le projet de loi du divorce pour cause d'aliénation mentale ensuite, n'ont pas été sans déterminer la forme du délire chez certains sujets.

Frappés par la fréquence des idées de divorce chez nos malades, nous avons réuni un certain nombre d'observations et nous avons cru intéressant de chercher à déterminer leur origine, leurs caractères cliniques et évolutifs, leurs concomitants pathologiques et psychologiques, enfin leurs conséquences pronostiques et médico-légales.

Nos recherches ont porté sur les 475 malades traitées, depuis le 1^{er} janvier 1912 jusqu'à ce jour, dans le service des femmes de la Maison nationale de Charenton. Parmi ces 475 femmes, 258 sont mariées, 7 ont divorcé bien avant leur internement. Les autres sont veuves ou célibataires. Des 258 pensionnaires en puissance de mari, il en est 15, soit 5,8 p. 100, qui présentent ou ont présenté des idées de divorce; parmi celles-ci, nous en notons 8 chez lesquelles ces idées persistent avec ténacité depuis longtemps.

Nous résumons ci-dessous celles de nos observations qui nous ont paru les plus caractéristiques. Pour limiter notre sujet, nous n'avons pas recherché, à propos des motifs autrefois invoqués pour ou contre nos malades divorcées avant leur internement, si certaines idées de divorce, admises par les tribunaux comme justifiées, n'avaient pas en réalité des caractères ou des concomitants morbides.

Nous avons éliminé également deux catégories de malades qui peuvent présenter des idées de divorce : ce sont d'une part les déséquilibrées et les débiles mentales sans délire, d'autre part les malades atteintes d'affaiblissement démentiel chez qui l'idée de divorce ne peut être que mobile et mal systématisée.

Nous n'avons étudié l'idée de divorce qu'au cours des psychoses aiguës ou au cours des affections mentales chroniques dans lesquelles le fonds mental n'est pas affaibli. Chez ces malades seules, en effet, l'idée de divorce peut présenter des caractères de stabilité et de systématisation tels qu'elle mérite d'être prise en considération.

Nous avons divisé nos observations en trois groupes : 1^o les idées de divorce se manifestant d'une façon passagère, évoluant parallèlement à des troubles mentaux transitoires ; 2^o l'idée de divorce née à l'occasion d'une

psychose passagère, survivant à cette psychose, réalisant comme un délire secondaire plus ou moins systématisé ; 3^e enfin l'idée de divorce faisant partie d'un système délirant chronique.

Premier groupe. — Au premier groupe correspondent les idées de divorce qu'on observe assez fréquemment au cours des accès maniaco-dépressifs ou confusionnels et qui disparaissent à la fin de ces accès.

OBS. I. — M^{me} D..., cinquante-quatre ans, catholique, mariée depuis trente-quatre ans, entre à la Maison de santé de Saint-Maurice, pour un accès d'excitation maniaque symptomatique d'une *psychose périodique* ayant déjà nécessité cinq internements depuis 1902. Tout en protestant de son amour pour son mari, cette malade veut s'en séparer, car il est « émotif, plein de manies, trop bête » et qu'il l'a parfois maltraitée. Mais le motif qu'elle invoque le plus souvent dans ses projets de divorce, c'est son amour du paradoxe. Elle divorcea pour aimer davantage son mari, car le mariage tue l'amour. Elle lui conseille d'épouser sa bonne et lui écrit : « Comme j'ai toujours eu un fonds d'amour pour toi, tu seras mon premier amant, et cela ne te coûtera pas cher. » Ces idées de divorce coexistent avec d'autres projets tout aussi fantaisistes. L'exaltation imaginative persiste six mois, puis se calme progressivement. Avec elle disparaissent les idées de divorce, et la malade demande à reprendre sa place auprès de son mari.

OBS. II. — M^{me} B..., âgée de vingt-huit ans, catholique, est atteinte de débilité mentale et de *confusion mentale aiguë*. Les troubles mentaux ont débuté à la suite de « peines de cœur ». Avec l'assentiment de son mari « malade et trop âgé pour elle », elle était la maîtresse d'un cousin qu'elle aimait. Délaissée par ce dernier, elle devint taciturne et parla de divorcer ; elle tenta à plusieurs reprises de fuir la maison conjugale avec sa fille. Elle présenta bientôt les symptômes de la confusion mentale. Guérie après six mois de traitement, B... nous explique la genèse de ses idées de divorce qu'elle attribue à la maladie. Mariée pour échapper à sa famille qui la rendait malheureuse, elle ne s'est pas entendue avec son mari trop âgé. Elle ne veut plus divorcer à cause de sa fille, et elle ne veut plus faire de peine à son mari.

Nous pourrions rapprocher de ces observations celles, plus rares, à notre avis, de certaines mélancoliques et de certaines psychasthéniques dont les idées d'indignité, de culpabilité, de damnation, voire même les idées

hypocondriaques entraînent parfois des idées de divorce ou coexistent avec elles.

Deuxième groupe. — Les observations de notre deuxième groupe se caractérisent par ce fait que les idées de divorce, écloses à l'occasion d'une psychose passagère, persistent après la guérison de celle-ci et réalisent une sorte de délire secondaire.

OBS. III. — M^{me} D..., âgée de cinquante ans, catholique, est atteinte depuis quatre ans de délire de grandeur et de persécution à base d'interprétations, qui aboutit à un délire hallucinatoire aigu, avec confusion mentale. D... se prétend divorcée, elle n'est plus avec son mari puisqu'elle est maintenant la femme du duc de R... Elle sort quelques mois plus tard de son état confusionnel et ne présente plus que des phénomènes d'automaticisme psychique et des interprétations délirantes. Sous l'influence de « communications » avec Dieu, son mari et le duc de R..., elle veut divorcer pour épouser ce dernier. Elle écrit dans ce but plusieurs lettres parfaitement correctes comme écriture, orthographe et style à son mari et au préfet de son département. Elle sera M^{me} la duchesse de R... dès que le gouvernement lui aura remis sa part de la succession Chauchard. Peu à peu, les idées de grandeur et de divorce s'atténuent ; la malade accueille de plus en plus aimablement les visites de son mari, elle finit par renoncer à ses projets de mariage princier et demande à rentrer chez elle. Sortie de Saint-Maurice depuis plus d'un an, M^{me} D... vit chez elle en bonne intelligence avec son mari, mais reste interprétante.

OBS. IV. — M^{me} S..., libre penseuse, quarante et un ans, a été soignée trois fois à Saint-Maurice, depuis novembre 1910, pour un accès mélancolique et deux accès maniaques symptomatiques de *psychose périodique*. Les idées de divorce ne sont apparues qu'au dernier accès maniaque. La malade nous dit alors qu'elle est ici pour fuir la tutelle de son mari, contre lequel elle intente un procès en divorce. Elle a les preuves de son infidélité. Elle va pouvoir enfin réaliser un projet depuis longtemps caressé : celui d'épouser l'ami qu'elle a toujours aimé. Dans ce but, elle écrit lettre sur lettre à divers avoués, avocats et procureurs de la République. Actuellement, l'émotivité exagérée et l'agitation désordonnée se sont atténuées, mais les idées de divorce sont aussi actives qu'à leur apparition.

OBS. V. — M^{me} D..., catholique, soixante-deux ans, a présenté depuis l'âge de trente-cinq ans, une dizaine d'accès périodiques maniaco-dépressifs. Chez cette malade, les idées de divorce ne sont apparues qu'au troisième internement. Pour justifier ses idées de divorce, M^{me} D... formule contre son mari

des griefs nombreux. Elle l'accuse d'adultère, de coups et blessures, d'injures et sévices graves tels que de l'avoir privée d'argent, séparée de ses filles, séquestrée arbitrairement. Elle ajoute que pour réagir à ces mauvais traitements, elle a dû fuir le domicile conjugal, et que, pour vivre, elle s'est donnée à divers amants. En réalité, ces fugues ont été faites à l'insu de son mari, lors des premières périodes d'excitation. Depuis sept ans, cette malade ne cesse de réclamer le divorce soit verbalement, soit par lettre, soit par des démarches auprès des hommes de loi.

Ces deux dernières malades, par la longue ténacité de leurs idées de divorce se rapprochent des malades du groupe suivant.

Troisième groupe. — Dans les observations de ce groupe, les idées de divorce sont au premier plan des phénomènes morbides et des réactions délirantes. Les deux premières observations ont trait à des persécutées réticentes dont le délire ne s'extériorise que par leurs idées de séparation ou de divorce.

Obs. VI. — M^{me} H..., catholique, trente-deux ans, est atteinte d'une psychose à la fois interprétative et hallucinatoire. L'affection mentale s'est d'abord manifestée par des idées de persécution dirigées contre un voisin qui était en procès avec son mari. Sous l'empire d'hallucinations psychiques, les idées de persécution se sont transformées en idées érotiques agréables. M^{me} H... a prétendu qu'elle était hypnotisée par son voisin. Il agissait ainsi pour l'épouser. Après l'avoir haï, elle en est venue à l'aimer ardemment. Dès lors, elle exprime ouvertement des idées de divorce, et tandis qu'elle écrit à l'aimé des lettres enflammées, elle tente un jour de tuer son mari. La psychose évolue actuellement depuis deux ans ; la malade écrit à son mari sur un ton qui montre combien ses idées de séparation restent actives.

Obs. VII. — M^{me} P..., catholique, quarante-sept ans, est atteinte, depuis plusieurs années, de délire de persécution à base d'interprétations. Ses idées de persécution sont dirigées contre son mari. À plusieurs reprises elle va se plaindre de lui à diverses personnes, en particulier à des médecins et à des hommes d'affaires, les priant d'instruire son procès en divorce. Elle fait en quelques mois deux fugues qui nécessitent son internement.

Obs. VIII. — M^{me} O..., catholique, trente-sept ans, est atteinte de débilité mentale avec idées de persécution, idées érotiques, hallucinations génitales, auditives et psycho-motrices.

Internée plusieurs fois depuis l'âge de trente-deux ans, elle entre à Saint-Maurice le 29 juin 1912. Elle présente alors des idées de divorce ; elle nous raconte que son mari lui fit mal autrefois au cours d'un rapport sexuel, depuis lors elle ne peut le voir sans ressentir la même impression douloureuse ; il agit d'ailleurs sur elle à distance.

OBS. IX. — M^{me} E..., protestante, quarante-sept ans, est atteinte de psychose à base hallucinatoire et interprétative dont le début remonterait à deux ans environ. Elle est internée à Saint-Maurice pour la troisième fois en décembre 1912. Elle prétend qu'elle est mariée à un bandit ; son mari a assassiné ses parents, a essayé de l'empoisonner. Quand il est près d'elle, il lui adresse continuellement des injures qu'elle n'ose pas répéter. Elle a tout essayé pour l'amener au remords. Ce qu'elle désire avant tout, c'est le divorce. Dès qu'on instruira son instance en divorce, son mari ne pourra plus la menacer. Sa religion lui interdisant toute réaction violente contre ses ennemis, la malade s'en remet à nous du soin de la défendre et ne sortira pas de la maison de santé avant d'être divorcée. D'après les renseignements récents du médecin de sa famille, il y a tout lieu d'admettre que M^{me} E... aurait cherché à empoisonner son mari quelques jours avant son dernier internement.

Telles sont les observations les plus caractéristiques que nous avons réunies. Il semble que l'approche de la ménopause ne soit pas sans influence sur l'apparition de ces idées qui surviennent surtout chez des sujets âgés de quarante à cinquante ans. Le temps écoulé entre le mariage et l'apparition de ces troubles mentaux a toujours été important. Il a été respectivement dans nos cas de trente-quatre ans, dix ans, vingt-neuf ans, vingt et un ans, vingt-cinq ans, dix ans, vingt ans, quinze ans, douze ans. La plupart de nos malades, avant le début de leur psychose, avaient montré pour leur mari des sentiments d'amitié tels que rien ne faisait prévoir l'apparition des idées de divorce.

On peut dire que ces idées sont susceptibles de naître au cours d'une psychose quelconque ; toutefois elles semblent éclore avec une prédisposition particulière à l'occasion des états d'excitation maniaque et dans les délires chroniques de persécution. Dans ces derniers cas, elles sont généralement au premier plan des troubles mentaux et se montrent particulièrement tenaces.

Nous avons vu les idées de divorce coexister avec

toutes les autres variétés d'idées délirantes ; cependant les interprétations et les idées de persécution d'une part, les hallucinations génitales et les préoccupations érotiques, d'autre part, sont les principaux et les plus fréquents de leurs concomitants pathologiques. Il est, par contre, assez paradoxal de ne trouver que rarement à côté d'elles des idées de jalouse.

Les idées de divorce tirent leur caractère délirant de l'étrangeté et de l'insuffisance des motifs sur lesquels elles s'appuient, de la bizarrerie des réactions qu'elles provoquent. Si parfois les griefs invoqués semblent avoir quelque fondement objectif, ils résultent le plus souvent d'illusions et d'interprétations actuelles ou rétrospectives ou même de créations imaginatives délirantes.

Les principales réactions qu'elles ont déterminées chez nos malades sont tantôt des fugues ou tentatives de fugues du domicile conjugal, tantôt des réclamations et plaintes continues orales ou écrites, des menaces de procès, des injures à l'adresse du « conjoint ». Nous avons noté deux fois des tentatives d'adultèr, ainsi que des réactions motrices violentes contre le mari.

Il existe donc un certain nombre de malades qui expriment spontanément le désir de divorcer en dépit des lois actuelles et des intentions bienveillantes de leur conjoint ; chez elles ce désir irréalisable persiste parfois indéfiniment, les rendant aigries et hostiles. L'idée de divorce constitue l'une des manifestations les plus indiscutables de l'absence de « communauté mentale » avec le conjoint. C'est surtout à propos des idées de divorce qui font partie d'un délire chronique, qui sont par suite incurables, qu'il est difficile de ne pas admettre le divorce pour cause d'aliénation mentale. Non pas que l'on doive accorder une grande importance au désir du conjoint aliéné, mais il nous semble inutile et injuste de forcer le conjoint sain à se sacrifier pour un époux incapable d'en ressentir le moindre réconfort physique ou moral. En réalité, comme on le voit dans plusieurs cas rapportés à la Société (Ritti, Regis), et comme en font foi les observations de certaines de nos malades divorcées avant leur internement, les magistrats, sous le convert de motifs légaux, ont plusieurs fois accordé le

divorce pour des raisons véritables qui sont au fond analogues à celles que nous rapportons. Bien plus, le divorce peut être une solution bienfaisante, une sorte de satisfaction morale pour l'aliéné lui-même. Une de nos malades, suffisamment améliorée pour vivre en liberté, refuse de quitter la maison de santé avant d'être délivrée par le divorce de la tutelle de son mari.

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 21 avril 1913.

I. — *Intoxication par l'oxyde de carbone. Présentation de malade.* — M. Truelle montre un malade ayant déjà été présenté le 17 février dernier par MM. Briand et Salomon, lequel, à la suite d'une intoxication grave accidentelle par l'oxyde de carbone, a manifesté, après quelques jours, un état de torpeur cérébrale rapidement progressif et ayant abouti à un syndrome démentiel avec amnésie totale et gâtisme.

Aujourd'hui (trois mois et demi après l'accident) le malade est très amélioré et garde seulement une amnésie localisée rétro-antérograde à limites vagues. La torpeur cérébrale a disparu, le gâtisme et les troubles réflexes aussi. Le Dr Truelle rappelle à cette occasion la théorie du professeur Chauffard qui explique la pathogénie de ces accidents consécutifs, souvent retardés, à évolution variable, par l'existence d'une encéphalomyélite toxique secondaire, conditionnée elle-même par une hépatotoxicité par lésion de la cellule hépatique.

II. — *La première victime des bombes asphyxiantes. Présentation de malade.* — M. Marcel Briand, après avoir fait remarquer que « victime » est une expression un peu exagérée et qu'il conviendrait mieux de qualifier les bombes asphyxiantes de *projectiles suffocants*, montre un malade dangereux dont la capture a été facilitée par ces engins.

Dans cette présentation, faite à un point de vue surtout documentaire, le médecin de l'admission rappelle les conditions dans lesquelles ce malade, en proie à un délire hallucinatoire des plus intenses, tira, pendant plusieurs heures, des coups de revolver sur les personnes qui l'approchaient.

La projection du liquide suffocant provoqua aussitôt un lar-

moiement intense, obligeant le malade à tenir les yeux clos, un écoulement nasal peu abondant ; il éprouva une sensation telle de suffocation qu'il n'eut plus qu'un désir, se diriger vers une fenêtre pour respirer. En quelques secondes l'air du réduit où il s'était barricadé, son revolver à la main, était devenu à la fois suffocant et irrespirable.

L'examen des yeux fait par le Dr Cantonnet fut à tous points de vue négatif. Jamais il n'a été constaté de lésion de bronchite, même légère, ni la moindre irritation de la muqueuse nasale. Si tel est toujours l'effet des projectiles, qualifiés trop généreusement de « bombes asphyxiantes », les aliénés dangereux n'auront après guérison qu'à se louer d'un procédé de capture, au fond inoffensif, lequel a pour but de les mettre dans l'impossibilité de se livrer à des actes dangereux. Désormais on n'aura plus de raisons de tirer sur un aliéné — comme cela s'est déjà vu — pour s'en emparer.

III. — *Récidive d'un accès maniaque au bout de vingt-cinq ans. Présentation de malade.* — M. Leroy présente une malade de quarante-sept ans avec lourde héritédo-morbide, qui fait à dix-neuf ans un premier accès de manie ayant duré quatre mois. Cette femme mène une vie normale pendant plus de vingt ans, gagne sa vie, élève son enfant, puis, vers quarante ans, devient instable, violente, fait des excès alcooliques. À quarante-cinq ans, éclosion d'un deuxième accès de manie avec idées de grandeur comparable au premier accès. Il est accompagné de quelques idées délirantes avec troubles de la cénesthésie, hallucinations auditives et psycho-motrices. Ce deuxième accès persiste depuis deux ans sans aucune tendance jusqu'ici à l'amélioration. Cette récidive si éloignée est intéressante ; elle se rapproche du cas donné par M. Dupouy à la Société médico-psychologique.

IV. — *Amaurose, tabes et troubles mentaux. Présentation de malade.* — MM. Marcel Briand et Vinchon font observer que les cas d'amauroses tabétiques avec troubles mentaux sont assez fréquents dans la littérature. Mais le cas actuel présente un intérêt particulier : à côté des paralytiques généraux et des simples délirants, on note parfois des ensembles symptomatiques atypiques où, sur un fond d'affaiblissement intellectuel, évoluent des idées de négation et de persécution plus ou moins frustes. La conscience de la personnalité peut rester intacte. Les auteurs demandent à la Société si ces cas correspondent aux lésions de méningite basale décrite par MM. le professeur Pierre Marie et Léri.

V. — Epilepsie larvée et démence. Présentation de malade.

— MM. Maurice Ducosté et Duclos présentent un épileptique larvé qui, sujet depuis l'adolescence à des fugues nocturnes amnésiques, à des fugues et à des impulsions caractéristiques, finit par montrer, au cours d'un état infectieux, et après vingt années d'internement, des crises convulsives nettement comitiales.

Le point sur lequel ils insistent est le développement rapide — dès l'adolescence — d'une démence profonde et à caractère épileptique chez ce malade qui a attendu si longtemps avant de devenir un convulsif.

Il semble en résulter que les équivalents épileptiques peuvent s'accompagner de démence au même titre que les grandes attaques ou les vertiges. Autrement dit, que la démence peut faire suite à l'épilepsie larvée.

VI. — Impulsions érotiques chez deux saturnins considérés à tort comme exhibitionnistes. Présentation de malade par MM. Briand et Salomon. — On qualifie souvent faussement d'exhibitionnistes des individus ayant commis certains attentats à la pudeur, alors que, ne rentrant pas dans le tableau si magistralement tracé par Lasègue, ils n'ont aucun droit à cette étiquette. Ce sont des impulsifs, plus impulsifs que pervers. De simples masturbateurs qui n'ont nullement l'intention de s'exhiber, mais qui se cachent insuffisamment dans un urinoir ou autre lieu. Tels sont les deux malades que présentent les auteurs. Ils offrent en outre ceci d'intéressant que tous deux sont des saturnins, et il semble bien que leur intoxication saturnine, à laquelle s'ajoute un appoint alcoolique, n'est pas étrangère à leurs obsessions érotiques. Enfin, ces malades rappellent beaucoup ces individus qualifiés par l'un des auteurs de « chauves-souris » qui, à la prison, invoquent leur irresponsabilité et, à l'asile, demandent des juges.

VII. — Sclérose latérale amyotrophique post-traumatique et troubles mentaux. Présentation de préparations histologiques. — MM. Marchand et Dupouy montrent une malade âgée de quarante-quatre ans atteinte de dépression mélancolique. Au cours d'une tentative de suicide, elle se fait une luxation de l'épaule droite, une fracture sus-malléolaire de la jambe gauche et une entorse du pied droit. Les mois suivants, l'état mental continue à revêtir une forme mélancolique, mais se complique d'affaiblissement intellectuel consistant surtout en une dysmnésie progressive. De plus, apparaissent les symptômes de la sclérose

latérale amyotrophique. Les membres inférieurs sont atteints les premiers. L'affection reste toutefois prédominante du côté gauche. A la période terminale, la parésie spasmodique du bras gauche se transforme en une paralysie complète. L'examen histologique confirme le diagnostic; les lésions dégénératives médullaires ne portent que sur les faisceaux pyramidaux latéraux. Atrophie considérable des cellules pyramidales. Les auteurs admettent que ces lésions se sont traduites d'abord par des troubles mentaux et, plus tard, sous l'influence du traumatisme, ont entraîné la dégénérescence des faisceaux pyramidaux.

VIII. — *Spirochètes et paralysie générale. Présentation de préparations histologiques.* — MM. A. Marie, Levaditi et Bau-chowski apportent trois séries de préparations de cerveaux de paralytiques généraux avec des spirochètes nombreux. Dans deux cas, la méthode employée fut le frottis de substance corticale avec coloration par le procédé de Fontana-Tribondeau modifié. Trois cas sur trente ont été positifs, c'est à peu près la même proportion trouvée par Noguchi et Moore, Minea et Marinesco.

BIBLIOGRAPHIE

Encéphalite sous-corticale chronique. Un cas de psychose d'origine artérioscléreuse; par le Dr Ch. Ladame, privat-docent à l'Université de Genève. Broch. in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, juillet 1912.

A propos d'une observation personnelle, M. Ladame fait une intéressante revue générale sur la psychose artérioscléreuse. Cette affection a été décrite d'abord par Klippel, en 1891, sous le nom de pseudo-paralysie générale arthritique, puis par Alzheimer et Binswanger, qui l'ont appelée démence artérioscléreuse.

Les signes physiques sont ceux de l'artériosclérose généralisée : athérome vasculaire, myocardite, hypertension, paresse des trois réflexes pupillaires. Les lésions encéphaliques se manifestent par de l'insomnie, des maux de tête, des vertiges, des attaques apoplectiformes. Au point vue mental, l'intégrité du moi avec conscience de la maladie reste longtemps intacte, de même sont relativement conservées l'apparence extérieure et la tenue. L'activité cérébrale est ralentie, difficile, les désordres psychiques sont transitoires et parcellaires. Les troubles de l'émotivité et de l'affectivité consistent en irritabilité, égoïsme excessif, état mélancolique avec crises anxieuses. Les hallucinations et les délires sont rares.

La maladie évolue par à-coups ; rapidement, dans la sclérose généralisée des vaisseaux de petit calibre ; plus lentement, dans les formes à gros foyers. Au point de vue anatomique, l'artériosclérose cérébrale peut produire de grosses lésions localisées — dont les symptômes sont classiques — et de petits foyers généralisés, qui provoquent le syndrome ci-dessus décrit. Dans cette seconde forme, les lésions sont tantôt corticales, tantôt sous-corticales, le plus souvent mixtes. Histologiquement, la lésion primordiale est vasculaire : il y a dégénérescence hyaline de la paroi avec diminution de la lumière du vaisseau, parfois les parois affaiblies céderont à la pression sanguine et forment des anévrismes miliaires. L'altération du vaisseau provoque des

troubles plus ou moins accentués dans le territoire qu'il irrigue, depuis la simple anémie par mauvaise circulation jusqu'au foyer de nécrose.

Frappé par les analogies étiologiques, cliniques et anatomiques entre la psychose artérioscléreuse d'une part et la mélancolie anxieuse, la sénilité précoce, la presbyophrénie, l'épilepsie tardive et la psychose de Korsakow d'autre part, M. Ladame se demande si tous ces syndromes ne résultent pas de l'artériosclérose cérébrale, dont les localisations différentes expliqueraient le polymorphisme clinique.

P. GUIRAUD.

Un cas de psychose aiguë; par le Dr Ch. Ladame, privat-docent de l'Université de Genève. Broch. in-8°. Extrait de *Revue suisse de médecine*, octobre 1911.

Il s'agit d'un cas de psychose aiguë, dont l'interprétation nosologique présente quelques difficultés. Un enfant de treize ans, avec stigmates physiques de dégénérescence, sans hérité tuberculeuse ou syphilitique, présente, quinze jours après un traumatisme crânien, le tableau clinique d'une méningite sub-aiguë : demi-coma, rigidité pupillaire, carphologie, mâchonnement, ptosis, nystagmus, tendance à la contracture, agitation motrice.

A l'autopsie, le cerveau est énorme, cependant ses vaisseaux ont un calibre exigu, insuffisant pour une irrigation normale de l'organe. Histologiquement, on observe de la leptoméningite subaiguë, de l'encéphalite diffuse avec œdème, hémorragies capillaires, dégénérescence et métachromasie des cellules pyramidales (surtout dans les lobes temporaux), prolifération névroglique. Il y a accumulation de lymphocytes dans les gaines lymphatiques périvasculaires.

L'auteur discute le diagnostic. L'étude microscopique des lésions lui permet d'éliminer la méningite tuberculeuse ; l'absence d'antécédents et l'allure clinique lui font écarter l'idée d'une paralysie générale juvénile. Pour lui, le traumatisme agissant sur un cerveau mal irrigué a été la cause des lésions. La métachromasie des cellules pyramidales temporales indiquerait une altération du chimisme provoquée par le contre-coup du choc occipital.

P. GUIRAUD.

La réaction de Wassermann, sa valeur dans le diagnostic et le traitement de la syphilis; par le Dr Leredde, 1 broch. in-8°, Paris, 1912.

Exposé succinct et clair des bases scientifiques de la réaction de Wassermann, dérivée des recherches de Bordet et Gengou sur le complément et la sensibilisatrice des sérum. Technique de la réaction, suivant le procédé initial et classique de Wassermann et avec les modifications que certains auteurs ont cru devoir y apporter (Bauer, Hecht, M. Stern, Tschernogoubow, Noguchi). Enfin, applications cliniques et thérapeutiques de la réaction, son importance dans le diagnostic et le traitement des affections syphilitiques.

ROGER DUPOUY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

WALTER CHANNING. The argument for the large state insane hospital. 8 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, août 1912.

— The state psychopathic hospital in Boston. 7 pages in-8°. Extrait de *The Journal of nervous and mental Disease*, novembre 1912.

HAVELOCK ELLIS. Etudes de psychologie sexuelle. Tome IV. La sélection sexuelle chez l'homme : Toucher, odorat, ouïe, vision. Traduction française par A. Van Gennep. 1 vol. in-8° de 413 pages. Paris, *Mercure de France*, 1912.

BRESLER. Zur Geschichte der Anwendung von prolongierte und Dauerbädern bei Geisteskrankheiten. 1 feuille in-4°. Extrait de la *Psychiatrische-neurologische Wochenschrift*, XIV. Jahrgang, n° 38.

LAGRIFFE. Présentation d'une trousse neuro-psychiatrique. 4 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, octobre-novembre 1912.

MAURICE DIDE. Les idéalistes passionnés. 1 vol. in-16 de 176 pages de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1912.

JOSÉ INGENIEROS. Principios de Psicología biológica. 1 vol. in-8° de 476 pages de la Biblioteca científico-filosófica. Madrid, Daniel Jaro, 1913.

The one hundred and fifteenth annual report of the board of managers of the Spring Grove state hospital, near Catonsville,

Baltimore County. November 1912, 43 pages in-8° avec planches. Baltimore, Press of James Young, 1912.

LAGRIFFE. La Psychologie d'Auguste Strindberg (1849-1912). 20 pages in-8°. Extrait du *Journal de Psychologie normale et pathologique*, numéro de novembre-décembre 1912.

Sixty-second annual report of the state lunatic hospital at Harrisburg, Penna., for the year ending May, 31, 1912. 64 pages, in-8°. Harrisburg, Pa, 1912.

G. VON BUNGE. Las fuentes de la degeneracion. Conferencia realizada el 18 de febrero de 1910 en el circulo obrero de Bâle. Traduction en espagnol, par Victor Delfino. 31 pages, in-18°. Extrait de *La Semana médica*, de Buenos-Aires, 1912, n° 30.

JEAN VINCHON. « L'Hospice des fols incurables » de Thomas Garzoni. 12 pages, in-8°. Extrait de la *Revue de Psychiatrie*, novembre 1912.

L. VERNON BRIGGS. Three months without and three months with a social service worker in the mental clinic at the Boston dispensary. 12 pages, in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, numéro d'octobre 1912.

A. LACASSAGNE. La mort de Jean-Jacques-Rousseau. 57 pages, in-8°. Lyon, A. Rey, imprimeur, 1913.

F.-L. WELLS. Fatigue. 7 pages, in-8°. Extrait de *Psychological Bulletin*, 15 novembre 1912.

— The Association experiment. 4 pages, in-8°. Extrait de *Psychological Bulletin*, 15 novembre 1912.

— Practise and the Work-Curve. 17 pages, in-8°. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, janvier 1913.

A. CULLERRE. Un cas de paralysie générale au XVIII^e siècle, 7 pages, in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de décembre 1912.

RENÉ BESSIÈRE. Paranoïa et psychose périodique. Essai historique, clinique, nosographique, médico-légal. 165 pages, in-8°. Paris, Alfred Leclerc, 1913.

B. LARROQUE. Pratique chirurgicale en psychiatrie. 33 pages, in-18°. Extrait de l'*Argentina medica*, 23 novembre 1912.

Twenty-second annual report of the Rochester State hospital at Rochester, N. Y., to the State hospital Commission, for the year ending September, 30, 1912, 25 pages, in-8°, avec planches. Albany, J.-B. Lyon, Compagny, printers, 1912.

A. RÉMOND (DE METZ) et C. SOULA. Faust et Saint-Sébastien, 16 pages, in-8°. Extrait du *Mercure de France*, février 1913.

L. DANEO et M. FERRARI. Di alcune ricerche emo-citologiche e fisico-chimiche in scorbutici alienati. 14 pages in-8°. Extrait de *Rassegna di studi psichiatrici*, 1913, n° 1.

LUIGI DANEO. Sulla epidemia colerica nel manicomio di

Quarto al Mare. 11 pages, in-8°. Extrait des *Note e Riviste di psichiatria*, 1912, n° 1.

— Sulle alterazioni del fondo dell'occhio in alcune malattie mentali. 18 pages, in-8°. Extrait des *Note e Riviste di psichiatria*, 1912, n° 2.

— Un caso di paralisi generale giovanile atipica. Contributo clinico, anatomo e isto-patologico. 16 pages, in-8°, avec planche. Extrait des *Note e Riviste di psichiatria*, 1912, n° 3.

Reports of the Trustees and Superintendent of the Butler hospital presented to the corporation at its sixty-ninth annual meeting. January 22, 1913, Providence, R. I. 58 pages, in-8°, avec planches. Providence, Snow et Farnham Co., 1913.

LUCIEN LAGRIFFE. Le bilan de quatre-vingts ans de l'alcoolisme en Bretagne. 7 pages, in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, numéro du 15 février.

PAUL-Louis LADAME. Névroses et sexualité. 45 pages, in-8°. Extrait de *l'Encéphale*, numéro de janvier 1913.

GEORGE H. SAVAGE. The presidential address. Delivered at the opening meeting of the section of Psychiatry of the Royal Society of medicine, on october, 22 nd, 1912, 14 pages, in-8°. Extrait du *Journal of mental science*, janvier 1913.

Ninety-ninth annual report of the Trustees of the Massachusetts general hospital, 1912, 1 vol. in-8°, de 324 pages, avec planches. Cambridge, the University Press, 1913.

FREDERIC LYMAN WELLS. The advancement of psychological medicine. 10 pages, in-8°. Extrait de *Popular science Monthly*, janvier 1913.

GEORGES PETIT. Essai sur une variété de pseudo-hallucinations. Les autoreprésentations aperceptives. 184 pages, in-8°. Bordeaux. Imprimerie Y. Cadoret, 1913.

PAUL STRAUSS. Rapport présenté au Sénat au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la Chambre des Députés, relative au régime des aliénés. 1 vol. in-4°, de 411 pages. Paris. Imprimerie du Sénat, 1913.

G. GENIL-PERRIN. Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. 1 vol. in-8°, de 280 pages. Paris, Alfred Leclerc, 1913.

L. LAGRIFFE. La peur dans l'œuvre de Maupassant. 13 pages, in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, 15 mars 1913.

WAHL. Les débuts de l'Assistance aux enfants anormaux. 8 pages, in-8°, de la *Bibliothèque historique de la « France médicale »*. Paris, Honoré Champion, 1913.

ASSOCIATION MUTUELLE
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 28 avril 1913.

Présidence de M. CULLERRE, Président.

L'Assemblée s'est tenue à 15 heures, 12, rue de Seine.

Se sont fait excuser : MM. Antheaume, Bussard, Chaslin, Dromard, Faucher, Garnier, Lachaux, Meilhon, Picard, Rodiet, Védie, Vignaud.

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 un de nos membres sociétaires : M. le Dr Croustel, médecin-directeur de l'Asile de Lesvellec. Ce confrère distingué a été emporté le 28 février dernier, à peine âgé de quarante-cinq ans, par une terrible maladie qui, en huit mois de temps, a eu raison de sa robuste constitution. Il a supporté ses souffrances avec un courage stoïque, ne se faisant aucune illusion sur le mal qui le minait, mais uniquement préoccupé de calmer les angoisses de sa famille éploreade.

Breton d'origine, il avait commencé ses études médicales à l'Ecole de Médecine de Rennes, où il fut interne des hôpitaux et prosecteur. Attiré vers notre spécialité, il se rendit à Paris et devint interne des Asiles de la Seine. Il fut successivement l'élève des Drs Briand, Kéraval, P. Garnier et Joffroy et, en 1893, il était reçu docteur en médecine avec une thèse remarquable faite sous l'inspiration du Dr Kéraval, sur la vision colorée et la perte de la sensibilité chromatique dans les maladies mentales. Reçu au concours de l'adjuvant en 1894, il occupe successivement les postes de la Rochelle, Rennes et Quimper ; enfin, il était nommé médecin-directeur à Lesvellec en 1905. Excellent administrateur, il fit de nombreuses améliorations dans son asile, ce qui ne l'empêchait pas d'être en

même temps un médecin de valeur parfaitement au courant de toutes les questions intéressant notre art.

L'Académie de Médecine lui avait accordé une mention très honorable pour un important mémoire sur « le rôle de l'alcool en pathologie mentale »; enfin, il jouissait dans la région bretonne d'une juste notoriété comme médecin expert.

Le souvenir de toutes ces qualités restera gravé dans notre mémoire, et nous adressons à sa veuve l'expression de nos profondes condoléances.

L'année dernière, à pareille époque, notre association comptait:

Membres à vie.	1
Membres fondateurs.	38
Membres sociétaires.	177
Total.	216

Elle compte aujourd'hui :

Membres à vie.	1
Membres fondateurs.	37
Membres sociétaires.	185
Total.	223

Les nouveaux sociétaires sont : MM. les D^{rs} Courjon, Depoux, Ducosté, Dupin, Gassiot, Genil-Perrin, Lévy-Valensi, Libert, Mallet, Prince et Rougean, auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue en votre nom à tous.

Nous avons reçu la démission des D^{rs} Bourdin et Pilleyre.

Le Conseil général de la Seine a bien voulu voter une subvention annuelle de 500 francs en faveur de notre œuvre; cette marque de sympathie nous touche profondément.

Les asiles souscripteurs sont au nombre de 32, avec les souscriptions suivantes :

Aix (Bouches-du-Rhône).	Fr. 50
Alençon (Orne).	50
Auch (Gers).	100
Auxerre (Yonne).	100
Bailleul (Nord).	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

Dury-les-Amiens (Somme). . . . Fr.	100
Evreux (Eure)	100
La Roche-Gandon (Mayenne)	100
Lesvellec (Morbihan)	100
Maréville (Meurthe-et-Moselle)	100
Montpellier (Hérault)	100
Naugeat (Haute-Vienne)	100
Pau (Basses-Pyrénées)	100
Prémontre (Aisne)	100
Quatre-Mares (Seine-Inférieure)	100
Quimper (Finistère)	100
Saint-Alban (Lozère)	25
Saint-Dizier (Haute-Marne)	100
Saint-Lizier (Ariège)	50
Saint-Ylie (Jura)	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 Dr Levassort, qui a bien voulu se charger de l'examen des comptes, et à notre trésorier M. le Dr Dupain.

M. LEVASSORT a vérifié les comptes et les a trouvés exacts ; il propose de les approuver et de voter des félicitations au trésorier. (*Adopté.*)

M. DUPAIN. Voici, messieurs, quel est le bilan de notre association :

Les recettes de l'année 1912 comprennent :

1° Les cotisations recueillies pendant l'année.	2.660 »
2° Les souscriptions des asiles.	2.648 70
3° La subvention ministérielle.	1.000 »
	<hr/>
	6.308 70

Il convient d'ajouter à ces recettes :

1° Les revenus de l'année des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier	5.831 70
2° Le montant de 4 obligations des chemins de fer du Midi 3 p. 100 anciennes amorties en juillet 1911	1.968 70
3° Le reliquat du compte courant du Crédit foncier au décembre 1911.	7.670 79
4° L'encaisse du trésorier au 31 décembre 1911	513 22
Total des recettes.	<hr/> <u>22.293 11</u>

Les dépenses de l'année 1912 comprennent :

1 ^o Les secours distribués.	Fr.	9.000
2 ^o Les frais d'administration.		215 35
		<u>9.215 35</u>

Il convient d'ajouter à ces dépenses les achats des valeurs ci-après :

1 ^o Six obligations des chemins de fer du Midi 3 p. 100 anciennes.	2.478 60
2 ^o Quatre obligations des chemins de fer P.-L.-M. anciennes.	1.661 10
3 ^o Huit obligations des chemins de fer Est-Algérien	3.196 50
	<u>7.336 20</u>
Total des dépenses.	16.551 55

Balance :

Les recettes s'élevant à.	Fr.	22.293 11
Les dépenses s'élevant à.		<u>16.551 55</u>
Il résulte un excédent de recettes de		5.741 56

Représenté par le solde en compte courant au Crédit Foncier le 31 décembre 1912 et les espèces en caisse du trésorier à cette même date.

MOUVEMENT DES TITRES.

Ainsi qu'on vient de le voir dans le comptes des recettes et des dépenses qui précède, quatre obligations des chemins de fer du Midi 3 p. 100 anciennes ont été amorties, et il a été acheté :

1^o Six obligations des chemins de fer du Midi 3 p. 100 anciennes ;

2^o Quatre obligations des chemins de fer du P.-L.-M., 3 p. 100 anciennes ;

3^o Huit obligations des chemins de fer de l'Est-Algérien 3 p. 100.

En résumé, l'avoir de la Société a été augmenté dans l'année 1912 de quatorze obligations de chemins de fer, en sorte que, au 1^{er} janvier 1913, la fortune totale se trouvait composée ainsi qu'il suit :

1^o 4.000 francs de rentes 3 p. 100 Etat-Français ;

- 2^e Cinquante-deux obligations des chemins de fer du Midi 3 p. 100 anciennes ;
 3^e Quarante obligations des chemins de P.-L.-M. 3 p. 100 anciennes ;
 4^e Trente obligations des chemins de fer P.-L.-M. 3 p. 100 nouvelles ;
 5^e Vingt obligations des chemins de fer Est-Algérien 3 p. 100, plus le solde en compte courant au Crédit Foncier (5.396 fr. 56) et l'encaisse en deniers du trésorier (356 fr. 57).

BUDGET DE 1913

Recettes.

Les prévisions du budget des recettes pour l'année 1913 sont les suivantes :

1 ^e Cotisations	Fr.	2.700
2 ^e Souscriptions d'asiles		2.500
3 ^e La subvention ministérielle		1.000
4 ^e La subvention du Conseil général de la Seine		500
5 ^e Les revenus des rentes et titres déposés au Crédit Foncier		6.000
		<hr/>
		12.700
		<hr/>

Dépenses.

Les prévisions du budget des dépenses pour 1913 sont les suivantes :

1 ^e Secours à distribuer	Fr.	9.700
2 ^e Frais d'administration		300
		<hr/>
		10.000
		<hr/>

En résumé :

Prévision des recettes	12.700
— — dépenses	10.000
Excédent de recettes	2.700

M. Rayneau. L'exposé que vous venez d'entendre nous démontre que notre situation est satisfaisante. Nous vous proposons de continuer le secours de 300 francs que nous accordons à la veuve d'un ancien interne. (*Adopté.*)

Si les nombreuses démarches que notre dévoué trésorier a faites pour nous faire entrer en possession du legs de 1.500 fr. que nous a fait M^{me} veuve Jourmond en 1910, n'ont pas encore abouti, elles ont eu toutefois pour résultat de nous faire rappeler par le ministère que nous n'étions pas en règle avec la loi de 1901 sur les associations. En conséquence, nous avons dû modifier nos statuts en nous inspirant d'un modèle qui nous a été fourni par le ministère de l'Intérieur. Vous avez tous reçu un exemplaire de la rédaction nouvelle qui a été adoptée par votre Conseil et nous vous demandons de vouloir bien lui résERVER votre approbation.

M. le Président met aux voix les nouveaux statuts après que M. Rayneau en a donné lecture. (*Adopté.*)

Il est ensuite procédé au renouvellement des membres du Conseil en remplacement de MM. Antheaume, Charon, Lallemand, Vallon, membres sortants et rééligibles, et Dupré, qui ne se représente pas.

Sont élus : MM. Antheaume, Charon, Delmas, Lallemand et Vallon.

Le Conseil se trouve ainsi composé : 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 ;

MM. Antheaume, Charon, Delmas, Lallemand et Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1916.

La séance est levée à 16 heures.

A la suite de l'Assemblée générale, le Conseil se réunit, conformément à l'article 11 des statuts, pour désigner les membres du bureau.

M. Rayneau prie le Conseil de vouloir bien le relever de ses fonctions de secrétaire en raison de la besogne écrasante que lui donne en ce moment la mise en train du nouvel asile du Loiret. Le Conseil accepte sa démission de secrétaire et lui vote des remerciements pour le zèle avec lequel il s'est acquitté de la tâche qui lui était confiée.

Sont élus :

Président : M. CULLERRE.

Vice-président : M. SEMELAIGNE.

Secrétaire : M. DELMAS.

Trésorier : M. DUPAIN.

LISTE DES MEMBRES

Membre à vie : 1.

M. Chaslin.

Membres fondateurs : 37.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Dheur.	Meuriot.
Arnaud.	Duhamel.	Parant.
Babinski.	Dupain.	Péon.
Ballet (G.).	Dupré.	Petrucci.
Biaute.	Gallopain.	Pierret.
Boudrie.	Girma.	Rayneau.
Briand.	Homéry.	Régis.
Charon.	Lalanne (Y.).	Ritti.
Chaussinand.	Lallemand.	Semelaigne (René).
Conso.	Legras.	Vallon.
Cortyl (Germain).	Mabille.	Vigouroux.
Cullerre.	Magnan.	Voisin (Jules).
Dagonet.		

Membres sociétaires : 185.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloïse).	Boidard.	Carrier (G.).
Ameline.	Boissier.	Carrier (H.).
Anglade.	Boiteux.	Castin.
Archambault (Paul).	Bonnet.	Chardon.
Arsimoles.	Boubila.	Charpenel.
Aubry.	Bour.	Charpentier (René).
Audy.	Briche.	Charuel.
Barbé.	Broquère.	Chaumier.
Baruk.	Brunet.	Chevalier - Lavaure.
Bécue.	Burle.	Chèze.
Bellat.	Bussard.	Chocreaux.
Belletrud.	Buvat.	Clément.
Benon.	Calmettes.	Clérambault (de).
Bertoye.	Camus (Paul).	Colin.
Bessière.	Capgras.	Collet.

MM.	MM.	MM.
Collin (A.).	Journiac.	Perrens.
Condomine.	Juquelier.	Pezet.
Coreket.	Kahn (Pierre).	Picard.
Cornu.	Lachaux.	Pichenot.
Cossa.	Lafaye.	Picqué.
Coulonjou.	Lagriffe.	Planat.
Courbon.	Laignel-Lavastine.	Pochon.
Courjon.	Lalanne (A.).	Porot.
Daday.	Larrivé.	Pottier.
Dalmas.	Latapie.	Prince.
Damaye.	Latreille.	Privat de Fortunié.
Danjean.	Legrain.	Raffegau.
Delmas.	Lépine (Jean).	Ramadier.
Deny.	Leroy.	Raviart.
Depoux.	Levassort.	Riche (André).
Dericq.	Levet.	Ricoux.
Deswarthe.	Loup.	Rist.
Devaux.	Lévy-Valensi.	Robert.
Devoy.	Libert.	Rodiet.
Dodero.	Lwoff.	Rogues de Fursac.
Dromard.	Maillard.	Roubinovitch.
Dubois.	Mairet.	Rougé (Calixte).
Dubourdieu.	Malfilâtre.	Rougean.
Dubuisson.	Mallet.	Rousset.
Ducos.	Marchand.	Salin.
Ducosté.	Marie.	Santenoise.
Dupin.	Martineng.	Séglas.
Dupouy.	Maupaté.	Sérieux.
Euzière.	Meilhon.	Simon.
Faucher.	Mercier	Sizaret.
Fenayrou.	Mézie.	Slizewicz.
Fillassier.	Mignard.	Sollier.
Garnier (Samuel).	Monestier.	Suttel.
Gassiot.	Nageotte.	Taty.
Genil Perrin.	Nicouleau.	Terrade.
Gilson.	Nolé.	Thibaud.
Gimbal.	Nouët.	Thivet.
Giret.	Olivier.	Tissot.
Guiraud.	Ollivier.	Toulouse.
Guyot (Aug.).	Pactet.	Toy.
Halberstadt.	Page.	Trenel.
Hamel.	Pain.	Trepsat.
Hannard.	Papillon.	Truelle.
Hugonin.	Paris.	Védie (Henri).
Jacquin.	Pelissier.	Vernet.

DES MÉDECINS ALIÉNISTES

629

MM.	MM.	MM.
Viallon.	Vieux-Pernon.	Vurpas.
Viel.	Vignaud.	

RÉSUMÉ

Membre à vie	1
Membres fondateurs	37
Membres sociétaires	185
Total.	223

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'avril 1913 : MM. les D^rs OLIVIER, médecin adjoint de l'asile de Blois ; COURBON, médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens ; ROBERT, médecin adjoint de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux, et ALBÈS, médecin adjoint de l'asile de Montpellier, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.500 francs) ;

MM. les D^rs LATAPIE, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), et MÉZIE, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (4.000 francs) ;

M. le D^r FOUCHE, médecin adjoint de l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), est nommé médecin adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

— *Académie des sciences morales et politiques* : M. le D^r PIERRE JANET, professeur au Collège de France, a été élu membre titulaire de la Section de philosophie dans la séance du samedi 3 mai 1913.

— *Concours d'agrégation. Section des maladies mentales* : Ce concours s'est terminé par la nomination de M. le D^r ABADIE, agrégé en médecine de la Faculté de Bordeaux.

NÉCROLOGIE

D^r EMILE VIGOUROUX. — Le père de notre distingué collègue de l'asile de Vaucluse, le D^r Emile Vigouroux (de Dun-sur-Auron, Cher), vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-un ans.

Le D^r E. Vigouroux était, par lui-même, étranger au corps médical des asiles. Pourtant, lors de la création des colonies familiales, pendant les longues et difficiles années du début, et jusqu'à ses derniers moments même, il a rendu de tels services aux malades du département de la Seine, et aussi à ceux de nos collègues appelés par leurs fonctions au poste de Dun-sur-Auron, qu'il n'était pas possible de laisser sa mémoire tomber dans l'oubli parmi nous.

Il s'était tout de suite intéressé à l'œuvre de l'assistance familiale, parce qu'il était dans son caractère de s'éprendre des choses nouvelles et parce que plus de quarante années d'une vie d'abnégation et de dévouement actif à ses concitoyens l'avaient, pour ainsi dire, naturellement disposé à rechercher toutes les occasions et à mettre en œuvre tous les moyens de leur être utile. Grâce à son inaltérable bienveillance, grâce à son activité infatigable, grâce à la jeunesse persistante de son esprit ouvert à toutes les nouveautés, mais grâce surtout à la haute situation morale que lui avait acquise dans toute la région sa longue carrière médicale, remarquablement éclairée et exceptionnellement désintéressée, il a contribué au succès des colonies pour une part beaucoup plus large que sa modestie et son désir inassouvi d'une plus grande perfection dans les hommes et dans les choses ne le laissaient entendre.

Beaucoup d'entre nous ont connu cette belle figure de vieux praticien amoureux de son art, dévoué à ses malades, fidèle à ses confrères, aimé et respecté de tous ceux qui eurent la bonne fortune de l'approcher, et ils en ont conservé le souvenir intact dans leur mémoire. Pour ceux qu'un but réfléchi ou le hasard des circonstances conduisirent au fond de ce Berry un peu terne et languissant au premier abord, un peu méfiant aussi envers ces « déracinés » qu'ils étaient, ce fut une aide puissante et un véritable tonique que l'exemple et la fréquentation de ce vieillard à l'esprit et au cœur toujours jeunes, auprès de qui, dans les heures sombres d'une œuvre parfois difficile et ingrate, ils venaient chercher conseil et réconfort.

Enthousiaste des belles choses, ennemi du loisir, presque rude à lui-même, indulgent aux autres, il n'ignorait rien des petites humaines que sa longue vie de labeur lui avait fait côtoyer parfois, mais, gardant toujours sa bonne humeur sereine, sans en tirer la moindre vanité, il les dominait de toute sa naturelle droiture. C'était, dans toute la grandeur et la simplicité du mot, le « médecin praticien » n'ignorant rien de son art, constamment à l'affût des nouvelles découvertes, prêt à toutes les interventions, capable aussi de tous les sacrifices, celui dont les siens peuvent être fiers, et dont l'exemple ni le souvenir ne sauraient périr dans l'esprit de ceux qui l'approchèrent.

Dr TRUELLE.

TRIBUNAUX

Conseil d'Etat. — L'octogénaire qui plantait. — Sous ce titre, *Le Temps* du 28 avril 1913 publie le fait suivant :

Un commissaire de police de la Ville de Paris se présentait le 12 août 1910, au domicile d'une demoiselle C..., qui mani-

festait des signes d'aliénation mentale. Il dut s'assurer de sa personne et l'emmener à l'asile de Villejuif, où elle fut internée.

Au cours de l'opération, on trouva dans une armoire une somme d'environ 20.000 francs.

Or, la demoiselle C..., qui avait trente ans, ne vivait pas seule. Elle avait un ami, le sieur X..., qui habitait avec elle et était arrivé à l'âge respectable de quatre-vingt-trois ans.

Il déclara au commissaire que la somme était sa propriété.

Le commissaire fut-il impressionné par l'aspect de son interlocuteur et admit-il comme évident que le vénérable M. X... ne pouvait être que l'ami sérieux ? Toujours est-il qu'il le crut sur parole et qu'il négligea de se conformer aux prescriptions d'une circulaire du 25 juillet 1816, qui est toujours en vigueur et d'une application journalière en pareil cas. Ce texte, soucieux des intérêts des aliénés, prescrit, si les personnes habitant ensemble ne sont pas mariées, soit l'apposition des scellés, soit la mise en garde des valeurs entre les mains d'une personne sûre.

Le commissaire déposa au contraire les 20.000 francs en compte courant dans une banque au nom du sieur X...

Or, il aurait suffi d'interroger le concierge pour apprendre qu'il ne fallait pas se fier aux apparences. Le loyer était au nom de la jeune femme et l'octogénaire pouvait tirer quelque gloire d'être non pas seulement l'ami, mais surtout le petit ami de la demoiselle C..., à qui tout appartenait dans le logement, mobilier et valeurs.

Quoi qu'il en soit, dès qu'il vit que la somme était mise à sa disposition par les soins mêmes du commissaire de police, il se hâta de profiter de l'aubaine.

Il déménagea et, après avoir touché les 20.000 francs, émigra à Montmartre où il dissipia en quelques semaines la petite fortune de son amie.

Quand il fut sans ressources, il prit le parti le plus sage et, désespérant de trouver auprès d'une autre les condescendances et les prévenances auxquelles la demoiselle C... l'avait habitué, il mourut.

Sur ces entrefaites, le service chargé de l'administration des biens des aliénés, qui avait omis de prendre activement en main les intérêts de M^{le} C..., apprit la vérité. Un mandataire fut désigné. On établit facilement les droits de la demoiselle C... sur les 20.000 francs. Un jugement les sanctionna, mais la somme était dilapidée et le sieur X... était mort insolvable.

Alors le mandataire de la demoiselle C... s'adressa au ministre de l'Intérieur et lui réclama une indemnité en réparation du préjudice causé par la négligence du commissaire de police.

Le ministre n'ayant pas répondu, le Conseil d'Etat a été saisi.

La haute assemblée, statuant au contentieux, a estimé que les droits des aliénés doivent être mieux sauvegardés.

Conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Riboulet, l'arrêt qui vient d'être rendu constate que c'est par suite d'une faute de service que la malheureuse aliénée a perdu la somme de 20.000 francs.

Il porte que le préfet de police, en ordonnant l'internement de la demoiselle C..., et le commissaire de police, en procédant aux mesures d'exécution, ont agi en la seule qualité d'agents de l'Etat.

En conséquence, l'Etat a été condamné à rembourser 20.000 francs à la demoiselle C...

L'arrêt ajoute cependant qu'il n'est pas fait obstacle à ce que l'Etat, s'il estime que c'est en partie par la faute du service chargé de l'administration des biens des aliénés que la somme a pu être dilapidée, intente contre ce service telle action que de droit.

Le crime d'un alcoolique. — La cour d'assises de la Drôme vient de condamner aux travaux forcés à perpétuité un manœuvre, Valentin Fumat, qui, le 29 décembre dernier, avait assommé, pour la voler, une fermière, M^{me} veuve Rabat. Son crime, commis avec une véritable férocité, ne lui avait rien rapporté.

A l'audience, l'accusé, qui est complètement abruti par l'abus de l'alcool, a eu une attitude indifférente et a entendu prononcer sa condamnation sans manifester aucune émotion. (*Le Temps*, numéro du vendredi 25 avril 1913.)

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM

Découverte d'une nouvelle fumerie d'opium à Brest. — On télégraphie de Brest au *Temps* (numéro du vendredi 21 mars 1913) :

Les commissaires spéciaux Menessier et Clerc ont découvert à Brest une nouvelle fumerie d'opium au domicile d'une femme mariée à un matelot cuisinier. La volumineuse correspondance qui a été saisie a établi que cette femme se livrait au commerce de l'opium et de la morphine.

Devant les tribunaux. — Le tribunal correctionnel de Toulon a condamné hier plusieurs personnes inculpées dans les affaires d'opium. Jean Soubeyrol, considéré comme le fournisseur attitré des principaux fumeurs et au domicile duquel on avait saisi pour 3.000 francs du funeste narcotique, a été con-

damné à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende. Son amie, Rose Roux, poursuivie pour complicité, fera un mois de prison et payera 300 francs d'amende. Deux intermédiaires se sont vu infliger également un mois de prison et 500 francs d'amende.

Enfin, une dame Rose Montbelly, couturière, a été condamnée à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende pour avoir ouvert une fumerie clandestine fréquentée par des sous-officiers de la garnison. (*Le Temps*, numéro du dimanche 30 mars 1913.)

— On sait quels maux ont causés à Montmartre et sur la rive gauche, et continuent de causer les vendeurs clandestins d'opium et de cocaïne — maux si cruels que le parquet dut ordonner l'ouverture d'informations, dont certaines ne sont pas encore terminées. Toutefois, l'une de ces instructions vient d'aboutir au renvoi devant la 10^e Chambre de trois chasseurs de restaurants ou cafés de nuit, Georges Lecœur, Israël Schneid et Léon Gabrie, pour vente de cocaïne.

Comment ils furent pris? Par la dénonciation de l'ami d'une jeune danseuse qui, voyant la pauvre fille déperir de jour en jour, alors qu'il avait dû, à deux reprises, déjouer une tentative de suicide, finit par obtenir des confidences de l'intoxiquée. La Sûreté fit le reste. Aux trois chasseurs dénoncés par elle, deux mois de prison et 500 francs d'amende. (*Le Temps*, numéro du mercredi 30 avril 1913.)

— On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 8 mai 1913) :

Devant le tribunal correctionnel de Marseille vient de comparaître un boy, Ali Lans, employé à bord du paquebot *Paul-Lecat*, surpris le 17 avril dernier débarquant de l'opium.

Le tribunal l'a condamné à quinze jours de prison et 100 fr. d'amende. L'administration des douanes, qui se portait partie civile, a obtenu 520 francs de dommages-intérêts, décimes en sus, et la confiscation de l'opium. Le boy a été, en outre, condamné aux dépens.

A la Chambre des députés. — M. Leboucq, député de la Seine, a déposé une proposition de loi disant :

« Tous individus coupables d'avoir débité à titre onéreux ou gratuit de l'opium, de la morphine, de la cocaïne, sans ordonnance médicale; tous médecins ayant délivré une ordonnance en dehors des nécessités thérapeutiques; toutes personnes non munies du diplôme de pharmacien ayant détenu, ou transporté, sans ordonnance médicale, une quantité quelconque de ces substances; tous individus ayant fait usage d'instruments destinés à l'absorption de l'opium; tous détenteurs de ces instruments; toutes personnes ayant loué ou prêté des locaux où, à leur connaissance, des individus se seront réunis pour absorber une

des substances susvisées, seront punis d'un emprisonnement de six jours à deux ans et d'une amende de 16 à 200 francs. En cas de récidive, le maximum de la prison sera de cinq ans, et de l'amende 1.000 francs.

« Lorsque le coupable sera un fonctionnaire de l'ordre civil ou militaire, il ne pourra bénéficier de l'article 463 du Code pénal, et la condamnation entraînera de plein droit la destitution de sa fonction. »

M. Leboucq a adressé en outre, au ministère de la Marine, une demande d'interpellation sur les mesures qu'il compte prendre pour enrayer le mal que peut causer à la marine l'habitude de fumer l'opium contractée par certains officiers.

— D'autre part, M. Félix Chautemps, député de la Haute-Savoie, a déposé à la Chambre une proposition de loi tendant à interdire la vente, la circulation et la fumerie de l'opium en France et dans les colonies françaises, ainsi que la vente, la circulation et l'emploi, sans prescriptions médicales, de la morphine, de la cocaïne et de toutes substances analogues.

En Chine. — Le mouvement contre l'opium, que la révolution avait ralenti, est repris vigoureusement en Chine. Le ministre des Affaires étrangères, au nom du Gouvernement chinois et des autorités provinciales, a demandé au Gouvernement anglais d'accepter la révision du traité relatif à l'opium. La Chine désire l'interdiction absolue de l'importation de l'opium de l'Inde.

Une partie de l'emprunt qui vient d'être conclu sera affectée au rachat des stocks d'opium immobilisés, par suite de l'opposition des autorités chinoises, dans les ports de Shanghai et de Hong-Kong.

La Chambre des communes qui, dans une de ses dernières réunions, a examiné cette demande du Gouvernement chinois, s'y est déclarée favorable. (*Le Temps*, numéro du mardi 13 mai 1913).

Dans l'Inde française. — On lit dans le *Temps* (n° du vendredi 24 avril 1913) :

Un décret du 9 avril interdit l'introduction et la détention dans l'Inde française de la cocaïne, de la morphine et de leurs dérivés. Les pharmaciens seuls pourront dorénavant être autorisés à importer et à détenir ces narcotiques.

Cette mesure vient d'être prise parce qu'on a constaté que la vente clandestine des dérivés de l'opium avait pris dans la colonie une extension déplorable. Il n'est pas sans intérêt de noter que des abus analogues existent en France et qu'une campagne est engagée en ce moment même pour obtenir leur suppression.

La cocaïne dans la marine américaine. — Le secrétaire de la marine des Etats-Unis a fait réunir une commission d'en-

quête à San-Francisco pour vérifier les allégations d'un marin prétendant que le personnel de la flotte de guerre fait grand usage de la cocaïne et d'autres drogues narcotiques. Le secrétaire, M. Daniel, reconnaissant la nécessité d'agir rapidement en raison de l'influence néfaste de la cocaïne, a déclaré qu'il était persuadé de la grande exagération des accusations portées.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

Vœu du Conseil général du Doubs. — Le Conseil général du Doubs a, dans sa dernière session, émis, sur la proposition du Dr Colard, le vœu suivant :

« Dans un but patriotique et pour conserver la vigueur et la solidité de notre race, pour combattre le trio effroyable de l'avarie, de la tuberculose, de l'alcoolisme, le Conseil général émet le vœu que le Parlement élabore une loi exigeant au moment du mariage légal la production d'un certificat de santé de la part des deux futurs époux, le mariage ne pouvant être célébré que si les certificats sont formels au point de vue de la santé des deux fiancés. »

Vœu d'une section de la Ligue nationale contre l'alcoolisme. — La section d'Hénin-Liéstadt de la Ligue nationale contre l'alcoolisme vient de transmettre à MM. Jules Siegfried et Joseph Reinach l'ordre du jour suivant :

« Les citoyens réunis, le 4 mai 1913, à la mairie d'Hénin-Liéstadt, émus des progrès de l'alcoolisme et de ses funestes résultats au point de vue moral, familial et social, invitent les pouvoirs publics à prendre au plus tôt les mesures qui s'imposent, et notamment à voter et faire appliquer la limitation du nombre des débits de boissons. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Tentative de meurtre sur le Dr Bérillon. — On lit dans la *Revue de Psychiatrie* (numéro de février 1913) :

M. Bérillon, inspecteur des asiles d'aliénés du département de la Seine, faillit être la victime, dans la matinée du 18 février 1913, d'une ancienne malade de l'Asile de Vaucluse, dont il avait favorisé la mise en liberté et qui tira sur lui deux coups de revolver heureusement demeurés sans résultat. Voici de quelle façon M. Bérillon a relaté lui-même le fait.

« Je venais de sortir de chez moi, lorsque je me sentis brusquement frappé dans le dos en même temps que j'entendais une forte détonation. Je me retournai instinctivement et je n'eus

que le temps de voir une flamme énorme sortir d'un revolver qui m'était braqué en pleine figure. Après quoi, je vis une femme s'enfuir, poursuivie par des passants. C'était elle qui avait tenté de me tuer et j'avoue que je ne la reconnus pas tout d'abord. C'est seulement lorsque je la vis au commissariat et qu'elle eût dit son nom que je m'en souvins.

« Cette femme A... est une persécutée. La folie lui était venue à la suite de procès et elle était devenue dangereuse par suite de ses menaces aux juges. Trois fois on dut l'interner. Or, à mon avant-dernière tournée d'inspection à Vaucluse, on me l'avait montrée comme assagie, calmée. Sa sœur, d'autre part, qui habite Roubaix, devait la reprendre, la garder et la soigner. Bref, je la fis sortir de l'asile, et pour me témoigner sa reconnaissance, elle m'envoya, à cette époque, un petit vêtement curieusement tissé avec des brins d'herbe, qu'elle avait fait durant son séjour à l'asile.

« Il paraît qu'elle m'attendait à ma porte depuis plus d'une demi-heure ; des voisins avaient remarqué son allure étrange. La surveillance qu'on m'avait annoncée autour d'elle a dû se relâcher, comme vous le voyez. Cet événement serait bien insignifiant d'ailleurs, s'il était isolé, mais, hélas ! les colonnes des journaux sont remplies chaque jour des gestes tragiques de fous soi-disant guéris. »

Un aliéné tue sa femme à coups de trident. — On télégraphie de Genève au *Petit Journal* (numéro du 2 avril 1913) :

Un marchand de bois, Michel Hans, a frappé sa femme, âgée de trente ans, de plusieurs coups de trident, dans la cave de sa maison à Bœningen ; puis, il lui a arraché les deux oreilles.

La malheureuse a succombé à l'hôpital d'Interlaken.

Le meurtrier s'est jeté dans le lac, mais il a été repêché et mis en prison. Il a agi dans un accès de folie.

Tentative d'infanticide et suicide. — On télégraphie de Toulon au *Temps* (numéro du mardi 25 février 1913) :

Dans un accès de neurasthénie, M^{me} Jeanne Sauzereau, femme d'un mécanicien principal de la marine, actuellement embarqué sur le *Jurien-de-la-Gravière*, détaché dans le Levant, a tenté de tuer son enfant, âgé de dix ans, en lui tirant deux coups de revolver. Elle s'est ensuite tuée d'une balle au cœur.

Aliéné parricide. — Dans la commune d'Ambès (Gironde), un déséquilibré, Jean Auroreau, a tué sa mère, déjà malade, à coups de sabot. Il a été conduit à la gendarmerie de Bordeaux en attendant son internement dans une maison d'aliénés. (*Le Temps*, numéro du lundi 3 mars 1913.)

FAITS DIVERS.

Procédé d'arrestation des aliénés par les revolvers asphyxiants.

-- Il y a quelques mois, en compagnie de ses parents — riches créoles originaires de la Guyane française — un jeune homme de dix-huit ans, M. Vitalo Pothin, venait s'établir dans un luxueux appartement, au n° 1 de la rue de la Muette, à Passy. A maintes reprises, à la suite de surmenage, il donna des signes de dérangement cérébral, et dut être enfermé dans une maison de santé de Boulogne-sur-Seine. Au mois de février dernier, Vitalo Pothin s'évadait de l'asile où il était soigné et revenait dans sa famille. Son état s'étant sensiblement amélioré, on décida de le garder. Soudain, hier matin vers dix heures, il entra dans une violente colère et se mit à briser les meubles de sa chambre. Puis, saisissant un revolver et emplissant ses poches de munitions, il se barricada dans une des pièces de l'appartement et se mit à faire feu de toutes parts en prenant pour cibles les glaces, les vitres, les lustres et les tableaux.

Ce tumulte effroyable dura sans répit toute la matinée. Après cinq heures d'attente, voyant que tous les efforts pour calmer le fou restaient infructueux, la famille Pothin quitta l'appartement et prévint M. Bouteiller, commissaire de police du quartier. Ce magistrat, après avoir essuyé trois coups de feu, estima qu'il était téméraire de s'exposer plus longtemps et prévint la préfecture de police. A trois heures et demie arrivaient des inspecteurs de la Sûreté qui apportaient des boucliers en acier chromé et des revolvers asphyxiants. Ces dernières armes, d'invention toute récente, eurent un plein succès. Par un vasistas brisé, les inspecteurs tirèrent trois coups. Une fumée acre et épaisse envahit la pièce. Au bout de quelques minutes Vitalo Pothin éternuait, pleurait, suffoquait et ne songeait plus à faire usage de son browning. On s'empara de lui et on le transporta à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du mardi 25 mars 1913).

Mort tragique d'un aliéné. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 13 mai 1913) :

Un malheureux fou, Alfred Magnen, journalier, quarante-cinq ans, logeant chez un marchand de vin, M. Léon Arnault, rue Notre-Dame, 4, à Soisy, et qui, depuis quelques jours, donnait des signes d'aliénation mentale, sortait hier de sa chambre en brisant un carreau et, les pieds nus, se rendait dans le jardin. De là, il se mit à errer dans la campagne.

Il se trouva bientôt à Etiolles et pénétra dans la pro-

priété de M. Félix Fouet, cultivateur. Il avait passé en rampant par une porte grillagée, dont il dut forcer le cadenas, sans s'inquiéter d'ailleurs d'un chien qui aboyait, et alla frapper à la porte de M. Fouet.

Croyant avoir affaire à un cambrioleur, celui-ci s'arma d'un fusil de chasse et tira dans la direction du fou, qui fut grièvement blessé au maxillaire et à l'épaule.

Transporté à l'hôpital de Corbeil, le malheureux y rendit le dernier soupir après une brève agonie.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

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.

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 ou la médecine légale.

ANNÉE 1915.

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Etude comparée du régime des réflexes dans les diverses formes de l'idiotie et de leur valeur pathogénique.*

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).

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur 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 point de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1913 pour les prix à décerner en 1914, et le 31 décembre 1914, pour les prix à décerner en 1915, 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.

internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

- 1^o Etre de nationalité française ;
- 2^o Justifier de leur état de gêne momentané par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;
- 3^o 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.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



JOURNAL
DE
PSYCHOLOGIE
CLINIQUE
ET DE
CRIMINALITÉ

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Histoire.

LES VAPEURS, LES VAPOREUX ET LE Dr PIERRE POMME

PAR

Paul JUQUELIER et Jean VINCHON

Nous sommes aujourd’hui les témoins du démembrement, au profit de groupements nouveaux, des territoires nosologiques que nos prédecesseurs avaient délimités et réunis sous les noms d’hypocondrie et d’hystérie. On ne saurait concevoir l’évolution de la pathologie sans d’incessantes rectifications de frontières, et il serait aisément d’indiquer nombre de causes pour lesquelles les hésitations de la classification sont parti-

ANN. MÉD.-PSYCH., 10^e série, t. III. Juin 1913. 4. 41

culièrement fréquentes dans le domaine de la neuro-psychiatrie. Ce qui n'est pas douteux, c'est que les associations qui doivent actuellement se désagréger devant les conceptions étiologiques et pathogéniques à la mode, résultent elles-mêmes de remaniements, rendus nécessaires par des dissociations antérieures. Mais les états pathologiques demeurent, généralement, malgré que les malades soient si différents les uns des autres, et que les interprétations médicales changent à chaque instant de forme. Au XVIII^e siècle, les hystériques et les hypocondriaques étaient constamment considérés comme étant atteints de *vapeurs*; conformément à une règle très commune, c'est peu de temps après avoir jeté son plus vif éclat que la conception des vapeurs périclita et disparut. Il est intéressant de retrouver dans les descriptions qui nous sont parvenues concernant l'état des vaporeux, toute une symptomatologie qui nous est familière; mais avant d'aborder cette étude de clinique rétrospective, essayons de nous représenter d'une manière précise, ce que nos ancêtres entendaient par les vapeurs, et comment ils expliquaient, au point de vue pathogénique, la maladie, essentiellement polymorphe, à laquelle ils avaient en définitive donné ce nom.

Il faut avant tout prendre garde que le mot vapeur a été employé dans des sens très différents.

Pendant longtemps, on entendit par vapeurs des sortes de fumées, qui s'élevaient de certains organes pour atteindre le cerveau. A la suite des Grecs, les philosophes et les médecins que préoccupait le problème des rapports de l'âme et du corps, supposaient l'existence d'une âme semi-matérielle, avec trois facultés, les facultés naturelle, vitale et animale, empruntant les trois sièges de Platon. Galien, le premier, avait étudié ces trois âmes, et les disciples de Galien avaient répandu

la notion des *esprits animaux*, passant du foie au cœur et de cet organe au cerveau ; du cerveau, ils gagnaient les nerfs, et, par les nerfs, ils commandaient à tout l'organisme. Nous trouvons, à l'article *πνεύμα* du *Glossaire* de Jean Gorriss (1), le trajet et les propriétés de ces différents esprits, qui existent partout où il y a chaleur. Mais, à côté de ces esprits normaux, on pensait qu'il en existait d'une autre sorte, plutôt appelée souffle (*aura*) qu'esprit : c'était une vapeur épaisse, exhalaison impure, aussi différente des esprits que la vapeur de l'eau l'est de l'air ; elle s'amassait dans les parties du corps où la chaleur était faible et l'humeur âcre ; de là, elle s'échappait, et voguait ça et là, en occasionnant des douleurs.

Primitivement, les auteurs hippocratiques avaient attribué certains accidents névropathiques (hystérie et hypocondrie) aux courses de l'utérus, animal étrange, qu'on s'efforçait d'attirer par des parfums agréables, ou de chasser avec des odeurs qu'il ne pouvait supporter, comme s'il se fût agi d'une bête logée dans son terrier.

Les Galénistes des premiers siècles de l'ère chrétienne, Aetius (2), Paul d'Egine, les médecins arabes et persans avec Rhazès (3) et Avicenne, rapportent ces mêmes troubles aux vapeurs, qui ont tantôt une origine utérine, et tantôt une origine digestive. Les Arabes donnent à l'hypocondrie qui résulte de la présence de ces vapeurs, le nom de « *mirachiale* », du mot *mirach* qui veut dire cavité abdominale. Ces vapeurs sont le fait d'une irritation, et le souffle (*aura*), qui s'échappe de l'organe enflammé, est la cause morbifique.

(1) Jean Gorriss. *Glossaire*, 1564 et 1622. Opinion des Galénistes du XVI^e et du XVII^e siècles.

(2) Aetius. Traduction de Cornaro. Venise, 1549.

(3) Rhazès ou Rhazi. Edition de Venise, 1542.

Parmi les organes de la cavité abdominale, deux surtout, indépendamment de l'utérus, sont accusés d'être la source des vapeurs pathogènes, ce sont le foie et la rate. La rate, principalement, renferme une humeur qui devient aisément trop ardente; naturellement, cette humeur est mélancolique, la moindre irritation en accroît les propriétés néfastes. Cette opinion des anciens fut reprise par les médecins de la Renaissance. Jean Fernel (1), médecin d'Henri II, élève de Galien et des Arabes, s'y rallie complètement. Il y joint toutefois quelques vestiges des conceptions hippocratiques, notamment en ce qui concerne l'hystérie, due en partie au déplacement utérin, en partie à ce venin si pernicieux qui s'échappe des parties génitales des femmes vaporeuses lorsqu'elles reçoivent les embrassements de leurs époux. Les malheureuses femmes semblent enfermées dans une sorte de cercle vicieux, leurs vapeurs les prédisposant à en produire de nouvelles.

Ambroise Paré, Daniel Sennert (2), pensent à peu près de même. Paré croit que ce sont les vapeurs qui déplacent l'utérus en le gonflant après leur putréfaction. Sennert dit que, seules, les vapeurs peuvent expliquer l'hystérie et l'hypocondrie. S'élevant tantôt de la matrice, tantôt de la rate, du mésentère, de l'épiploon, des veines mésaraïques, des rameaux de la porte, elles s'attaquent aux esprits animaux de l'encéphale.

Félix Plater (3) nous montre les malades recevant sans cesse de leurs organes atteints de nouvelles causes d'irritation, et fatiguant les médecins en essayant tous les remèdes. Dans le foie ou dans les autres organes malades, les vapeurs résultent de l'inflammation, et de l'obstruction fréquente des canaux évacuateurs qui en

(1) J. Fernelii. *Universa medicina*. Paris, 1567.

(2) D. Sennert. *Practicæ medicinæ*. L. I, Lyon, 1636.

(3) *Praxeos medicæ*, t. III, Bâle, 1602.

est la conséquence (Jérôme Mercurialis) (1). Au fur et à mesure que les idées évoluent, on cherche un mécanisme plus précis. Nathanael Highmore (2) nous apprend notamment que, dans l'hypocondrie, les fibres de l'estomac sont relâchées et faibles; les digestions imparfaites produisent un sang trop subtil, trop vaporeux, et sujet à de continues fermentations.

Les vaisseaux amènent les vapeurs de la rate, ou de tel organe aux autres viscères, et par les vaisseaux encore, ou par sympathie, le cerveau est atteint, ses conduits étant obstrués (Murillo) (3).

Lange (4) décrit quatre ferments s'élaborant hors des vaisseaux sanguins, dans quelque organe spécial qui en est le foyer; les corpuscules de ces ferments sont transmis vers les parties éloignées, dont ils troubent et interrompent les fonctions naturelles. Vieussens (5) croit également à un levain de l'estomac, qui donne naissance à des sucs crus et humides. Echauffés par la chaleur des entrailles, ces sucs fournissent au sang des vapeurs éparses. Hunauld (6) attribue les troubles que produisent les vapeurs ainsi formées, au fait qu'elles ne sont pas évacuées par la transpiration. L'insuffisance de la transpiration, croit-il, retient ces esprits étrangers, et ainsi, cause le désordre et l'agitation.

Lorsqu'il est atteint par les vapeurs, le système nerveux doit sa moindre résistance à une idiosyncrasie particulière; l'irritation gagne d'abord les nerfs de la matrice, puis ceux du reste du corps. Ici encore, il y a

(1) *De morbis mulieribus*. Venise, 1601.

(2) *Exercitationes duæ, de passione hysterica et affectione hypocondriaca*. Amsterdam, 1660.

(3) Tomas Murillo. *Travaux sur l'hypocondrie*. Zaragoza et Lyon, 1572.

(4) *Traité des vapeurs où leur origine, leurs effets et leurs remèdes sont mécaniquement expliqués*. Paris, 1687.

(5) Vieussens. *Oeuvres*, 1774.

(6) *Nouveau traité de physique*. Paris, 1742.

une sorte de cercle vicieux, et l'on ne sait quel est le premier agissant du trouble de la matrice ou du trouble nerveux, l'idiosyncrasie nerveuse étant souvent facteur des troubles de la matrice : tel est le résultat des observations de Pressavin (1).

Le dernier défenseur des idées galénistes dans les temps modernes fut Louyer-Villermay (2). Les médecins qui étudièrent l'hypocondrie et l'hystérie au début du XIX^e siècle rompirent contre lui nombre de lances ; leurs attaques étaient d'ailleurs souvent faciles, car chez Louyer-Villermay, comme chez beaucoup de ses prédecesseurs, les contradictions ne manquaient point entre les observations et le système, ce qui était d'ailleurs une preuve de la bonne foi de l'auteur.

Parmi les médecins du XVIII^e siècle qui admirent l'origine viscérale ou humorale de l'hystérie et de l'hypocondrie, trois surtout ont insisté sur le rôle du système nerveux des organes atteints : Georges Cheyne (3), Cullen et Dumoulin (4). Leurs noms vont nous servir de transition pour passer à l'exposition d'une autre conception des vapeurs, les hypothèses jusqu'alors admises s'accordant imparfaitement avec la découverte de la circulation.

* * *

Avec le livre de René Descartes sur les passions de l'âme, les *esprits animaux* connaissent une vogue nouvelle. Descartes abandonne les esprits naturels et vitaux des galénistes ; pour lui, les esprits animaux, les seuls qu'il considère, président à l'accomplissement des dif-

(1) Pressavin. *Nouveau traité des vapeurs ou maladies des nerfs*. Lyon, 1770.

(2) *Traité des maladies nerveuses ou vaporeuses*. Paris, 1816.

(3) G. Cheyne. *De natura fibræ*, Londres, 1725.

(4) Dumoulin. *Traité des affections comprises sous le nom de vapeurs*, 1703.

férents phénomènes de la vie : la glande pinéale est en quelque sorte leur point de concentration ; l'assistance divine les dirige, en renouvelant sans cesse l'œuvre de la création.

Malgré les attaques passionnées dont il était l'objet, ce système ralliait à lui un grand nombre de médecins : Corneille de Hoghelande, Bourdelot, Rohault, Louis de la Forge, Gabriel Lamy, etc. Or, ce sont maintenant les troubles des esprits animaux qui vont, sens, engendrer les vapeurs, *et le terme qui, jusqu'ici, désignait la cause morbide, désigne désormais la maladie elle-même* ; cette maladie n'a plus son origine dans un viscère, mais dans le système nerveux, et particulièrement dans le cerveau. C'est du cerveau, pour Charles Lepois (1) que « part une effervescence qui tombe ensuite dans l'estomac et dans tout l'abdomen ».

Thomas Willis (2) et, après lui, Sydenham (3) sont bien plus explicites. Ils confondent hystérie et hypochondrie sous le nom de vapeurs. Le trouble du cerveau est primitif et détermine l'« ataxie » des esprits animaux qui circulent dans le sang. Ce désordre du cerveau est lui-même le résultat des agitations violentes de l'âme produites subitement par la colère, le chagrin, la crainte ou quelques passions semblables.

Le trouble des esprits animaux donne lieu au flux et au reflux du sang, à un état d'effervescence de ce liquide, qui réagit à son tour sur le cerveau.

Viridet (4) mêle aux esprits animaux les notions de physique et de chimie, si à la mode alors : les esprits animaux eux-mêmes sont considérés comme des sortes

(1) Ch. Lepois (Carolus Piso). *Selectiorum observ.* Pont-à-Mousson, 1608.

(2) Th. Willis. *De morbis convulsivis.* Amsterdam, vers 1659.

(3) Th. Sydenham. *Dissertatio epistolaris ad G. Cole.* Londres, 1682.

(4) Viridet. *Dissertation sur les vapeurs.* Yverdun, 1726.

de sels qui se volatilisent, dilatent leurs canaux, sont cause de compression ou éclatent pour produire des vapeurs.

Hoffmann (1), Boerhave (2) attribuent aussi au système nerveux l'origine des vapeurs et exposent leurs conceptions dans des théories éclectiques qui gardent encore quelques couleurs des traditions humorales.

Joseph Raulin (3) montre les obstacles que les obstructions, causées par les vapeurs, apportent à la liberté d'oscillation des solides, irrités au surplus par des liquides âcres et piquants ; d'où grande irrégularité dans le système des nerfs, et désordres variables en résultant.

Cependant, Lorry (4), Whyte (5) empruntent encore beaucoup aux Galénistes : l'hystérie, pour Whyte, vient à la fois de la passion de l'âme et du dérangement de l'estomac ou de la matrice. Des causes prédisposantes (faiblesse d'esprit congénitale) viennent s'unir à des troubles sécrétaires pour permettre l'action des causes morbifiques.

Au contraire, chez Sauvages de la Croix (6), chez Barthez (7), chez Tissot (8), c'est dans le système nerveux qu'il faut chercher exclusivement le point de départ des vapeurs. Barthez constate un trouble transitoire sans

(1) Frédéric Hoffmann. *Oeuvres complètes*, Genève, 1740.

(2) H. Boerhave (*in G. Van Swieten, Commentaria in H. Boerhave aphorismos de cognoscendis et curandis morbis*). Lugduni Batavorum. Liége, 1745.

(3) J. Raulin. *Traité des affections vaporeuses du sexe*. Paris, 1759, in-12.

(4) Lorry. *De melancholia et morbis melancholicis*, 1765.

(5) Whyte. *Traité des maladies nerveuses hypocondriaques ou hystériques*, 2 vol. in-8°. Paris, 1767.

(6) *Nosologia méthodica*, trad. en français par Gouvier. Lyon, 1772.

(7) Barthez. *Nouveaux éléments de la science de l'homme*. Montpellier, 1778.

(8) Tissot. *Traité des nerfs et de leurs maladies*. Paris, 1778-1783, 6 vol. in-12.

lésion permanente, nous dirions aujourd'hui trouble fonctionnel.

Les théories solidiste, chimique et mécanique, viennent battre en brèche la vieille conception des esprits animaux et la déforment plus ou moins. Il arrive que quelques-uns des médecins commencent à se moquer des vapeurs, sur lesquelles circulent partout force plaisanteries, et Lieutaud considère le mot « vapeurs » comme un euphémisme servant à désigner l'*hypocondrie*, terme offensant pour beaucoup (la peur des mots est éternelle), et souvent des affections de gravité illusoire.

* * *

Cet exposé, pourtant bien incomplet, suffit à montrer combien les vapeurs ont préoccupé les physiologistes et les médecins d'autrefois. Aussi, les praticiens rencontraient-ils à chaque instant des vaporeux dans leur clientèle. Raulin écrivait en 1759 : « Il y a plus d'un siècle que les vapeurs sont endémiques dans les grandes villes ; la plupart des femmes qui jouissent des commodités de la vie, sont vaporeuses ; on peut dire qu'elles achètent par une série de langueurs l'agrément des richesses. » Elles étaient contagieuses, ces vapeurs ; et il suffisait d'une malade un peu en vue pour que le mal se répandît dans sa compagnie. Les hommes n'en étaient point exempts : les formes hypocondriaques leur étaient réservées. En Angleterre, le *spleen* sévisait déjà ; nous en avons la preuve en considérant le nombre des praticiens anglais qui l'ont étudié depuis Willis et Sydenham. Il est probable qu'avec l'anglo-manie qui passa la Manche sous le Régent — et plus exactement déjà au lendemain de la fuite de Jacques II, détrôné par Guillaume d'Orange — le spleen vint renforcer les vapeurs du continent.

En France, vers 1750, on se plaignait des vapeurs comme d'une maladie ancienne. Les Goncourt, et tous les auteurs qui ont surtout étudié le XVIII^e siècle, ont accrédité l'opinion qu'elles étaient une affection des femmes de cette époque. Sans doute, elles ont sévi particulièrement alors, mais en les redoutait sous le grand roi. On les trouve souvent sous la plume de Mme de Sévigné. C'est le chocolat, tant à la mode, qui lui donne des vapeurs et des palpitations, alors qu'il les guérit chez sa fille... M. de Saint-Aubin est subitement pris d'une vapeur au milieu de la nuit qui détrague toute la machine... Dans un autre lettre, une sorte de « vapeur de fille » emporte la nièce de Marbeuf en trois jours, au milieu de la désolation des siens. Les Cartésiens luttent contre ce mot de « vapeurs », qui ne leur paraît pas correspondre à grand'chose ; Mme de Sévigné le défend contre eux : sans doute lui sert-il de lieu commun dans les conversations qu'elle a accoutumé de tenir contre les médecins avec ses parents et ses bons amis. « Pour moi, écrit-elle le 5 novembre 1684, je n'ai plus de vapeurs. Je crois qu'elles ne me venaient que parce que j'en faisais cas ; comme elles savent que je les méprise, elles sont allées effrayer quelques sottes. » Cela ne l'empêche d'ailleurs pas, un autre jour, de mettre en garde, contre les vapeurs, sa fille qui est en train de devenir leur victime ; dans une lettre de juillet 1689, nous lisons : « C'est un secours (les vapeurs), pour expliquer mille choses qui n'ont point de nom. Notre ignorance s'en accommode comme d'un quinola à prime... ménageons donc les vapeurs, ne lui dites rien (au chevalier du Grignan) qui puisse le fâcher ; point de contestations, point de disputes. Son sang est trop aisément à s'émouvoir ; il s'allume et circule violemment ; c'est le fondement de tous ses maux. »

Nous avons longuement cité Mme de Sévigné, parce

que ses lettres sont une mine inépuisable de renseignements sur la vie de la fin du XVII^e siècle ; mais dans Boileau, dans les premières pages de Saint-Simon, dans Molière, il est aussi question de vaporeux avec leurs misères et leurs ridicules. Tout cela nous autorise à penser que les vaporeux étaient alors aussi nombreux qu'au XVIII^e siècle, mieux connu et plus souvent cité, grâce à E. et J. de Goncourt (1), grâce aussi aux jolies pages, que depuis les Goncourt, notre confrère et ami Paul Delaunay (2) a consacrées aux vapeurs. La Comédie, dans la 3^e entrée de *l'Amour Médecin* (1665) ne chante-t-elle pas ?

« Veut-on qu'on rabatte,
Par des moyens doux,
Les vapeurs de rate
Qui nous ruinent tous ?
Qu'on laisse Hippocrate
Et qu'on vienne à nous !

Et la Comédie appelle à son aide ses sœurs, le Ballet et la Musique, qu'elle invite à danser pour guérir les maux des hommes.

* * *

Reportons-nous cependant à la belle époque des vapeurs. Nous sommes en 1750, et voici qu'une « caillette » vient de présenter quelques-uns des multiples symptômes de la maladie à la mode. Les parents et les voisins se précipitent et courrent aux armoires. Chacun apporte son remède et en vante l'excellence. On prend aussi conseil des vieux grimoires utilisés en temps ordinaire à serrer jabots et manchettes. Les dames, surtout, s'empressent, fortes de leur expérience ; elles préconisent certains vinaigres aromatiques, l'eau

(1) E. et J. de Goncourt, *la Femme au XVIII^e siècle*. Paris, 1862.
(2) *Le monde médical parisien au XVIII^e siècle*. Paris, 1906.

des Carmes ou l'eau de la Reine de Hongrie, toutes sortes de drogues extraordinairement compliquées, qu'elles ont préparées elles-mêmes, d'après les recettes tirées des « Secrets rares et curieux » ou des « Médecins domestiques ». Parfois, on fait monter le marchand d'orviétan de la place publique, le barbier du coin ou bien quelque émule de Mesmer qui prétend apporter l'aide d'un nouveau fluide. Pendant ce temps, la patiente va plus mal, l'agitation autour d'elle est à son comble. Enfin, quelqu'un de proche se décide à demander un médecin ; si la malade est de qualité, on dépêche un laquais, et bientôt arrive, dans son carrosse, Raulin, Lorry, Tronchin ou Pomme.

C'est ce dernier qui nous a paru le type du médecin de vaporeux.

Les Goncourt et Paul Delaunay ont tracé de lui un portrait plaisant : sur l'estampe qui sert de frontispice au *Traité des vapeurs* de 1782, il nous apparaît plutôt grave, mais sans excès, les yeux semblent vifs et sérieux, mais doivent savoir plaire, « faire la conquête des confrères et des clients », une honnêteté de bon ton préside à l'ajustement et au maintien ; l'ensemble de la physionomie est agréable. Combien ce praticien est ainsi différent de ses prédécesseurs du temps de Molière que l'*Amour médecin* fut la première pièce à railler !

Pierre Pomme est, pour ainsi dire, le classique des vapeurs ; il conserve la tradition de Sydenham et de Willis, à laquelle il n'a presque rien ajouté d'autre que la comparaison fameuse du « genre nerveux » avec le parchemin. Son succès est immense ; il soigne M^{me} du Deffand, M^{me} de Boufflers et tant d'autres ! Son *Traité des vapeurs* a quatre éditions (1) à Lyon et à Paris, et

(1) Pierre Pomme. *Traité des affections vaporeuses des deux sexes* : Lyon, 1760, in-12 ; Paris, 1763, in-12 ; Lyon, 1767, in-12 ; Paris, 1782, in-4°.

les presses royales impriment la quatrième, un bel in-4°, qui n'a pas figure de livre de science, et que l'on se passe de main en main dans toute la France. Un recueil de pièces relatant la polémique de Pomme avec ses adversaires paraît en 1771 (1); et en 1804, le supplément du *Traité des vapeurs* (2).

Après des années de triomphe, Pomme connaît la mauvaise fortune et va prendre une retraite momentanée à Arles, sa ville natale. A la suite de la mort de deux clientes, des affiches avaient été apposées contre lui à Amiens et à Bordeaux, une polémique virulente s'était engagée à Paris, c'était la cause de sa retraite d'où le tira M^{me} de Boufflers.

Après Sydenham, Pomme confondait l'hystérie et l'hypocondrie, attribuant la première aux femmes et réservant la seconde aux hommes. Les symptômes de l'une et de l'autre étaient très variables : maux de tête, clou hystérique, dépression ou bien excitation, toux, hémoptysie, hoquet, palpitations et battements douloureux de toutes les artères du corps, insomnies, cauchemars effrayants, troubles digestifs variés, vomissements et coliques, diarrhée ou constipation, sensation de boule que déjà tant d'hypothèses avaient tenté d'expliquer, paroxysmes, surtout chez les hystériques, pouvant aller jusqu'à simuler la crise épileptique, mais pendant lesquels la face des malades n'était pas pâle, enfin mort apparente donnant lieu à toutes sortes de méprises fatales ; la polyurie ou de grandes sueurs terminaient les accès.

La cause de ces malaises était dans l'obstruction des

(1) Pierre Pomme. *Recueil de pièces pour l'instruction du procès que le traitement des vapeurs a fait naître parmi les médecins*. Paris, 1771, in-8°.

(2) Pierre Pomme. *Supplément au Traité des affections vapo-reuses des deux sexes*. Paris, 1804, in-8°.

viscères du bas-ventre due au raccourcissement des nerfs déterminant le cours irrégulier des esprits animaux. Les parties nerveuses et membraneuses sont souvent atteintes; l'estomac, le cœur, le diaphragme, les méninges paient un lourd tribut à la maladie; on y observe aussi des rétentions d'urine, de la constriction des voies spermatiques, des mouvements convulsifs du « genre nerveux ».

Les femmes de ville, les hommes surmenés par le travail ou la débauche, les fumeurs, les buveurs de café, de chocolat ou de thé deviennent facilement des vaporeux, surtout si leur hérédité les y prédispose. Les vapeurs se produisent en eux par le mécanisme habituel, et l'excrétion se faisant mal, y sont retenues. Finalement, nous assistons à l'atrophie générale de toutes les parties de l'organisme et à leur entière consommation.

Pierre Pomme combat résolument pour la cure des vapeurs, les « antihystériques » et les antispasmodiques; il a une mésestime particulière pour l'*assa foetida*, « qui porte le feu et le trouble dans les esprits animaux, déjà effarouchés ». Il s'agit au contraire de lutter contre le racornissement et de rendre à l'organisme un peu du liquide qu'il a perdu. Les lavements froids, même glacés, les bains de pieds, les bains géreraux prolongés et la saignée, voilà les éléments du traitement externe qu'il préconise. A l'intérieur, il prescrit l'eau de poulet, d'orge ou de riz, des soupes au lait et une alimentation légère.

S'il existe des coliques ou des vomissements, Pomme s'efforce de les calmer par des potions ou des lavements huileux; contre le clou hystérique, il emploie des compresses froides. En cas d'insomnie, il met en garde contre les narcotiques qu'il remplace par de grands bains tièdes. Le petit lait clarifié est le remède du hoquet; le

lavement froid, celui de la syncope ; les saignées légères sont un heureux adjuvant.

Enfin, pour parachever le traitement, il faut agir sur le moral, et Pomme y est passé maître : « Le médecin, dit-il, doit être compatissant, mais en même temps essayer de faire voir clair, de dissuader son client de persister dans des convictions erronées..... Il tâchera de l'isoler des passions, de l'envie, de la jalouse. » La distraction (la dissipation comme on disait alors), le cheval, la voiture, les assemblées, les concerts, les spectacles — dans une sage mesure — viendront hâter la convalescence. Le séjour à certaines eaux minérales peut être conseillé.

Quand il y a complication et que l'irritation est plus grande, les liquides employés *intus* et *extra* doivent être plus dilués encore : c'est le cas, par exemple, des syphilitiques, la vérole étant cause de vapeurs irritantes qu'exagère par surcroît le traitement spécifique.

A table, il faut manger des viandes légères, des volailles, du pain bien levé, des herbes potagères, s'abstenir surtout des aromates, si à la mode dans les dîners et les soupers du temps, des boissons excitantes et surtout alcooliques : l'eau de fontaine est la boisson naturelle de l'homme.

Une partie de l'œuvre de Pomme est occupée par la polémique de l'auteur avec les autres médecins des vapeurs. A notre avis, cette polémique, peu désintéressée sans doute, tient une bien grande place. Enfin, après une série d'observations souvent intéressantes et dont les commentaires servent de soutien au système, Pierre Pomme conclut par l'exposition des causes générales des maux des nerfs ; il cite : l'amour des belles-lettres et des sciences, l'usage des excitants et des aromates, l'augmentation du luxe, l'abandon des champs pour la ville, les passions que l'on apporte dans tous les actes

de la vie, la *dégénération*, ancêtre de notre dégénérescence, l'abus des médicaments, les erreurs des médecins, les méfaits des charlatans; il se montre, dans cette dernière étude, observateur très fin et psychologue avisé; et l'on comprend bien, à le lire, son succès dans les milieux cultivés qu'il fréquenta.

Les *vapeurs* succombèrent sous les plaisanteries des beaux esprits des dernières années du XVIII^e siècle. Depuis, d'autres théories médicales ont eu leur heure de succès et ont ensuite connu les mauvais jours, particulièrement parmi celles qui ont cherché à pénétrer les secrets de la pathologie nervuse. Chaque auteur ne saurait donc apporter trop de modestie dans l'exposition de ses conceptions personnelles, et trop de bienveillance dans la critique, cependant nécessaire, des hypothèses d'autrui.

Pathologie.

DÉLIRE D'INTERPRÉTATION

AVEC FABULATION

ET AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL PROBABLE

Par le Dr Georges LERAT

Médecin adjoint à l'asile de La Roche-Gandon.

Dans l'observation que nous allons décrire, nous étudierons une psychose de longue durée, formée d'interprétation et de fabulation délirantes, où l'influence des rêves, à une certaine période surtout, paraît avoir été incontestable. Les conceptions maladives, après avoir évolué, se sont fixées, sous des tendances dominantes de mysticisme et d'érotisme, en un délire métabolique, où l'absurdité et l'incohérence, depuis quelque temps, s'accusent avec une netteté croissante et auquel nous croyons donc pouvoir lier l'affirmation d'un affaiblissement intellectuel.

ANTÉCÉDENTS. — M^{me} V..., âgée de cinquante ans, eut dans son enfance la fièvre scarlatine, la fièvre typhoïde, et, à partir de quinze ou seize ans, pendant une année environ, des névralgies, des migraines, des troubles des fonctions digestives.

De caractère doux, assez égal, de tempérament actif, elle était très sensible et vibrait un peu plus que normalement aux soucis et aux peines de la vie. Les débuts de son sommeil étaient, paraît-il, fréquemment accompagnés de soubresauts,

de secousses des mains et du corps, et, souvent, se manifestaient des rêves et des cauchemars.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Les premières manifestations morbides datent de 1895. M^{me} V... croit que, dans la rue, on la regarde avec ironie et malveillance. Derrière elle, dit-elle à son entourage, des personnes dont elle ignore le nom, jettent des lettres dont l'enveloppe porte une écriture analogue à la sienne, mais dont elle ne peut, du reste, quand on le lui demande, préciser le contenu.

Après un troisième accouchement très normal, en 1897, les idées de persécution reprennent leur départ, si toutefois elles s'étaient arrêtées, et s'adjoignent des idées délirantes de jalouse.

Elle accuse ses meilleures amies de vouloir diriger sa maison, ne veut plus les recevoir et sort de plus en plus rarement.

La première dentition de son petit garçon s'accompagnant de quelques malaises, elle accuse le laitier et le boulanger de lui donner des aliments empoisonnés ; son mari lui-même est soupçonné, ainsi que le médecin et le pharmacien.

Plus tard, elle ne veut jamais se séparer de ses enfants, prétendant que, pendant son absence, on les lui enlèverait et, à ce sujet, elle se méfie de ses parents et de son mari. Elle croit que ce dernier a pour maîtresse une modiste de Lonjumeau, où elle habite, qui se tient cachée dans une pièce voisine de celle qu'elle occupe et qui oblige son mari et sa fille à l'empoisonner ainsi que son petit garçon. Elle croit que son mari a des rapports sexuels fréquents avec cette femme. Ce sont ses amies qui le lui ont fait comprendre par leurs allusions. Le soir même de mon accouchement, dit-elle, je suis persuadée qu'il a couché avec elle dans le lit que j'occupais auparavant. Quelle en est la preuve ? La sage-femme lui aurait laissé deviner ce fait par des paroles non explicites, mais suffisamment claires pour elle.

En 1902, la malade quitte Lonjumeau et vient habiter avec son mari une localité de la Mayenne. Là, les signes morbides s'accumulent. La modiste de Lonjumeau, déguisée, les a suivis. Leurs bonnes, qui sont également depuis quelque temps les maîtresses de son mari, veulent donner des ordres à la malade et corrompre sa fille. Son mari a des rapports sexuels avec cette dernière, qui accomplit aussi avec plusieurs individus des actes de débauche pendant la nuit.

Enfin, elle s'explique toutes ses souffrances, les tentatives d'empoisonnement qu'on lui a fait subir, en pensant qu'elle

sauva la France et beaucoup de gens qui sont dans la misère et dans l'embarras.

Elle est internée à l'asile de la Roche-Gandon le 13 décembre 1902. Les médecins qui l'observent concluent à un délire de persécution avec idées d'empoisonnement et interprétations délirantes. On l'accuse d'avoir un amant et un enfant de ce dernier. Son mari a des maîtresses ; ils ont essayé de l'empoisonner, ils lui en veulent. Certains articles de journaux lui donnent des renseignements sur son entourage ; elle y lit que son mari est un forban. Pas d'hallucinations, mais elle se plaint de bourdonnements et de sifflements d'oreilles. Elle prétend que la découverte qu'elle a faite des tentatives d'empoisonnement exercées contre elle a contribué à sauver la France. On doit donc lui manifester les plus grands égards.

Pendant les années suivantes, persistent les mêmes idées délirantes, avec quelques variations et extension des interprétations. Son mari, qui habite maintenant en face du pavillon où elle est, a essayé de l'empoisonner pour faire des études profitables à la France. Les sœurs, les infirmières, les malades, agissent semblablement ; l'ancienne modiste de Lonjumeau lui a volé un enfant qui aurait treize ans à la date actuelle (1903). On martyrise ses autres enfants. On fait accoucher à l'infirmerie des femmes de mauvaise vie.

Un peu plus tard, elle se dit enceinte et se met continuellement au lit pour accoucher, dit-elle. L'interne du service est le cousin du pharmacien de Lonjumeau qui recevait l'ordre autrefois de l'empoisonner. Son mari vient toutes les nuits à l'asile coucher avec la sœur du quartier où elle est. Ses enfants sont près d'elle, tantôt dans les rues, tantôt dans les chambres voisines. Elle les entend à certains moments ; ils crient parce qu'on les douche et parce qu'on leur fait du mal. Enfin, très souvent la nuit, on abuse d'elle.

Le sort de la France est entre ses mains ; elle voudrait être consultée au sujet de la direction des affaires étrangères.

Elle écrit inlassablement à son mari, à différentes autorités : Président de la République, Préfet de police, etc.

Dans une lettre datée de 1904, elle commence par faire un éloge de sa ténacité et de ses mérites ; d'abord domestique : ses efforts, sa patience lui ont permis de faire de petites économies ; ainsi, elle a pu se marier avec un homme de profession très estimable. Les débuts du mariage furent heureux ; mais peu à peu, elle s'aperçoit que son mari manque de confiance en elle ;

de cela, elle a souffert horriblement, parce qu'elle supposait qu'il lui était imputé des crimes ou de très mauvaises actions. Depuis trois ans, dit-elle, « j'ai compris que je suis l'instrument du Gouvernement; depuis plus de trente ans, la justice a laissé peser sur moi toute une infamie qui se passe en France et à l'étranger ». Elle ajoute que, depuis quarante ans, toute sa famille est empoisonnée, oncle, tante, cousin, père, mère, etc. Depuis plusieurs années, on fait des études sur elle. Son mari l'a empoisonnée ainsi que ses enfants, avec la complicité de femmes débauchées et de domestiques. Ils continuent à faire souffrir ses enfants maintenant qu'ils l'ont enfermée à l'asile. Elle dit qu'elle veut en sortir, parce qu'elle est enceinte de douze mois, ainsi que sa pauvre mère âgée de soixante-trois ans. Enfin, elle rappelle qu'elle a offert à M. Lépine d'être, malgré sa modeste origine et ses faibles connaissances, mais en raison de sa bonne volonté et de son caractère droit, la conseillère du gouvernement.

Dans une seconde lettre, écrite neuf mois après et adressée au préfet de police, elle dit, sans l'affirmer absolument, qu'elle doit être chloroformée assez souvent. Jusqu'ici, elle prenait « pour des rêves, des cauchemars qui fatiguent la tête; j'ai la certitude maintenant que ces rêves sont presque toujours soufflés par des personnes malfaisantes qui vous font voir plus de mensonges que de vérités ». Mais en même temps qu'elle semble douter, comme le feraient croire ces derniers mots, de la valeur de ces révélations, elle indique bien, par d'autres termes qu'elle y croit cependant : « Une nuit, il m'a été dit que M. et M^{me} L... avaient laissé mourir leurs petits enfants par avarice. Je n'ai parlé à personne de ce rêve et je n'en parle jamais. »

Enfin, elle dit que « les séances de nuit » sont ici malpropres; qu'il y a quelques nuits, on lui a offert M. D... ou plutôt sa verge; qu'il y a plusieurs mois, elle a vu la nuit ses frères, etc.

Dans une autre lettre, de même date à peu près, elle écrit : « Il y a quelques nuits, j'ai rêvé qu'une conférence a été faite à Mayenne par une femme qui a parlé de moi, de justice, etc. Elle avait les cheveux blancs; c'est ainsi qu'ayant la même coloration de cheveux, j'ai reconnu que nous étions sœurs. »

Il semble donc que, de 1904 à 1905, s'établit une période où les rêves se manifestent avec une certaine fréquence. Elle écrit maintenant qu'on l'enlève souvent de son lit. Ainsi, telle nuit, elle a erré dans la ville de Mayenne. On lui avait fait croire

qu'elle était à Paris ; elle cherchait une place. Elle est bien fatiguée par ces courses et aussi parce qu'avant de revenir à l'asile, elle a accouché cette même nuit de trois enfants.

Mêmes symptômes à peu près jusqu'en 1908, mais il s'y ajoute des idées mystiques. Puis, à ce moment, elle se croit toujours enceinte. Si elle n'accouche pas, c'est qu'en lui introduisant un tube dans le corps, on paralyse les mouvements de son enfant. Son mari est roi, fils de l'homme, de Jésus-Christ.

Lettres nombreuses, avec quelquefois des phrases incohérentes : « J'ai été mariée avec M. V... et je vivais maritalement avec mon fils.

« Le Bon Dieu est le père de ma mère... Jésus-Christ, qui a été Bonaparte, est le père de mon père. » Elle écrit encore que son mari est M. Lépine et signe ses lettres : M^{me} V... de Lépine.

Elle est fille du Bon Dieu, M. Abraham.

Voici l'exposé qu'elle donne actuellement de ses idées délirantes :

Jusqu'à cette date, dit la malade, je me croyais la seule M^{me} V... Mais je sais maintenant qu'à Lonjumeau, j'étais souvent enlevée de mon ménage, qu'on mettait une autre personne à ma place, sous mon nom et sous mon apparence physique, ayant mon cerveau, les mêmes coutumes que moi, faisant ce que j'avais l'habitude de faire dans mon ménage.

La première M^{me} V..., à Lonjumeau, était M^{me} Abraham, l'épouse du Bon Dieu (car Dieu, que les catholiques disent seulement esprit, a pris une personnalité humaine dans Abraham, avant la venue de Jésus-Christ). Cette M^{me} Abraham est la créatrice de l'Univers.

Jusqu'au 25 décembre 1911, elle était en moi continuellement et ne pouvait partir d'ici. Je suis sa fille. Elle revient de temps en temps ; mais ce sont surtout ses filles, qui sont nombreuses, qui viennent fréquemment sous mon physique. Je sais que M^{me} Abraham a été très malade il y a quelque temps ; elle a été opérée à l'Hôtel-Dieu ; on lui a ouvert l'estomac.

D. — Elle peut donc mourir !

R. — Elle meurt souvent, mais seulement sous l'apparence physique d'une personne, car son âme est immortelle.

D. — M^{me} Abraham vient-elle ici sous le physique d'autres personnes ?

R. — Oui, elle vient souvent ici sous le physique de la sœur supérieure.

D. — Comment vous apercevez-vous que M^{me} Abraham prend votre personnalité? Vous sentez-vous différente? L'entendez-vous vous parler à haute voix, distinctement, en dehors de vous, ou dans votre corps?

R. — Quand M^{me} Abraham vient dans ma personnalité, elle ne le sait pas, je ne le sais pas, je ne sens rien de nouveau en moi; elle ne parle jamais quand je suis dans cette salle; c'est en dehors d'ici que j'apprends d'elle qu'elle est venue en moi, car je suis emportée la nuit, pendant mon sommeil. On m'emmène endormie et on me ramène de même; puis on me réveille dans les salles publiques de Mayenne, ou dans la Roche-Gandon souterraine, ou chez M. le Directeur, ou dans des villes et des pays très éloignés. Dans la nuit, on m'emmène endormie, sans que je m'en aperçoive; et avant que cela m'arrive, je suis comme si on me chloroformait; mes idées se troublent.

Dans les salles publiques de Mayenne, ou dans d'autres endroits, je vois très souvent le Bon Dieu Abraham, qui est sous la forme d'un homme, d'aspect différent très souvent; je sais que c'est lui parce qu'il me l'a dit ou parce qu'il me le fait comprendre; ainsi quelquefois il me dit: « ma fille, fais ceci ou tu feras cela », sur un ton de commandement.

D. — Distinguez-vous bien alors les choses et les gens qui vous environnent?

R. — Non, car on me laisse toujours la vue un peu couverte. Je ne distingue pas très bien. La plupart des événements et des faits que je vois en dehors de l'asile, je les vois comme dans un rêve.

D. — On vous parle souvent dans ces endroits?

R. — Oui, on me cause souvent; il y a souvent 4 à 500 personnes. Devant elles, le Bon Dieu Abraham, M^{me} Abraham ou moi, s'ils m'y autorisent, parlent de la vraie religion. Quelquefois, on voudrait m'empêcher de parler. On essaie quelquefois, je crois, de me troubler l'intelligence. Je sais que beaucoup de ces choses qu'on me fait ainsi passeront devant les tribunaux. La vraie religion, celle de M. et M^{me} Abraham, n'est pas la religion catholique. Elle est semblable à la religion protestante. Elle n'oblige pas à la confession, les prêtres ont le droit de se marier. Elle n'admet pas le culte de la Vierge.

Une nuit, M. et M^{me} Abraham ont fait et consacré des hosties qui ne sont pas celles de la religion catholique; cette scène s'est passée devant beaucoup de monde, dans une salle de la ville de Mayenne, et beaucoup de prêtres ont reçu la

communion de la main de M. et M^{me} Abraham. Un grand nombre d'entre eux n'hésitèrent pas à recevoir la communion sans être confessés. Tout ce que je vous raconte n'est pas dans l'Evangile, mais c'est une religion que la religion catholique veut supprimer. D'après cette nouvelle religion, Dieu veut habiter sur cette terre sous le nom et sous le physique d'un homme. Sa femme, M^{me} Abraham, a été la Sainte-Vierge. Elle a été vierge, quoique ayant appartenu à un homme, mais en étant endormie.

A d'autres moments, je suis transportée dans les souterrains de la Roche-Gandon, et cela, depuis cinq ou six ans. J'y ai été transportée la nuit, le plus souvent, mais aussi en plein jour. Plusieurs fois même, j'y suis restée. Là, on a donné mon enveloppe et une partie de mon cerveau à une de mes sœurs qui est remontée à ma place. Il y a là, dans ces souterrains, un cabinet particulier où il se passe toutes sortes de choses. Dans ce souterrain (maison d'aliénés autrefois), il y a une maison laïque. Il s'y passe la transformation. On fait revivre les morts, on rajeunit les vieillards, on développe les enfants nouveau-nés en enfants plus grands. Il y a un four crématoire, cela m'a été dit par M. Abraham et par mon mari. Dernièrement, vous avez été témoin que j'ai été emmenée aussi dans un grenier de l'établissement. On nous transforme. On met mon enveloppe sur une autre dame et on lui transmet une partie de mon cerveau. Vous, vous étiez là et vous écriviez comme vous faites maintenant. Vous étiez plusieurs messieurs. Le Bon Dieu Abraham y était. Il était sous le physique de la sœur supérieure.

Il y a quelque temps, ma chère maman, M^{me} Abraham, m'avait commandé de faire acheter des livres contenant les offices, prières de la religion ancienne. Je les ai demandés au commissionnaire, mais il m'a dit qu'il n'avait pas connaissance qu'il en était vendu. Voyant qu'on devait l'empêcher de m'en acheter, je ne les ai pas redemandés ici, mais en souterrain, à la Roche-Gandon, souterraine; là, un commissionnaire plus complaisant, a acheté à une M^{me} V... tous les livres qu'elle lui a demandés.

D. — Vous dites souvent en parlant de vous : « les M^{mes} V... » Vous avez donc plusieurs personnalités ?

R. — Je ne sais pas bien qui je suis, puisque je suis continuellement transformée. Je vous ai dit que j'étais une des filles de M. et M^{me} Abraham. Leurs autres filles viennent souvent sous mon physique ou inversement. Je ne suis pas telle que

vous me voyez, car mon corps, d'un bout à l'autre, est dans une enveloppe, c'est pourquoi je suis aussi grosse. Pour que les M^{mes} V... aient la même ressemblance, on leur met à toutes la même enveloppe.

J'ai demandé bien souvent d'être débarrassée de cette enveloppe qui me rend trop lourde et qui me gêne un peu quelquefois. Ainsi, je sens quelquefois les puces courir entre elle et la peau. Vous me demandez si j'ai vu cette enveloppe? Oui, je me suis vue quelquefois la dépouiller moi-même. Quand on me transforme, il faut qu'on m'enlève cette enveloppe pour la mettre sur une autre. J'ai vu la nettoyer moi-même en présence de M^{lle} Tr...

Les idées érotiques sont au moins aussi accusées que les idées mystiques et de grandeur. Elle est persuadée que, la nuit, elle est possédée par son mari, qui souvent « est sous une autre apparence physique », ou par d'autres personnes, par exemple, M. Abraham. Dans ce cas, dit-elle, c'est que M^{me} Abraham est venue à sa place. Ou bien les autres personnes qui la prennent sont, en réalité, son mari qui a revêtu une autre apparence. Mais, à ce sujet, elle varie assez facilement d'opinion.

Elle nous dit encore : « On a obligé bien des femmes et moi, en particulier, à appartenir aux hommes devant beaucoup de monde et nues. Nous nous révoltons. Mais on nous a dit qu'il le fallait.

« Cette nuit, M^{lle} Tr... (une de ses voisines) m'a appartenu, c'est moi qui l'ai possédée, devant diverses personnes. On m'avait fait mettre l'appareil d'un homme, un instrument en forme de verge dont je ne me rappelle pas le nom. Pourquoi cela? Demandez au Bon Dieu, aux plus savants que moi. »

Elle croit appartenir la nuit aux médecins de l'asile, aux employés, etc.

« Une nuit de la semaine dernière, j'ai été emmenée au quartier des hommes ; une M^{me} V... était la femme du nouveau M. P... (surveillant) qui est toujours sous la même ressemblance et cependant voilà bien des hommes qui passent sous sa tête ; il y avait pas mal de messieurs présents à notre entretien : M. V... (son mari) y était sous le physique de M^{lle} Tr... (une malade de ses voisines) ; celle-ci m'a dit qu'elle viendrait au quartier Morel, où je suis...

« J'ai dit à M^{me} Ch... et devant deux autres malades que j'avais trouvé la sœur L... en rapport coupable avec mon mari,

qui était sous le physique de M^{le} Tr..., quand elle me montait au grenier endormie pour me transformer en une autre M^{me} V... Je lui ai retiré sa coiffe et la lui ai déchirée; la sœur supérieure a été obligée de lui prêter la sienne pour qu'elle redescende à l'infirmerie. » Cette dernière scène, dit-elle, se serait passée en plein jour.

Les idées de persécution sont persistantes, assez nombreuses, mais peu précises; cependant, elle soutient que les sœurs, en général, sont débauchées, qu'elles empoisonnent les gens, qu'on veut l'empêcher de sortir, de propager la vraie religion, etc. Mais elles sont certainement moins prononcées qu'au début.

Si nous essayons de rechercher, à l'aide des souvenirs de la malade, comment s'est étendu et agrandi ce délire, de quelle manière s'y sont développées les idées de grandeur ou introduites les idées de mysticisme, voici les résultats que nous donne l'interrogatoire.

En 1903, M. Lépine vient la voir dans la journée et lui parle longuement. Peu de temps après, en octobre, ce même M. Lépine serait venu la voir la nuit, accompagné de plusieurs messieurs. Sans qu'elle ait pu en voir et s'en expliquer le moyen, il la transportait dans une autre salle et dans les chambres du pensionnat. Selon ses expressions, « il m'a rappelé, ce que j'ignorais, que je lui avais appartenu, qu'il m'emportait à Paris ». Ces paroles demandent quelques explications. La personne venue ainsi la voir pendant la nuit et qu'elle dit être M. Lépine ressemblait beaucoup à un jeune homme connu par elle à Paris, avant son mariage, en 1878. Bonnetier, il habitait en face de la maison où elle était domestique chez une fleuriste. Ils s'étaient rencontrés plusieurs fois et, deux fois, il l'avait embrassée. Il ne lui était pas indifférent, « elle l'avait aimé »; à ce moment, dit-elle, on a surpris nos relations commençantes et on m'a congédiée, sans souci de la misère qui m'attendait.

Donc, ce M. C... vient en octobre 1903 la voir pendant la nuit à l'asile, à multiples reprises. Il lui dit : « Je suis M. Lépine. » « Il m'a fait comprendre qu'il était le mari de ma fille et il m'a dit : Je vous embrasserais bien, mais je veux respecter vos cheveux blancs... »

« Il m'a fait connaître depuis qu'à ce moment (à Paris, en 1878), on m'emportait et on me prenait... »

« Il m'a rappelé que je lui appartenais dans un ballon captif... En entendant ces paroles, je ne pouvais ouvrir la bouche

ni les yeux. J'ai fait seulement un signe de tête pour montrer que j'entendais. »

Dans l'intervalle de ces visites, elle avait, dit-elle, senti remuer son enfant. Elle est persuadée qu'on l'accouche sans qu'elle s'en aperçoive, parce qu'elle a des sensations de pesanteur dans le ventre.

La personne qu'elle dit être M. Lépine lui dit ensuite qu'elle est enceinte de lui. Aussitôt, elle écrit à son mari qu'elle est enceinte de M. Lépine. Mais ce dernier lui fait comprendre que lui et M. V... (son mari) ne sont qu'un.

« Du jour où j'ai eu conscience d'appartenir à M. Lépine, c'est de plus en plus que j'ai été déplacée. C'est un peu plus tard qu'il m'a dit qu'il était le Bon Dieu. J'avais été emmenée dans la maison que vous habitez. Et là, j'ai vu le Bon Dieu, qui avait une grande barbe blanche. Je croyais jusque-là que le Bon Dieu ne se voyait jamais. Je me trouvais très honorée. Il y avait d'autres personnes avec lui à ce moment. Il m'a fait comprendre qu'il était le Bon Dieu, mais je ne me rappelle plus ce qu'il m'a dit. »

De prime abord, on croit voir dans cette description des points de repère importants : interprétations et rêves semblent, par leur association, en avoir donné les principaux éléments ; mais il est prudent de ne lui accorder qu'une confiance limitée, en raison de l'éloignement des faits. Et l'amplification imaginative ne peut-elle être maintenant soupçonnée ?

Si nous cherchons maintenant à définir ce que sont les interprétations à l'époque actuelle, nous dirons qu'elles sont fréquentes. Ainsi, sous le physique de telle de ses voisines, qui, selon elle, la regarde d'un drôle d'air et avec fixité, s'est introduit son mari qui la désire. Une de ses voisines dit : « C'est un cochon. » La malade ne doute pas que ces paroles visent son mari.

Elle est encore persuadée qu'on doit souvent la chloroformer. Certaines pages de ses écrits, tracées au crayon, sont un peu effacées ; cela signifie qu'on a voulu supprimer des affirmations importantes, pendant ses déplacements.

Nous pourrions facilement donner encore de multiples exemples de ces interprétations ; nous aurons l'occasion d'y revenir en montrant plus loin l'association qu'elles forment dans les manuscrits de la malade avec des fabulations ou des rêves ; cette aptitude persistante à tout saisir autour d'elle pour le rapporter à sa personnalité explique que, dans les différents

quartiers où elle est passée, elle ait été, au bout de très peu de temps, l'auteur ou l'occasion de troubles, de disputes ; cependant, à l'époque actuelle, ces provocations se sont un peu affaiblies et espacées, parce que, dans la journée, elle est relativement isolée, et, vraisemblablement aussi, sous l'influence de la prédominance des idées de grandeur dont l'effet a été d'émosser légèrement les idées de persécution.

Il importe encore de faire remarquer que la malade est habituellement incapable de raisonner, d'argumenter et que, de plus, elle ne cherche pas à le faire pour soutenir ses dires.

Quoique l'exposé précédent ne soit pas sans indications à ce sujet, nous donnerons maintenant ses réponses à des questions grâce auxquelles nous sondons plus avant la valeur logique de ce délire.

D. — Pourquoi toutes ces transformations, pourquoi ce passage des filles de M^{me} Abraham sous votre tête ? Quelle est l'intention finale de M. et M^{me} Abraham à votre égard ?

R. — Les transformations existent depuis longtemps, tout le monde ne connaît pas sous son véritable physique et le résultat que M. et M^{me} Abraham obtiennent par la transformation de plusieurs de leurs filles sous ma tête, c'est que cela leur permet de nous rendre à nos maris dont nous avons été séparées par la mort de l'un ou de l'autre.

D. — Si vous êtes une fille de M^{me} Abraham, croyez-vous que vous pourrez mourir ?

R. — Je suis mortelle, mais, après ma mort, je revivrai ; on ne fait mourir que les gens criminels.

D. — Pourquoi, si vous êtes fille de M^{me} Abraham, et très puissante, ne pouvez-vous pas partir d'ici ?

R. — J'y reste par dévouement pour nos parents. Notre mère, M^{me} Abraham, n'a pu elle-même partir d'ici qu'en 1911. On l'accusait de crimes, de folie.

D. — Votre mari est-il M. Abraham, et, s'il l'est, il existait donc depuis des milliers d'années ?

R. — M. Abraham n'est pas mon mari (propos contradictoires à ceux qu'elle tient à d'autres moments, c'est-à-dire : « Le Bon Dieu Abraham a pris possession de mon mari ; mais quand M^{me} Abraham vient sous mon physique, elle est la femme de M. Abraham ».) Quant à mon mari, je ne sais pas très bien qui il est, car il a porté bien des noms.

Le Bon Dieu Abraham, sous les apparences d'autres hommes, se déplace souvent ; il joue un rôle dans toutes les affaires

importantes des différents pays ; il est aussi dans les bureaux et donne des cours à la Faculté de médecine.

D. — Pourquoi signez-vous toujours V... de Lépine ?

R. — Parce qu'une nuit, étant déplacée de l'asile, le maire et le juge de Mayenne ont lu à M^{me} Abraham un acte de mariage d'après lequel on disait que je pouvais ajouter à mon nom celui de M. Lépine. M. Lépine paraît être seulement le préfet de police ; mais en réalité, le Bon Dieu Abraham, jusqu'à ces derniers temps, était sous son apparence physique et remplissait toutes ses fonctions ; maintenant, le Bon Dieu Abraham y est seulement de nom, et c'est un de ses fils qui, sous l'apparence physique de M. Lépine, est préfet de police. Il a, du reste, beaucoup de fils qui lui ressemblent et qui ont de hautes charges.

D. — Pourquoi vous a-t-on fait subir toutes ces persécutions à Lonjumeau et ailleurs, c'est-à-dire pourquoi votre mari avait-il des maîtresses, pourquoi ont-ils tenté de vous empoisonner ?

R. — Parce que beaucoup de femmes du commun voulaient mon mari, particulièrement beaucoup de religieuses. Il fallait endoctriner ces femmes par l'amour.

D. — Si vous êtes une des filles de M^{me} Abraham, vous étiez donc destinée à avoir un rôle important ici-bas ?

R. — Oui, c'est vrai. Je ne me doutais pas de cela autrefois. Le Bon Dieu Abraham a dit encore une fois, il y a peu de temps, devant moi et devant cinq à six cents personnes, dans une grande salle de la ville de Mayenne, que toutes les personnes qui viendraient sous mon physique vivaient avant le Christianisme. C'étaient de grandes dames. Tous les enfants du Bon Dieu Abraham sont de grands personnages. Les premiers sont rois et reines, mais comme il n'y a pas autant de puissances que d'enfants, ils ne sont pas tous chefs de puissance.

(*A suivre.*)

ÉVOLUTION RAPIDE D'UNE PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE

PAR LES DOCTEURS
A. RÉMOND (de Metz) et ROGER SAUVAGE
Professeur de Chirurgie à l'Université de Paris

Professeur Chef de clinique
des maladies mentales à la faculté de Toulouse.

En l'état actuel de la question des paralysies générales, il nous paraît intéressant de publier une observation purement clinique qui constitue un argument de plus en faveur de la conception, aujourd'hui classique, d'un « syndrome paralysie générale ».

Merca..., trente-cinq ans, bourrelier, entre à la clinique de maladies mentales le 15 février avec le diagnostic, porté par le médecin traitant, de paralysie générale.

Le lendemain de son entrée, nous le trouvons assis sur son lit, le visage souriant, l'air un peu gêné, un peu honteux. Il nous tend la main, nous dit qu'il a été un peu malade de la tête, mais que cela va mieux. Il présente un degré léger d'achoppement syllabique, très net aux mots d'épreuve. La langue montre une trémulation de faible amplitude. La main tremble franchement. Inégalité et déformation pupillaire. Réflexes iriens normaux. On note un peu de raideur musculaire aux membres inférieurs; les réflexes tendineux sont exagérés, les réflexes cutanés normaux.

Le malade ne laisse percevoir que des idées délirantes très frustes, une euphorie légère. Il convient qu'il s'emporte facilement, qu'il a été un peu souffrant, mais estime que quelques jours passés à la campagne le remettront d'aplomb. Sait où il se trouve. Arrive péniblement à donner la date.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort âgé. Mère rhumatisante. Frère bien portant, nerveux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fièvre typhoïde vers huit ou neuf ans. Fait son service militaire au Maroc et en Algérie. Aurait été malade là-bas, mais n'a présenté, depuis son retour, aucun accès fébrile. Déjà, à cette époque, *burait beaucoup d'absinthe*. L'habitude ainsi contractée ne fut jamais perdue.

Marié à trente ans, il a eu un enfant deux ans plus tard, qui se porte fort bien. Jamais sa femme n'a eu de fausse couche; il n'est pas possible de relever chez elle un symptôme de syphilis. La famille du malade ne pense pas que le malade ait jamais été atteint de cette affection, qu'il nie d'ailleurs très énergiquement. Aurait présenté de l'urticaire quelque temps après son mariage, à la suite d'une vive frayeur : sa femme faillit être écrasée devant ses yeux. Tel est le seul symptôme morbide que l'on puisse relever. N'a reçu qu'une instruction médiocre. D'ailleurs, ne donna jamais à personne l'impression d'être très intelligent. Il faisait son métier régulièrement, mais il ne fallait pas, dit un de ses amis, « lui demander des choses trop compliquées ».

Depuis deux ou trois mois, sa femme crut remarquer qu'il perdait un peu la mémoire; ses livres de comptes montrent des erreurs datant de cinq à six mois. L'écriture est de plus en plus tremblée. Cependant, rien n'était anormal dans sa conduite, sauf l'énorme quantité d'alcool dont il faisait usage. De tout temps, il avait tiré glorie de sa grande capacité à manger et surtout à boire. Mais, aux environs du nouvel an, il proposa et tint le pari de boire quinze « pernods » dans une soirée. Ces libations paraissaient suivies d'une excitation croissante.

Vers les premiers jours du mois, grand amateur de chevaux qu'il était, il emprunta un attelage à un de ses amis et « courut faire le fou », suivant l'expression de sa femme. Il parcourut ainsi plusieurs kilomètres à grande vitesse et, à son retour, parut « troublé ». Dès ce moment, il ne fut plus question dans sa conversation que de chevaux, qu'il se propose d'acheter en quantité, tous plus beaux les uns que les autres. Sa femme montera en amazone. Il la rendra heureuse. Il fera transformer et agrandir son magasin. Un jour, étant allé avec son beau-frère dans un grand magasin de la ville, il se dispose à acheter des quantités d'objets. Son compagnon eut toutes les peines du monde à le dissuader.

Par instants, il reconnaissait qu'il était un peu malade, mais il affirmait que quinze jours de repos à la campagne le remettraient sur pied.

Bien qu'il fût assez calme, on notait chez lui une irascibilité croissante. Le 12 février, ayant demandé à un de ses amis d'acheter un cheval avec lui, et ce dernier ne s'étant pas déplacé vers le rendez-vous convenu, il alla le trouver au café, lui adressa quelques reproches, passa aux menaces et en serait venu à des voies de fait si on ne l'avait maintenu. Très surexcité, il déclara qu'il « lui ferait son affaire ». On le ramène chez lui. L'excitation ayant tendance à persister on le conduit à la clinique d'observation des maladies mentales.

Durant trois ou quatre jours, il se montre très remuant, sortant en chemise de sa cellule pour aller se promener dans le dortoir, cherchant à grimper aux fenêtres pour voir ce qui se passe au dehors.

Il semble inquiet d'être enfermé et soucieux de sortir. Très émotif, il rougit comme un enfant lorsqu'on le surprend en train de s'accrocher aux barreaux d'une fenêtre.

Il demande bien vite sa mise en liberté; il se calme complètement au bout d'une huitaine. La famille insiste pour avoir la sortie, qui est accordée douze jours après son entrée.

On conduit le malade à la campagne. Mais, trois jours plus tard, il commence à délirer de nouveau, il s'agit et veut commander, la résistance l'exaspère, il entre dans une telle surexcitation qu'on le ramène d'urgence à la clinique où il défonce les deux panneaux d'une porte, brise toutes les vitres de la cellule, tord la grille qui protège le poêle. Trente-six heures plus tard, on l'évacue en pleine agitation sur l'asile d'aliénés, où il meurt le 12 mars.

L'origine alcoolique de l'affection à laquelle succombe notre malade ne paraît pas douteuse. Notre enquête sur une syphilis possible demeure négative.

Le fait d'une affection au tableau clinique si net, évoluant avec une telle rapidité nous autorise à paraphraser le mot heureux d'un des maîtres de la psychiatrie : En matière de « pseudo-paralysie générale », il faut se garder d'un « pseudo-diagnostic » susceptible d'amener un « parapronostic ».

Médecine légale

UN CAS DE FOLIE SIMULÉE

A FORME STUPIDE

DE LA VALEUR DE QUELQUES SIGNES PHYSIQUES DE LA STUPIDITÉ
AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Par le Dr C. ROUGÉ

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

Suite et fin (1).

II. — DE LA VALEUR DE QUELQUES SIGNES PHYSIQUES DE LA STUPIDITÉ AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

Le cas de C... (Jules) n'a pas présenté, au point de vue du diagnostic différentiel de la stupidité vraie et de la stupidité simulée, les difficultés constatées dans d'autres cas rapportés par les auteurs. En elle-même, cette observation n'a rien de bien remarquable.

J'observerai, toutefois, que dans la statistique des formes mentales simulées, la forme stupide n'entre que dans la proportion de 11 p. 100 (Mairet), de 17 p. 100 (Ingegniéros) et que, par suite, la relation d'un nouveau cas peut avoir quelque utilité. La facilité de cette simulation peut tenter certains criminels ; mais il leur

(1) Voir les *Annales* de mai 1913.

faudra un grand effort de volonté pour conserver longtemps l'impassibilité du stupide sans se trahir. Dans un cas tiré des *Annales médico-psychologiques*, année 1850, et rapporté par M. Mairet (1), la simulation dura quatorze mois et ne cessa qu'après le jugement qui épargna la peine capitale au simulateur trop heureux de sauver sa tête.

Dans la rédaction de mon rapport, j'ai été amené à constater, dans les auteurs contemporains les plus en vue, une assertion qui m'a paru erronée. Quoiqu'elle ne concerne qu'un point très restreint de la symptomatologie de la stupidité, il m'a paru utile de la signaler. C'est le but principal de cet article.

Avant d'aller plus loin, je crois devoir avertir le lecteur que je ne considérerai ici la stupidité que comme un symptôme ou, si l'on préfère, comme un syndrome commun à plusieurs formes mentales, la stupidité de Delasiauve, la stupeur mélancolique de Baillarger, la stupidité de la démence précoce, de la démence simple ou vésanique.

« En pathologie mentale, dit M. Ritti (2), on entend par stupeur ou stupidité un état de concentration, d'immobilité et de mutisme avec absence réelle ou apparente d'activité mentale. »

Je n'insisterai pas sur la physionomie générale du stupide, sur son air hébété, son regard vague et triste, son mutisme, son immobilité dans la même attitude, la tête baissée, inclinée sur la poitrine, son indifférence absolue pour tout ce qui l'entoure avec, à un degré prononcé, l'incontinence d'urine et de matières fécales.

Je ne m'arrêterai que sur les modifications apportées par l'état de stupidité à un seul symptôme tiré de cha-

(1) Mairet. *La Simulation de la folie*.

(2) Ritti. Art. « Stupidité » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1883.

une des trois fonctions si importantes, la calorification, la circulation et la respiration.

Il n'est nullement dans mon intention de contester et, encore moins, de négliger l'examen psychologique du sujet soupçonné de simulation. Mais s'il est démontré que chez les stupides vrais, ces fonctions présentent des troubles à peu près constants, difficiles ou impossibles à simuler, il est du devoir du médecin expert de les enregistrer avec la plus grande précision.

M. le Dr Pactet a même remarqué, dans les expertises qu'il a eu l'occasion de faire, que c'étaient les signes physiques qui retenaient le plus l'attention des magistrats (1). Cette remarque justifie, à mes yeux, l'utilité de cette étude.

Dans l'article « Mélancolie » du *Traité de pathologie mentale*, MM. Anglade et G. Ballet ont noté la tension artérielle plus faible, l'abaissement de la température, le ralentissement du pouls (d'après Griesinger) dans la stupeur, surtout, où le pouls capillaire devient nul, d'où le refroidissement, l'œdème et la cyanose des extrémités, la respiration ralenti et superficielle.

MM. Régis et Vallon ont exprimé comme suit leur opinion sur ce sujet : « Une des règles principales, dans une expertise de ce genre, consiste à soumettre à un examen attentif les diverses fonctions physiques de l'individu. En effet, c'est surtout de ce côté que la simulation est pour lui difficile et même, pour certains symptômes, impossible... Ainsi, le faux mélancolique, pour si habilement qu'il prenne le masque de la torpeur, n'arrivera jamais à présenter cet abaissement de la température, cette lenteur du pouls et de la respiration et, surtout, le refroidissement violacé des extrémités, qui

(1) *Annales médico-psychologiques*, octobre-novembre 1912,
p. 408.

sont si manifestes dans la véritable mélancolie. » (Régis. *Précis de psychiatrie*, 4^e éd., p. 1052.)

« La mélancolie, surtout la dépression mélancolique et la stupeur sont plus faciles et moins fatigantes à simuler. L'immobilité et le silence qui caractérisent ces états peuvent être observés sans peine ; mais ce qu'il est impossible de réaliser, c'est l'abaissement de la température, le refroidissement et la cyanose des extrémités, la lenteur du pouls et de la respiration. » (Vallon. *Médecine légale des aliénés* in *Traité de pathologie mentale* de G. Ballet, p. 1565.)

Il semblerait résulter de ce qui précède que cette trinité de symptômes, hypothermie, rareté du pouls et de la respiration, est constante dans la stupeur et qu'elle a, par suite, une importance capitale pour établir le diagnostic différentiel de la stupidité vraie et de la stupidité simulée. Dans le cas où ce diagnostic présenterait un caractère d'urgence, il suffirait de quelques minutes pour être fixé à ce sujet.

Les formules ont cela de bon qu'elles fixent bien dans l'esprit les propositions énoncées. Cela me rappelle quelques préceptes de Pajot, restés célèbres, qui m'ont été utiles dans les débuts de ma pratique obstétricale. Encore faut-il que ces formules soient l'expression exacte de la vérité. Or, la science médicale et, notamment, la psychiatrie, ne se prêtent guère à cette précision.

Je ne puis cacher que j'ai été fort surpris de voir une affirmation aussi catégorique que celle de la rareté du pouls dans les états de stupeur, car j'avais cru jusqu'alors que le pouls des aliénés est généralement fréquent et que cette fréquence se remarque même dans la stupeur.

En raison de la grande notoriété des psychiatres que je viens de citer, j'ai cherché à me documenter auprès

d'autres auteurs et j'ai même fait quelques recherches personnelles que j'exposerai à la suite.

Leuret et Mitivié, dans leur mémoire *Sur la fréquence du pouls chez les aliénés* (1832), occupés surtout de rechercher les variations du pouls par rapport à la température extérieure, aux saisons, à l'influence de la lune, etc., n'ont consacré qu'un court chapitre à la fréquence du pouls suivant le genre de délire. Malheureusement, la classification simpliste de ces auteurs ne comporte que des maniaques, des monomaniaques, des hallucinées et des démentes (sans autres qualificatifs). Sur ces dernières, au nombre de 56 sur 89 femmes, ces auteurs en trouvèrent 7 ayant de 90 à 100 pulsations, 22 de 80 à 89, 23 de 70 à 79 et 4, seulement, de 60 à 69. Comme les cas de stupidité sont surtout fréquents dans la catégorie des déments, il faut croire, qu'à part les 4 derniers cas, il y avait un assez grand nombre de stupides parmi ces 56 démentes et que la plupart d'entre elles avaient de 70 à 90 pulsations, c'est-à-dire un pouls fréquent.

Marcé (1) a consigné des recherches plus précises et plus intéressantes sur les modifications apportées à la fréquence des pulsations et des respirations dans la mélancolie simple et dans la mélancolie avec stupeur. Pour me rapprocher le plus possible de la formule exprimée par les premiers auteurs que j'ai cités, je ne retiendrai que les seuls cas de mélancolie avec stupeur et sans agitation rapportés par Marcé, car l'agitation augmente généralement la fréquence du pouls.

Ces constatations sont au nombre de douze, prises, seulement, sur six sujets. Celles de deux ou trois, prises sans doute à des jours différents sur le même sujet, offrent, parfois, des différences assez notables

(1) Marcé. *Traité prat. des mal. ment.*, 1862.

que je crois pouvoir attribuer à ce que l'examen du sujet a été, quelquefois, trop brusque. En effet, pour si peu émotif que soit un stupide, il m'est arrivé, assez souvent, de trouver, à un deuxième examen, moins de pulsations que quelques minutes auparavant.

De ces douze constatations, il en est trois où le nombre de pulsations a varié de 70 à 75; deux, de 75 à 80; une, de 84; une de 96 et quatre, de 100 à 120.

Dans aucun cas, le pouls ne s'est fait remarquer par sa lenteur. Au contraire, il a été toujours plus ou moins fréquent; la moyenne a été de 90.

Dans son article : « Stupeur, stupidité » du *Dict. enc. des sc. méd.*, 1883, M. Ritti dit que, dans la mélancolie avec stupeur, « le pouls est, d'ordinaire, petit, fréquent, filiforme ».

Pour Dagonet (1), qui a fait une étude spéciale de la stupidité, « le pouls est variable, quelquefois fréquent et précipité, d'autres fois, ralenti ».

Dans un mémoire publié dans ce recueil (2), j'ai constaté la fréquence du pouls dans neuf cas sur dix de stupidité ou demi-stupidité. La moyenne a été de 78 pulsations: max. 102, min. 68; j'ai trouvé toujours le pouls faible, souvent difficile à percevoir à cause de son peu de résistance. Rien d'anormal comme rythme.

Marcé s'est beaucoup occupé aussi de la respiration et de son rythme dans la stupeur mélancolique qu'il confond avec la stupidité. Dans les douze constatations de son tableau le nombre de respirations a été : une fois de 13, deux fois de 14, une fois de 16, une fois de 17, une fois de 18, trois fois de 20, une fois de 21, une fois de 24 et une fois de 28. En somme, le nombre de respi-

(1) Dagonet. *Traité des mal. ment.*, 1894, p. 335.

(2) C. Rougé. Fébrilitante délirante. *Annales méd.-psych.*, mars à juin 1903.

rations qui, à l'état normal, varie de 16 à 18, s'est trouvé, trois ou quatre fois seulement, au-dessous de la normale. Marcé a constaté encore que les respirations sont ralenties d'une manière sensible relativement au nombre de pulsations, surtout, lorsque la stupeur est profonde. Ce rapport qui, à l'état physiologique, est en moyenne de 1 à 4, peut arriver à être de 1 à 5 et même de 1 à 6. Une autre remarque de Marcé, dont j'ai souvent constaté l'exactitude, c'est que les inspirations, au lieu de se faire avec ampleur et régularité, sont, souvent, superficielles, arythmiques et difficilement perceptibles. Il m'a fallu, souvent, avoir recours à la vue et au toucher pour les compter.

Tous les aliénistes sont d'accord pour reconnaître l'abaissement de la température centrale et périphérique dans la forme stupide. Marcé n'a pu rien dire de précis à ce sujet : il a, seulement, constaté une température centrale égale et supérieure à 36 degrés.

Tableau A (1903).

	NOMBRE de cas.	MOYENNE des températures et des pulsations.	TEMPÉRATURES ET PULSATIOnS	
			Maxima.	Minima.
1 ^{er} accès de manie aiguë	47	37° — 86 p.	38°1— 120 p.	36° — 35 p.
Accès maniaques chez des chroniques	14	36°7— 84 p.	37°5— 120 p.	36°1— 58 p.
Lypémanie anxieuse	13	36°9— 85 p.	37°6— 114 p.	35°5 — 54 p.
Lypémanie simple	8	36°8— 69 p.	37°1— 86 p.	36°3— 45 p.
Stupidité ou demi-stupidité	10	36°6— 78 p.	36°9— 102 p.	35°2— 68 p.

Dans mon mémoire déjà cité, je crois avoir prouvé, après de nombreuses recherches que, en admettant que

la température normale varie de 36°5 à 37 degrés, celle des aliénés ne s'éloigne guère de la normale, que c'est l'agitation maniaque sous forme de manie aiguë ou de lypémanie anxieuse qui élève le plus la température, que c'est dans la stupidité qu'elle est la plus basse. C'est ce qu'indique bien le tableau A ci-dessus, emprunté à ce travail. La moyenne des dix cas de ce tableau a été de 36°6 : max. 36°9, min. 35°1. Dans certains cas, on a vu la température descendre au-dessous de 35 degrés, de 34 degrés. Mais ces températures étaient presque toujours le prélude d'une mort prochaine. D'ailleurs, ces cas sont bien rares et ne prêtent pas au soupçon de simulation.

A part les cas bien rares où les malades étant suffisamment convalescents on n'a pu attribuer leur hypothermie qu'à un état névropathique, l'observation tend à prouver que la cause habituelle de l'hypothermie, chez les stupides, est l'abaissement de la température extérieure car presque tous les cas d'hypothermie ont été constatés, en hiver. Elle est due, alors, à un défaut de surveillance de malades dont la sensibilité est émoussée, qui jettent leurs couvertures ou restent hors du lit, en chemise, ou bien encore à un défaut d'alimentation par refus des aliments.

Pour ma part, chez les malades du tableau B, observés dans le courant de cet hiver qui, à la vérité, a été généralement doux, je n'ai jamais constaté ces basses températures centrales ou périphériques, c'est-à-dire, ni le refroidissement, ni la cyanose des extrémités, quoique les ayant examinés plusieurs fois et à toute heure du jour, soit dans la cour lorsque le temps le permettait, soit dans les salles de réunion.

On ne peut disconvenir, néanmoins, que quelques-uns de ces malades, dont l'hématose est si incomplète par suite des troubles de la respiration, ne soient prédisposés à l'hypothermie.

Je terminerai ces considérations par l'exposé des recherches auxquelles je me suis livré dans le cours de cet hiver sur les malades de l'asile atteints de stupidité bien confirmée. Le nombre de cas est de quinze sur une population de 868 malades du régime commun, dont 434 hommes et 432 femmes. J'ai cherché dans mes constatations à me mettre dans les conditions les plus favorables pour me rapprocher le plus possible de cet abaissement de la température, de cette lenteur du pouls et de la respiration selon la formule des auteurs cités plus haut. Ainsi, j'ai cherché à éviter toutes les circonstances physiques ou morales qui pouvaient influer sur les résultats de mon examen. Enfin, j'ai fait moi-même toutes ces constatations et pris la température axillaire avec un thermomètre éprouvé.

Tous les malades avaient été couchés environ deux heures avant ma visite. Cette mesure avait l'avantage d'obtenir la régularité du pouls et de la respiration. Il est reconnu, en effet, que le pouls est généralement plus fréquent si le sujet est levé que s'il est couché. De plus, je n'ai noté que les constatations faites sur des stupides en état de calme parfait. Il résulte, en effet, des nombreuses recherches que j'ai consignées dans le tableau A de mon mémoire de 1903, que l'agitation augmente notablement le nombre des pulsations et, aussi, la température centrale. Enfin, ainsi que je l'ai déjà dit, pour si peu émotifs que soient les stupides, j'ai trouvé leur pouls plus fréquent à un premier examen qu'à un deuxième fait quelques minutes après et je n'ai noté que les seconds résultats. J'ai résumé les constatations dans le tableau B.

Sur ces quinze sujets, il y en avait huit, internés depuis plus ou moins longtemps, avec, dès leur entrée, le diagnostic de démence précoce. Les sept autres étaient atteints de démence vésanique consécutive, soit

Tableau B (1912-1913).

	TEMPÉRATURES	PULSA-TIONS	RESPI-RATIONS
Moyenne des températures, des pulsations et des respirations.	Hommes. 36°5 Femmes. 36°7 1/2	71 1/2 68	15 17
	Hommes et femmes . . 36°7	70	16
Maxima des températures, des pulsations et des respirations.	Hommes. 37°2 Femmes. 37°1	90 82	21 20
Minima des températures, des pulsations et des respirations.	Hommes. 36°3 Femmes. 36°4	58 56	11 14

à la manie, soit à la mélancolie. Je n'ai pas compris dans cette statistique ni la stupidité épileptique dont je n'avais pas de cas, ni la stupidité de la paralysie générale, cette dernière affection donnant, généralement, des températures plus élevées que la normale.

On trouvera, peut-être, que j'ai abusé des chiffres dans une science qui n'a rien de commun avec l'arithmétique. Mais pourquoi ne pas donner des notions précises quand on le peut? S'il est dit, par exemple, dans une observation, que le pouls était à 60, à 50 pulsations, le lecteur ne sera-t-il pas mieux renseigné que si l'observateur s'était contenté de dire que le pouls était lent?

On peut voir par l'examen comparatif des deux tableaux qui accompagnent ce travail que les résultats sont peu différents dans le tableau A de 1903 et le tableau B de 1912-1913, en ce qui concerne les stupides. La différence réside, surtout, dans le nombre de pulsations dont la moyenne est de 78 chez les premiers, de 70 chez les seconds. La moyenne des températures diffère bien

peu : 36°6 chez les premiers, 36°7 chez les seconds.

Même en ne tenant compte que des résultats du tableau B et admettant qu'à l'état physiologique la température varie de 36°5 à 37°25, le nombre de pulsations de 65 à 75, celui des respirations de 16 à 18, nous voyons que la formule de l'abaissement de la température, de la lenteur du pouls et de la respiration est loin d'être exacte ; que, cependant, mes constatations se rapprochent assez de la limite qui sépare l'état physiologique de l'état pathologique, limite qu'elles franchissent très rarement.

Quant à ce qui concerne l'état des extrémités, nous sommes loin de l'oedème et de la cyanose. Je n'ai observé ces symptômes que chez les malades obligés de garder le fauteuil pendant le jour et qui ont la rage de s'enlever bas et chaussures si les gardiens n'ont pas pris les moyens indispensables pour les leur maintenir de force.

Il résulte de ce qui précède qu'on peut trouver très fréquemment, chez de vrais stupides, des températures et un nombre de pulsations et de respirations qui n'ont rien d'anormal, rien de la rareté, de la lenteur dont il a été question, ni l'oedème, ni la cyanose des extrémités.

Cela ne m'empêcherait pas d'attribuer une valeur presque absolue à la réunion simultanée de ces trois symptômes, hypothermie, lenteur du pouls et de la respiration, si je les constatais sur un sujet d'apparence stupide, fût-il soupçonné de simulation.

Mais ces cas me paraissent plutôt rares. Le numéro 1 de ma série est un de ces cas, mais c'est le seul. Il s'agit d'un individu, inculpé de vagabondage, ayant subi toute sorte de privations, trouvé la nuit, par les gendarmes, sur une route, qui nous fut envoyé à l'asile, le 17 septembre 1910, à la requête du juge d'instruc-

tion de Carcassonne et après examen médical, comme soupçonné de simulation. L'ayant fait rester au lit, le lendemain de son arrivée, je constatai : 36°3, de 54 à 58 pulsations, 15 respirations et, avec cela, de l'œdème des extrémités inférieures sans trace de lésion cardiaque ou autre affection. C'était bien un cas type de stupidité. Aussi, je pus immédiatement déclarer dans mon certificat d'entrée : « que cet individu ne me paraissait pas être un simulateur », diagnostic qui fut amplement confirmé par la suite.

Mais on n'a pas souvent affaire à des cas aussi simples. Les résultats de mes deux statistiques le démontrent suffisamment et l'inculpé C... (Jules), qui a fait l'objet de mon rapport, a présenté des signes qui ne s'éloignent guère de ceux constatés chez plusieurs de mes stupides : 36°9, 70 pulsations, 28 respirations. Il faut alors que l'expert redevienne clinicien, c'est-à-dire qu'il examine attentivement tous les organes et toutes les fonctions ; que, par exemple, au sujet de la circulation et de la respiration, il ne se contente pas de compter le nombre de pulsations et de respirations, mais qu'il note bien les autres caractères du pouls et de la respiration, leur amplitude, leur rythme, etc., et, en plus que, dans la pratique ordinaire, il fasse une étude approfondie de la psychologie de l'inculpé. En possession de tous ces éléments d'appréciation, il dépiquera sûrement la supercherie, quelles que soient l'habileté et la ténacité du simulateur.

Législation.

LA RÉFORME DE LA LOI DE 1838 SUR LES ALIÉNÉS ET LA COMMISSION DU SÉNAT

Par le Dr A. FILLASSIER

La loi du 30 juin 1838, lisons-nous dans la Circulaire ministérielle du 23 juillet 1838, n'est pas seulement une loi de police, c'est aussi une loi de bienfaisance. « Il est des aliénés dont la condition est par trop déplorable, quoiqu'ils ne menacent pas la sécurité des citoyens, pour que la Société ne leur vienne point en aide. Tous ceux surtout qui sont en proie aux premiers accès d'un mal que l'art pent dissiper doivent être admis aux secours de la science et de la charité... »

Jusqu'à cette époque, selon la forte expression de Théophile Roussel, « aucune raison n'était apparue de distinguer la question de la séquestration des aliénés de celle de la garde des animaux malfaisants et féroces, toujours associés et désignés ensemble dans ces textes législatifs ». En 1819, le 16 juillet, le ministre de l'Intérieur signalait que, « dans certains départements, les aliénés étaient disséminés dans plusieurs hospices et même dans des prisons ; que les cellules ou loges destinées aux furieux étaient souvent petites, humides, mal aérées, que les loges souterraines devaient être complè-

tement abandonnée ; que leurs portes n'ont quelquefois que 4 à 5 pieds de hauteur et que les cellules n'ont parfois d'autre ouverture ; si la chose est possible, il faut donner aux portes plus d'ouverture et pratiquer une fenêtre ; les aliénés, même les plus furieux, ne doivent jamais être laissés couchés sur la terre ou sur le pavé. Il faut leur procurer de fortes couchettes scellées dans le mur ».

Tels étaient les progrès que le ministre de l'Intérieur souhaitait en 1819 et pour lesquels il n'hésitait pas à intervenir !

En 1833, la situation est à peu près la même : « La négligence dans laquelle languit la question des aliénés non secourus, mal secourus, ou en état de vagabondage, dit le ministre de l'Intérieur, est un motif de désordres dont la répression devient aussi pénible que difficile » ; et il prescrit une enquête qui aura notamment pour but de renseigner sur le nombre des aliénés.

Enfin, en 1837, le 6 janvier, le ministre de l'Intérieur, M. de Gasparin, déposa un projet de loi, préparé par le Conseil d'État, et d'où devait sortir la loi du 30 juin 1838.

Rapporté par M. Vivien, il donna lieu, tant à la Chambre des députés qu'à la Chambre des pairs saisie par M. de Montalivet, le 28 avril 1837, à des débats remarquables ; leur lecture après tant d'années est attachante ; elle montre quels soucis inspirèrent le législateur et combien cette loi mérite l'éloge qu'en fit Théophile Roussel dès les premières lignes de son mémorable rapport au Sénat en 1884 : « La loi du 30 juin 1838 marque une grande date dans l'histoire des aliénés en France ; conçue dans les vues les plus humaines, préparée avec des soins exceptionnels par des esprits éclairés, cette loi a été admirée, à juste titre, et prise pour modèle à l'étranger. »

Et cependant, elle ne tarda pas à être attaquée avec violence ; on perdit de vue qu'elle était non seulement une loi de sécurité, mais aussi d'assistance ; la politique s'en mêla, les journaux de la grande presse quotidienne se saisirent périodiquement de prétendus scandales jamais démontrés ; il fut entendu pour l'opinion que la loi de 1838 facilitait, par des séquestrations complaisantes, le rétablissement des lettres de cachet.

Puis, après avoir reproché à la loi d'interner trop facilement, on s'irrita de voir que trop d'aliénés dangereux pouvaient impunément compromettre l'ordre public ; on oublia que la loi ne permettait pas au médecin de maintenir le malade à l'asile alors que les manifestations aiguës avaient disparu, mais qu'il était encore incomplètement guéri. On négligea d'entendre les protestations des médecins d'asiles qui eussent voulu soigner les différentes affections mentales dans des services appropriés : on se borna à faire la critique de la loi de 1838.

Bien mieux lorsqu'un inculpé ou un prévenu déclaré irresponsable était remis en liberté au lendemain du verdict, on n'entendit pas les protestations du corps médical qui réclamait des asiles de sûreté ; il fut entendu cette fois encore que la loi de 1838 devait être blâmée : on lui reprocha amèrement de ne pas autoriser avec une assez grande facilité les mesures d'internement.

Ces variations singulières n'ont pas échappé à l'esprit critique de M. le sénateur Paul Strauss, rapporteur de la loi nouvelle devant le Sénat.

« La première préoccupation des divers auteurs de projets de révision de la loi de 1838, écrit-il, a été de mieux protéger la liberté individuelle contre des abus que l'opinion redoute toujours d'instinct, bien que leur réalité n'ait pas été souvent démontrée. Les souvenirs d'un passé barbare survivent en dépit de tous les progrès

récemment réalisés. Avant le glorieux Pinel, l'hospitalisation des aliénés était un spectacle d'horreur et comme un défi à l'humanité.

« Il semble que les répugnances d'autan, si justifiées à l'époque, aient survécu aux améliorations effectuées en grande partie par la loi de 1838. A l'heure actuelle, si nos asiles ont leurs portes largement ouvertes, si les conditions de l'internement assurent le contrôle de la magistrature et des administrations publiques compétentes, le souvenir subsiste des cachots et des chaînes de l'ancien régime.

« D'ailleurs, il faut le dire à la défense de l'opinion, la nature même du mal qui terrasse ces pauvres malades pent l'entraîner à de généreuses erreurs : ce n'est pas le pauvre dément dont les facultés s'effondrent par suite de quelque lésion, ce n'est pas le malheureux mélancolique se reprochant des crimes imaginaires qui attirent sur eux l'attention. Ce sont souvent ces dégénérés, en proie à des délires, protestataires résolus, sans cesse à l'affût d'un moyen nouveau qui leur donne gain de cause et dont la lucidité d'esprit inspire un doute à ceux qui ne sont pas familiarisés avec les choses de l'aliénation. »

La réforme de la loi de 1838 fut donc décidée et, sans parler des propositions antérieures, M. Constans, ministre de l'Intérieur, constitua, en mars 1881, une Commission extraparlementaire d'études ; le 25 novembre 1882, le Parlement fut saisi d'un projet de loi.

Nous ne rappellerons pas ici les propositions successives et les rapports nombreux qui furent soumis à la Chambre des députés et au Sénat, depuis cette époque, ni les débats qui eurent lieu dans l'une et l'autre assemblée. Nous nous en tiendrons au rapport actuellement déposé par M. Paul Strauss, et qui doit servir de base aux débats nouveaux. Rappelons toutefois les noms

de Théophile Roussel (1884), Bourneville (1889), Joseph Reinach (1890), E. Lafont (1894), Dubief (1898).

* * *

Après avoir rendu hommage, tant aux travaux de la Commission du Sénat chargée de l'examen de la proposition de loi qu'à ceux du premier rapporteur de la Commission, M. Gérante, et dégagé la physionomie générale du texte élaboré, M. Paul Strauss aborde l'examen des différents articles proposés.

Nous ne l'y suivrons pas faute de place ; nous grouperons les articles d'un même titre pour les examiner en une vue d'ensemble.

TITRE I^{er}

ETABLISSEMENTS DESTINÉS A TRAITER ET GARDER LES MALADES ATTEINTS D'AFFECTIONS MENTALES (ART. 1, 2, 3, 4, 5).

Aux termes de la loi de 1838 (art. 1^{er}) chaque département était tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé soit de ce département, soit d'un autre département.

L'expression « aliénés » disparaît du texte nouveau (art. 3) ; il ne s'agit plus ici que de « malades atteints d'affections mentales », et cette dénomination employée également dès les premières lignes de l'article 1^{er}, marque nettement le caractère de la loi qui doit être d'abord une loi d'assistance, puis une loi de sécurité.

« L'aliéné, écrit l'honorable sénateur, est un malade et, sous les réserves des mesures indispensables à la protection de la liberté individuelle, c'est sous cet

aspect essentiel qu'il doit être considéré ». Et il rappelle les déclarations si catégoriques et si humaines du Dr Marcel Briand au Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1905.

« Il faut avouer, écrit cet auteur, que, pour certains esprits, l'aliénation mentale ne serait qu'une manière d'être peut-être anormale, mais non maladive, puisqu'elle est parfaitement compatible avec la vie qu'elle ne compromet pas, et puisqu'elle n'apporte aucun trouble dans la santé générale ; la folie ne serait, en un mot, qu'une modalité du caractère et devrait même, pour beaucoup, figurer parmi les causes de divorce.

« Pour nous, l'aliénation mentale est bien une maladie, d'origine souvent constitutionnelle et héréditaire, compromettant la vie dans certains cas et déterminant des troubles fonctionnels de divers organes autres que le cerveau (encéphalopathies diverses accompagnées de paralysies, etc.).

« En effet, si dans la plupart des cas, la lésion anatomique déterminante n'est pas encore connue, on ne saurait nier que le neurone est troublé dans sa fonction. Or, qui dit trouble dans le fonctionnement d'un organe ne peut prétendre qu'il s'agit d'un état normal, ni soutenir que ce trouble, fût-il durable, peut, de par cette durée, cesser d'être anormal.

« Peut-on nier qu'elle soit une malade cette nourrice qui, peu à peu, se sent devenir triste, éprouve un sentiment d'impuissance la laissant inapte à tout mouvement, lui faisant négliger son enfant, qu'après avoir couvert de caresses, elle laisserait mourir de faim, sans penser davantage à se nourrir ; qui refuse les aliments dans la crainte qu'ils soient empoisonnés, qui entend des voix imaginaires menaçantes qui l'épouvantent, et laquelle, convenablement soignée, pourra guérir à tout jamais, si elle ne fait pas une nouvelle grossesse ?

« Peut-on nier que ce soit un malade, cet homme qui, brusquement, à la suite d'une intoxication, sera pris d'hallucinations de tous les sens, perdra le sommeil et, angoissé par des frayeurs nocturnes, terrifiantes, cherchera à s'enfuir de son domicile, pour échapper à des ennemis imaginaires ? »

La faculté, laissée aux départements tenus de posséder un établissement, de traiter à cet effet avec un établissement privé du même département ou d'un département voisin, disparaît ; dans les dix ans qui suivront la promulgation de la loi, les départements devront posséder un établissement public. Ils pourront d'ailleurs s'associer entre eux pour le créer ou l'entretenir à frais communs ; pour les y encourager, la loi leur permet de recevoir à cet effet des subventions de l'État. Mais, à côté de l'obligation de posséder un établissement public, l'article 3 inscrit pour eux la faculté de s'unir pour créer et entretenir des asiles de chroniques, des asiles spéciaux ou des sections spéciales à l'usage des épileptiques, des idiots, des alcooliques, des aliénés vicieux et difficiles, des colonies familiales.

Les établissements publics d'aliénés comprennent encore les quartiers d'hospice affectés aux maladies mentales (art. 4).

Cette faculté d'instituer des services spéciaux constitue une innovation très heureuse ; des départements, d'ailleurs, ont déjà précédé la loi. « Le Conseil général de la Seine, disait en 1911 M. Raiga, chef du service des aliénés de ce département, reconnut que le progrès consiste ici dans le classement méthodique des différentes catégories de malades et dans la meilleure adaptation des moyens de traitement aux besoins particuliers que présente chacune de ces catégories. C'est le principe de la spécialisation : dans chaque grand établissement, autant de compartiments, autant de pavillons

séparés, autonomes en quelque sorte, qu'exige la classification méthodique, et lorsqu'une catégorie est nombreuse, un établissement spécial destiné à l'assistance particulière de cette catégorie. Voilà le principe qui a dirigé le département de la Seine dans toutes les réformes qu'il a entreprises depuis vingt ans. »

Nul ne pourra créer, ni diriger médicalement un établissement privé sans l'autorisation du gouvernement français, s'il n'est citoyen français, s'il n'est pourvu du diplôme de docteur en médecine, et sans avoir déposé un cautionnement.

Si le gouvernement refuse son autorisation, sa décision sera motivée et un recours sera ouvert devant le Conseil d'État.

Tous les établissements publics ou privés dans lesquels est soigné un cas ou une forme quelconque d'aliénation mentale, quel que soit le vocable sous lequel ces établissements peuvent être désignés, sont soumis aux effets de la loi nouvelle.

« De nombreux établissements se sont soumis aux dispositions de la loi de 1838, écrit le rapporteur, mais beaucoup d'autres s'y sont soustraits, qui, sous les vocables les plus variés, recueillent des malades dont la liberté est entravée par la nature même des soins qui leur sont donnés, et qui cependant échappent à tout contrôle. Ce sont là des faits que l'expérience a révélés, qui sont des plus fâcheux, et dont il faut éviter le retour, car dans ces établissements, ainsi qu'il a été dit, les séquestrations arbitraires peuvent être à craindre. »

Les établissements publics seront dirigés par un médecin-directeur (art. 4) : ainsi se trouve résolue une question longtemps controversée ; la direction d'un asile devait-elle être confiée à un médecin ou à un directeur administratif ? La Commission du Sénat, manifeste-

ment frappée par le rapport du Dr Doutrebente, et par les exemples tirés de l'étranger, réunit les attributions médicales et administratives entre les mains du médecin. Une exception est faite toutefois, et ces attributions pourront être confiées à un médecin et à un directeur administratif sur l'intervention du département; on remarquera qu'il ne suffira pas d'obtenir du Conseil général soit un simple avis qu'un besoin ou transgresse, soit même un avis conforme ; il faut une demande expresse du Conseil général. Il va de soi que les situations acquises seront respectées.

Les médecins des établissements publics seront nommés au concours, à l'exception des professeurs des facultés ou écoles de médecine chargés de l'enseignement clinique des maladies mentales ; la Commission a pris soin d'indiquer qu'il s'agit d'épreuves publiques, ce qui exclut les concours sur titres.

Le mode de recrutement actuel des médecins d'asiles n'est donc pas modifié. S'inspirant sans doute du décret du 12 décembre 1907, portant règlement du concours pour l'emploi de médecin en chef des asiles publics de la Seine, et voulant en faire bénéficier les départements qui feront pour l'assistance de leurs malades des sacrifices particulièrement importants, la Commission du Sénat décide qu'un concours spécial sera institué si le Conseil général le demande, dans les départements où il existera plusieurs asiles d'aliénés. Il va de soi que prendront seuls part à ce Concours les médecins du cadre. Peut-être conviendra-t-il de le préciser.

Les médecins adjoints des asiles auraient souhaité voir fixer leur statut, par une disposition de la loi nouvelle. La Commission du Sénat a estimé que cette question serait plus opportunément tranchée par le règlement des asiles.

Le corps si intéressant des médecins adjoints en

éprouvera peut-être quelque déception, et il répondra non sans raison, qu'une disposition réglementaire est souvent quelque peu instable; un texte législatif se modifie moins aisément.

M. Paul Strauss a indiqué cependant, dans le commentaire de cet article que les médecins adjoints seront titularisés médecins en chef après quatre années d'adjutavit; il convient de retenir cette déclaration qui indique au rédacteur du règlement à intervenir, ce qu'est, sur ce point très net, l'opinion de la Commission sénatoriale.

(A suivre.)

Établissements d'aliénés

NOTE SUR L'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS AU MAROC

Par les Drs LWOFF et SÉRIEUX,

Médecins en chef des asiles de la Seine
Chargeés de mission au Maroc.

A mesure que se poursuit la pacification du Maroc, il devient évident que ce pays, tombé en décadence, ne pourra vivre et prospérer sans être complètement réorganisé. Aussi, parallèlement à l'action militaire, notre gouvernement poursuit-il un ensemble de réformes dont il a fait connaître récemment le programme. Une place importante est donnée, à juste titre, dans ce projet, à l'organisation de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Le ministre de l'Intérieur et le ministre de l'Instruction publique nous ont chargés, en 1910, d'une mission ayant pour but d'étudier la situation des aliénés au Maroc et d'élaborer un plan d'organisation de l'assistance des aliénés indigènes et européens.

Nous avons visité les principaux centres de ce pays et nous avons pu constater que l'hospitalisation de ces malades est pour ainsi dire inexistante ; les soins médicaux leur manquent totalement.

Les résultats de nos recherches ont fait l'objet des communications faites à la Société médico-psychologique et à la Société clinique de médecine mentale (1911) (1).

Une légende répandue en Europe veut que l'aliéné en pays musulman soit considéré comme un saint de qui l'internement et le traitement choqueraient les préjugés religieux des croyants. Nous avons démontré par des faits l'inanité de cette légende.

Les aliénés au Maroc vivent pour la plupart en liberté. Une centaine à peine d'entre eux sont internés dans les moristans ; d'autres sont détenus dans les prisons, traités comme les criminels. Le régime des moristans ne se distingue guère de celui des prisons. Un lourd carcan en fer au cou, attaché à une longue chaîne rivée au mur, et que l'aliéné porte jour et nuit, résume les soins qu'il y reçoit. Cependant ce régime, quoique barbare et inutile, empêche au moins les malades dangereux de nuire.

Il n'en est pas de même de ces milliers d'aliénés méconnus, de ces demi-fous, de ces dégénérés de toute espèce qui vivent en liberté, commettent des délits, des crimes, des attentats de toute sorte, participent aux émeutes ou les provoquent, et parmi lesquels se recrute bon nombre de prétendus fanatiques, mystiques et xénophobes.

Qui pourrait dire le rôle qu'ils ont joué dans les émeutes sanglantes de Fez ? Il suffit de voir ce qui se passe chez nous, dans des circonstances analogues, pour comprendre combien est grand le danger. Il importe donc d'y apporter de suite un remède.

On ignore le chiffre exact des aliénés au Maroc ;

(1) 1^e Communication à la Société médico-psychologique, in *Ann. méd.-psychol.*, mai-juin 1911. 2^e Communication à la Soc. clin. de méd. ment., avril 1911.

la statistique comparée permet cependant d'évaluer approximativement leur nombre. En Europe, en effet, nul pays ne compte moins de 2.000 aliénés par million d'habitants. Dans l'Afrique du Nord (Algérie, Tunisie, Egypte), cette proportion est peut-être moins élevée, mais ces malades sont encore assez nombreux pour que le danger qu'ils constituent ait nécessité des mesures spéciales de protection et d'assistance.

Il est également du devoir de ceux qui s'occupent au Maroc de l'hygiène publique et de la prophylaxie sociale d'apprendre à connaître les aliénés, afin de pouvoir les traiter, les isoler et les mettre dans l'impossibilité de nuire.

La folie est un mal souvent méconnu, surtout quand il s'agit d'un peuple comme les Marocains dont la vie intime nous est cachée. On méconnaît aussi les aliénés parce que seuls, ceux qui ont vécu avec ces malades et qui les ont étudiés spécialement, savent les reconnaître.

En plus de ces malades indigènes, les aliénés européens, dont le nombre augmente sans cesse, réclament, eux aussi, des soins et une surveillance spéciale.

Nous n'insisterons pas ici sur les inconvénients et les dangers qui résultent de l'impossibilité de donner aux aliénés indigènes et européens les soins immédiats que réclame le traitement des maladies mentales. Tous ceux qui ont vécu au Maroc, ont pu s'en rendre compte. Il suffit de voir ce qui se passe en Algérie, ce qui se passait en France même au moment de la création de l'assistance aux aliénés, pour comprendre combien il serait imprudent de ne pas agir de suite. On ne doit pas attendre que d'autres actes irréparables viennent s'ajouter à ceux, déjà trop nombreux, qui sont commis tous les jours sous nos yeux par les aliénés. Pour se convaincre de la fréquence de ces actes dangereux au

Maroc, il suffit de rappeler qu'en France, où 70.000 malades sont cependant internés dans les asiles, il ne se passe pas de jour sans qu'un attentat plus ou moins grave ne soit perpétré sous l'influence d'un trouble mental.

L'assistance aux aliénés est à la fois une œuvre humanitaire et une mesure importante de sécurité publique. Elle permet de soigner les malades, elle garantit de plus la société des dangers auxquels l'exposent les aliénés en liberté. Aussi ne faut-il pas craindre de répéter qu'il s'agit là d'une mesure dont l'application immédiate s'impose.

Les Anglais et les Hollandais l'ont si bien compris que, dans leurs colonies, ils n'ont pas hésité à faire de grands sacrifices pour construire des asiles parfaitement aménagés.

En Egypte, par exemple, l'assistance des aliénés, avant l'occupation (1882), n'était guère mieux organisée qu'au Maroc. Cinq ans après, en 1887, l'autorité anglaise a fait construire un asile destiné à hospitaliser 1.128 malades. (Notons — point important — que, sur ce nombre, on compte 300 aliénés criminels ou délinquants.) Un autre asile de 1.500 lits vient d'être ouvert. Il y a donc en tout actuellement 2.628 lits.

Les moyens financiers dont dispose le Maroc ne permettent pas de songer actuellement à une organisation aussi complète. Mais on pourrait, pour parer aux besoins urgents, s'en tenir à un programme plus réduit et partant moins coûteux.

Il y a lieu d'envisager :

- 1° L'assistance aux indigènes ;
- 2° L'assistance aux Européens.

I. — Au point de vue de la sécurité publique, les aliénés indigènes doivent être divisés en deux catégories :

a) Les aliénés dangereux dont l'internement immédiat s'impose.

b) Les aliénés dont l'internement peut être ajourné, mais dont l'état nécessite une surveillance plus ou moins active.

a) Pour les aliénés dangereux, difficiles et les malades aigus, on pourrait de suite utiliser, à titre provisoire, les moristans. Ces établissements, appropriés au genre de vie des indigènes, ne nécessiteraient que quelques remaniements peu coûteux (quelques milliers de francs). Sous la direction d'un médecin français, militaire ou civil, ces malades pourraient y recevoir les soins nécessaires.

Les moristans ainsi utilisables, et qui pourraient recevoir de 150 à 100 aliénés, sont ceux de Fez, de Marakech, de Casablanca, de Rabat (ce dernier a été détourné de sa destination primitive par les autorités marocaines) et de quelques autres localités. Plus tard, ils pourraient être avantagusement remplacés par un asile spécial.

b) Quant aux aliénés de la seconde catégorie, dont l'internement peut être ajourné et qui errent en liberté ou sont gardés dans leur famille, il suffira de les rechercher, de les faire connaître, d'exercer sur eux une surveillance médicale, même sommaire, pour améliorer leur sort et pour les rendre inoffensifs.

Cette assistance familiale a donné d'excellents résultats en Russie, en Belgique et en France, où des milliers de malades sont traités de cette façon. Nous donnerons ailleurs tous les détails utiles à connaître pour ces placements familiaux qui permettraient de limiter le nombre des internés.

De plus, une inspection médicale des prisons, régulièrement faite, permettra de soustraire au régime pénitentiaire les aliénés qui s'y trouvent en grande quantité

(Voir notre communication à la Société clinique de médecine mentale).

Quant aux frais d'entretien, les communes indigènes pourraient en supporter une large part. Une autre partie de ces frais serait prélevée sur les biens habous (fondations pieuses). Le budget de l'État n'aura donc qu'une faible contribution à verser de ce fait. Il semble même, d'après les renseignements que nous ont fournis quelques notables marocains, des oulemas de Fez, etc., qu'il serait possible de prélever sur ces biens habous, sans les détourner de leur affectation, les sommes nécessaires pour l'aménagement des moristans et la construction d'un asile d'aliénés indigènes.

II. — L'assistance aux aliénés européens nécessiterait la création immédiate d'un asile. Il est de notre devoir et aussi de notre intérêt de soigner sur place nos nationaux civils et militaires, ainsi que les autres Européens atteints de maladies mentales. On aggrave, en effet, l'état, on compromet la guérison d'un aliéné quand on ne lui donne pas de soins, sur place, dès le début de la maladie, et surtout quand on le transporte, dans des conditions fatallement mauvaises (le plus souvent attaché et ligotté), à de grandes distances.

Cet asile d'aliénés devra donc être construit à proximité du centre européen le plus important.

Au début, on pourrait se contenter d'un pavillon de 40 à 50 lits, avec petits dortoirs, chambres d'isolement, salle de bains, réfectoire, salle de jour, préaux, etc., aménagés suivant les données de la psychiatrie moderne. Toutefois, ce pavillon devra être édifié sur un terrain assez vaste (plusieurs hectares) pour permettre la construction d'une série d'autres pavillons au fur et à mesure des besoins. La statistique permet d'affirmer que, dans un avenir peu éloigné, un nombre de lits de 150 environ sera nécessaire pour traiter les aliénés

européens ; un nombre plus élevé encore (400 environ) devra être réservé aux aliénés indigènes quand les moristans seront devenus insuffisants.

Grâce au bienveillant concours de M. Regnault, ministre de France, de M. de Beaumarchais, alors secrétaire à la Légation de Tanger, de M. Gaillard, secrétaire général de la Résidence, alors consul de France à Fez, et du Dr Murat, médecin de l'hôpital de Fez, nous avons pu faire bâtir, en avril 1910, sur le terrain de cet hôpital, un petit pavillon destiné au traitement des aliénés aigus. Il est composé de deux chambres, d'une salle de bains et d'un vestibule. Ces chambres sont garnies de fenêtres à carreaux incassables.

Il nous a été ainsi possible de nous rendre compte du prix approximatif de revient d'un lit d'aliéné et nous estimons qu'une somme de 50.000 francs serait suffisante pour bâtir un pavillon de 40 lits (le prix d'achat du terrain n'est pas compris dans cette somme).

Dans les autres centres du Maroc, il suffirait d'annexer, aux hôpitaux civils ou militaires, des petits pavillons de 2 à 5 lits, du même type que celui que nous avons fait construire à Fez, et qui a coûté 2.000 francs environ. Là, les malades recevront les premiers soins en attendant leur transfert à l'asile.

Il nous semble que ce programme minimum est réalisable dans un bref délai, étant donné le peu de frais qu'il nécessite. Il a, de plus, le mérite d'être extensible et de permettre de multiplier facilement le nombre de lits, si le besoin s'en fait sentir.

Nous ne voulons pas terminer cette note sans remercier le Dr Weissgerber, qui, en mettant à notre disposition ses connaissances approfondies des choses du pays, nous a été d'un grand secours pendant notre séjour au Maroc.

DES
INCONVÉNIENTS, IMPERFECTIONS ET DANGERS
DES COLONIES FAMILIALES D'ALIÉNÉS

Par le Dr A. RODIET.

Médecin en chef de la Colonie de Dun-sur-Auron.

Suite (1).

La visite faite par le médecin ou un surveillant plusieurs fois à l'heure des repas, pour constater le menu servi aux pensionnaires, est une première leçon indispensable. Dans le cas où l'observation faite n'est pas écoutée, elle est suivie du retrait des malades. Les nourriciers sont très sensibles à cette mesure. Pour eux, c'est une humiliation en même temps qu'une perte de gain. Lorsque, plus tard, ils viennent demander qu'on leur confie de nouveaux pensionnaires, ils sont mieux disposés à appliquer le règlement. Dans quelques placements, il faut aussi une surveillance constante pour que le linge des pensionnaires et leur literie soient propres. Des nourrices qui, pour elles-mêmes, ne prennent pas les soins d'hygiène indispensables, ne comprennent pas qu'on les leur impose pour leurs malades. Il ne s'agit que des aliénées inconscientes ou indociles, les autres prenant elles-mêmes des bains sans difficulté. Faire déshabiller la pensionnaire chez son nourricier et examiner comment elle est tenue, est une première

(1) Voir les *Annales* d'avril et de mai 1913.

méthode. La seconde, préférable, est de faire conduire la malade à l'infirmerie et d'examiner son état de propreté avant de lui donner un bain. La nourricière accompagne sa malade et apporte son livret sur lequel nous notons par une indication courte, l'état dans lequel se trouve la pensionnaire : propreté, amaigrissement, etc. Ces notes sont consultées pour la distribution des primes à la fin de l'année et elles prennent, par suite, une grande importance aux yeux du nourricier, pour qui la question d'argent est toujours la plus intéressante. La distribution de ces primes n'est pas toujours facile : « Esprits peu complexes, les nourriciers, dit M. Truelle (1), ont un sentiment fruste d'une justice grossièrement égalitaire et ne comprennent pas, quand leur intérêt est en jeu, que le mérite du voisin soit récompensé. »

Nous avons, pu en 1909, vérifier la justesse de cette remarque. Avec intention, les primes n'ont pas été, de même que les années précédentes, distribuées à la fin de décembre. Dès le mois de juillet et d'août, nous avions inscrit sur les livrets des nourriciers des indications qui établissaient des différences notables entre les placements. Après plusieurs visites dans le même placement, nous notions l'impression bonne, médiocre ou mauvaise qui résultait de ces visites. Les notes ainsi établies se résumaient en quelques mots : bien tenu ou mal tenu ; malades faciles qui font la chambre et aident la nourricière ; bien tenu ou mal tenu, malades difficiles qu'il faut habiller, peigner ou qui sont grossières, très délirantes ou qui ont un caractère pénible à supporter.

Pour apprécier la valeur d'un placement, il faut, en effet, considérer non seulement la propreté du logis, de

(1) Truelle. Rapport au Préfet de la Seine. 1905.

la literie, la qualité de l'alimentation, l'intelligence et la bonté de la nourricière, etc., mais surtout l'état mental des pensionnaires. Si, chez telle nourricière, les malades s'estiment satisfaites, ce qui est avant tout le but recherché, il n'en résulte pas que la nourricière est particulièrement bonne, mais que ses malades sont particulièrement tolérantes. Le mérite de la nourricière est d'autant plus grand que ses malades sont plus difficiles à satisfaire. Dans certains placements, les malades font la chambre, lavent, nettoient, veillent à la propreté de leur linge et même aident la maîtresse de maison à préparer les repas et à habiller les enfants. La nourricière qui, pour tous ces services rendus, touche une pension à la fin du mois, n'a pas grand mérite. En revanche, la nourricière qui se trouve obligée d'habiller ses malades, de les peigner, de les débarbouiller, de les faire manger et de veiller sur chacun de leurs actes, est astreinte à une besogne délicate et pénible. Or, d'après M. Truelle, le paysan comprend difficilement qu'on récompense le mérite du voisin. « Le raisonnement n'a aucune prise sur lui, dit-il, et si on essaie de lui faire comprendre que son voisin a eu une prime de 5 francs par exemple, à cause de la peine plus grande qu'il éprouve avec des malades plus difficiles, on se heurte à son mécontentement et à son mauvais vouloir. »

C'est pourquoi, jusqu'en 1909, le système employé à Dun consistait à donner à tous les nourriciers, une petite gratification en fin d'année. On évitait ainsi des récriminations et des plaintes de la part des mauvais nourriciers qui n'ont jamais l'air de comprendre leur infériorité. Mais, d'autre part, on ne créait aucune émulation entre nos gardes-malades. Bons et mauvais, tous étaient également récompensés, de même que dans les écoles communales, à la campagne, tous les enfants ont des prix. En 1909, bien convaincu, du reste, d'avoir

à lutter contre le mécontentement de toute une partie du pays, j'ai procédé d'autre façon : Quatre listes ont été établies : 1^e nourriciers qui soignent des malades malpropres ou difficiles ; 2^e nourriciers qui gardent des pensionnaires depuis longtemps et leurs donnent des soins satisfaisants ; 3^e nourriciers qui n'ont jamais mérité aucun reproche, mais chez lesquels sont placées des malades faciles qui veillent elles-mêmes à la tenue de leur chambre ; 4^e nourriciers qui ont mérité des reproches, soit à la suite d'une évasion, de plaintes justifiées des malades (alimentation, manque d'égards), de négligences dans la tenue des pensionnaires ou de leur linge, etc. Enfin, nous avions fait état des malheurs qui avaient pu atteindre les nourriciers : chômage, maladie, visite du médecin, pertes pécuniaires de toutes sortes. En se mêlant ainsi à la vie des nourriciers, on s'attache les uns par la reconnaissance, de même qu'on oblige les autres au respect des malades par la crainte du retrait de leurs pensionnaires. Nous avions noté sur le livret toutes les indications concernant l'aisance du nourricier ou, au contraire, sa pauvreté, le nombre de ses enfants, la durée des jours de chômage ou de maladie. Une somme d'argent, si modique soit-elle, sera plus utile à une veuve pauvre et chargée de famille, qu'à un ménage d'ouvriers sans enfant. Le jour même de la paie, fin octobre, pour que la mesure ait tout son effet, des primes de 10 francs et de 5 francs ont été distribuées aux nourriciers qui étaient inscrits sur la première liste. A chacune d'elles, en même temps que la petite somme supplémentaire, on donnait l'explication de cette récompense, en quelques mots devant les autres nourrices : « Vous avez des malades difficiles, vous en prenez grand soin ; en plusieurs circonstances, on vous a vue à l'œuvre et cette prime est un encouragement. »

fuo

C'était un jour de marché. Il fallait voir, à la sortie de la colonie, les groupes de nourricières se former et discuter : Moi, j'ai touché 10 francs et on m'a félicitée. — Moi, je n'ai rien touché et on ne m'a rien dit. Je mérite pourtant une récompense, etc. — C'est pas vrai, répondait l'autre ; tu as des malades qui te font ta cuisine ; moi, je suis obligée de m'en occuper tout le temps. — Jusqu'aux malades elles-mêmes qui récriminaient, les unes parce qu'elles étaient mécontentes que leurs nourriciers n'aient pas été des premiers récompensés ; les autres, par crainte que le nourricier ne leur témoignât quelque rancune de ne pas être parmi les plus favorisés. Quelques nourricières interrogeaient dans la rue les surveillants pour leur demander des renseignements, et un journal de la région voulait s'emparer de l'affaire. Tout ce bruit a cessé, comme par enchantement, lorsque, par nos soins, le bruit s'est répandu que « toutes celles qui méritaient une gratification, seraient récompensées ; seules n'auraient pas de primes les nourricières qui avaient mérité ou méritaient un blâme ». Dès lors, nos visites dans les placements étaient accueillies avec l'espoir d'être bien notées, et certaines malades nous demandaient elles-mêmes d'inscrire leur nourricière sur la liste des récompenses. Chaque mois, depuis octobre jusqu'à fin décembre, des primes ont été distribuées à Dun et dans les annexes, par petites sommes de 3 francs, 5 francs, 10 francs et 20 francs. Nous avons ainsi donné satisfaction peu à peu à la plupart des nourriciers, puisque 418 ont touché une prime sur 496 qui avaient des malades fin décembre 1909.

A ces soixante-dix-huit nourriciers qui n'ont pas eu la récompense attendue, nous avons expliqué pourquoi une gratification ne leur avait pas été donnée en leur faisant espérer qu'ils seraient certainement parmi les

premiers inscrits en 1910, s'ils faisaient des efforts pour la mériter. Contrairement à l'opinion de Truelle qui pensait que « cette distinction faite au grand jour stimulerait moins les bons qu'elle n'aigrirait les passables et les mauvais », nous avons obtenu de ceux-ci plus que nous n'osions espérer. Ils ont été touchés d'abord dans leur intérêt. Si modeste que soit la somme de 5 francs donnée en prime, on ne saurait croire combien nos gens y tiennent. Ils ont été touchés aussi dans leur amour-propre. Leur nombre étant en effet très inférieur par comparaison à celui des nourriciers qui ont eu une récompense, ils sont connus dans leur rue ou leur quartier, et ils ont dû subir les réflexions des autres nourriciers. Leur émulation et leur zèle sont, il est vrai, le résultat de deux mauvais sentiments : la jalouse et l'intérêt, mais nos malades profitent de cette émulation et c'est l'essentiel. Ils profitent aussi de la reconnaissance que les bons nourriciers gardent à la colonie, qui leur vient en aide pendant les jours de chômage et de maladie. Du reste, un principe appliqué à Dun aussi bien qu'à Ainay est de mettre à la disposition des gens du pays tout ce qui, à la colonie, peut être utile : baignoires, alèzes, fauteuils pour malades, tonne à incendie, etc. Nous assurons ainsi à la colonie et à nos malades une sympathie qui est indispensable au bon fonctionnement de l'assistance familiale dans une petite ville.

L'existence de la colonie est, en effet, intimement mêlée à la vie du petit pays dans lequel les malades sont placés. C'est parce que cette existence assure la prospérité de ce pays que nous pouvons, par le retrait des malades ou au contraire par le nombre de ceux qui sont confiés aux familles, établir des distinctions entre les nourriciers. Les primes ne sont pas le seul moyen de récompenser les bons nourriciers. Une excellente mé-

thode employée par nos prédécesseurs, que nous appliquons aussi avec succès, est de veiller plus spécialement au choix des malades qui leur sont confiés. Nous leur donnons à garder des pensionnaires faciles et, dès qu'une place est vide, nous désignons, autant que possible, une autre malade pour ces bons placements. Le nourricier est ainsi toujours assuré de toucher à la fin du mois l'allocation réservée à deux pensionnaires, ce qui est pour lui un avantage sérieux, surtout en hiver, où il ne se trouve pas obligé de faire des dépenses de chauffage pour une seule malade.

Si la nourriture et les soins donnés aux malades ne sont pas toujours ce qu'ils devraient être dans quelques placements, il faut convenir que chez d'autres nourriciers c'est le local qui est insuffisant ou mal disposé. Dans les maisons du centre de la ville de Dun, telle chambre est humide ou peu éclairée, telle autre s'ouvre au fond d'un couloir et on ne peut y accéder que par un escalier étroit. Cette autre encore est à côté d'un grenier et la malade peut mettre le feu. Dans ces vieilles maisons, nous obtenons difficilement les réparations nécessaires. La plupart des nourriciers sont locataires de leurs immeubles. A nos observations, ils répondent que le propriétaire ne consent pas à faire les travaux exigés. La mesure qui réussit le mieux est de mettre le propriétaire en conflit avec son locataire, en retirant à celui-ci ses malades. Mais encore faut-il que les pensionnaires veuillent bien quitter leur placement. Or, il arrive assez souvent qu'habitué à sa chambre et à son nourricier, le malade trouve que nous défendons trop bien ses intérêts. Il prend le parti de la famille dans laquelle il vit et s'oppose énergiquement à un changement. Nous aurions mauvaise grâce à employer la force pour l'arracher à cette maison qu'il considère comme la sienne. D'autant qu'il trouvera toujours moyen d'y

retourner. De là conflit, scandale, scènes dans la rue, etc. D'autre part, si le nombre des inscriptions est assez élevé actuellement pour que nous puissions choisir nos placements, il faut tenir compte de certaines considérations qui nous obligent à maintenir les malades dans ces locaux mal disposés. Tout d'abord, ils sont maintenant très rares. Nous avons dû, ensuite, ménager le plus possible les nourriciers de la première heure et, malgré leur installation médiocre, leur tenir compte de leur bonne volonté. Tel nourricier qui ne met à la disposition de ses pensionnaires qu'une chambre à peine suffisante, les nourrit à sa table et vit avec eux. Il se montre toujours conciliant et doux. Tel autre, au contraire, qui loge ses malades dans une chambre très confortable, les tient à l'écart, se dispute ou discute avec eux et leur donne une nourriture insuffisante. On ne peut donc pas se montrer intransigeant et absolu. C'est le désir du malade et l'éloge ou les plaintes qu'il saura faire de sa nouvelle famille qui doivent souvent guider le médecin dans sa façon d'agir à l'égard des nourriciers.

A l'occasion de certaines mutations de placements, lorsque le pensionnaire est trop difficile, il faut éviter de froisser les nourriciers. Si ceux-ci se conforment au règlement ou font leur possible pour satisfaire le malade, il conviendra de ménager leur susceptibilité en leur dissimulant le vrai motif du départ de leur pensionnaire. On peut leur dire, par exemple, que celui-ci quitte son placement, parce qu'il ne s'accorde pas avec son compagnon. En se montrant trop sévère avec les nourriciers, on court le risque de les décourager. Or, leur tâche est souvent ingrate. C'est ainsi que j'ai vu pleurer une nourricière parce que la malade entrée chez elle la veille se plaignait de n'avoir pas un meuble assez grand pour mettre ses vêtements. Elle voulait quitter la maison. Que la nourriture soit suffisante, le trou-

seau bien tenu, la chambre aérée ; que la nourricière se montre douce avec ses malades et ne discute pas leur délire, et surtout qu'elle nous avertisse des moindres incidents ; telles sont les conditions de bien-être que nous devons assurer à tous nos malades. Comment exiger, en effet, en colonie, avec des nourriciers gardes-malades qui ont à s'occuper de leurs enfants et de leur intérieur, une surveillance aussi exacte que dans les asiles ? Au reste, même dans les asiles les mieux organisés, on sait qu'on n'obtient pas toujours du personnel une surveillance qui ne soit ni brutale, ni vexatoire. Nous n'avons plus, il est vrai, la même crainte qu'au début de la colonie, de nous voir rendre nos malades par une population mal préparée à des sacrifices pécuniaires. Mais, il ne faut pas oublier que nous devons tenir compte au nourricier de l'avance qu'il a faite pour louer une chambre destinée aux malades, l'approprier, acheter la literie, les couvertures, des meubles, etc. Lorsqu'un nourricier nous a montré son logement et que nous avons accepté de lui confier des pensionnaires, il considère que, désormais, nous sommes liés à son égard, à cause de la mise de fonds qu'il est obligé de faire. De même, un nourricier qui a eu des malades et de qui la chambre reste inoccupée pendant un certain temps, se plaindra d'être obligé de payer un logement inutile. Il nous reprochera sa dépense de literie, de meubles, de poêle, et se plaindra d'être lésé par nous dans ses intérêts.

Le retrait des malades est donc une mesure de rigueur que nous réservons aux cas graves. La mesure n'est prise que si le livret porte trois observations ou encore si la nourricière a refusé d'exécuter une prescription médicale. Tous les mauvais nourriciers étant connus, peu à peu, grâce aux demandes nombreuses et aux nouvelles inscriptions, nous les éliminons ou nous leur

réservons les pensionnaires difficiles. Mais, nous serions plus libres de nos actes si, comme à Gheel, le mobilier du placement était acheté par l'administration. Nous n'aurions pas, en effet, à tenir compte de l'avance faite par le nourricier pour exercer son industrie. Nous arriverions plus aisément à supprimer toutes les installations médiocres qui sont, à vrai dire, de plus en plus rares, pour ne réserver que les locaux les plus spacieux et les plus aérés.

A la question de propreté et d'hygiène se rattache l'aménagement des cabinets d'aisance. A la campagne surtout, ces cabinets sont primitifs. Ils se composent d'une petite cabane en bois ou même en paille tressée recouverte de toile goudronnée dans laquelle on a installé une caisse renversée au-dessus d'une fosse, caisse percée d'un orifice recouvert d'un couvercle. Partout où il a été possible d'obtenir cette modification, nous avons fait placer au-dessous de ce siège improvisé une tinette facile à vider. Mais toute réforme de ce genre n'est pas accueillie sans récriminations ni plaintes, malgré la faible dépense. Dès que l'exemple est donné par les bons nourriciers, qui, il est vrai, sont la majorité, la tâche du médecin devient plus aisée.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 MAI 1913

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

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

MM. Paul Ladame, de Genève, membre associé étranger, Ducosté, Dupouy, Lalanne, Libert, Porot, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de MM. Fillassier et Beaussart, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2^o Une lettre de M. D'Hollander, qui remercie la Société d'avoir nommé des délégués au Congrès international de Neurologie et de Psychiatrie de Gand ;

3^o Une lettre de M. Sollier, qui accepte d'être délégué au Congrès de Gand ;

4^o Une lettre de M. Zinalakis, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

5^o Une lettre de M. Mignard, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

6^o Des lettres de MM. Brissot et Bourilhet, qui remercient la Société de leur avoir décerné le prix Belhomme ;

7^o Une lettre de M. Libert, qui remercie la Société de lui avoir décerné le prix Esquirol.

La correspondance imprimée comprend :

1^o *La réaction de Wassermann et l'aliénation mentale*, par MM. Herman et D'Hollander ;

- 2^e *Contribution à l'histologie pathologique des parois des veines du cerveau et des méninges*, par MM. Stransky et Löwy ;
- 3^e *Deuxième contribution sur 4.134 cas d'infection syphilitique suivis au point de vue catamnestique*, par MM. Mattauschek et Al. Pilcz ;
- 4^e *Le nervosisme des instituteurs*, par M. Al. Pilcz.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.

M. le PRÉSIDENT déclare la vacance d'une place de membre titulaire. Les candidats voudront bien envoyer au Secrétaire général leurs titres et travanx scientifiques, qui seront soumis à une Commission spéciale. Cette Commission sera nommée à la prochaine séance.

Rapport de candidature.

M. TRUELLE. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Legras, Ritti, Truelle, rapporteur, en vue d'examiner la candidature de M. le Dr Albès au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien interne de la Maison nationale de Charenton et des asiles de la Seine, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, M. le Dr Albès est l'auteur de plusieurs travaux de clinique mentale et de psychologie pathologique fort intéressants.

Nous nous contenterons d'énumérer les principaux d'entre eux :

Essai théorique sur l'illusion dite de « fausse reconnaissance » (Journal de psychologie normale et pathologique 1905. En collaboration avec Dromard) ;

Psychose systématisée chronique à forme quérulente (Encéphale, 1907. En collaboration avec René Charpentier) ;

Folie du doute et illusion de fausse reconnaissance (Revue de Psychiatrie, 1907. En collaboration avec Dromard) ;

De quelques particularités observées dans un état

hallucinatoire chez un paralytique général (Annales médico-psychologiques, 1913).

Une question a plus particulièrement intéressé M. Albès « l'illusion de fausse reconnaissance », qui fait l'objet de sa thèse, parue en 1906.

Dans ce travail, où apparaissent les inconvénients, un peu trop fréquents, à notre avis, en médecine mentale, qu'il y a à comprendre sous une même dénomination des faits disparates, l'auteur prend soin de différencier la fausse reconnaissance proprement dite, celle qui, consistant « en une croyance erronée plus ou moins durable, est précise dans son objet et implique une altération fondamentale du jugement », de l'illusion de fausse reconnaissance, ou illusion du déjà vu, du déjà éprouvé, « simple aberration transitoire, vague dans son objet, n'impliquant aucune altération fondamentale du jugement ».

Ce sont surtout les fausses reconnaissances de la première catégorie, ou illusions sur les personnes, que M. le Dr Albès se propose d'étudier. Néanmoins, il donne préalablement de l'illusion ou sentiment du déjà vu, une auto-observation intéressante, et surtout une explication fort ingénieuse que nous ne pouvons passer sous silence.

D'après lui, ce trouble psychique si curieux serait conditionné par deux circonstances nécessaires et suffisantes : d'une part, un état de distraction par faiblesse momentanée de l'attention provoquant un trouble des perceptions conscientes et volontaires, sous forme d'insuffisance de l'aperception ; et, d'autre part, une sorte « d'invagination de l'attention », par laquelle le sujet fixerait son attention sur ces perceptions incomplètes qui, dès lors, lui apparaîtraient avec les caractères à la fois d'une perception actuelle un peu spéciale, et d'un souvenir non localisable exactement dans le passé.

Il nous semble que cette théorie, si elle renferme une partie, la seconde, sans doute un peu trop hypothétique et spéculative, a du moins le mérite d'établir que, dans l'illusion du déjà vu, ni la perception actuelle, ni la fausse réminiscence n'offrent les caractères complets d'une aperception ni d'un souvenir normaux.

Quant aux fausses reconnaissances « médicales », à

celles que l'on observe avec une si grande fréquence au cours de divers troubles mentaux, l'auteur en fait une classification logique qui n'a pas seulement une importance nosographique, mais encore une valeur médico-légale non négligeable. Selon qu'on les observe, en effet, au cours d'états confusionnels, au cours d'états délirants plus ou moins systématisés, ou dans certains états obsédants, la tendance réactionnelle de ces fausses reconnaissances varie : faible et contingente dans le premier cas, forte et quasi fatale dans les seconds.

Ces différents travaux dont nous n'avons donné qu'un pâle résumé, montrent l'orientation à la fois scientifique et pratique de notre collègue, qui, ne se contentant pas d'une simple énumération ni d'une classification des faits, en poursuit encore les origines et les causes, et en déduit les conséquences possibles.

Votre Commission a pensé que la Société médico-psychologique serait heureuse d'agrérer M. le D^r Albès comme membre correspondant.

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

Un cas de paralysie générale à évolution lente.

Autopsie,

par MM. RENÉ CHARPENTIER et N. VIEUX.

S'il est vrai que la durée normale de la paralysie générale, plus longue qu'on ne le croyait autrefois, est, en moyenne de quatre à six ans, ce délai peut, dans un certain nombre de cas, être plus court ou plus long. Souvent l'évolution paraît plus courte, les premiers symptômes étant passés inaperçus ; souvent aussi une complication, un ictus mortel abrègent le cours de la maladie. La durée de l'affection, dans un certain nombre de cas, peut être prolongée bien au delà des limites de temps que nous venons d'indiquer, ou bien parce que l'évolution en est particulièrement lente, ou bien parce que cette évolution est interrompue pendant un temps variable par une ou plusieurs rémissions.

Déjà nombreuses sont les observations de paralysie

générale à évolution lente, aussi ne publions-nous celle-ci qu'à cause de certaines particularités que nous signalerons en terminant. Bayle (1) citait déjà cinq cas de six à douze ans de durée. Doutrebente (2) et, plus tard, Doutrebente et Marchand (3) rapportèrent des observations analogues. Lapointe (4) a cité un cas ayant duré plus de quinze ans ; Lustig (5) deux cas de plus de vingt ans ; Swenson (6) rapporte trois cas d'une durée ayant dépassé quinze ans. Brunet (7) en publia trois cas ayant évolué en plus de dix années.

Le professeur Gilbert Ballet (8) a insisté sur ce qu'il appelle *l'évolution à type discontinu* de la paralysie générale, sur l'existence, non plus de rémissions, mais de véritables *intermissions* pendant lesquelles « la *restitutio ad integrum* est suffisante pour donner tout au moins à l'entourage et au médecin l'impression d'une guérison ».

M. Vallon (9), dont le Mémoire à l'Académie renferme de nombreux cas de rémissions longues, estime que ces faits sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le croit généralement et va même jusqu'à refuser à la maladie le qualificatif de « progressive » sous lequel on la désigne généralement (10). Dans un travail fait dans son service de l'Asile clinique, ses élèves, Saillant et Fay (11), citent cinq cas de paralysie générale ayant duré

(1) Bayle. *Traité des maladies du cerveau*, 1826, p. 528.

(2) Doutrebente. *Ann. méd.-psych.*, 1872.

(3) Doutrebente et Marchand. *Ann. méd.-psych.*, novembre 1903.

(4) Lapointe. *Congrès de Nancy*, 1896.

(5) Lustig. Zwei Fälle von mehr als zwanzigjährigen Anstalts-Beobachtung. Zur Kasuistik der Paralysis. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*. Juin 1900, cité par E. Dupré. Art. Psychopathies organiques in *Traité de Pathologie mentale* publié sous la direction de Gilbert Ballet.

(6) Swenson. *Psychiatr. Wochens.* Juin-juillet 1899.

(7) Brunet. (*Soc. méd.-psych.*), *Ann. méd.-psych.*, juin 1904.

(8) Soc. de psychiatrie, 18 juin 1908. *L'Encéphale*, 1908, n° 7.

(9) Vallon. *Des rémissions dans la paralysie générale*. Prix Civrieux, 1891.

(10) Soc. de psychiatrie, 18 juin 1908. *L'Encéphale*, 1908, n° 7.

(11) Saillant et Fay. La durée moyenne de la paralysie générale chez l'homme. *L'Encéphale*, 1908, n° 1.

de dix à dix-huit ans. MM. Arnaud et Vallon (1) ont présenté à la Société de psychiatrie une malade dont la paralysie générale évoluait depuis vingt-deux ans. Vigouroux et Raoul Leroy (2) ont présenté à la Société clinique de médecine mentale, une malade de cinquante-quatre ans dont la paralysie générale était arrêtée depuis douze ans dans son évolution.

Rappelons enfin que l'un de nous (3), en collaboration avec M. Barbé, a déjà présenté à la Société de psychiatrie trois observations de paralysie générale ayant duré, dans un cas huit ans, dans le second douze ans, et dans le troisième, vingt-deux ans.

OBSERVATION

La malade, M..., femme L..., marchande de poissons, est née le 23 juin 1859. De ses antécédents héréditaires, nous ne savons rien. Née dans la Haute-Vienne, elle vint, dit-elle, toute jeune à Paris. Elle se rappelle avoir eu la syphilis, mais l'état de ses souvenirs et l'absence de renseignements empêchent de savoir à quelle date. Elle paraît aussi avoir fait des excès alcooliques. Si on l'en croit, son mari serait mort aliéné et une de ses sœurs, décédée, buvait de grandes quantités de rhum.

Quoi qu'il en soit, M... fut internée à l'Asile clinique, le 31 août 1895 et transférée de l'admission à l'asile de Ville-Evrard, le 6 septembre 1895. Le certificat suivant fut établi lors de ce premier internement :

Affaiblissement des facultés intellectuelles, début probable de paralysie générale. Agitation. Désordre dans les idées et les actes, rétrécissement des pupilles, inconscience de sa situation.

PAUL GARNIER.

M... sortit de Ville-Evrard trois mois après. Les certificats faits pendant l'internement notent l'affaiblissement intellectuel et l'alcoolisme ; lors de la sortie, le 30 novembre 1895, M. Febvre rédigea le certificat suivant :

(1) Arnaud et Vallon. Paralysie générale de très longue durée. Soc. de psych., 16 juillet 1908. *L'Encéphale*, 1908, n° 8.

(2) Raoul Leroy. *Soc. clin. de méd. ment.*, 15 juin 1908. — Vigouroux et Raoul Leroy. *Soc. clin. de méd. ment.*, 20 mars 1911.

(3) René Charpentier et André Barbé. Trois cas de paralysie générale de longue durée. Soc. de psychiatrie, 19 janvier 1911. *L'Encéphale*, 10 mars 1911.

Présente encore quelques lacunes de la mémoire mais se maintient dans un état de calme complet sans manifester aucune de ses idées délirantes ; j'estime, en conséquence, qu'elle peut être rendue à son mari.

FÉBVRÉ.

La malade avait alors trente-six ans, elle reprit ses occupations jusqu'en 1907 et fut internée pour la seconde fois le 4 décembre 1907, à l'Asile clinique, où l'un de nous fit le certificat suivant :

Affaiblissement intellectuel avec propos incohérents, idées vagues de persécution, actes démentiels. Déjà traitée.

RENÉ CHARPENTIER.

M... avait à cette époque quarante-huit ans ; elle était restée pendant douze ans hors des asiles. Des symptômes d'*agitation intermittente*, des *actes démentiels* (elle avait allumé son poêle après en avoir retiré les tuyaux, elle avait répandu du pétrole dans l'escalier de l'immeuble qu'elle habitait), étaient cause de ce *deuxième internement* effectué d'office, comme le premier.

A l'asile, la malade dort bien, ne présente la nuit ni cauchemars ni rêves. Elle donne de ses actes des explications niaises et puériles, déclare que c'est son chat qui a répandu du pétrole, que c'est parce que le feu n'allait pas qu'elle l'avait allumé avant de remettre les tuyaux de son poêle. Elle manifeste quelques *idées de satisfaction* (elle trouve qu'elle a un corps d'enfant) et quelques idées vagues de persécution à l'égard de sa concierge qui, dit-elle, la volait.

Quelques troubles, pas très marqués, de la *mémoire*, de la turbulence et de l'*agitation intermittentes* complètent les signes psychiques.

Très peu de *troubles de la parole*. Quelques achoppements très rares et *conscients* dans les mots d'épreuve difficiles. Pas de tremblement labio-lingual. Pas de troubles de l'écriture. L'examen des *yeux*, par le Dr Schrameck, donne les résultats suivants : Inégalité pupillaire légère, la pupille gauche est très légèrement plus large. Les deux pupilles sont déformées, mais réagissent bien. Fond d'œil et muscles normaux.

La ponction lombaire est faite le 6 décembre 1907. Le liquide céphalo-rachidien, très hypertendu, s'écoule rapidement par l'aiguille ; albumo-diagnostic positif ; cyto-diagnostic positif ; très abondante *lymphocytose* presque exclusivement lymphocytaire, très rares polynucléaires et quelques très rares grosses cellules méninées dégénérées et vacuolaires, sans noyau apparent.

Donc, syndrome démentiel avec lymphocytose rachidienne, sans trouble appréciable de la parole et sans autre symptôme oculaire que l'inégalité pupillaire avec irrégularité du contour des pupilles. Il n'existe aucun symptôme de tabes.

Après un court passage à Ville-Evrard, où M. Kéraval fait le certificat :

Agitation maniaque avec signes physiques permettant de craindre une paralysie générale probable.

M... est transférée, le 24 mars 1908, à l'asile de Vaucluse, dans le service de M. Dupain dont le certificat de quinzaine est ainsi conçu :

Affaiblissement des facultés mentales, diragations ambitieuses, activité désordonnée. Déjà traitée. A maintenir.

DUPAIN.

M... présente alors un état d'*agitation maniaque* avec logorrhée, cris, chants, vociférations, injures, propos incohérents, agitation motrice, *idées délirantes* niaises et nombreuses de *satisfaction* (elle a de beaux cheveux, de belles dents, une belle voix, elle a rajeuni, elle va se marier...), de *grandeur* (elle est la fille du président de la République, elle va chanter à l'Opéra, elle a eu au moins cinquante enfants), de *richesse* (elle est riche à millions, tout lui appartient...), des idées *érotiques* et des idées de *persécution*.

Son *affaiblissement intellectuel*, bien que manifeste, n'est pas tellement accentué qu'elle ne puisse donner des renseignements sur la date et le lieu de sa naissance, les détails de la profession qu'elle exerçait, les séjours successifs qu'elle a faits à Ville-Evrard, à Sainte-Anne, à Ville-Evrard, à Sainte-Anne puis à Vaucluse.

Elle a de son état une certaine conscience qui lui fait traiter spontanément de « crises » ses périodes d'agitation.

Enfin, les troubles de la parole sont très peu marqués et presque inexistant. Elle prononce correctement les mots d'épreuve habituels et même des phrases d'une certaine difficulté. À la lecture, il lui arrive, d'ailleurs assez rarement, de sauter des mots : elle présente quelques rares accrocs à la lecture à haute voix (avril 1908). Pas de trouble calligraphique.

Elle meurt le 12 juin 1908. À l'autopsie, on trouve la pie-mière épaissie, adhérente à l'écorce grise, la décortication est difficile et détermine de petits arrachements. Chaque hémisphère pesait 520 grammes, le cervelet 150 grammes.

Le plancher du quatrième ventricule présentait des petites granulations donnant l'aspect de « langue de chat ».

Les deux poumons étaient congestionnés aux bases et le

poumon gauche adhérent par sa face externe et par sa base. Le foie, hypertrophié, avait déjà subi un commencement de putréfaction. Les reins étaient gros, blancs. La rate, petite, pesait 100 grammes.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire de M. Vigouroux, à l'asile de Vaucluse, a donné les résultats suivants :

Lobe frontal. — La pie-mère à la périphérie est un peu épaisse, un peu fibreuse et adhérente au cortex ; dans les sillons, elle est très infiltrée de cellules rondes, de leucocytes et de plasmazellen : une veine au fond du sillon a sa paroi infiltrée et est le centre d'un véritable nodule de lymphocytes.

Les artères de moyenne dimension paraissent saines, à part une prolifération légère des cellules de l'endartère.

Les petites artères par contre ont de l'endartérite manifeste et de la périartérite.

A la périphérie du cortex sont de petites zones de tissu ramollie avec des ulcération, et de nombreux corpuscules hyalins ; dans la zone moléculaire, beaucoup de névroglie.

Dans la zone des cellules et la substance blanche, les vaisseaux sont entourés d'une zone vide dans laquelle se trouvent quelques globules sanguins et des lymphocytes. Vaisseaux congestionnés. Un vaisseau est entouré d'un gros manchon de cellules rondes.

Dans le *lobule paracentral*, l'infiltration périvasculaire est plus marquée et il existe une petite hémorragie interstitielle. Les cellules sont très altérées (chromatolyse) ; pigmentation, excentricité du noyau, dégénérescence.

Au Weigert, les fibres de Baillarger sont conservées.

Les fibres de Tucsek sont atrophiées mais n'ont pas disparu.

Bulbe. — Légère infiltration méningée surtout marquée dans l'espace interpédonculaire.

Très légère périvasculite des artères du plancher.

Les cellules de la X^e et XII^e paires sont normales : elles ont conservé leurs gaines chromatiques, leur noyau et leur nucléole.

Le noyau est peut-être un peu coloré.

Au Weigert, pas de lésion des fibres.

La *moelle*, cervicale et dorsale, ne présente pas d'altération, pas de méningite, pas d'infiltration.

Les cellules des cornes antérieures sont normales, à part une légère pigmentation.

Au niveau de la moelle lombaire, on trouve un noyau de périphlébite dans le sillon antérieur. Dans la substance médullaire, il y a également un peu d'infiltration vasculaire. Enfin les cellules de la corne antérieure sont altérées, très pigmentées et quelques-unes désintégrées.

Foie. Légère sclérose périportale; congestion et dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques qui sont remplies de vésicules rondes.

Reins. Les cavités des glomérules et celle des tubes contournés sont remplies par un exsudat fibrineux. Les glomérules sont comprimés et ratatinés mais non fibrineux.

Les cellules des tubes contournés sont vacuolaires.

Cette observation est remarquable par la longue durée de la période de début de l'affection. Lors du deuxième internement, en effet, le diagnostic de paralysie générale n'est pas beaucoup plus affirmatif que lors du premier internement effectué douze années auparavant. L'affaiblissement intellectuel est noté les deux fois, de même que l'agitation et les symptômes oculaires. Mais, d'une part, les symptômes oculaires sont minimes (inégalité pupillaire légère avec irrégularité du contour) et, d'autre part, les troubles de la parole sont presque inexistants. Il s'agit donc ici, sinon d'une véritable intermission, puisque l'affaiblissement intellectuel est noté lors de la sortie de la malade en 1895, au moins d'une *rémission* remarquable par sa durée (douze années), son apparition peu de temps après le début de l'affection, et son intensité qui permit à la malade de gagner sa vie et de subvenir à ses besoins.

On peut d'ailleurs penser que le second internement eût été plus précoce si la malade ne se fût pas trouvée isolée, sans famille, pour remarquer le changement survenu dans sa personnalité.

Ce second internement, comme le premier, se produisit à l'occasion d'un état d'agitation. Soukhanoff et Gannouchkine, Rybakoff (1) ont insisté sur les *formes circulaires de la paralysie générale*, formes dans lesquelles, pour ces auteurs, « la maladie présente, dans son évolution, une série d'états psychopathiques qui se succèdent plus ou moins régulièrement : ce sont tantôt des états d'excitation maniaque, tantôt des états de dépression mélancolique ; dans les intervalles, on peut

(1) Rybakoff. Les formes circulaires de la paralysie générale. *Journ. neuvr. i psych.* Moscou, 1906, p. 168. Anal. in *Encéphale*, 1906, n° 5, p. 518.

observer des rémissions plus ou moins longues, au cours desquelles le sujet paraît être relativement bien portant ». Si nous adoptons cette manière de voir, il nous serait loisible d'admettre que notre malade peut être rangée dans ce cadre, son évolution pouvant être figurée par deux accès d'agitation séparés par une longue rémission. En effet, s'il est vrai, que comme un grand nombre de paralytiques généraux, il semble que la malade présente des antécédents personnels d'intoxication alcoolique, il n'est pas moins important de faire remarquer qu'elle ne présentait absolument aucun symptôme d'alcoolisme lorsque nous la vîmes, le jour même de son internement, et qu'en dépit de l'état d'agitation, son sommeil pendant les nuits suivantes ne fut troublé ni par des cauchemars ni par des rêves. Il ne s'agissait pas là d'excitation d'origine alcoolique.

Mais est-il bien logique de décrire une forme circulaire de la paralysie générale. Les états d'agitation et les états de dépression sont fréquents au cours de la paralysie générale et sont des états affectifs greffés sur le fond démentiel : ils existent dans toutes les formes de la maladie, quels que soient les symptômes prédominants, quelles que soient la marche et la durée de l'affection. Plus l'évolution est lente, plus ils ont d'occasions de se produire : ils ne constituent pas une variété spéciale de paralysie générale, surtout une variété s'accompagnant comme le voudrait Ryzakoff d'un pronostic particulier (évolution plus lente). Ce n'est pas parce qu'il s'agit d'une « forme circulaire » que l'évolution est plus lente, c'est parce que la maladie présente une plus grande durée que les états d'excitation ou de dépression y sont plus fréquents.

Il est de notion courante que les tabétiques paralytiques généraux, les malades atteints de *paralysie générale tabétiforme* (Joffroy) ont habituellement une paralysie générale à évolution lente, aussi faisons-nous remarquer ici l'absence de tout symptôme tabétique. La malade ne présentait ni trouble des réflexes tendineux, ni troubles sensitifs, ni troubles de l'équilibre... etc. Les signes oculaires eux-mêmes communs à la paralysie générale et au tabes étaient assez légers puisqu'il n'existaient ni signe d'Argyll, ni troubles du fond de

l'œil : seules l'inégalité pupillaire et l'irrégularité du contour des pupilles ont été constatées.

Une particularité remarquable de cette observation est que la malade présentait des troubles de la parole tout à fait insignifiants et pas de troubles de l'écriture. Cette *intégrité de la parole* était telle qu'elle fit longtemps hésiter le diagnostic. Rybakoff (*loc. cit.*), rappelant les cas de Mendel et de Déhoff, insiste sur l'apparition tardive des troubles de la parole et de l'écriture dans les formes circulaires à évolution lente dont nous avons discuté plus haut la légitimité. Les accrocs de la parole étaient ici exceptionnels dans la parole spontanée et la prononciation des mots d'épreuve très rares aussi à la lecture. Lorsqu'ils se produisaient, ils étaient conscients et la malade s'arrêtait spontanément pour prononcer à nouveau le mot qui en était l'occasion. Il n'existe pas de tremblement labio-lingual. Le début tardif, la légèreté ou même l'absence des troubles de la parole et des troubles de l'écriture, que nous avons déjà observés dans d'autres cas de démence paralytique de longue durée, nous paraît être le caractère le plus constant de ces paralysies générales à évolution lente et permettrait peut-être dans certains cas d'en établir le pronostic.

DISCUSSION

M. VIGOUROUX. — Il est exceptionnel d'observer des rémissions de cette importance et de cette durée au cours de la paralysie générale. Je ne me rappelle pas, dans mon service d'hommes du moins, en avoir observé d'aussi intéressantes à ce double point de vue.

Les auteurs ont-ils des renseignements sur ce qui s'est passé pendant cette longue période de rémission ?

M. RENÉ CHARPENTIER. — Les renseignements que nous avons manquent malheureusement de précision.

Le certificat de sortie, à la fin de son internement, signalait la persistance d'un léger affaiblissement intellectuel ; cependant, la malade a pu reprendre son métier et gagner sa vie ; il est donc légitime de parler de rémission et non d'une simple intermission.

M. RAYNEAU. — L'observation de MM. Charpentier

et Vieux me rappelle que, dans un cas analogue, — où j'avais toutes les raisons pour faire, lors du premier accident, le diagnostic de paralysie générale progressive, — la rémission fut tellement prononcée que le malade, un inspecteur primaire, put reprendre, après un premier séjour à l'asile, sa collaboration dans différentes revues pédagogiques. Le diagnostic était cependant exact, et la rechute le prouva.

Cette rémission dura deux ans et demi; pendant toute la durée de l'affection, le malade présenta peu de troubles de la parole.

Folie intermittente et brightisme,

par MM. A. VIGOUROUX et HÉRISSON-LAPARRE,
de l'asile de Vaucluse.

Mai... (François) est un jeune débile qui est entré à la colonie de Vaucluse à l'âge de seize ans, le 20 février 1897.

Il présentait de « l'excitation maniaque avec incoordination dans les idées et dans les actes » (Blin). Il avait tenté de se suicider en se jetant sous un tramway. Il reste à la colonie jusqu'au 14 novembre 1897 et semble avoir présenté, pendant ce séjour de neuf mois, plusieurs courtes crises d'excitation.

Le 24 décembre 1898, il fit une nouvelle entrée, provoquée par des alternatives d'excitation et de dépression (Taguet). Il sortit le 14 août 1899.

Le 11 novembre 1899, il entre une troisième fois à l'asile avec le même diagnostic et il y reste jusqu'au 17 juin 1900.

Le 5 janvier 1901, quatrième entrée. Il avait présenté une crise d'excitation, avec loquacité, cris et mouvements désordonnés (Magnan). Le certificat du Dr Legras porte : « Dégénérescence mentale, avec alternatives d'excitation maniaque et de dépression mélancolique. Etat actuel d'excitation. »

A son entrée dans le service, il est calme et s'occupe à quelques travaux. Il prétend ne se rappeler rien et ne comprend pas pourquoi on l'a interné.

Au point de vue mental, c'est un débile, sachant à peine écrire, épelant les lettres une à une. L'examen physique ne présente rien d'anormal, qu'un léger tremblement de la langue.

Le 13 février 1901, commence une crise d'excitation, d'une durée de dix jours environ, pendant laquelle il est en proie à une vive agitation motrice, riant à tout propos, mais ne pro-

nonçant pas une parole. Il paraît assez inconscient de sa situation et confus.

Il sort le 27 mai 1901.

Le 23 juillet 1904, cinquième entrée. Il est arrêté sur la voie publique, se livrant à des extravagances, courant après les automobiles et les tramways, qu'il veut arrêter. Il sort le 2 octobre 1904.

En 1908, il a un accès d'excitation, qui n'amène pas son internement, bien qu'il ait provoqué des réactions dangereuses. Cet accès dure trois semaines, pendant lesquelles il se montre agité, euphorique et mégalomaniacal. Il se livre à des actes bizarres, mange des oiseaux vivants, part des journées entières pour des promenades à bicyclette sans but, etc. Très excité au point de vue génital, il a, à ce sujet, de nombreuses discussions avec sa femme, qu'il frappe un jour d'un coup de pied au ventre. La violence de ce coup est telle qu'il provoque une escarre du cæcum nécessitant une laparotomie.

Le 21 mai 1911, sixième entrée, provoquée, comme la précédente, par du scandale dans la rue. Cette fois, sa femme peut nous donner quelques renseignements sur ses antécédents.

Il est fils d'un cantonnier du bois de Boulogne, alcoolique, buveur d'absinthe et de vin blanc. Il a un frère de vingt et un ans, un peu nerveux, et une sœur de quinze ans, qui présenterait, de temps à autre, des crises d'excitation. Cette sœur a été par la suite, internée à Villejuif. Lui-même serait un buveur d'absinthe et de vin blanc (?). Renseignement contesté par le père.

Il travaille comme garçon maçon, gagnant 5 fr. 50 par jour. Mais, trois semaines avant son arrestation, les fortes gelées l'ont réduit au chômage. Affecté par cet incident, « il s'est mis à boire » (?) plus que de coutume, et, vers le 8 janvier, est apparue une nouvelle crise d'excitation : il se croit riche, veut acheter une automobile, parle de faire de l'aéroplane avec son vélo ; il présente, en outre, de l'excitation génitale et de l'insomnie.

Le 27 janvier 1911, il part, le soir, à bicyclette, voir un de ses cousins habitant Montmartre. Ne le trouvant pas, il veut revenir à Suresnes, où il habite à l'hôtel, trouve cet hôtel fermé, et passe sa nuit à errer sans but. Au matin, nous raconte-t-il, il s'est senti faim, et, comme il avait perdu son porte-monnaie, il a voulu prendre un morceau de pain chez un boulanger et s'est fait arrêter. En réalité, sa femme nous raconte qu'il s'est jeté sur une porteuse de pain pour lui voler son argent.

Au dépôt, il est vu par le Dr Dupré, qui rédige le certificat suivant : « Débilité mentale, avec crises périodiques d'excitation et de dépression ; extravagances et scandale sur la voie

publique avec refus de s'expliquer; attitude hostile, réactions coléreuses; plusieurs tentatives de suicide; parfois, refus d'aliments. Appoint alcoolique. Etat actuel d'agitation avec désordre des actes, irritabilité, réactions hostiles. »

A son passage à l'admission, il présente de la dépression anxieuse avec mutisme (Juquelier).

A son arrivée dans le service, le 4 février 1911, il est calme et non délirant, conscient de son état, du temps et du lieu. La mémoire est bien conservée, et il se rappelle ses multiples internements antérieurs. Il les attribue à son caractère émotif, qui fait que, lorsqu'il a quelque chagrin, il perd la tête.

Au point de vue mental, c'est un débile, vaniteux, fier des excès de vin blanc qu'il a commis, vantant ses prouesses, plaisantant sa femme et l'accusant de ne pas refuser, à l'occasion, un bon coup de vin, etc.

Les pupilles sont égales et réagissent bien, la langue est saburrale. La parole est un peu scandée et légèrement confuse, mais il s'agit là d'un embarras congénital coïncidant avec la forme ogivale de la voute palatine.

Les réflexes plantaires, créminastériens et patellaires sont normaux. Le cœur est sain. La respiration est emphysémateuse, l'expiration prolongée, l'inspiration humée.

Pour la première fois, nous constatons chez Mai... *des signes indéniables de brightisme*: les urines, en effet, contiennent 0,30 d'albumine par litre. Il nous apprend également — et ceci est confirmé par sa femme — qu'à intervalles irréguliers, et plus spécialement dans les jours qui précédent les crises d'excitation, il lui est arrivé d'être pris brusquement d'étouffements qui l'obligent à se rendre à l'hôpital. Là, il se trouve très soulagé par l'application de ventouses scarifiées. A l'hôpital, on a constaté son brightisme, et on lui a conseillé un régime alimentaire qu'il n'a pas suivi. Ce sont là, à n'en pas douter, des crises d'œdème aigu du poumon survenant chez un néphritique.

Du 4 février au 8 mars, il reste à l'infirmerie, soumis au régime déchloruré. Son albumine, dosée chaque jour au tube d'Esbach, diminue progressivement jusqu'à devenir indosable par ce procédé. Il continue à se montrer calme et serviable, et s'emploie à quelques travaux au quartier.

Le 8 mars, il est transféré dans un quartier de travailleurs, soumis au régime ordinaire et occupé aux travaux de culture.

Cinq jours après avoir cessé le régime déchloruré, le 13 mars, travaillant aux champs, il commence à s'exciter, insulte les passants sur la route et les voyageurs des trains. On examine son urine et on trouve plus d'un gramme d'albumine au tube d'Esbach.

Pendant quatre à cinq jours, il se montre turbulent et excité;

remis alors au régime lacté, on voit, à mesure que l'albumine disparaît dans les urines, le calme revenir progressivement. Lorsque l'albuminurie n'atteint plus que 0 gr. 15 par litre, on le remet au régime déchloruré, puis au régime ordinaire et, le 21 mai 1911, ayant passé près de deux mois sans avoir présenté de crises d'agitation, il est remis en liberté sur la demande de sa femme.

Pendant un an et demi, il travaille assez régulièrement à son métier de maçon. Il continue à boire de temps à autre, mais de façon assez modérée. Dans cet intervalle, il a présenté deux fois un peu d'excitation passagère et plusieurs fois, pris par des crises d'étouffements, il a été obligé d'aller se faire mettre des ventouses dans divers hôpitaux ou dispensaires.

Au début de décembre 1912, il fait une chute sans gravité aucune d'un échafaudage et est obligé de s'aliter. Au bout de quinze jours, il essaye de reprendre son travail ; mais après deux jours, il commence à s'exciter, brise ses meubles, chante à tue-tête dans sa chambre. Il prétend que, quelqu'un ayant jeté une pierre dans les vitres de sa fenêtre, il est descendu dans la rue, et comme il continuait à chanter, il s'est fait arrêter.

Il entre dans le service le 21 décembre 1912. La crise d'excitation est à peu près terminée, il est calme, s'alimente bien et fait sa toilette.

Au point de vue mental, c'est toujours le même débile vaniteux que nous avons connu au cours de ses précédents internements, mais en outre sont apparues chez lui quelques vagues idées de persécution, et peut-être quelques hallucinations épisodiques de l'ouïe. La nuit, des voix l'injurient dans sa chambre, — Dans la rue, les enfants crient « au fou » quand il passe (ce qui est très vraisemblable). — On lui interdit de répondre aux questions, etc.

Il se plaint vivement de la conduite de sa femme à son égard : elle l'a quitté voici bientôt un an, elle le trompait avec un de ses amis, il en est sûr, car sa petite fille lui a donné des détails qui ne permettaient pas le doute.

Dans l'examen physique, nous relevons du tremblement léger de la langue et des doigts, et un affaiblissement marqué des réflexes patellaires. Le cœur présente un bruit de galop. La respiration est humée avec quelques râles de bronchite et diminution du murmure vésiculaire.

L'examen des urines donne :

Quantité, 2 l. 900 par vingt-quatre heures.

Urée	11	gr. 5	p. 1.000	33	gr. 55	pour 24 h.
Acide urique.	0	33	—	0	95	—
Chlorures . . .	11	40	—	33	05	—
Albumine	1	40	—	4	06	—

Il existe donc, outre une albuminurie considérable, une augmentation très nette d'excrétion de l'urée, des chlorures et de l'acide urique.

Mai... est mis au régime lacté absolu, mais cependant l'albumine persiste longtemps et même ne disparaît pas entièrement. Le malade a été mis au régime ordinaire depuis le 26 janvier, il est calme et s'occupe à l'infirmerie. Il reste cependant un peu irritable, sujet à des mouvements de mauvaise humeur et il répond d'un air grognon quand on lui demande de ses nouvelles.

Analyse du 2 février : 2 lit. 300 d'urine pour vingt-quatre heures.

Urée	8 gr. 40 p.	1.000	19 gr. 22 p.	24 heures
Chlorures . .	10 25 —	23 575 —		
Albumine . .	0 40 —	0 72 —		

Le 8 février, il commence à s'agiter, monte et descend les escaliers sans motif, grimpe sur les radiateurs, s'accroche aux barreaux des fenêtres, il paraît très confus, ne prononçant pas une parole, ne répondant rien quand on lui demande pourquoi il agit ainsi et il a l'air complètement perdu. Il ne semble pourtant pas que l'agitation motrice soit en rapport avec un véritable rêve que vit le malade en ce moment-là.

Du 8 au 28 février, il reste très agité et très confus, quittant son lit, essayant de grimper aux arbres, sautant sur les bancs, tentant à plusieurs reprises de frapper d'autres malades, toujours sans vouloir parler ni expliquer ses actes bizarres.

Le 14 février, on fait une prise de sang pour doser l'azotémie et pendant l'heure qui suit cette opération, on recueille les urines émises.

L'analyse de l'urine pendant la période d'excitation montre, à côté de la polyurie, de l'albumine en quantité notable et de l'hypo-azoturie.

Le sang contient 0,08 d'urée pour 1.000, quantité au-dessous de la normale.

Peu à peu, le malade se calme, tout en conservant son caractère mécontent et hargneux. Le 6 mars, les urines contiennent encore de légères traces d'albumine.

Le 15 mars, il travaille régulièrement, mange le régime ordinaire. Il est calme, son humeur est plus régulière; il se trouve content et dort bien.

Sorti guéri le 29 mars 1913.

Voici donc un malade héréditaire dégénéré (père alcoolique, sœur internée), qui depuis l'âge de seize an

a présenté six accès d'excitation maniaque ayant provoqué son internement et un certain nombre d'accès moins graves.

Dans l'intervalle de ses accès, bien que débile intellectuel, il est capable de travailler régulièrement et il gagne sa vie comme aide-maçon (5 fr. 50 par jour).

Il fait quelques excès alcooliques et parfois ses accès se déclarent à l'occasion d'une émotion (chômage, chute d'un échafaudage, etc.).

D'autre part, cet homme est, depuis plusieurs années au moins, un néphrétique. Ses lésions rénales se manifestent chez lui par poussées et donnent lieu à de l'albuminurie intense, à de l'hypertension (bruit de galop), à des accès d'œdème pulmonaire (chlorurémie) et à de la polyurie avec hypoazoturie.

A deux reprises, à l'asile, nous avons été à même d'observer deux accès d'excitation avec confusion coïncidant avec des exacerbations de l'albuminurie, elles-mêmes paraissant en rapport avec une modification trop précoce du régime (suppression du régime lacté et du régime déchloruré).

Dans les hôpitaux où il va faire soigner ses crises d'étouffements, il est reconnu comme brightique et traité par les ventouses scarifiées et le régime lacté.

Dans quel groupe clinique devons-nous ranger ce malade ?

L'observation clinique nous apprend que les accès d'excitation sont de courte durée, ne dépassant pas cinq ou six jours, qu'ils ne sont pas purs, s'accompagnant souvent de symptômes de dépression et même, dans les cas que nous avons directement observés, d'un véritable état confusionnel.

Un point de vue de la sémiologie, les caractères de ces accès d'excitation sont différents des accès maniaques classiques de la folie intermittente, — diagnostic que le retour périodique des accès pourrait permettre de porter, — ils se rapprochent beaucoup plus des accès récidivants décrits par Magnan chez les héréditaires dégénérés.

Mais ces états de simple excitation maniaque des dégénérés ont une tendance, de même que les bouffées délirantes récidivantes, à être englobés dans la folie

maniaque dépressive, beaucoup plus compréhensive que ne l'était la folie périodique ou intermittente.

Devons-nous donc considérer notre malade, qui a présenté des formes mixtes d'excitation, comme un maniaque dépressif?

Peut-être, mais à la condition qu'on admette dans la pathogénie des accès de manie dépressive les influences toxiques et infectieuses, car il nous paraît impossible de ne pas tenir compte dans la genèse des accidents mentaux de notre malade de l'état d'insuffisance rénale qu'il présente. Il semble du reste que les partisans de la cyclothymie et de la folie maniaque dépressive, après avoir admis que les accès pouvaient coïncider avec d'autres manifestations diathésiques sans jamais se confondre avec elles, sont devenus moins affirmatifs à cet égard et reconnaissent que, bien des fois, la diathèse cyclothymique « a paru se lier et dans son étiologie et dans son évolution » à d'autres diathèses.

Cette conception ne revient-elle pas à considérer les malades atteints de manie dépressive comme des sujets prédisposés à délirer sur un certain mode dans certaines conditions?

A mesure, en effet, que l'on connaît mieux les délires causés par les diverses infections et intoxications, on observe que la confusion mentale et le délire onirique, bien qu'ils soient les plus fréquentes des manifestations mentales qu'elles produisent, ne sont pas les seules.

Des intoxications et des infections peuvent donner lieu à des accès de mélancolie ou de manie, qu'une analyse clinique fine peut peut-être différencier des autres accès d'origine différente, mais qui n'en sont pas moins des états de dépression ou d'excitation suivis ou non de délire.

On conçoit alors que la cause toxi-infectieuse repassant à intervalles irréguliers puisse provoquer des accès maniaques ou dépressifs récidivants et d'apparence périodique.

C'est ainsi que nous avons observé des accès de mélancolie récidivants, provoqués par l'insuffisance hépatique survenant à des périodes irrégulières chez un malade dont nous avons présenté l'observation ici-même

avec Juquelier en 1912 et qui a fini par se suicider l'année dernière.

D'autres fois, c'est une infection grippale touchant la même personne à dix ans d'intervalle et provoquant aux deux reprises le même état mélancolique avec idées d'indignité.

Si donc, dans un certain nombre de cas, — beaucoup trop grand malheureusement, — il n'est pas possible d'éclairer la pathogénie des accès de la folie intermittente ou de la folie maniaque dépressive, dans d'autres cas, il semble que ces accès puissent être rapportés à l'auto-intoxication de quelque origine qu'elle soit.

Les notions de l'hérédité, de la prédisposition et même de la constitution cyclothymique, pour si intéressantes qu'elles soient, ne nous paraissent plus suffisantes et ne nous satisfont pas l'esprit. La recherche d'une cause pathogène s'impose à nous.

Depuis longtemps déjà des signes d'imperméabilité rénale (toxicité urinaire, taux de l'urée) ont été recherchés sans grand résultat chez les intermittents.

Peut-être la nouvelle conception physiologique de la pathologie rénale dans laquelle se sont engagés Widal, Achard, Castaigne sera-t-elle plus féconde.

D'une façon générale dans notre observation personnelle, il nous a semblé que les signes de néphrite par chlorurémie ou azotémie étaient relativement fréquents chez les malades atteints de folie intermittente. Nous nous proposons de revenir sur ce sujet actuellement à l'étude.

D'autre part, il est intéressant de constater que le syndrome hypertension a été signalé par les premiers auteurs qui se sont occupés de la question. Falret, cité par Ritti et Arnand, signale chez des maniaques intermittents des accidents congestifs transitoires, des bouffées de chaleur à la face, des vertiges, symptômes manifestement dus à l'hypertension.

Enfin, il est curieux de rappeler que Baillarger signale qu'il a obtenu un résultat heureux mais incomplet en faisant chaque mois une saignée à une intermittente, pratique qui est encore considérée comme la meilleure thérapeutique de l'urémie.

DISCUSSION

M. ARNAUD. — Quand a-t-on constaté que le malade présentait de l'albuminurie?

M. VIGOUROUX. — Il y a quatre ans environ.

M. ARNAUD. — Il est fâcheux qu'on ne possède pas de renseignements antérieurs sur l'état des reins ; il est possible, sans qu'on puisse l'affirmer, que les accès d'excitation aient précédé la néphrite ; il est d'ailleurs très légitime d'admettre que le brightisme a favorisé l'apparition des derniers accès d'excitation et a même modifié, dans une certaine mesure, leur symptomatologie, ce qui n'empêcherait pas le malade d'être un intermittent.

M. VIGOUROUX. — L'absence de renseignements, en ce qui concerne l'état des reins lors des premiers internements, est probablement la démonstration d'examens négatifs des urines au point de vue de l'albumine ; mais cela ne prouve pas absolument, loin de là, l'intégrité rénale.

Quant à la symptomatologie des accès d'excitation, je ne puis parler que de ce que j'ai observé, et je n'affirme que pour les derniers accès l'existence de ce tableau clinique, différent par certains points de la manie. Mais ceux de nos collègues qui ont examiné le malade avant moi ont été d'accord pour affirmer l'excitation maniaque.

Du délire obsessif,

par M. ROGER DUPOUY.

Du malade dont, avec M. Rogues de Fursac, je vous rapportais l'histoire à l'une de nos dernières séances, obsédé devenu délirant systématique à réactions mélancoliques et attitudes pseudo-démentielles, je voudrais aujourd'hui rapprocher une autre malade qui, de simple phobique, s'est, en quelque sorte, sous nos yeux, transformée en une persécutée hallucinée ; son cas est donc comparable à ceux dont parlait notre collègue Delmas lors de la discussion qui s'est engagée après la communication du Dr Truelle ; il est un nouvel exemple de la transformation d'une obsession en un délire organisé.

M^{me} X... est, comme tous les malades de cette catégorie, entachée d'une lourde hérité psychopathique. Elle a commencé par devenir la proie de diverses idées obsédantes banales, celle, par exemple, de l'occlusion des lettres ou de la fermeture des portes : elle a manifesté également quelques tendances hypocondriaques sans grand intérêt. Puis une idée est venue fortuitement, idée obsédante de formule hypocondriaque, une nosophobie, qui s'est fixée dans son esprit et s'est peu à peu organisée, au point de se muer en un véritable délire.

A la suite d'une histoire de chat enragé lire dans un journal, elle a tremblé à la pensée qu'elle pouvait être mordue ; cette phobie, d'abord intermittente et paroxystique, a bientôt pris une allure continue, une extension progressive et elle s'est enfin adjoint des représentations mentales hallucinatoires qui lui ont donné le cachet d'un délire systématisé de persécution et d'hypocondrie. Elle croit entendre son mari lui parler de chiens et de chats enragés et s'imagine voir rôder et sauter autour d'elle de ces animaux... Voici, au surplus, quelques-unes de ses lamentations délirantes qui ne laissent sur ce point aucun doute. Je transcris fidèlement ses écrits :

« ... Ce que j'ai à vous dire, ce sont des variations sur le même triste sujet. Mon mari continue, hélas ! pour la tranquillité si nécessaire à la grave affection dont je suis atteinte (elle se croit atteinte d'un cancer du cœur), à faire des soliloques. C'est toujours de la bave de bêtes enragées qu'il a après lui, et il a soin d'ajouter, méchamment : « Je t'en ai mis après toi « sans que tu t'en doutes. » Cela n'est pas agréable à entendre ; ou bien il me raconte que ce sont des bêtes qu'il a vues m'atteindre... Il arrive à mon mari des demi-aveux rétractés aussitôt, comme en tout ce qu'il dit... Il y a un mois, est venu chez nous un monsieur très au courant des choses scientifiques et qui m'a dit avoir du virus rabique après son veston, ajoutant qu'il n'y avait qu'une heure et qu'il avait le temps de rentrer chez lui puisqu'il fallait deux heures pour que les vêtements fussent traversés ; cela m'a vivement contrariée. Le fauteuil contaminé est un objet de prix, je ne sais qu'en faire. J'ai fermé le salon depuis ; mais mon mari avait sur le balcon une plante qu'il aime à soigner, et pour l'arroser, il passait chaque jour par la pièce, ayant soin de « grommeler » que ses vêtements en avaient pris ; de là, des scènes atroces. Son principe est d'abord : 1^o de nier ce qu'il dit ; 2^o de dire oui, en ajoutant : « Il y en a bien d'autres « ici... » Quelle vie ! Je n'en puis plus... »

« Le Dr C... me dit : « Cela ne se transmet pas par les « étoffes », puis il ajoute : « Dans les bois, il y en a encore au « bout de deux ans ; dans les voitures publiques, les coussins « sont contaminés, et cela pendant des années. » Alors, on ne

sait plus. Si seulement M. B... était plus franc, mais je ne puis jamais contrôler ses dires, ce sont des fragments, des demi-aveux...

« ... Cela n'est plus tenable... Est-ce que, en me donnant une tasse de café tout à l'heure, mon mari ne se met pas à *parler tout seul* en disant qu'un jour, lequel ? avec lui on ne peut rien préciser, il avait vu un chat enragé pénétrer dans le bas du buffet où était cette tasse, et aussi qu'il en avait vu un sauter sur moi et sur un guéridon où se trouvaient des tasses à thé... Dernièrement, regardez cet esprit infernal, c'est le mot, il me dit : « Je saurai bien te pousser à bout et quand tu m'auras donné un bon coup, quelque chose de sérieux, je te ferai « coffrer, alors on verra si on prendra garde à toi. » Je n'ai pas pu comprendre si c'est déposition ou disposition... (Le mari, naturellement, n'a rien dit de tout cela.) ... Je suis une dame qui a peur du microbe de la rage, je ne m'en cache pas, mais aussi qui juge qu'en pareil cas il faut faire le nécessaire et non s'armer d'histoires plus ou moins vraies comme d'un épouvantail pour affoler les gens... Aussi, de méchantes femmes que vous avez croisées en ont profité pour m'insulter devant lui ; il n'a rien dit, rien compris, et puis il ne veut pas l'avouer, il est sourd en partie.

« ... À entendre mon mari, à chaque instant, il me parle d'animaux enragés qui l'ont atteint ou l'ont contaminé au passage... Et puis, *il se parle toujours à soi et toujours sur le même sujet* : on voit une idée fixe qui le hante...

« ... Mon mari ne peut plus me présenter un objet sans ajouter : « Le chat enragé a été dessus », ou : « Dans la rue « j'ai attrapé quelque chose. » Je ne sais pas ce qui va m'arriver maintenant, tous les ustensiles de ménage y passent, ou bien encore les vivres qu'il rapporte... Tout ce que je mange, quand j'ai fini, il me dit, par méchanceté et folie, j'en suis sûre, il y a un chien ou un chat enragé qui a mis de la bave dessus... *Il ne cesse de parler seul* et toujours : il m'a sauté dessus, il m'en a mis là, etc... En m'apportant mes aliments, il me dit qu'il y a de la rage après. C'est toujours la même chose, toute la vaisselle, la batterie de cuisine, tout y passe, même ma cuvette ; l'autre matin, m'apportant de l'eau tiède au moment où je me débarbouillais. « Il y a de la rage », dit-il, avec son air lugubre. Ce soir, c'est en me voyant boire de l'eau rougie, la troisième fois, qu'il me dit qu'à la cave un chat enragé a sauté sur les bouteilles qu'il remontait et avait mis de la bave au goulot de la bouteille. Comment voulez-vous que je ne souffre pas mort et passion à côté d'un être pareil... »

Voilà donc une obsédée qui, après avoir eu la phobie des chiens et des chats enragés, en est venue à accuser son mari

de l'affoler en lui racontant « des histoires de bêtes enragées qu'il nie ensuite ». Bien plus, elle croit voir un chat tapi sous les meubles ou pénétrant dans l'appartement à l'occasion de l'entrée d'un fournisseur ou d'un visiteur. Je l'ai entendue reprocher à son mari d'avoir ramené un chat qu'elle apercevait distinctement sur son épaule et m'a soutenu un jour avoir vu un animal de cette espèce se glisser dans sa chambre en même temps que j'y entrais. Les réactions de cette malade sont enfin, non plus celles d'une obsédée banale, mais celles d'une délirante persécutée. Elle écrit au commissaire de police pour qu'il fasse une enquête, « ayant entendu dire que sa bonne avait été mordue dans la rue par un chien ou un chat enragé ». Elle considère son mari comme un malade, « un dangereux et cruel maniaque » qui la persécute par ses « folles histoires » et elle nous demande de le soigner et de le faire interner. Elle cherche à obtenir la séparation de corps ou le divorce.

Voici encore un échantillon de ses doléances : « C'est encore moi qui viens vous importuner. Je sais bien qu'avec un malade du genre de mon mari, *un dissimulateur dont les allures ne s'affichent pas encore suffisamment en public pour que l'on puisse agir*, votre science se trouve en défaut. Cette fois, je viens vous demander sérieusement quel moyen je pourrais employer pour lui faire prendre des douches. Ne pourriez-vous lui écrire un mot lui disant qu'il faut qu'il suive vos conseils, que sinon je ferais une demande d'internement à son sujet ?

« Il m'est absolument impossible de continuer à vivre avec M. B... Son état mental s'aggrave de jour en jour ; je vous demande d'user de votre pouvoir pour le décider à entrer dans une maison de santé. De mon côté, je ferai le nécessaire ; j'ai dû dernièrement encore adresser une demande au commissaire de police, toujours au sujet des mêmes histoires. L'officier de paix est venu lui-même me rassurer, mais cela ne peut pas continuer, je n'ai pas envie à mon tour de passer pour folle. Il est inconscient, parle de ces choses-là avec un air hébété et comme voilà plus de six mois qu'il n'a pas voulu partager un repas avec moi, je crois qu'il boit trop. »

J'ai suivi cette malade que m'avait confiée le professeur Joffroy durant plusieurs années et j'ai pu ainsi assister à la transformation progressive d'une simple obsession, consciente au début et combattue par la malade, en un délire de persécution à point de départ obsédant : l'idée obsédante a naturellement perdu, en devenant délirante, son caractère de parasitisme conscient, et à la crainte anxieuse et dubitative des premiers jours a succédé une conviction inébranlable. La phobie banale de la rage a donné naissance à un délire hallucinatoire de persécution dont le thème, roulant toujours sur ce même sujet,

englobe les différentes personnes de l'entourage, le mari d'abord et naturellement, les autres membres de la famille ensuite, les domestiques, le concierge, les fournisseurs, enfin les simples passants, les voisins, le médecin, etc., d'où plaintes au commissaire, demande d'internement du mari par la malade, démarches en vue d'obtenir le divorce, claustration, scènes de violences, bref, toute la série des réactions habituelles des malades persécutés.

Il semble donc, à l'observation de ces malades, qu'il existe un type de *délire obsessif*, c'est-à-dire à base ou d'origine *obsessive*, ayant une évolution systématique, une extension et une progression croissantes, une chronicité certaine. Ce délire ne doit pas être confondu avec l'état de mal obsédant dont la durée peut se prolonger parfois indéfiniment au point de revêtir une forme chronique, car dans l'état de mal, on retrouve toujours, plus ou moins apparents, les caractères primordiaux de l'obsession, la conscience du parasitisme de l'idée et la lutte anxieuse du sujet contre son imposition et sa domination.

Le délire obsessif fait suite à une période obsédante simple, de durée variable ; le sujet se présente, à cette époque, comme un obsédé classique, avec des accès suivis d'une crise, d'une détente, et d'un intervalle de calme plus ou moins prononcé ; l'idée est pendant chaque accès parfaitement involontaire, automatique et irrésistible, étrangère au cours normal des idées, en contradiction avec elles, et la conscience de son caractère pathologique demeure entière.

Puis, dans une deuxième période, les intermissions sont moins franches, ce ne sont plus que quelques courtes rémissions qui, elles-mêmes, disparaissent, faisant place à un état de mal bâtard où la conscience de l'obsession faiblit peu à peu, puis disparaît.

C'est la troisième période, délirante, qui s'est dès lors installée et se poursuit méthodiquement. L'idée mère fait corps avec la personnalité du malade au lieu d'aboutir, comme dans les cas extrêmes de l'obsession type, à une sorte de dédoublement conscient. Elle n'est plus combattue par le sujet, mais, au contraire, acceptée ou défendue par lui, timidement d'abord comme dans la psychasthénie délirante de Raymond, puis avec une

conviction de plus en plus énergique ; en même temps, elle revêt une ampleur et un cachet manifestement absurdes, ainsi que l'a montré Arnaud. Le délire peut évoluer sous une forme raisonneuse et interprétative comme chez notre premier malade, ou s'accompagner d'hallucinations comme chez notre second, hallucinations qui peuvent être dites *représentatives* (Régis) et sont, comme l'idée qui leur donne naissance, monotones et fixes ; son extension progressive et sa chronicité sont définitives.

Cette transformation de l'obsession en délire n'avait pas échappé à ceux qui les premiers décrivirent « la folie du doute et le délire du toucher » (J. Falret, Morel, Legrand du Saulle, Ritti) ; mais peut-être cette notion n'a-t-elle pas été suffisamment dégagée. Falret, en 1889, voulait voir dans les états délirants secondaires aux états obsédants plutôt une complication qu'une transformation. Et ce sont surtout Séglas, Pitres et Régis, Arnaud qui insistèrent sur la parenté étroite, sur la dépendance directe du délire et de l'obsession.

Nous avons voulu, à l'occasion de quelques faits personnels, insister après eux, sur ce point, et démontrer la réelle existence du délire obsessif systématisé, à évolution progressive, de couleur et de formule variables, mais avec une prédominance marquée pour les idées mélancoliques et de persécution, ainsi que l'a déjà signalé Séglas, et dont l'étude nous semble mériter plus qu'une simple mention. Dans un article tout récent (*Ann. méd. psych.*, mai 1913), M. Masselon a déjà insisté sur le tempérament paranoïaque des malades atteint de « délire systématisé à base d'obsessions ».

Je n'ai cependant pas constaté chez mes malades l'existence du tempérament dit paranoïaque, et je crois volontiers que cette association ne doit être que fortuite.

La séance est levée à 5 h. 50.

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 mai 1913.

I. — *Utilisation d'un débile délirant pour commettre des escroqueries. Présentation de malade.* — MM. Marcel Briand et Salomon présentent un débile délirant dont la débilité fut mise à profit par un escroc. Il lui faisait porter des lettres afin d'obtenir de personnages divers des secours ou des fonds, soi-disant pour fonder des œuvres de bienfaisance.

De tels individus comptent certainement que l'aliéné portera seul la conséquence des actes, et, s'il est reconnu irresponsable, que les complices ne seront pas inquiétés. Ils se trompent, car le complice est passible de la même peine que l'auteur principal, c'est-à-dire non de la peine applicable en fait à l'auteur principal, mais de la peine applicable en droit au fait principal auquel il s'est associé.

Les circonstances atténuantes ou absolvantes constituent un bénéfice *exclusivement personnel*.

II. — *Deux condamnés militaires. Présentation de malades.* — M. Pactet, montre deux débiles, très voisins de l'imbécillité, qui sont actuellement dans son service, mais qu'il a eu l'occasion d'examiner, il y a quelques années déjà, en Algérie. L'un, venant d'une compagnie de discipline, était alors en prévention de Conseil de guerre à l'hôpital militaire du Dey ; l'autre était détenu depuis dix ans dans les ateliers de travaux publics, il se trouvait alors à l'atelier d'Orléansville où il lui restait à accomplir encore dix ans de la même peine. Commis pour examiner le puni, il le déclara irresponsable et inapte au service militaire. Conformément aux conclusions de son rapport, un non-lieu intervint et le prévenu fut réformé. Sur son inter-

vention officieuse, le second bénéficia également de la réforme et fut gracié.

Avant que la psychiatrie eut obtenu droit de cité dans le milieu militaire, les sujets de cette catégorie n'étaient pas une exception dans l'armée et venaient fatidiquement échouer dans les établissements de répression.

III. — *Deux cas de démence paranoïde. Présentation de malades.* — *M. Leroy* présente deux malades dont l'état mental est caractérisé essentiellement par l'indifférence, l'absence de désirs, une activité nulle et automatique, une incapacité croissante de l'effort mental, alors que la lucidité, la mémoire et l'orientation restent assez bien conservées. L'affection a débuté chez l'un à cinquante ans, chez l'autre à trente-cinq ans. Ce sont là, en somme, des symptômes analogues à ceux qu'on rencontre dans la démence précoce à forme paranoïde et c'est ce qui fait l'intérêt de cette présentation.

IV. — *Un maculateur de statues agissant dans un but philanthropique.* — Nombreux sont les aliénés qui cherchent à attirer l'attention des pouvoirs publics par des attentats divers, soit en tirant sur les personnes ou en l'air, soit en détériorant les édifices publics ou les objets d'art. Le plus souvent, il s'agit de revendication personnelle, mais parfois le mobile de leur acte est désintéressé. C'est le cas du malade présenté par *M. J. Salomon*. Victime d'un accident du travail, il prit en main la cause des accidentés et, pour attirer l'attention sur lui, macula deux statues à l'aide du nitrate d'argent. Il pensait que son acte serait utile pour l'avenir et il avait agi à l'exemple des suffragettes d'Angleterre.

V. — *1^o Fétichisme du mouchoir chez un frôleur épileptique ; 2^o Fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins ; 3^o Démorphinisation par la suppression brusque. Présentation de malades*, par *MM. Marcel Briand et Salomon*. — *1^o* Il s'agit d'un dégénéré épileptique et frôleur, plusieurs fois condamné pour vol de mouchoirs qu'il prenait dans la poche de femmes dont l'opulence des formes excitait ses désirs érotiques et s'en servait pour satisfaire ses impulsions sexuelles.

2^o Le second cas est celui d'une femme appartenant à une famille de canuts et qui, fétichiste depuis l'enfance, fréquente deux grands magasins où elle est attirée par la soie, dont le froissement lui procure des sensations voluptueuses. Un au moins des membres de sa famille utilisant cette appétence particulière, exploite ses impulsions, pour prendre à la malade les

étoffes qu'elle vient de dérober. Peu à peu, elle-même a accompli des vols que n'excusaient pas toujours ses impulsions.

La première observation est curieuse en raison de la rareté des cas connus, malgré la fréquence des impulsions de cette nature.

La seconde trouve sa valeur dans la rareté du fétichisme dans le sexe féminin. Le grand nombre d'arrestations de cette femme, connue de la plupart des médecins experts, tantôt considérée comme une voleuse ordinaire, tantôt comme une déséquilibrée irresponsable, donne lieu à des interprétations médico-légales diverses.

3^e Il s'agit d'une morphinomane traitée par la suppression brusque et qui déclare que si jamais elle retombait dans ses funestes habitudes, elle préférerait être encore démorphinisée brusquement plutôt que de voir se prolonger les lenteurs angoissantes du sevrage progressif.

VI. — *Notes inédites de Pinel. Présentation de documents.*

— M. Semelaigne présente des notes inédites de Pinel datant de la première année de son séjour à Bicêtre et en particulier un tableau où les aliénés sont classés : 1^e suivant la nature des causes occasionnelles ; 2^e suivant le type particulier de leur manie ; 3^e suivant leur caractère ou leur manière d'être habituelle. Dans une note curieuse, Pinel signale les affinités de la manie périodique avec la mélancolie et l'hypocondrie, fait intéressant à l'époque où il n'est question que de la psychose maniaque dépressive, retour d'Allemagne.

BIBLIOGRAPHIE

Hospicio e Colonias de Juquery (Hospice et colonies de Juquery);
par le Dr Franco da Rocha. Broch. in-8° de 71 pages. Sao-Paulo, 1912.

L'année 1892 marque une date importante dans l'assistance des aliénés de l'Etat de Sao-Paulo : c'est en 1892 que fut décidée la création d'un nouvel asile destiné à remplacer l'ancien hôpital situé dans la capitale. Cet asile, dont la construction, commencée en 1895, fut menée à bonne fin grâce aux conseils et à la collaboration active et dévouée du Dr Franco da Rocha, est placé sur un terrain de 150 hectares à la limite de l'Etat de Juquery et à proximité du rio Juquery, qui lui a donné son nom. Aménagé pour 800 malades des deux sexes (il en renferme aujourd'hui 1.250), il comprend deux sections de quatre pavillons chacune, et une troisième section destinée aux malades entrants et annexée aux salles d'hydrothérapie. Chaque pavillon se compose d'un réfectoire, d'une salle de réunion, d'un jardin, de dortoirs au premier étage et, au rez-de-chaussée, d'une salle divisée en petits boxes pour les malades bruyants la nuit. L'alimentation est pratiqué dans une large mesure. L'asile de Juquery a été ouvert aux hommes en 1901 et aux femmes en 1903.

A côté de l'asile central pour le traitement des curables fut établie, pour les aliénés incurables, une colonie agricole où fut appliquée, pour la première fois au Brésil, le régime de la liberté surveillée et graduée selon l'état mental des internés. Achevée en 1898, elle reçut d'abord 80 aliénés. Progressivement furent organisés les divers services de la colonie : cultures, élevage, travaux d'entretien des jardins, des bâtiments et de la voie ferrée desservant les diverses parties de l'établissement. Le travail des aliénés, tout en exerçant sur leur état mental les effets favorables bien connus et que l'auteur confirme par son expérience personnelle déjà longue, a donné une réelle prospérité à la colonie, dont la production annuelle peut être évaluée à 40 contos. Les évasions sont rares.

Le rapide accroissement de population de l'Etat de Sao-Paulo a nécessité, dès 1907, l'adjonction à l'établissement d'une deuxième colonie agricole installée sur un terrain de 24 hectares sur la rive droite du rio Juquery, et composée de six pavillons : un pour les cuisines et les services économiques et cinq infirmeries dont chacune contient 26 malades, sous la surveillance de trois infirmiers. Outre un grand jardin potager, existent des cultures de fourrage, de thé et de sorgho. M. da Rocha se propose d'y élever des vers à soie et d'y ouvrir des ateliers de fabrication des ustensiles d'un usage journalier dans l'asile. Deux fermes voisines de l'asile ont été achetées récemment ; dans l'une d'elles sont logés 44 aliénés choisis parmi les meilleurs des deux colonies.

Par suite des nécessités de la surveillance sur cette vaste étendue qui couvre 2.200 hectares, M. da Rocha a été amené à organiser l'assistance familiale : assistance dans la population agricole pauvre environnant l'asile de Juquery, application du système d'Uchtspring sur les propriétés de l'asile. Le premier mode d'assistance fonctionne depuis quatre ans avec les meilleurs résultats, et l'entretien de chaque aliéné chez le nourricier coûte 30 milreis. L'assistance dans les familles d'infirmiers logés par l'établissement n'en est encore qu'à la période d'essais, mais paraît déjà avantageuse au point de vue pécuniaire.

Ainsi complété progressivement, l'asile-colonie de Juquery a coûté à peine 3.000 contos, et dépense par an environ 600 contos, soit une somme très modeste par comparaison avec les budgets des asiles anglais.

L'œuvre importante réalisée par le Dr da Rocha depuis 1892 fait apparaître plus saisissant l'état d'indigence et de marasme dans lequel était restée l'assistance des aliénés de Sao-Paulo. Une loi ayant prescrit, en 1848, la création d'un asile, celui-ci fut ouvert en 1852 au centre de la capitale. Il fut dirigé successivement par deux administrateurs aussi zélés que peu éclairés, qui ne parvinrent pas à développer l'assistance des aliénés et à la faire progresser. Dans cet établissement, à la porte d'une salle de réunion, on voyait suspendu un fouet qui, disait l'administrateur, servait plutôt à intimider qu'à punir. C'est du jour où la direction de l'asile fut confiée à un aliéniste (le Dr da Rocha fut nommé à ce poste en 1896) que l'assistance des aliénés prit un réel essor. L'énorme tâche administrative qui lui incomba n'a pas empêché M. da Rocha de donner tous ses soins à l'organisation médicale de l'asile (recueil d'observations cli-

niques, service d'autopsies, laboratoire, école d'infirmiers). Les divers moyens de contention ont été supprimés; la camisole n'est plus employée qu'exceptionnellement chez des femmes déchireuses ou exhibitionnistes.

Cette brochure, illustrée de nombreuses photographies de l'établissement, se termine par des renseignements statistiques sur le mouvement de la population pendant les dix-sept dernières années (jusqu'au 31 décembre 1911) : sur 4.000 malades internés, 2.009 ont guéri, 688 sont restés incurables, 3.062 sont décédés (beaucoup sont amenés à l'asile en état de cachexie profonde). Tous ces malades sont groupés, suivant le diagnostic de la maladie mentale, dans un tableau qui s'inspire de la classification de Kraepelin, tout en faisant une place à la folie des dégénérés.

L. ARSIMOLES.

Study of man in connection with establishing laboratories to investigate criminal, pauper and defective classes (Etude de l'homme dans ses rapports avec la création de laboratoires d'enquête pour les criminels, les indigents et les anormaux); par le Dr Arthur Mac Donald, de Washington, président d'honneur du III^e Congrès d'anthropologie criminelle. Broch. in-8°. New-York, 1912.

L'éminent criminologue prend prétexte du récent attentat commis contre le Président Roosevelt, pour demander la création de laboratoires, ayant pour but de faire une enquête scientifique sur les criminels et autres anormaux dangereux. Quand un individu envoie à un souverain, ou à un citoyen éminent, des lettres de menaces, ou profère contre eux d'une façon répétée des paroles menaçantes, ou essaie de les frapper, ou bien insiste, d'une façon exagérée, pour avoir avec eux une entrevue, il y a lieu de le détenir au moins quelques heures, pour permettre son expertise scientifique par des anthropologues criminels, des psychiatres et des sociologues.

Il faut étudier ces anormaux par comparaison avec les individus normaux, et par des méthodes semblables, ainsi aurons-nous un critérium commun pour établir des différences.

La société doit se protéger contre les criminels, les miséreux, les mattoïdes et tous les déchets humains, comme elle

le fait contre les bacilles des maladies générales. Plus l'étude de ces « bacilles humains » sera complète, et plus elle sera utile. De même que, dans une machine hors de service, on va d'emblée à l'organe qui en paralyse l'usage, de même dans la société on doit faire porter tous ses efforts sur celui qui fait obstacle à la bonne marche de la société. Un anormal en tuant un des premiers citoyens d'un Etat peut paralyser la vie de la communauté.

Il faut étudier les causes du crime, de la pauvreté, de l'alcoolisme, de la dégénérescence, des anomalies mentales et physiques avec les méthodes rigoureuses du laboratoire, les instruments de précision et les données sociologiques. Cette étude sera surtout féconde dans la jeunesse, où la source du mal peut être tarie. Il y a disproportion entre l'argent dépensé pour la répression du crime, et celui qui est consacré à l'étude de ses causes. Chaque année, de grosses sommes d'argent sont attribuées à l'étude de quelque petit bacille, causant la mort de plantes ou d'animaux, ou bien à la découverte de nouveaux éléments chimiques ou encore à des recherches sur des planètes lointaines. Il serait préférable d'étudier l'enfance et l'adolescence selon une méthode rigoureuse. Il faut faire de la prison un *reformatory* où l'on s'évertuera à donner au criminel de bonnes habitudes morales et physiques ; il faut soigneusement s'abstenir de relâcher les individus qui doivent fatalement retourner au crime ; la sentence déterminée permet cette mise en liberté intempestive, la sentence indéterminée serait le meilleur moyen d'éviter à la société des délits inutiles. *Le critérium de l'utilité de l'emprisonnement doit être le danger que fait courir l'individu à la société.* Si un tigre est lâché dans la rue, ce n'est pas le moment de discuter sa culpabilité ou son libre arbitre.

L'auteur admet encore le rôle pernicieux de la publication du récit d'un crime ou de la photographie d'un criminel à cause de la contagion de l'exemple. Le criminel, pour lui, est un sot qui entame contre les éléments sains de la société une lutte où il est d'avance à peu près sûr de succomber.

Devant la Commission des finances du Sénat de l'Etat de New-York, et devant la Commission judiciaire de la Chambre des Représentants des Etats-Unis, M. Mac Donald a soutenu un projet de bill, décrétant la création d'un laboratoire avec directeur, psychologue, interprète, dactylographe. Il a justifié cette proposition par le fait que, depuis trente ans, le crime, la

folie, le suicide, les anomalies psychiques ont crû relativement plus vite que la population.

Les laboratoires devront être complétés par des études faites dans les prisons et les reformatory. Tout le monde y trouvera son compte ; notamment tous les hommes de loi *qui étudient le criminel dans les livres* alors que la médecine s'étudie sur le malade. Il y a des laboratoires qui existent à l'heure présente, mais ils sont établis dans les universités et sont uniquement appliqués à la pédagogie. Les recherches y sont faites uniquement en vue de préparer le doctorat. Les résultats obtenus ne se rapportent qu'à un petit nombre de personnes d'une classe spéciale, et il est douteux que les conclusions obtenues puissent s'appliquer au peuple en général. Il faut une institution d'Etat, car seul l'Etat peut avoir le droit d'étudier les criminels. Des Etats religieux hésitent à autoriser de tels travaux dans la crainte de favoriser le matérialisme. M. Mac Donald pense qu'au contraire s'affirmera par de semblables recherches le pouvoir de l'esprit sur le corps.

Il faut à tout prix protéger le débile encore jeune contre lui-même, et contre son entourage, pour l'empêcher de devenir dépravé et corrompu. Il n'est pas nécessaire de connaître la guérison d'un mal pour le faire disparaître ; il suffit d'en empêcher la propagation. On ne connaît pas l'agent curateur du choléra, et cependant on en arrête les ravages.

La création des laboratoires projetés permettra en outre :

1° D'obtenir une connaissance plus vérifique des plaies sociales et d'en tarir les sources ;

2° De savoir s'il y a des caractères physiques et mentaux distinguant les enfants criminels des enfants normaux ;

3° De savoir s'il existe des caractères physiques ou mentaux distinguant les *criminels d'occasion* des criminels d'habitude ;

4° De trouver les causes véritables du crime, de faire la part des facteurs individuels et celle des facteurs sociaux ;

5° D'entrevoir les moyens de diriger les anormaux ;

6° De dresser une statistique scientifique des anormaux ;

7° De réunir selon une méthode unique toutes les données relatives aux anormaux et aux criminels ;

8° De réduire les dépenses énormes occasionnées par ces rebuts de la société en prévenant un certain nombre de délits, de remplacer les mesures coercitives par des mesures préventives.

Les différents Etats n'ont pas de plus grands ennemis que les anormaux ; ils feront œuvre utile en se mettant tous d'accord

pour organiser, d'une façon rationnelle et internationale, la lutte contre ces germes de mort qu'ils portent en eux.

LUCIEN LIBERT.

The State psychopathic hospital in Boston (L'hôpital d'Etat pour psychopathes de Boston); par le Dr Walter Channing. Broch. in-8°. Extrait de *The journal of nervous and mental disease*, novembre 1912.

A la trente-huitième assemblée annuelle de l'« American Neurological Association », son président, le Dr Channing, a lu un intéressant mémoire sur la fondation d'un hôpital pour psychopathes à Boston. L'auteur, dès 1896, avait établi une clinique externe au dispensaire de Boston. En 1897, à la réunion de la Société médicale du district de Suffolk, les médecins se plaignirent de la mise en observation des psychopathes dans les maisons de détention. En 1904, à la suite d'un rapport du Dr Stanley Albot, une commission de cinq membres fut nommée pour étudier la question. Ses conclusions furent déposées en 1907. La Commission se montra d'avis qu'un hôpital pour l'admission et l'observation des aliénés fût créé à Boston, à proximité des écoles de médecine et de l'office de la police, et que cet hôpital fût une dépendance de l'asile d'aliénés de Boston, à condition que ce dernier devînt asile d'Etat.

Une Commission permanente de trois membres fut désignée pour obtenir des pouvoirs publics les solutions désirées. La Commission mit le gouverneur de l'Etat de Massachusetts au courant des vœux de la Société. En 1908, l'asile fut racheté par le gouvernement, et doté d'un Conseil d'administration. L'agitation créée pour la fondation d'un hôpital psychiatrique pendant ce temps faisait son chemin. De plus en plus, le public était ému par l'incarcération des malades dans une cellule de prison avant leur transfert à l'asile. Le Lord-maire fut à son tour gagné à la cause. Enfin, en 1908, le « Conseil d'assistance aux aliénés » fit un rapport détaillé qui contribua puissamment à l'édification de l'hôpital projeté. Le Conseil fut d'avis de placer cet hôpital près des hôpitaux généraux et des écoles de médecine, afin que les maladies cérébrales pussent être étudiées en même temps et au même titre que les autres maladies. Il voulut faire de l'hôpital un centre de premier ordre pour les recherches sur les maladies mentales et

l'éducation professionnelle des médecins. Il lui sembla de prime importance de mettre les praticiens à même de faire un diagnostic précoce des psychoses pour augmenter ainsi les chances de guérison. Le Dr Owen Copp, justement réputé en Amérique pour les questions d'assistance, revit minutieusement les plans de la fondation qui coûta 600.000 livres sterling. Un terrain de 80.000 pieds fut choisi à cause de sa proximité du grand hôpital Pierre Bent Brigham, en cours de construction, et de l'Ecole de médecine d'Harvard.

L'hôpital pour psychopathes est une grande construction en briques, de quatre étages, en forme d'E, ayant à chaque aile un grand bâtiment. La branche du centre est formée par un pavillon. Les malades sont admis dans une grande cour, entourée de murs, et ils entrent dans l'hôpital par un des côtés du pavillon. Le bureau du médecin d'admission est attenant à cette entrée; et, contiguës à ce bureau, on trouve deux petites chambres d'admission pour sept malades de chaque sexe. On a ménagé à cet étage une petite salle d'opération. Le deuxième et le troisième étages du pavillon contiennent, chacun, une chambre de vingt-quatre malades, l'une pour les femmes, l'autre pour les hommes. Dans chaque salle, il y a six bains continus. A chaque étage : bureau de médecin, laboratoire pour la clinique, cuisine, chambres particulières, petits dortoirs de quatre et six lits.

Au premier étage du bâtiment principal : bureaux des médecins et des principaux employés, et chambres pour les enfants. Le second étage contient les laboratoires et une grande bibliothèque. Dans ce bâtiment, le troisième étage est réservé aux nurses. Il pourrait être facilement converti en deux dortoirs de malades. Le quatrième étage est divisé en deux dortoirs de chacun vingt et un malades. Sur le toit du pavillon, il y a un jardin et un grand « solarium » pour les malades avec un salon de lecture. Le rez-de-chaussée est réuni au premier étage par un ascenseur. On y trouve : installation hydrothérapique, chambre d'autopsies, gymnase, installation électrique, rayons X, atelier photographique, dispensaire, cuisine, glacière, magasin de provisions, réfectoires. On s'est efforcé le plus possible de faire ressembler cet hôpital pour aliénés à un hôpital pour maladies générales.

Le directeur est un médecin. C'est le Dr E. Southard, professeur de neurologie à l'Ecole de médecine Harvard. Il a liberté entière au point de vue médical et scientifique. Administra-

tivement, il est placé sous l'autorité du directeur de l'asile d'aliénés de Boston dont l'hôpital n'est qu'une dépendance.

Le personnel médical comprend des aliénistes, des pathologues, des bactériologistes, des psychologues, des aides de laboratoire. Des étudiants en médecine remplissent le rôle d'internes. Il y a même un « eugéniste » qui n'est pas rétribué par l'Etat.

Une consultation externe est naturellement annexée à l'hôpital.

On reçoit à l'hôpital :

- 1° Les malades mis en observation par la police;
- 2° Les malades présumés aliénés, sans certificat de médecin, pour une observation de sept jours;
- 3° Les malades volontaires.

Les aliénés rapidement curables sont gardés jusqu'à leur guérison. On estime à 1.500 le nombre des malades qui pourront être traités annuellement.

Depuis l'ouverture, en trois mois de fonctionnement, l'hôpital a reçu 301 malades. Le directeur espère que son établissement dissipera les préjugés en cours au sujet des maladies mentales, et servira de modèle pour la création d'établissements analogues.

LUCIEN LIBERT.

Los venenos sociales : el tabaco y el éter (Les poisons sociaux : le tabac et l'éther); par M. Victor Delfino. Brochure in-8° de 35 pages. Extrait de *La Semana medica*, n° 33, 1912.

L'auteur fait une étude complète de l'intoxication tabagique. La nicotine fait partie des poisons nerveux ; les effets toxiques du tabac chez les fumeurs sont dus non seulement à la nicotine, mais aussi aux produits de combustion (acide cyanhydrique, substances pyrogènes et narcotiques). Le tabac produit des effets locaux différents, suivant qu'on prise, qu'on fume ou qu'on chique. L'auteur passe en revue les signes de l'intoxication aiguë des fumeurs novices et de l'intoxication chronique, et examine l'action de la nicotine sur les divers appareils de l'organisme. Comme l'alcool, mais à un moindre degré, le tabac détermine d'abord une légère stimulation intellectuelle, suivie bientôt de dépression et d'incapacité pour le travail tant physique qu'intellectuel, dont on ne pourrait sortir qu'en usant de

nouveau du toxique. Le fumeur serait un tabacomanie qui a recours au poison non seulement pour exciter son intelligence ralenties, mais parce qu'il en éprouve le besoin impérieux. L'impulsion à faire usage des toxiques qu'il appelle *narcotisme* est, d'après l'auteur, une maladie de la société contemporaine due en partie au progrès de la civilisation, et surtout à l'expérience pénible de la vie, qui crée le désir de s'évader de la réalité vers les « paradis artificiels ».

L'éthéromanie est très répandue en Angleterre grâce au prix minime de l'éther méthylique, à son pouvoir stimulant plus grand que celui de l'alcool et aussi, affirme-t-on, à l'efficacité des prédications antialcooliques. L'initiation est facile; les sujets qui ne peuvent boire l'éther pur se contentent de le couper d'eau en proportions variables. L'ivresse par l'éther est plus rapide que celle due à l'alcool, et de courte durée, ce qui explique la faible criminalité des éthéromanes; les phases de cette ivresse sont analogues à celles de l'ivresse alcoolique, mais moins nettes. L'éthérisme chronique est une affection grave pour l'individu et pour la société. Les remèdes sociaux consistent dans la suppression du commerce libre de l'éther, la vente en étant exclusivement réservée aux pharmaciens sous certaines conditions.

L. ARSIMOLES.

El Alcoholismo (L'Alcoolisme); par M. Victor Delfino. Brochure in-8° de 88 pages. Extrait de *La Semana medica*, n° 8, 1912.

On ne saurait trop louer M. Delfino de son active propagande contre l'alcoolisme. Nous avons analysé ici même son ouvrage : *L'Alcoolisme et ses effets sur l'individu, la famille et la société*. La brochure actuelle reproduit une conférence faite à la Faculté de droit et de sciences sociales de Buenos-Aires. Dans un intéressant historique, l'auteur montre que les divers pays ont pris de tout temps, contre l'alcoolisme, des mesures plus ou moins coercitives. En Amérique du Sud, ces mesures ont généralement un caractère répressif. Après un exposé succinct des controverses et des travaux récents sur la valeur de l'alcool comme aliment, son rôle dans l'alimentation et son influence sur le travail musculaire, il énumère brièvement les effets sociaux de l'alcoolisme, effets tels que l'on peut presque

considérer la question de l'alcoolisme comme étant à elle seule toute la question sociale. L'alcoolisme augmente beaucoup et rapidement en République Argentine depuis quelques années, avec prédominance de la folie alcoolique. Cet accroissement constitue l'un des plus grands obstacles à la satisfaction des revendications prolétariennes. La lutte antialcoolique doit intéresser toutes les collectivités, tous les individus, et faire appel à la presse pour obtenir la patente sur les débits de boisson, l'interdiction de la fabrication et du commerce de l'absinthe.

L. ARSIMOLES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BERNARD SCHULZ. Psychologische Wanderungen auf Seitenwegen. 1 vol., in-8°, de 242 pages. Jena, Gustav Fischer, 1913.

MAX LÖWY. Ueber eine Unruheerscheinung : die Halluzination des Anrufes mit dem eigenen Namen (ohne und mit Beachtungswahn), 131 pages, in-8°. Extrait des *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*, 1911.

— Zur Kasuistik seltener « dyshumoraler » (innersekretorischer) Störungen. 37 pages, in-8°. Extrait de la *Prager med. Wochenschrift*, 1911.

— Zur Kasuistik der Brunnenkrise (des Brunnendusels, des Brunnen-und Baderausches). 7 pages, in-4°. Extrait de la *Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kunst Hygiene*, 1911-1912.

RICHARD TRAUGOLT. Der Traum psychologisch und kulturgeschichtlich betrachtet. 70 pages, in-8°. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1913.

NAAMÉ. Etudes d'endocrinologie. 74 pages in-18. Paris, A. Maloine, 1913.

VITAL-MAREILLE. L'assassinat triomphant. Ses victimes, ses procédés, ses risques, l'abdication des honnêtes gens. 1 vol., in-18, de 287 pages. Paris, Société française d'imprimerie et de librairie, 1913.

MARCEL NATHAN et H. DUROT. Les arriérés scolaires. Conférences médico-pédagogiques. Avec la collaboration de Gobron et Friedel. 1 vol. in-8°, de 360 pages, avec gravures. Paris, Fernand Nathan, 1913.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de mai 1913 : Sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 francs) : MM. les Drs SIZARET, médecin en chef de l'asile de Rennes ; DAGONET, médecin en chef de l'asile clinique ; SÉRIEUX, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche ; PACTET et TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif ;

MM. les Drs TERRADE, médecin en chef de quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, et LEROY, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, sont promus à la 2^e classe de leur grade (7.000 francs) ;

M. le Dr PERRENS, médecin adjoint de l'asile de Lafont (Charente-Inférieure), est promu à la 1^{re} classe de son grade (4.000 francs) ;

MM. les Drs ALAIZE, médecin adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; BENON, médecin adjoint du quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes, et HANNARD, médecin adjoint de l'asile d'Armentières, sont promus à la 2^e classe de leur grade (3.500 francs).

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIUM

La guerre à l'opium en Chine. — Le *North-China News* de Shanghai reçoit de Schenchow-Ting, dans le Houenan occidental, une information d'après laquelle un détachement de troupes envoyé dans cette localité pour détruire les récoltes de pavots destinés à la fabrication de l'opium, a rencontré de la résistance de la part des propriétaires et des fermiers qui ont voulu s'opposer à cette destruction.

Une centaine de ces derniers s'étant réunis dans un temple pour discuter la situation, les soldats auraient cerné l'édifice et y auraient mis le feu. Soixante-sept personnes auraient péri dans les flammes. (*Le Temps*, numéro du mardi 20 mai 1913).

Les fumeries d'opium. — On télégraphie de Toulon au *Temps* (numéro du mercredi 28 mai 1913) :

M. Dubois, chef de la Sûreté, a découvert deux fumeries

d'opium clandestines tenues par les filles Blanche Carlotti et Marcelle Croze. De nombreuses personnes s'y rendaient pour fumer la drogue néfaste. Des perquisitions ont été opérées. On se propose de sévir rigoureusement et d'impliquer dans les poursuites quelques-uns des habitués.

Arrestations de vendeurs de cocaïne. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du samedi 31 mai 1913) :

Des inspecteurs de la Sûreté qui passaient, à la fin de l'après-midi d'hier, rue des Martyrs, étaient intrigués par les allures étranges d'un homme qui se retournait à chaque instant comme pour s'assurer qu'il n'était pas surveillé.

Les inspecteurs suivirent et, peu après, le virent aborder une femme de mœurs légères et engager avec elle une conversation à voix basse.

De plus en plus intrigués, les policiers s'approchèrent et parvinrent à surprendre ces paroles :

— Non, je ne peux pas vous la vendre moins cher.

Puis, l'homme remit à la femme une petite boîte en échange de quoi elle lui donna une somme d'argent.

Ne doutant plus qu'ils se trouvaient en présence d'un marchand de stupéfiants, les inspecteurs arrêtèrent l'homme qu'ils conduisirent au commissariat de police de la rue de la Roche-foucault, où il fut interrogé.

Il déclara se nommer J..., demeurant rue de Navarin, et déjà arrêté sous la même inculpation.

Une perquisition faite aussitôt à son domicile amena la découverte d'une grande quantité de cocaïne et d'une liste sur laquelle se trouvaient une quarantaine d'adresses de clientes.

J..., qui a refusé d'indiquer la provenance de la cocaïne, a été envoyé au Dépôt.

— Quelques jours après, nouvelles arrestations relatées ainsi qu'il suit par *Le Temps* (numéro du mercredi 11 juin 1913) :

Des inspecteurs de la Sûreté ont arrêté la nuit dernière quatre individus, employés comme chasseurs dans des établissements de Montmartre, qui vendaient de la cocaïne. Des perquisitions opérées à leurs domiciles ont amené la découverte d'une importante quantité du dangereux produit. Interrogé, l'un des chasseurs arrêtés déclara tenir la drogue d'une fille de salle, Marie-Louise Launay, rue Pigalle, 59 bis. Celle-ci, qui en possédait en effet plusieurs paquets sur elle, prétendit que la poudre blanche lui était fournie par son ami, un jeune homme d'origine luxembourgeoise, avec qui elle habite et qui s'en alimentait lui-même chez un pharmacien en chambre de la rue Clauzel. Cette fille de salle a été arrêtée. Le Luxembourgeois va l'être à son tour. Une perquisition sera opérée chez le pharmacien.

Devant les tribunaux. — Victor-Eugène Hermier, trente-huit ans, sergent-major d'infanterie coloniale en retraite, qui était commis à l'hôpital maritime de Sainte-Anne, comparaisait hier devant le tribunal maritime de Toulon, présidé par le capitaine de vaisseau Provensal, pour avoir détourné 5.000 fr. déposés dans la caisse de l'hôpital par des officiers et soldats malades.

Hermier, qui a fait des aveux, a expliqué qu'il était opiomane et qu'il avait volé pour pouvoir fumer...

Sur réquisitoire du capitaine de vaisseau Jeanselme, le tribunal a condamné Hermier à deux ans de prison et aux frais envers l'Etat. (*Le Temps*, numéro du lundi 26 mai 1913.)

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

La Chambre de Commerce de Paris contre le privilège des bouilleurs de cru. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 10 juin 1913) :

La Chambre de Commerce de Paris vient d'adopter les conclusions d'un rapport de M. G. Proust sur la proposition de loi présentée par M. J. Reinach et plusieurs de ses collègues et tendant à la réglementation du privilège des bouilleurs de cru.

Après avoir rappelé qu'à trois reprises la Chambre de Commerce de Paris s'est déjà prononcée contre le privilège, qui favorise injustement 1.300.000 citoyens et qui permet la fraude au détriment du Trésor et de la santé publique, M. Proust conclut en ces termes :

« La Chambre de Commerce de Paris,

« Considérant que le privilège des bouilleurs de cru constitue une iniquité fiscale, qu'il est la cause première du développement de l'alcoolisme et que son maintien devient un véritable danger social ; que tant dans l'intérêt du fisc que dans celui de l'hygiène et de la morale, il est regrettable que les auteurs de la présente proposition de loi, au lieu de s'en tenir à la réglementation du privilège des bouilleurs de cru, n'aient pas demandé la suppression radicale de ce privilège ;

« Reconnaissant cependant que la réglementation de ce privilège est un acheminement vers l'égalité fiscale et un premier pas dans la répression de l'alcoolisme,

« Emet le vœu que le Parlement adopte la proposition de loi de M. Reinach et ses collègues, tendant à la réglementation du privilège des bouilleurs de cru. »

**LE CAS DES SUFFRAGETTES ANGLAISES EST-IL DU RESSORT
DES TRIBUNAUX OU DE LA MÉDECINE MENTALE**

Les *Annales politiques et littéraires* ont commencé, dans leur numéro du 15 juin 1913, une enquête sur le vote des femmes devant l'opinion féminine française. La première question posée est la suivante : « Faut-il condamner les suffragettes ou leur accorder le droit de vote ? » Des six réponses publiées jusqu'ici, cinq, celles de M^{mes} Juliette Adam, Jean Bertheroy, Marie-Anne de Bovet, Gyp et Daniel Lesueur, répondent toutes par l'affirmative en ce qui concerne la condamnation, et par la négative pour le vote à accorder aux femmes. La dernière, celle de M^{me} Rachilde, mérite une mention particulière dans un journal de médecine mentale ; nous croyons devoir la reproduire intégralement :

« De siècle en siècle, il y a toujours eu de grandes hystériques, pour l'effroi ou l'admiration des hommes.

« En ce moment, les jeunes Anglaises, dites suffragettes, sont malades. Au lieu de leur envoyer des gendarmes ou des juges, il faut les adresser à des médecins, seule manière de les humilier.

« Une suffragette prise en flagrant délit devrait être dirigée sur une maison de santé, où le supplice de la fameuse alimentation forcée prendrait l'aspect... médical qui lui convient.

« Il y a des hommes parfaitement sages qui ne votent pas. Permettre aux femmes de voter, c'est introduire justement l'élément hystérique dans le gouvernement des peuples..., car les femmes sages ou simplement « calmes » ne voteront pas.

« Ça va déjà assez mal sur la terre pour qu'on ne veuille pas espérer ce genre de progrès.

« Aux femmes remuantes que nous connaissons, romancières, poétesses, conférencières, actrices de toutes planches et de tous les salons où l'on fait du bruit, si l'on ajoute la femme « tribun », nous n'aurons plus de repos, pas plus en France qu'en Angleterre..

« Maintenant, ce sera peut-être aussi drôle du côté femme que de l'autre côté... Et il y aura encore de beaux jours pour les humoristes ! »

On ne saurait mieux dire, ni mettre plus d'humour au service de vérités de bon sens. M^{me} Rachilde, douée d'une rare perspicacité psychologique — maintes de ses œuvres le prouvent — a su, comme on le voit, très bien discerner ce qu'il y a de pathologique dans ce mouvement des suffragettes, véritable épidémie mentale, qu'il appartient à nos confrères anglais

d'étudier avec soin à l'aide de nos procédés d'observation clinique. La description qu'ils en feront constituera un chapitre des plus intéressants de l'épidémiologie de la folie au début de notre vingtième siècle. — A. R.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Suicide d'un inspecteur de police. — Entré dans l'administration de la préfecture de police en 1910, M. Bove avait été détaché, en qualité d'inspecteur, au commissariat de police du quartier Saint-Georges, où on n'avait qu'à se louer de ses services. Il y a six mois environ, il donna des signes de dérangement cérébral qu'un médecin attribua au surmenage et à l'anémie. Malgré les conseils de ses chefs et de ses amis, qui l'incitaient à prendre quelque repos, il refusa d'interrompre son service. Au mois d'avril dernier, son état devint tel qu'il dut se faire soigner dans une maison de santé. Puis il reprit ses fonctions au commissariat. Hier après-midi, il accompagna un de ses collègues, l'inspecteur Morice, qui devait apposer les scellés sur la porte d'un appartement situé au n° 94 de la rue Blanche. Et tandis qu'avait lieu cette opération judiciaire, au cinquième étage, sortant un revolver de sa poche, il se logea une balle dans la tempe droite. Le malheureux a succombé presque aussitôt.

Meurtre et suicide. — Le commissaire de police de Vanves était appelé ce matin, à neuf heures, à constater le décès de M^{me} Léonie Heim, âgée de trente-cinq ans, demeurant rue de l'Egalité, 126, à Issy-les-Moulineaux, et de sa sœur Claire.

Il résulte de l'enquête que M^{me} Léonie Heim, qui souffrait depuis longtemps de crises aiguës de neurasthénie, s'est tiré une balle de revolver dans la tête après avoir, au préalable, tué sa sœur qui sommeillait à ses côtés.

Le crime d'un alcoolique. — Au bourg de Ruffigné (Loire-Inférieure), habitent les époux Gibouin, le mari, âgé de quarante-sept ans, ancien hongre, aujourd'hui manœuvre, la femme, âgée de quarante-deux, et quatre enfants âgés de quatre, dix, quinze et vingt-quatre ans. Alcoolique invétéré, Gibouin, qui fut jadis dans une situation aisée, est aujourd'hui réduit à la misère. Tous les soirs, il rentrait ivre au logis et faisait à sa femme une vie d'enfer, la menaçant à chaque instant de la « saigner ». Jeudi soir, quand il rentra, abominablement gris, il remarqua cependant que les meubles avaient été enlevés. Les lits restaient seulement avec quelques objets indispensables. Il avait été saisi dans la journée. Il entra alors dans une violente fureur.

Sa femme était couchée. Seule sa petite fille âgée de dix ans était restée à l'attendre pour lui donner sa soupe. Il prit un énorme couteau de boucher, se jeta sur sa femme et lui plongea la lame entière dans la gorge. La malheureuse succomba presque aussitôt, tandis que sa petite fille, épouvantée, suppliait à genoux son père de ne pas la tuer.

Quand on a arrêté le meurtrier, il dormait tranquillement dans le même lit que sa victime tout couvert du sang qu'elle avait perdu. (*Le Temps*, numéro du dimanche 25 mai 1913.)

FAITS DIVERS.

Le calculateur de Nantes. — C'est à Nantes, et, si singulier que cela puisse paraître, c'est dans un asile qu'il s'est révélé.

Il se nomme Jean C... ; il était classé à l'hospice de Saint-Jacques dans la catégorie des hypomaniaques. Sa manie n'avait rien de commun avec sa facilité de calcul mental. Cette facilité existait avant qu'il eût donné des marques de dérangement cérébral. Elle a survécu à la raison.

Pas instruit, d'intelligence plutôt médiocre quand il était enfant, Jean C... n'avait la mémoire développée que pour les chiffres.

A l'hôpital, le Dr Benon, médecin adjoint, remarqua, dans ses visites quotidiennes, ce singulier malade, qui passait la plus grande partie de son temps à calculer. Un interne, M. Huntziger, étudia son cas plus attentivement. Il put se rendre compte de la prodigieuse facilité de calcul mental de son pensionnaire et l'étudier sans peine, car il était très doux et de caractère plutôt gai.

M. Huntziger nous donne quelques exemples de cette facilité en même temps qu'il nous indique les moyens que Jean C... lui a dit lui-même employer pour ses opérations.

— Combien, lui demande-t-on, y a-t-il de secondes en trente années ?

Le calculateur se recueille pendant quatorze secondes exactement, et répond :

— 946.080.000 secondes.

— Comment obtenez-vous ce résultat ?

— D'abord, je sais, pour l'avoir calculé souvent, que, dans une année de 365 jours, il y a 31.536.000 secondes. Je compte d'abord 30 fois : 30.000.000 = 900.000.000, puis 30 fois 1.500.000 = 45.000.000, puis 30 fois 30.000 = 900.000, puis 30 fois 6.000 = 180.000. J'additionne chaque chiffre déjà obtenu au chiffre précédent, cela me fait 946.080.000.

Comme on voit, c'est un travail de décomposition, de sim-

plification auquel se livre Jean C... C'est classique. Ce qui est surprenant, c'est la vitesse avec laquelle il l'accomplit.

Autres questions :

— Un pied correspond à une longueur de 0 m. 333. Combien y a-t-il de pieds dans 343 kilomètres ?

Réponse en 7 secondes : 1.029.000.

— Quel âge a-t-on quand on a vécu 343 millions de secondes ?

Réponse en 23 secondes : 10 ans, 10 mois, 14 jours, 1 heure, 46 minutes, 40 secondes.

Au contraire d'Inaudi et d'autres calculateurs célèbres, Jean C... n'extrait pas les racines. Par contre, il ignore sûrement le calcul des superficies.

Jean C..., ajoute le docteur Huntziger, est ignorant, presque illétré ; il sait à peine écrire ses chiffres. Il a appris à compter tout seul, sans conseil, par des moyens à lui, à peu près identiques, d'après ce qu'on peut en juger, à ceux qu'employaient les autres calculateurs célèbres. Il fait partie de cette catégorie de « calculateurs-nés » dans laquelle se classent également les Inaudi, les Fleury, les Mondeux, les Mangiamèle, les Buxton, les Colburn.

Jean C... est sorti ces derniers temps de l'asile.

Internat de l'Asile départemental d'aliénés du Loiret. — Deux postes d'interne en médecine sont créés à l'asile départemental d'aliénés du Loiret. *Traitements* : 900 francs en argent et les avantages en nature ordinaires (logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage). *Conditions* : avoir passé le 4^e examen de doctorat (thérapeutique). Un supplément de traitement de 200 francs est attribué aux internes pourvus du diplôme de docteur en médecine, et une augmentation pouvant atteindre 400 francs est prévue pour travaux de laboratoire.

Pour renseignements complémentaires et pièces à fournir, s'adresser à M. le Dr Rayneau, directeur-médecin, 1, rue Porte Madeleine, Orléans.

PROGRAMME DU XXIII^E CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Le Puy. — 1^{er}-6 août 1913.

Vendredi 1^{er} août. — Matin : Séance d'inauguration à l'Hôtel de Ville, à 9 h. 1/2.

Après-midi : Séance à 13 h. 1/2 au lycée des jeunes filles, place Michelet.

1^{er} Rapport : Les troubles du mouvement dans la démence précoce. — Rapporteur : M. le D^r LAGRIFFE (d'Auxerre).

Après la séance, excursion au rocher Corneille et à la Vierge.

Samedi 2 août. — Matin : Séance à 9 heures au lycée de jeunes filles.

2^e Rapport : De l'anesthésie dans l'hémiplégie cérébrale. — Rapporteur : M. le D^r MOINER-VINARD (de Paris).

Après-midi : Séance à 13 h. 1/2 au lycée de jeunes filles. — Communications.

A 15 heures, réunion du Comité permanent.

A 16 heures, Assemblée générale. — Après l'Assemblée générale : Visite de la cathédrale, du musée religieux. — Promenade dans la vieille ville.

Dimanche 3 août. — Excursion à la Chaise-Dieu (par autobus et automobile).

Départ du Puy à 8 heures du matin. — Sur le parcours (aller 44 kilomètres), visite des Orgues d'Espaly, du château de la Roche-Lambert, du lac de Malaguet. — Déjeuner à la Chaise-Dieu. — Après le déjeuner, visite de l'Abbaye et du Cloître.

Départ à 14 h. 1/2. — Retour par Bellevue, Vorey et la Vallée de la Loire (50 kil.).

Arrivée au Puy à 16 h. 1/2 environ. Prix de l'excursion : 1^o en automobile et repas, 20 fr. 50 ; 2^o en autobus et repas. 10 à 12 fr. (1).

Le soir, réception offerte par le Président et les Membres du Congrès.

Lundi 4 août. — Matin : Séance à 9 heures au lycée de jeunes filles.

3^e Rapport : Conditions de l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal. — Rapporteur : M. le D^r PICQUÉ (de Paris).

Après-midi : Visite de l'asile d'aliénés. — Séance de communications à l'asile.

Mardi 5 août. — Excursion au Mezenc, au Gerbier-des-Joncs et au lac d'Issarlès (par autobus et automobile).

Départ du Puy à 5 h. 1/2 du matin. — Arrivée aux Estables (32 kil.), au pied du Mezenc, à 8 heures environ. (La

(1) Le prix des excursions en automobile et autobus comprend le transport, le repas moins le café et tous les pourboires aux chauffeurs et aux garçons d'hôtel, de telle sorte que les congressistes, en dehors de la somme versée, n'auront pas un centime à débourser. — Le prix de l'excursion en autobus est approximatif : il est subordonné au nombre de Congressistes.

route suivie est celle décrite par George Sand dans *le Marquis de Villemer*). — Ascension du Mezenc (1.744 m.) — Au retour de l'ascension, déjeuner aux Estables. — Départ des Estables à 11 1/2 pour le Gerbier (11 kil.), par la Chartreuse de Bonnefoy. — Arrivée au Gerbier à midi environ. — Ascension du Gerbier (1.550 m.), visite à la source de la Loire — A 13 h. environ, départ pour le lac d'Issarlès (20 kil.). — Arrivée au lac à 14 h. environ. — Départ à 15 h. 1/2.

Retour au Puy (50 kil.) par le Monastier. — Arrivée au Puy à 18 heures environ. — Prix de l'excursion : 1^o en automobile et repas, 24 fr. 50 ; 2^o en autobus et repas, 12 à 14 fr.

Mercredi 6 août. — Excursion au lac du Bouchet (1.200 m. d'altitude) par autobus et automobile.

Départ du Puy à 9 h. du matin. — Arrêt à la Pépinière à 5 kil. du Puy pour admirer le panorama sur la vallée de la Loire). — Trajet par Solignac, le pont de Chadron, Goudet (40 kil.) Arrivée au lac à 11 h. 1/2. — Déjeuner. — Départ du lac à 14 h. — Arrivée au Puy à 15 heures environ. — Prix de l'excursion : 1^o en automobile et repas, 16 fr. ; 2^o en autobus et repas, 8 fr. environ.

(Les Congressistes désireux de se rendre au congrès de Londres pourront le même jour prendre le train partant du Puy à 16 h. 45, train qui leur permettra d'arriver en Angleterre dans la journée du 7 août.)

Jeuudi 7 août. — Le Congrès se termine officiellement le 6 août. Néanmoins, le lendemain de la clôture du Congrès, une excursion facultative sera organisée pour Vals-les-Bains où les Congressistes sont invités par la Société des Eaux de Vals à visiter l'établissement et à déjeuner.

L'itinéraire de cette excursion sera le suivant :

Départ du Puy à 5 h. 1/2. — Trajet à l'aller (118 kil.), par Saint-Julien-Chapteuil, Fay-le-Froid, Saint-Julien-de-Boutières (Ardèche), le Cheylard, Mézilhac et Vals, où l'on arrivera vraisemblablement à 10 heures 1/2. — Visite de l'établissement. — A midi, déjeuner offert par la Société des Eaux de Vals.

Départ à 14 heures 1/2. — Retour (84 kil.) par Thuyets, Mayres, Pradelles. — Arrivée au Puy à 18 heures environ.

Le prix approximatif de l'excursion sera de 30 à 35 fr. en automobile et, si l'on peut avoir un autobus, 15 fr. par ce dernier mode de transport (1).

(1) Le prix de cette excursion ne sera établi qu'à l'époque du Congrès. L'inscription définitive n'aura lieu également qu'à cette époque.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE III^e VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Histoire.

	PAGES
Les vapeurs, les vaporeux et le Dr Pierre Pomme; par les Drs Paul Juquelier et Jean Vinchon.	641

II. — Psychologie morbide.

La loi de l'intérêt momentané et la loi de l'intérêt éloigné; par le Dr Ch. Ladame	129
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----

III. — Pathologie.

Ironie et imitation chez un catatonique; par les Drs A. Leroy et G. Genil-Perrin	5
Du syndrome pellagroïde; par les Drs Malfilâtre et Devaux.	15
De la fugue chez les déséquilibrés et dans un cas de démence primitive de Delasiauve, démence précoce de Kraepelin; par le Dr Lévéque	140
Accès confusionnels chez un persécuté persécuteur; par le Dr Fr. Adam	150
Psychose périodique complexe. Délice d'interprétation, psychose excito-dépressive, obsessions et impulsions; par les Drs Maurice Dide et G. Carras	257
Démence précoce et alcoolisme; par le Dr Serge Soukhanoff	277
De quelques particularités observées dans un état hallucinatoire chez un paralytique général; par le Dr Albès.	285
Contre la fréquente attribution des signes d'activité cérébrale à du surmenage scolaire; par le Dr Ameline	385
Deux observations de délice d'interprétation; par le Dr Maurice Ducosté.	408
Délice systématisé à base d'obsessions; par le Dr René Masselon.	513
Petits accès d'asthénie périodique; par le Dr R. Benon.	528
Délice d'interprétation avec fabulation et affaiblissement intellectuel; par le Dr Georges Lerat (<i>1^{er} article</i>).	656
Evolution rapide d'une paralysie générale alcoolique; par les Drs A. Rémond (de Metz) et Roger Sauvage.	669

IV. — Thérapeutique.

	PAGES
La psychiatrie actuelle et la thérapeutique des affections curables; par le Dr Henry Damaye.	290
Le traitement rationnel de la démorphinisation; par le Dr Maurice Page	531

V. — Médecine légale.

Rapport médico-légal sur l'état mental d'un hystérique accusé de quinze attentats à la pudeur avec violence; par le Dr Hans Schmid Guisan.	23
Meurtre, tentative de meurtre et tentative de suicide. Paralysie générale chez un dégénéré à ascendance épileptique; par les Drs Belletrud et Froissard.	155
Contribution à l'étude des attentats simulés. Du ligotage; par le Dr Lucien Lagriffe.	299
Un cas de folie simulée à forme stupide. De la valeur de quelques signes physiques de la stupidité au point de vue médico-légal; par le Dr C. Rougé.	542 et 672

VI. — Législation.

La réforme de la loi de 1838 sur les aliénés et la Commission du Sénat; par le Dr A. Fillassier (<i>1^{er article}</i>).	684
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

VII. — Établissements d'aliénés.

Le quartier de sûreté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, dif- fiques, habitués des asiles) (<i>suite et fin</i>); par le Dr H. Colin . .	170
Des inconvénients, imperfections et dangers des colonies familiales d'aliénés; par le Dr A. Rodiet.	432 et 701
Note sur l'organisation de l'assistance des aliénés au Maroc; par les Drs Lwoff et Sérieux	694

VIII. — Revue critique.

L'homicide en pathologie mentale; par le Dr Paul Voivenel . . .	179
Les thèses de médecine mentale soutenues à la Faculté de Paris durant l'année 1911-1912; par le Dr Roger Dupouy.	557

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance du 30 décembre 1912.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Beaussart, Ossip-Lourié, Porot, Fillassier, Brester, Stransky. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Ducosté; élection. — Un cas d'uranisme. Crime passionnel commis par l'inverti. Présentation du malade, par M. H. Colin. Discussion : MM. Rogues de Fursac, Vigouroux, Pactet, Gilbert-Ballet, Arnaud. — Elections pour le bureau de 1913.	66
<i>Séance du 27 janvier 1913.</i> — Installation du Bureau : MM. Klippe, René Semelaigne. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Gilbert Ballet, Ducocté, Erwin Stransky et Robert Löwy. — M. Ballet nommé membre honoraire sur sa demande. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1913. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport de la Commission des finances : M. H. Colin. — Rapport de M. René Charpenier sur la candidature de M. Fillassier à la place de membre titulaire déclarée vacante; élection. — Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques, par MM. Briand et Vinchon. Discussion : MM. Juquelier, Dupré, Vigouroux, Briand	191
<i>Séance du 24 février 1913.</i> — Félicitations à M. Legras : MM. Semelaigne, Legras. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Gilbert Ballet, Fillassier, Benjamin Larroque. — A propos du III ^e Congrès international de Neurologie et de Psychiatrie : MM. Ritti, Arnaud. — Sur la comparution en justice d'aliénés internés, prévenus de crimes ou de délits, par M. Trénel. Discussion : MM. Colin, Legrain, Fillassier, Briand, Trénel, Vigouroux. — Quelques résultats d'une enquête sur le mariage et la vie conjugale de mille aliénés parisiens, par MM. Juquelier et Fillassier. Discussion : MM. Juquelier, Trénel, Fillassier. — De l'obsession émotive au délire d'influence, par M. Mignard	320
<i>Séance du 31 mars 1913.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. René Charpentier, Sérieux, Mignard, Zinalakis, Stransky, Sommer. — Sur la comparution en justice d'aliénés internés prévenus de crimes ou de délits, par M. A. Vigouroux. — La réaction d'activation du venin de cobra dans les maladies mentales, par MM. Maurice Klippe, Mathieu-Pierre Weil et Edmond Lévy. Discussion : MM. Briand, Weil, Piéron, Klippe. — Un cas de phobie à systématisation délirante, par MM. J. Rogues de Fursac et Roger Dupouy. Discussion : MM. Arnaud, Deny, Dupouy, Truelle.	448
<i>Séance du 28 avril 1913.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Toulouse, Vigouroux, d'Hollander, Albès. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Zinalakis; élection. — Rapport de M. Toulouse sur la candidature de M. Mignard; élection. — Rapport de la Commission du prix Belhomme : M. Capgras. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. René Charpentier. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Mignot. — Pséudodélire par auto-suggestion chez un obsédé, par MM. Truelle et J. Eissen.	

	PAGES
Discussion : MM. Dupouy, Arnaud, Truelle, Capgras, Briand. — L'idée pathologique du divorce par MM. L. Marchand et F. Usse.	572
<i>Séance du 26 mai 1913.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Fillassier, Beaussart, D'Hollander, Sollier, Zinalakis, Mignard, Brissot, Bourilhet, Libert, Herman, Stransky, Löwy, Mattauschek, Pilcz. — Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire : M. Semelaigne. — Rapport de M. Truelle sur la candidature de M. Albès ; élection. — Un cas de paralysie générale à évolution lente. Autopsie ; par MM. René Charpentier et Vieux. Discussion : MM. Vigouroux, René Charpentier, Rayneau. — Folie intermittente et brightisme, par MM. A. Vigouroux et Hérisson-Laparre. Discussion : MM. Arnaud, Vigouroux. — Du délire obsessif, par M. Roger Dupouy.	711

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1912).

Saturnisme et aliénation mentale. Un auto-mutilateur	89
Affaire médico-légale. Simulation	89
Débilité mentale avec infantilisme. Cryptorchidie. Dépression mélancolique intermittente ; préoccupations hypocondriaques . .	90
Délire systématisé d'origine onirique chez un débile.	90
Délire d'interprétation hypocondriaque avec réaction suicide et homicide	91
Tumeur du lobe frontal et du corps calleux chez un dément . . .	91
Fibrome de la dure-mère et athérome de l'aorte abdominale chez un hypocondriaque	91
Le traitement des escarres par l'enfumage iodé	91
Crises d'épilepsie jacksoniennes provoquées à volonté chez une épileptique à crises chroniques	209
Utilisation par des escrocs de deux débiles amoureuses de prêtres. .	209
Un ménage de syphilitiques. Paralysie générale et démence précoce. .	210
Un cas de démence neuro-épithélide	210
Syndrome paralytique déterminé par de l'encéphalite non folliculaire	211
Gliome de la couche optique	211
Délire posttraumatique	344
Rêves illiputiens chez un alcoolique.	344
Troubles intellectuels consécutifs à une intoxication par l'oxyde de carbone	344
Intoxication par le sulfure de carbone	345
Sclérose en plaques avec symptôme Bravais-jacksonien ; troubles psychiques ; nystagmus congénital.	345
Un cas de délire postépileptique	345
Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive	345
Quelques considérations sur le traitement de l'épilepsie par l'acide borique	346
Myopathie progressive avec épilepsie chez deux frères	346
Ramollissement de la couche optique chez un diabétique	346
Les moyens de défense employés par les persécutés	484
Conscience du délire chez un persécuté. Imagination. Erotomanie. .	
Episode amnésique	484
Obsessions diverses. Scrupules. Délit intentionnel	484
Un couple morbide. Amoralité et revendication.	485

TABLE DES MATIÈRES

763

	PAGES
Syphilis conjugale, mari paralytique général et femme tabétique.	485
Un cas d'amnésie traumatique.	485
Confusion mentale et psychose discordante	486
Syphilis. Perforation de la cloison nasale et mal perforant maxillaire. Syndrome tabétique.	486
Diabète, hémiplégie et hémianopsie; démence organique avec accès confusionnels	487
Cysticercose cérébrale et paralysie générale.	487
Intoxication par l'oxyde de carbone	612
La première victime des boules asphyxiantes	612
Récidive d'un accès maniaque au bout de vingt-cinq ans.	613
Amaurose, tabes et troubles moraux.	613
Epilepsie larvée et démence.	614
Impulsions érotiques chez deux saturnins considérés à tort comme exhibitionnistes	614
Sclérose latérale, amyotrophique posttraumatique et troubles mentaux	614
Spirochètes et paralysie générale	615
Utilisation d'un débile délirant pour commettre des escroqueries.	737
Deux condamnés militaires	737
Deux cas de démence paranoïde	738
Un maculateur de statues agissant dans un but philanthropique.	738
Fétichisme du mouchoir chez un frêleur épileptique.	738
Fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins	738
Démorphinisation par la suppression brusque	739
Notes inédites de Pinel	739

JOURNAUX AMÉRICAINS (1909)

(Anal. par les Drs CORNU et AMELINE.)

Trois cas de spasme facial traités par des injections d'alcool	92
Etude sur la folie hystérique	92
De la paralysie faciale : étude de 335 cas.	94
Le trajet des excitations sensitives dans la moelle.	94
Un cas de tabes sacré	95
L'hystérie et la méthode rééducatrice de Dubois	95
Ataxie motrice sous l'influence de l'émotion.	96
Le symptôme complexe d'Adolphe Meyer.	96
Diagnostic différentiel de l'hystérie grave et des affections organiques du cerveau et de la moelle, en particulier du lobe pariétal.	96
Le traitement chirurgical de l'athétose et des troubles spasmodiques par l'isolement du groupe musculaire.	97
Inversion et confusion des couleurs comme symptôme précoce des tumeurs du cerveau	97
Etude des erreurs dans le diagnostic de la paralysie générale.	97
Etude critique des fonctions sensitives de la zone pré-rolandique, plus spécialement du sens stéréodiagnostique	97
Thrombose de l'artère spino-cervicale médiane antérieure	98
La psychophysique du climat	212
Une pyramide colorée pour démonstrations	212
Le diagnostic mental par la méthode des réactions associées.	213
Etudes sur le ralentissement survenant par fatigue dans le « tapping-test »	213
Chapitres d'une psychologie biologico-empirique	213
Sur trois types d'attitude : la mécanique, la coercitive (magique) et l'anthropopathique (comprenant la religion)	214

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
Une critique des méthodes de Wirth pour la mesure de l'attention.	214
L'analyse de la mémoire auditive	214
Contribution à l'étude des processus affectifs	214
Les guérisons miraculeuses	215
L'abandon du sentionnalisme en psychologie.	215
Education sexuelle et nudité	215
La mémoire de l'enfant et de l'adulte.	215
Le « tapping-test » et les différences sexuelles.	215
La relation entre la précision dans la sensibilité sensorielle et l'intelligence générale	215
L'influence de la durée de la vitesse des mouvements du bras sur l'appréciation de leur étendue.	216
La sensation organique.	216
La mesure de l'attention	217
Une étude expérimentale de l'attente.	217

JOURNAUX ITALIENS (1909).

(Anal. par le Dr WAHL.)

Influence du cerveau sur le développement et la fonction des organes sexuels mâles	488
Sur la tétanie héréditaire.	489
Sur l'interruption du sillon central de Rolando chez les criminels.	489
Influence de quelques substances qui agissent principalement sur le cerveau et sur les fonctions du testicule (café, véronal, absinthe).	489
Nouvelles recherches sur la sensibilité cutanée de l'homme.	490
Sur la physiologie pathologique des mouvements choréiques	490
Un cas de microcéphalie pure	491
La dissociation du tonus musculaire et des réflexes tendineux.	491
Recherches sur la sphymomanométrie et la sphymographie chez les déments précoce.s.	492
Psychopathologie et étiologie des phénomènes psycho-névrosiques.	492
Délire paranoïaque dans l'épilepsie.	493
Sur l'audition musicale iconographique.	494
Un cas de mogigraphie névralgique guéri par la psychothérapie rationnelle.	496
Sur les psychoses pellagreuses.	496
L'anatomie pathologique en psychiatrie, ses fins, ses moyens.	496
Sur la statistique des aliénés en Italie pendant l'année 1907.	497
Sur les altérations produites par l'intoxication alcoolique sur le système nerveux des lapins	498
Pathogénèse et traitement de la mogigraphie par l'hyperlinie de Bert	498
Sur la valeur du mode de précipitation de la substance nerveuse sous forme réticulaire et sur la résistance des neurofibrilles.	499
Notes en réponse aux articles de Luzaro et de Todde.	499
Sur l'élimination de l'azote et du phosphore par voie rénale chez les lapins qui ont subi la ponction cérébrale de Richet	500
Sur un cas de méningo-encéphalite syphilitique	500
Contribution à l'histologie pathologique de la presbyophrénie	501

JOURNAUX RUSSES (1912).(Anal. par M^{me} ÉLISE SOUKANOFF.)

	PAGES
Phobie de la vitesse croissante	347
Sur la question de l'épilepsie tardive et de l'épilepsie sénile.	347
Un cas d'épilepsie traumatique indirecte	347
Matériaux de l'investigation expérimentale psychologique des malades avec hémiplégie d'origine capsulaire et d'origine corticale	347
De la gliomatose épendymaire des ventricules cérébraux.	348
Contribution à l'étude de l'influence du radium sur la rapidité de l'excitation nerveuse	348
De la chorée chronique.	349
Alcoolisme chronique et anaphylaxie.	349
La psychoanalyse comme méthode pour le diagnostic psychologique et pour la psychothérapie (méthode de Freud).	349
Essai d'investigation expérimentale-psychologique de l'influence du « Natrum Bromatum » sur le processus de concentration et sur la capacité au travail.	349
Du gynandromorphisme chez les animaux et chez l'homme.	349
Investigation de la fonction olfactive du chien par la méthode des réflexes moteurs d'association	349
Contribution à la connaissance des gliomes du cerveau.	350
Contribution à la connaissance du tabes infantile	350
Sur la question de la simulation des maladies mentales.	350
Contribution à l'étude de l'épilepsie de Kojévnikoff.	350
Tendances fondamentales de la psychothérapie rationnelle contemporaine	351
Hystéro-cyclothymie et quelques mots sur le suicide	351
De la psycho-analyse dans le traitement des alcooliques	351
Psychoanalyse d'un cas d'hystérie	351
De la cyclothymie et de ses combinaisons	351
Le mécanisme psychique des symptômes dans un cas de psychose hystérique.	351
Paralysie progressive paranoïde	352
Sur les infirmières dans les sections pour les hommes de l'asile psychiatrique du gouvernement de la ville d'Orel	352
De la presbyophrénie.	352
De la modification de l'état psychique dans la myasthénie	352
Altération du système nerveux central sous l'influence des pressions aériennes dépassant la pression atmosphérique; maladie de caisson.	352
Sur la question de la maladie de Raynaud	352
Un cas de paralysie du nerf facial.	353
De l'histoire de la psychiatrie; remarques sur Arétée	353
Application de la méthode des réflexes conditionnels pour l'investigation des centres de l'écorce cérébrale du chien.	353
Pathologie du sens moral.	353
Du rapport des lobes frontaux à la psychologie et à la psychopathologie.	354
De la démence presbyophrénique.	355
Contribution à la connaissance du tableau clinique du syndrome de la thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure inférieure.	355
Un cas de tumeur cérébrale.	356
Base théorique de la responsabilité	356

	PAGES
Le salvarsan dans les lésions syphilitiques et méta-syphilitiques du système nerveux	356
Du diagnostic différentiel de la folie épileptique.	357
Du trouble de la mémoire dans certaines lésions en foyer du cerveau	357
Prophylaxie chirurgicale de la dégénérescence	357
Hallucinations olfactives parmi les prodromes de l'accès dipsomaniaque	357
De la maladie d'Alzheimer.	358
Enveloppement des malades psychiques comme procédé hydro-thérapeutique	358

III. — Bibliographie.

Revue des thèses de médecine mentale soutenues à la Faculté de Lyon pendant l'année scolaire 1911-1912, par le Dr Frantz Adam.	99
La localisation de lapraxie; par le Dr D'Hollander. — Apraxie motrice bilatérale. Autopsie. Contribution à la localisation de lapraxie; par le même (Anal. par le Dr Paul Guiraud).	107
Hallucinations unilatérales de l'ouïe; par le professeur Magalhaës Lemos (Anal. par le Dr Paul Guiraud).	108
Philosophie biologique; nouvelles conceptions du délit et de la peine; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles).	110
Les dessins papillaires de la paume de la main comme moyen d'identification; par le Dr Ant. Lecha-Marzo (Anal. par le Dr Arsimoles)	111
Expériences d'identification monodactylaire; par le Dr Federico Oloriz-Aguilera (Anal. par le Dr Arsimoles)	112
La psychologie dans la République Argentine; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles)	112
Démence précoce avec alcoolisme chronique; par le Dr Karl Graeter (Anal. par le Dr Chaslin).	113
Reflex und Psyche; par le professeur Julius Donath (Anal. par le Dr Chaslin)	113
Contribution à la bactériologie de la chorée de Sydenham; par le professeur Julius Donath (Anal. par le Dr Chaslin)	114
Nouveaux résultats du traitement de la paralysie générale par le nucléinate de soude; par le professeur Julius Donath (Anal. par le Dr Chaslin)	114
Hémiplégie sensitivo-sensorielle avec tremblement à forme de paralysie agitante; par le professeur Julius Donath (Anal. par le Dr Chaslin)	114
Hygiène du système nerveux. La neurasthénie; par le Dr Châtelain (Anal. par le Dr Ant. Ritti).	218
Les anormaux et les malades mentaux au régiment; par le Dr G. Haury (Anal. par le Dr Roger Dupouy)	221
Psychothérapie; par le Dr André Thomas. Introduction du professeur Dejerine. (Anal. par le Dr Roger Dupouy)	223
Leçon d'ouverture du cours de psychiatrie. Sur les rapports de la psychologie avec la neurologie; par le professeur Magalhaës Lemos (Anal. par le Dr L. Wahl)	225
Notes sur l'histoire de la psychiatrie; par le Dr Smith Ely Jelliffe (Anal. par le Dr A. Cullerre)	226
Bulletin médical de l'Université Cornell. Études de la section de neurologie (Anal. par le Dr A. Cullerre)	227
Edgard Poë; par Emile Lauvrière (Anal. par le Dr A. Cullerre) .	228

TABLE DES MATIÈRES

767

	PAGES
François Sylvius; par le Dr Smith Ely Jelliffe (Anal. par le Dr A. Cullerre)	229
Tumeur de la zone motrice; par les Drs Frank Warren Langdon et Simon Pendleton Kramer (Anal. par le Dr A. Cullerre)	229
Sur les lésions de l'isthme dans leurs rapports avec le syndrome de Benedikt; par le Dr Ely Jelliffe (Anal. par le Dr A. Cullerre)	230
Tumeurs de la glande pineale; par les Drs Pearce Baeley et Ely Jelliffe (Anal. par le Dr A. Cullerre)	231
Les formes méninées de la polio-encéphalo-myélite épidémique; par le Dr Ely Jelliffe (Anal. par le Dr A. Cullerre)	231
Les façons extra-logiques de penser; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles)	359
Philosophie biologique : La sociologie comme histoire naturelle de l'espèce humaine; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles)	361
Philosophie biologique : La formation de la conscience; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles)	362
La simulation du merveilleux; par G. Saint-Yves. Préface par le Prof. Pierre Janet (Anal. par le Dr Roger Dupouy)	363
Un prophète cévenol à Genève. Procès criminel de Jean-Jacques Doladille, mystique érotomane; par le Dr P.-L. Ladame (Anal. par le Dr Roger Dupouy)	365
Le prêtre peut-il faire des miracles? par S. A. Man (Anal. par le Dr Roger Dupouy)	366
Régimes dans les établissements pénitentiaires; par le Dr Carlos de Arenaza (Anal. par le Dr Arsimoles)	367
L'énergétique biologique; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles)	368
Les origines de la matière vivante; par le Dr José Ingegnieros (Anal. par le Dr Arsimoles)	368
Sur la valeur de la contribution espagnole à l'étude des méthodes d'identification; par le Dr Ant. Lecha-Marzo (Anal. par le Dr Arsimoles)	369
Evolution et transformisme; par Albert et Alexandre Mary (Anal. par le Dr Roger Dupouy)	370
Encéphalite sous-corticale chronique. Un cas de psychose d'origine artérioscléreuse; par le Dr Ch. Ladame (Anal. par le Dr P. Guiraud)	616
Un cas de psychose aiguë; par le Dr Ch. Ladame (Anal. par le Dr P. Guiraud)	617
La réaction de Wassermann, sa valeur dans le diagnostic et le traitement de la syphilis; par le Dr Leredde (Anal. par le Dr Roger Dupouy)	618
Hospice et colonies de Juquery; par le Dr Franco da Rocha (Anal. par le Dr L. Arsimoles)	740
Etude de l'homme dans ses rapports avec la création de laboratoires d'enquête pour les criminels, les indigents et les anormaux; par le Dr Arthur Mac Donald (Anal. par le Dr Libert)	742
L'hôpital d'Etat pour psychopathes à Boston; par le Dr Walter Channing (Anal. par le Dr L. Libert)	745
Les poisons sociaux : le tabac et l'éther; par Victor Delfino (Anal. par le Dr Arsimoles)	747
L'alcoolisme; par Victor Delfino (Anal. par le Dr Arsimoles)	748
 BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	 115, 232, 371, 502, 618 et 749
 ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Assemblée générale du 25 avril 1910.	 621

IV. — VARIÉTÉS.

	PAGES
Nominations et promotions : MM. Hamel, Allaman, Jabouille, Latreille, Cossa, Archambault. — Concours de 1913 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — Hommage au Dr Deny. — La lutte contre l'alcoolisme. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Tribunaux. — Faits divers	116
Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Legras, Ameline, M ^{me} Pascal, M. Brûche. — Commandant de navire devenu aliéné au cours d'une tempête. — Les aliénés en liberté. — La lutte contre l'alcoolisme. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium	234
Nominations et promotions : MM. Dupré, Legras, de Clérambault, Sablé. — Incorporation dans l'armée de sujets ayant été traités dans les asiles d'aliénés. Circulaire ministérielle. — Concours de 1913 pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Tribunaux. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — La lutte contre l'alcoolisme. — Faits divers. — XXIII ^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de pays de langue française. Le Puy, 1-6 août 1913.	372
Nominations et promotions : MM. Dubourdieu, Vernet, Privat de Fortunié, Wahl, Rougean, Froissard, Coulonjou. — Nécrologie : Dr Croustel. — Prix de l'Académie de médecine. — Tribunaux. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Faits divers. — III ^e Congrès international de Neurologie et de Psychiatrie. Gand, 20-26 août 1913.	504
Nominations et promotions : MM. Olivier, Courbon, Robert, Albès, Latapie, Mézie, Fouque, Pierre Janet, Abadie. — Nécrologie : Dr Emile Vigouroux. — Tribunaux. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — La lutte contre l'alcoolisme. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. Années 1914 et 1915.	630
Nominations et promotions : MM. Sizaret, Dagonet, Sérieux, Pacchet, Toulouse, Terrade, Leroy, Perrens, Alaize, Benon, Hannard. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — La lutte contre l'alcoolisme. — Le cas des suffragettes anglaises est-il du ressort des tribunaux ou de la médecine mentale? — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Programme du XXIII ^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Le Puy, 1 ^{er} au 6 août 1913	750
Table des matières du tome III de la 10 ^e série	759

Le rédacteur en chef-gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.