Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 05. - Paris: Masson, 1914.
Cote : 90152, 1914, n° 05

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1914x05

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

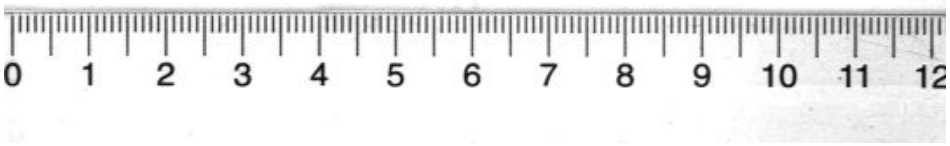
JOURNAL

DE

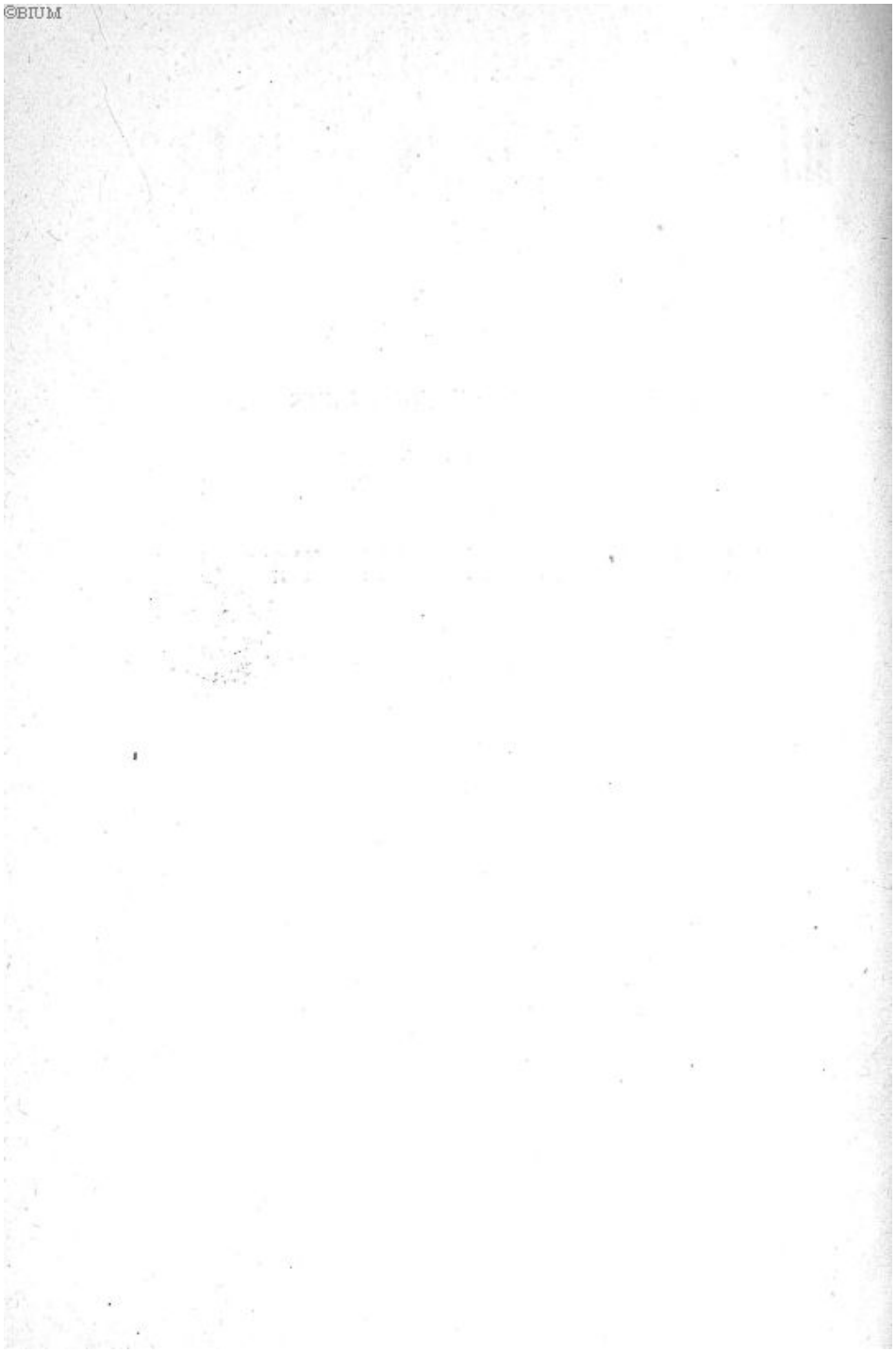
L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER
Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine.

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI
Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.

—

DIXIÈME SÉRIE — TOME CINQUIÈME

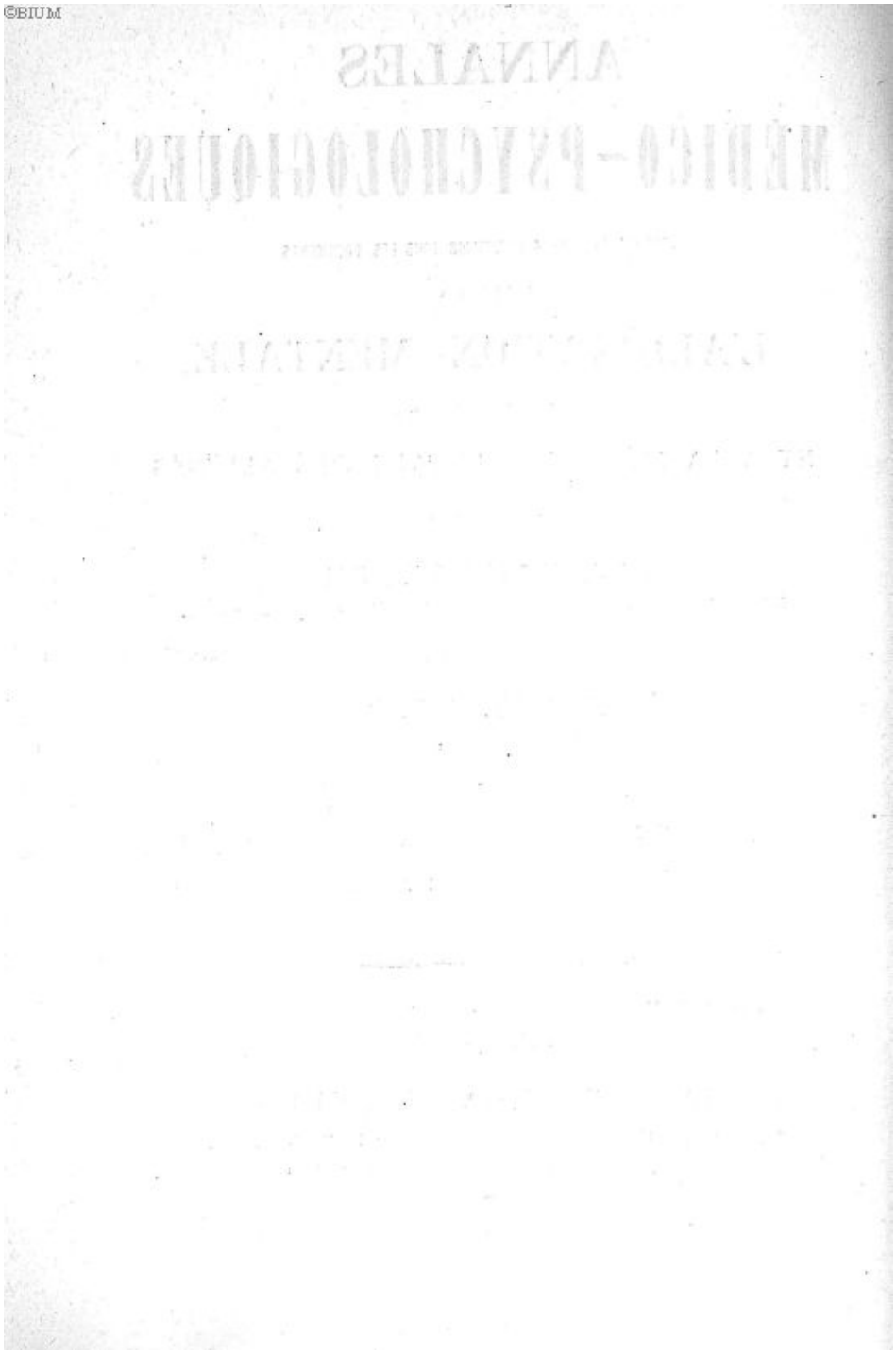
SOIXANTE-DOUZIÈME ANNÉE

90152

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1914

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LES

ACCÈS MANIAQUES CHEZ LES DÉBILES

Par le Dr J. SÉGLAS,

Médecin de la Salpêtrière.

S'il est une branche de la médecine dans laquelle la notion du terrain morbide doive être prise en considération, c'est assurément la psychiatrie.

Sans parler de son importance pour la détermination de l'étiologie ou du pronostic, et n'envisageant que le problème diagnostique, nous rappellerons que le terrain morbide peut imprimer au tableau clinique de troubles mentaux accidentels une physionomie particulière, ou même tenir complètement sous sa dépen-

©BIUM

dance toute la symptomatologie de la maladie, qui apparaît ainsi comme une affection constitutionnelle.

Ce sont là des considérations sur lesquelles il est superflu de s'appesantir. Et cependant, si l'on y a peut-être un peu trop insisté autrefois, certainement aussi les néglige-t-on beaucoup trop aujourd'hui dans la *pratique* psychiatrique.

Nous nous proposons seulement ici d'attirer à nouveau l'attention sur la physionomie clinique de l'accès maniaque chez certains débiles.

On a l'habitude de considérer le syndrome maniaque comme constitué par de l'excitation intellectuelle (fuite des idées), de l'agitation motrice, des modifications de l'humeur. L'influence de la débilité mentale peut s'exercer dans ces trois directions de deux façons différentes, soit par des modifications des symptômes habituels, soit par l'adjonction de symptômes particuliers.

M. Magnan a très justement résumé l'état maniaque dans cette formule concise et pittoresque : « Tout au dehors ! » Sans doute; mais, si maniaque soit-on, on ne peut traduire au dehors que ce qu'il y au dedans. Chez nos débiles, ce dedans est d'une pauvreté extrême, en raison surtout de la faiblesse native de leur intelligence, puis aussi de leur instruction rudimentaire, du milieu dans lequel ils ont vécu, etc... ; et l'excitation automatique, la logorrhée maniaque ne font que mieux mettre en évidence toute l'indigence de la pensée. Quelques souvenirs d'école, de scènes familières, de romans-feuilletons ; bribes de prières ou de refrains populaires, des plaisanteries d'atelier ; le tout entremêlé de grossièretés, de proverbes ou de locutions toutes faites, qui surviennent dans le discours à la façon de stéréotypies verbales ! Et c'est à peu près tout.

Mais cela, c'est encore la richesse ! Souvent on en-

©BIUM

tend le malade ne ressasser que deux ou trois formules toujours les mêmes, pendant des semaines et même des mois. Il est d'autres cas, dans lesquels le langage perd tout caractère significatif, et la loquacité n'est plus qu'un phénomène purement moteur. En même temps qu'il remue, danse, s'agite, notre malade crie, chante ou plutôt vocalise, ne proférant que quelques interjections, ou mots décousus, orduriers le plus souvent, et n'allant même pas jusqu'à bâtir une phrase. Cela ne l'empêche pas à l'occasion de les déclamer avec une emphase et des attitudes théâtrales, à la façon des malades atteints de verbigération.

Si nous les envisageons maintenant au point de vue affectif, nous voyons que, le plus souvent, ces malades ne témoignent pas cet état de joie active et débordante que l'on décrit comme la caractéristique de la manie typique. L'euphorie semble plutôt faire place ici à une sorte de béatitude passive, qui n'est pas loin de l'indifférence.

Dans certains cas même, il s'agit bien d'indifférence. Le malade reste tout à fait étranger au milieu extérieur. Contrairement à ce qu'on observe d'ordinaire chez le maniaque, rien ne sollicite son attention, il ne s'inquiète de rien, il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. On ne peut saisir, non seulement aucune trace d'un état durable d'euphorie ou de béatitude, mais aussi aucune manifestation quelque peu nette de cette excitabilité émotive, de cette mobilité de l'humeur, de cette fuite des émotions, plus fréquente encore dans le tableau clinique de la manie ordinaire que la modification fondamentale et durable du ton affectif. Parfois il arrive bien que le malade éclate de rire, ou se mette à pleurer, mais c'est bien sans savoir pourquoi et sans pouvoir en donner la moindre raison. Ces manifestations n'expriment pas plus un état émo-

©BIUM

tionnel réel que la loquacité n'exprime d'idées. On pourrait presque dire que ce ne sont que des grimaces. Cela devra d'autant moins nous surprendre que, même à l'état normal, le débile a en général une pauvreté d'expressions mimiques très caractéristique.

Pour l'agitation motrice, nous pourrons rencontrer des modifications parallèles. Tantôt c'est une agitation excessive absolument désordonnée et incohérente ; des mouvements sans but déterminé, sans signification précise, une véritable folie musculaire ; ou bien c'est une agitation très pauvre, entrecoupée d'actes grotesques et absurdes, d'impulsions subites et extravagantes. Là-dessus se détachent quelques symptômes particuliers : grimaces, rires sans motif, maniérisme, gestes stéréotypés, tous symptômes qui quelquefois peuvent se trouver réunis chez un même malade.

Il va sans dire que ce tableau clinique n'est pas toujours réalisé au complet. Il peut varier suivant le type de l'accès maniaque et aussi suivant le degré d'ensemble de la débilité ou sa prédominance dans l'ordre intellectuel, affectif, ou moteur. Une des modalités les plus curieuses, et qui mérite une mention spéciale, est celle dans laquelle l'accès maniaque se développe chez un sujet qui, à côté de sa débilité intellectuelle, présente quelques-uns des éléments du syndrome de débilité motrice, si bien étudié par le Dr Dupré et ses élèves (1). Et l'on peut constater alors, à côté des traits précédemment énumérés, de la suggestibilité motrice, des attitudes cataleptoïdes, de l'échopraxie, etc..., qui ne sont sans rendre parfois le diagnostic assez difficile.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que ces symptômes, de même que d'autres faisant comme eux partie du

(1) Dupré. Débilité et déséquilibration motrices. *Paris médical*, 1913, n° 44.

©BIUM

syndrome dit catatonique, notamment les grimaces, le maniérisme des attitudes et des gestes, les tics et stéréotypies, voire même le négativisme, ne sont en aucune manière propres à la démence précoce et se rencontrent très fréquemment chez de simples débiles, en dehors même de toute manifestation délirante.

Obs. I. — M^lle P..., dix-huit ans, entre à la Salpêtrière le 3 novembre 1910, pour des accidents mentaux qui ont débuté dans les premiers jours du mois d'août par une phase de dépression avec idées de culpabilité, demi-mutisme, refus de nourriture ayant duré environ deux mois. Puis est survenue une phase d'agitation avec impulsions violentes qui, au début d'octobre, détermine l'internement à Sainte-Anne, où la malade est considérée comme atteinte de débilité mentale avec alternatives d'excitation avec violences et de dépression accompagnée de refus d'aliments (Magnan).

Avant son internement, la malade avait été vue en ville successivement par deux aliénistes des plus autorisés qui, tous deux, avaient porté le diagnostic de « démence précoce ». (Renseignement de la famille.)

3 *novembre* 1919. — *Etat actuel* : Bavardage incohérent : bouts de phrases hachées, séparées par d'assez longs intervalles. « Je suis le diable... Ah ! ah ! la Sainte Hostie, où qu'elle est ... Vous allez voir le tonnerre tout à l'heure ! (Elle mange ses cheveux.) ... C'est le diable qui me tire les cheveux... (Elle se déshabillle.) ...Je me mets justement à poil... (Elle chante.) ... C'est Dieu qu'est ce tonnerre-là ! Oh la la ! (Elle crache. M... ! vous ne m'aurez pas... Qu'on me donne le bon Dieu..) (Elle danse.) C'est la danse du soir avec Grégoire !... (Elle s'assied, jette une assiette à terre.) ... On casse la vaisselle du Seigneur... » (Puis elle se lève tout d'un coup en criant : « Kyrie eleison ! » et s'immobilise dans une attitude théâtrale et muette.)...

Agitation motrice désordonnée, sans but, traversée de mouvements impulsifs ; grimaces, contractions du frontal, protrusion des lèvres (Schnauzkrampf) ; mouvements de succion ; échomimie ; crises de rire.

La malade est complètement étrangère au milieu, ne remarque rien, ne s'intéresse à rien. Elle répond assez vite aux questions, mais seulement quelques mots incohérents.

©BIUM

Négativisme ; refus d'aliments ; gâtisme ; on la mène aux cabinets, mais inutilement ; et elle retourne à son lit, où elle gâte.

Insomnie, suspension des règles depuis le mois de juillet.

Pendant tout le mois de novembre, l'état de la malade ne change pas. Elle est toujours aussi indifférente ; son agitation conserve les mêmes caractères, et elle répète à satiété les mêmes phrases incohérentes.

En *décembre*, l'agitation continue, mais très pauvre et sur place ; elle ne consiste qu'en petits mouvements intermittents, que la malade répète un certain nombre de fois et qui paraissent sans but ; elle remue les pieds, tapote sa jambe avec sa main... Elle continue à grimacer. Toujours indifférente à son milieu, elle ne se préoccupe de rien, ne parle jamais de ses parents... Peu productive au point de vue intellectuel, elle ne fait guère que chanter indéfiniment le même couplet : « C'est la valse blonde... » Réapparition des règles dans les derniers jours du mois.

Janvier 1911. — Plus calme à l'ordinaire ; cependant encore agitée de temps à autre ; continue à grimacer et à rire sans motif. Demande spontanément des nouvelles de ses parents et manifeste l'intention de sortir.

Elle sort guérie le 16 *mars* suivant.

Les particularités cliniques qui avaient pu faire croire à deux médecins qu'il s'agissait ici d'un cas de démence précoce prennent une tout autre signification si l'on tient compte du terrain sur lequel s'est développé l'état maniaque.

M^lle^ P... est fille d'un alcoolique invétéré et d'une épileptique.

« Elle-même, nous dit son oncle, n'a jamais été d'une intelligence vive. C'était plutôt une enfant arriérée, pas développée. » Elle a marché et parlé à peu près comme les autres enfants ; mais « elle n'avait pas de vivacité ». A l'école, elle n'apprenait « pas bien du tout ». Elle y est allée pendant sept années et n'a guère appris qu'à lire et à écrire ; elle n'a jamais pu faire une multiplication. « On n'a même pas pu songer à la mettre en apprentissage ; elle n'a jamais pu rien faire du tout. » Elle a toujours été nonchalante et indifférente, entêtée et résistante. Chez elle, on ne pouvait l'occuper qu'à quelques travaux de ménage.

Microcéphalie, asymétrie faciale, strabisme, déviation de la colonne vertébrale par mal de Pott.

©BIUM

Rentrée chez elle, Mlle P... a repris toutes ses habitudes de vie antérieure. Elle était, nous dit sa famille, dans son état normal, absolument comme auparavant. Cela a duré jusqu'à la fin de *janvier* 1912. A cette époque, elle est reprise d'une légère excitation qui s'est traduite surtout par du bavardage et des éclats de rire, et s'est prolongée jusque dans la dernière quinzaine de mars. Vers le 20 de ce mois, cette excitation a fait place à de la dépression, entrecoupée d'impulsions violentes, et qui n'a pas tardé à s'accentuer jusqu'à la stupeur.

Elle rentre dans le service le 1er *avril* 1912 dans un état de stupeur complète avec immobilité, négativisme, gâtisme, refus d'aliments, mutisme, crises de pleurs et de rires non motivés. A partir du mois d'août, elle a commencé à s'améliorer progressivement ; et après plusieurs sorties d'essai, elle a été rendue définitivement à sa famille, le 18 *novembre* 1912, revenue complètement à son état normal.

Obs. II. — Mlle M..., vingt-six ans, entrée à la Salpêtrière le 23 juillet 1910.

Au dire de sa famille, les accidents actuels remonteraient à une dizaine de jours. Elle s'est excitée progressivement, bavardant de plus en plus, riant, pleurant, se mettant en colère, demandant pardon, tenant des propos incohérents. Elle arrive sous le diagnostic de « démence précoce, avec indifférence affective, inconscience de sa situation, excitation et gâtisme par intervalles ».

26 *juillet*. — *Etat actuel* : « J'ai trouvé un flacon de m..... avec mon nom... un point, c'est tout !... on a voulu me faire des chichis pour 500 francs... Je suis la petite Mimi... Le dentiste m'a vu accoucher par les ovaires... J'ai fait dépenser de l'argent par l'électricité... Je voulais cracher... (elle crache à terre et dit :) C'est de la tartine pour le chocolat... Le père, ça l'énervait parce que j'étais trop chaude... j'étais sa maîtresse pour le froid, pas pour le chaud... Il était pourri par moi... aux Gobluches... J'ai trouvé le flacon de m..... un point, c'est tout !... Je ne faisais pas la cocotte... mais un point... je l'ai fait avaler... c'est tout !... J'ai fait crever les pneus... c'est une éclaboussure... (Elle crie à tue-tête :) Vieille vache !... put... !... (frappe sur la table à coups redoublés) faut que la machine pète ou qu'ça dise pourquoi... Un point, c'est tout ! »

La malade ne cesse de bavarder, répétant toujours à peu près les mêmes phrases décousues, ne répondant à aucune question, absolument indifférente au milieu, ne manifestant

©BIUM

aucune expression émotionnelle. A toute question qu'on lui pose à ce sujet, elle ne donne qu'une réponse invariable : « Je m'en f... », puis reprend aussitôt son bavardage.

Agitation motrice très modérée, mouvements sans but, paraissant absolument automatiques et n'être dirigés par aucune idée spéciale.

Août. La malade est toujours bavarde, et de plus en plus incohérente; elle répète toujours à peu près les mêmes phrases que ci-dessus, mais de plus en plus hachées. L'agitation motrice est devenue excessive et tout à fait désordonnée. Refus d'aliments. Gâtisme. Eclats de rires, grimaces.

Cet état persiste jusqu'au début de *décembre.*

A partir du 10, l'agitation diminue progressivement ainsi que le bavardage.

Janvier 1911. La malade est calme, plutôt même inerte : elle reste assise toute la journée à la même place, sans rien faire, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, silencieuse, ne donnant aux questions que des réponses très courtes et absolument insignifiantes.

Août. La malade est devenue progressivement moins inerte : elle commence à parler plus volontiers et à s'occuper un peu.

Elle sort le 24 *novembre* 1911, dans un état de santé que l'on est fondé, dans l'espèce, à considérer comme normal.

Sans doute la malade, qui travaille régulièrement, ne manifeste aucune activité intellectuelle spontanée; elle ne cause guère, il faut lui arracher ses réponses, qui restent en général d'une désespérante insignifiance : et le cercle de son idéation paraît vraiment bien limité. Mais ces détails ne prennent leur véritable signification que si on les rapproche des renseignements fournis par le père sur l'état mental habituel de sa fille.

« Elle a toujours été obéissante, soumise, mais n'a jamais été intelligente, pas même d'une intelligence ordinaire (*sic.*) Elle a bien eu à l'école son certificat d'études, à l'âge de quatorze ans; mais ensuite elle est entrée en apprentissage chez une couturière. Or, il y a sept ans de cela, et elle n'a jamais pu apprendre à faire une robe. Elle n'a jamais su faire que du travail tout tracé : encore n'est-elle pas adroite. Elle ne s'est jamais intéressée à rien, n'a jamais manifesté de goût pour rien, n'a jamais eu la moindre idée, la moindre initiative. Il fallait tout lui dire comme à un enfant. Elle s'est toujours montrée affectueuse avec ses parents; mais il faut qu'ils soient là pour

©BIUM

qu'elle leur donne des marques d'affection. Si elle s'absentait, elle ne songeait même pas à demander de leurs nouvelles. Elle a toujours été peu causeuse, et quand par hasard cela lui arrivait de parler, elle répétait toujours la même chose. Elle a toujours été incapable de tenir une conversation : il fallait la harceler de questions pour n'obtenir que de brèves réponses. » En dehors de cet état mental habituel, on n'a signalé chez elle aucun accident spécial avant ceux qui ont déterminé le placement. Facies peu intelligent; front bas, étroit; pas de mimique frontale.

La malade nous est ramenée le 17 *mars* 1913.

Pendant ces dix-huit mois d'intermittence, elle avait repris sa vie comme devant. Elle rentre dans un état d'excitation maniaque analogue à celui qui avait marqué la première entrée, et au cours duquel elle meurt de tuberculose pulmonaire le 14 *juin* 1913.

Obs. III. — Mlle L.., âgée de trente-quatre ans, entre à la Salpêtrière, le 3 *août* 1911. Plusieurs certificats médicaux de source différente concluent les uns à « débilité mentale avec dépression légère et délire polymorphe » ; les autres à « démence précoce avec indifférence complète, maniérisme, suggestibilité, agitation ».

Les accidents actuels auraient éclaté brusquement au commencement du mois de *mai* par un état d'excitation avec idées mystiques : la malade disait avoir une mission divine, entendre la voix de Dieu; se jetait à genoux, etc.

Au début de son séjour dans le service, elle présente des alternatives irrégulières de calme et d'agitation. Tantôt elle reste calme, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, ne s'occupant à rien, parlant à peine, ne répondant que d'une façon vague et distraite, les yeux au plafond, immobile ou ne faisant que quelques gestes bizarres, maniérés, se répétant souvent sous la même forme. Suggestibilité et conservation des attitudes : persistance de l'extension de la jambe après la recherche du réflexe rotulien. Réflexes rotuliens plutôt vifs : pas de réflexe de Babinski, tendance à la syncinésie. A d'autres moments, la malade s'agite, se déshabille, bavarde, tient des propos incohérents, parlant de Dieu, de trois grâces qu'il lui réserve.

A partir du 20 *août*, cette agitation augmente et persiste d'une façon continue. Mouvements tout à fait désordonnés : la malade se déshabille dans la cour, se met en chemise sous la fontaine, escalade les grilles, brise tout ce qu'elle trouve à sa

©BIUM

portée, danse, chante des cantiques, déclame. Ses discours sont absolument incohérents, hachés. On y entend revenir sans cesse les mots de révolution, trois grâces, Dieu, Sainte-Vierge.

Aucune modification jusqu'au 15 *octobre*. A partir de cette date la malade se calme progressivement, et un mois après environ, elle peut être considérée comme guérie.

En effet, le 12 *novembre*, elle demande à sortir pour rentrer dans son pays, en Bretagne, où elle a encore son père. Elle trouve que cela vaudrait mieux pour elle de travailler à la campagne avec lui que de rentrer en place à Paris : car, dit-elle, elle a été bien malade, elle avait eu une grande contrariété et elle a perdu la tête. Elle est très lucide, nullement désorientée, se rappelle même les principaux détails de son accès et se rend un compte très exact de son état. Elle travaille régulièrement à l'atelier. Sortie le 11 *décembre* 1911.

Persistance de la docilité musculaire, conservation prolongée des attitudes, légère syncinésie.

Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur les antécédents héréditaires. La malade, Bretonne de Landivisiau, a passé son enfance à la campagne. Elle a été trois ans et demi à l'école, a essayé de passer son certificat d'études, mais sans succès. Ensuite, elle est rentrée chez elle, travaillant aux champs, faisant la cuisine, gardant les moutons. A dix-huit ans, elle est entrée au couvent pour se faire religieuse. « Elle n'avait pas du tout la vocation, dit-elle, mais elle se figurait que cela lui viendrait une fois rentrée. » On n'a pas pu la garder au couvent en raison de sa santé, parce qu'elle était devenue anémique. Elle en est donc sortie au bout de onze mois et s'est placée comme domestique, d'abord en Bretagne, puis à Paris, où elle était depuis cinq ans lorsqu'elle a été internée. Une de ses cousines, qui la voyait très fréquemment pendant ce temps, n'avait jamais remarqué chez elle aucun trouble nerveux ou mental.

Ces observations suffiront sans doute pour montrer les particularités que peut présenter l'accès maniaque chez des débiles, particularités qui ne sont pas sans rappeler quelque peu le tableau clinique de certaines formes de démence précoce et peuvent donner lieu à des erreurs ou tout au moins à des hésitations de diagnostic.

Nous avons vu que les trois malades présentées avaient

©BIUM

été prises toutes les trois pour des démentes précoces par des aliénistes expérimentés.

On objectera peut-être, il est vrai, que l'on ne connaît pas sûrement l'avenir de ces malades, et qu'il y a des faits de démence précoce qui ont évolué tout d'abord d'une façon intermittente, avant de se caractériser comme démence précoce.

Sans aucun doute, et j'en ai moi-même rapporté des exemples (1) ; mais je serais d'autre part en mesure de présenter des exemples de malades qui, avec une symptomatologie identique à celle que nous avons relatée dans les cas précédents, sont toujours restés, après une observation prolongée et des accès répétés, des maniaques intermittents, ou, si l'on préfère, des maniaco-dépressifs. J'en ai déjà rapporté un cas avec M. A. Collin (2). En voici un autre.

Obs. IV. — M^lle P... a été prise pour la première fois, à l'âge de quinze ans et demi, au moment de ses époques, et sans cause spéciale connue, d'un accès maniaque qui a duré neuf jours. Depuis lors, c'est-à-dire *depuis huit ans*, ces accès l'ont reprise tous les mois, à l'époque menstruelle, et toujours sous la même forme.

Deux jours en général avant l'apparition des règles, elle change de coiffure, se met des rubans, des feuilles, des bouts de papier de couleur dans les cheveux, qu'elle arrange d'une manière extrêmement compliquée et toujours identique, mais pendant l'accès seulement. En même temps, elle commence à s'agiter sans but, d'une façon tout à fait désordonnée, criant, gesticulant, se laissant aller à des impulsions violentes. Sur ce

(1) J. Séglas et Logre. Des rémissions dans la démence précoce (Soc. de psych., in *Encéphale*, n° 3, mars 1911). — Chaslin et Séglas. Intermittence et démence précoce (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 3, mai-juin 1911).

(2) J. Séglas et A. Collin. A propos du diagnostic de la démence précoce et de la folie maniaque dépressive (Soc. de psych., in *Encéphale*, n° 12, décembre 1909). La malade qui fit le sujet de cette communication présente toujours les mêmes particularités de symptomatologie et d'évolution.

©BIUM

fond d'agitation générale, on voit apparaître des grimaces incessantes, des éclats de rire explosifs et interminables, dont la malade n'a jamais pu donner la moindre explication. Indifférence absolue à tout ce qui se passe autour d'elle ; se déshabille en public sans la moindre pudeur, ne manifeste aucun désir. Négativisme : refuse de manger au réfectoire, d'aller aux water-closets. Se cache obstinément la tête avec son tablier ou tourne le dos quand on lui parle. Bavardage décousu ; propos absolument insignifiants : elle ne parle *absolument* que de son grand-père, à la façon d'un bébé, et encore pour ne dire que des choses absurdes comme les suivantes : « Grand-père est fou... grand-père est un vilain homme, car il existe ; il me donne de belles choses, grand-père ! Et tout d'un coup, c'est un spirite pour les petits enfants... C'est Cupidon qui en est cause... Je vois grand-père reluire, etc... »

Cet état maniaque persiste de cinq à sept jours ; il est suivi d'un sentiment de fatigue générale pendant vingt-quatre à quarante-huit heures ; puis c'est le retour complet à l'état normal, jusqu'à la prochaine période menstruelle.

Pendant cette intermittence, la malade est très calme, très correcte dans sa conduite, très lucide et se rend bien compte de sa maladie, dont elle s'affecte beaucoup. Mais il est aisé de s'apercevoir qu'elle est d'un niveau mental très faible, et à vingt-deux ans elle n'a pas l'air plus développée intellectuellement qu'un enfant de dix ans. Le champ de l'idéation est très restreint et d'une rare pauvreté : le langage lui-même est absolument puéril. La famille avoue d'ailleurs qu'elle a toujours été d'une intelligence « moins qu'ordinaire ». Elle n'avait que de la mémoire.

Rien de particulier dans l'enfance, ni jusqu'au début des accidents mentaux. Les premières règles se sont montrées à l'âge de onze ans et demi, sans aucun incident.

Le père était un buveur d'habitude.

Les traits de ressemblance que présentent ces accès maniaques des débiles avec les phases d'agitation de certains déments précoces s'expliquent assez aisément par une analogie de terrain, de débilité et de déséquilibre constitutionnel dans un cas, d'affaiblissement et de dissociation intellectuelle acquise dans l'autre. Cela

©BIUM

nous montre l'importance de la détermination du terrain individuel, la nécessité où l'on est d'en tenir compte pour l'appréciation exacte de la valeur des symptômes qui viennent à s'y développer à un moment donné, et l'erreur où l'on risque de tomber en voulant créer des espèces nosologiques d'après une symptomatologie prétendue spécifique, en plaçant tous les symptômes sur le même plan, sans faire la part respective de l'accident et du terrain.

Ce sont encore des considérations de ce genre qui, en dehors du diagnostic d'une psychose intermittente (ou si l'on veut maniaque dépressive), et de la démence précoce, nous amènent à nous demander si un certain nombre d'*états mixtes* de la maniaque dépressive ne sont pas explicables par l'existence d'un terrain de débilité mentale constitutionnel sous-jacent, plutôt que par un mélange en proportions variables d'éléments maniaques et d'éléments mélancoliques. La manie improductive, par exemple, ne s'expliquerait-elle pas bien souvent d'une façon toute simple par la débilité mentale, par la nature du terrain, qui n'a jamais rien pu produire et dont la pauvreté n'est que mieux mise en lumière par l'éclosion de la manie ?

N'oublions pas qu'en clinique psychiatrique, c'est la notion du terrain, de la constitution psychique qui prime tout, et que, suivant le principe formulé déjà par J.-P. Falret, c'est dans ce qui le distingue individuellement que l'on doit surtout étudier l'aliéné : c'est « l'individualité maladive » qu'il faut s'attacher à caractériser (1).

(1) J.-P. Falret. *Leçons cliniques*, 1854, p. 21 et suivantes.

©BIUM

Médecine légale

L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

ET L'ENGAGEMENT VOLONTAIRE

Par le Dr HAURY,
Médecin-major de l'armée (1).

Par son instruction du 5 avril dernier, qui fonde la psychiatrie militaire en France pour l'armée métropolitaine, le ministre de la Guerre vient de faire sienne cette notion bien connue que le nombre est considérable des tarés mentaux de tous ordres parmi les engagés volontaires. Il les signale spécialement en effet à l'attention du médecin spécialisé, en disant d'eux qu' « ils fournissent de façon habituelle une proportion très élevée de désertions, de condamnations militaires et de réformes pour cause d'inaptitude mentale au service » et que « ce sont très fréquemment des inadaptables ». (J'ajoute que ce sont aussi parfois des aliénés, puisque j'ai eu à examiner dernièrement un jeune engagé qui, après deux mois de service, a été évacué d'un régiment d'infanterie voisin sur l'hôpital et qui était un dément précoce depuis longtemps quand il s'est engagé) (2).

(1) Communication au *XXIIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France*, Le Puy, 1er-7 août 1913.

(2) *Un dément précoce engagé volontaire.* (Communication au même Congrès.)

©BIUM

Et le ministre les désigne ainsi, à bien juste titre, comme devant être l'objet d'une étude toute spéciale. Mais tout est-il fait de cette façon pour que cette étude remplisse les conditions de l'expertise pratiquée où il faut et quand il faut? Hélas, non!

Ce n'est pas d'aujourd'hui que la surveillance mentale des engagés est demandée par tous les médecins.

Depuis que M. le professeur Régis et le Dr Granjux, et avec eux tous les médecins aliénistes, comme aussi avec M. le professeur Simonin, tous nos camarades ont combattu si vaillamment et pendant si longtemps pour en faire accepter l'idée, leur expertise au moment de l'engagement est devenue une nécessité qui s'impose. A voir les difficultés de leur tâche journalière quand ils sont aux prises avec eux, les médecins militaires sont unanimes à souhaiter qu'on « puisse épurer l'engagement volontaire », et il n'y a pas de régiment où les circonstances quotidiennes ne fassent désirer à tous que soit enfin réalisée au bureau de recrutement cette « vérification cérébrale » de l'engagé volontaire, dont a parlé M. le professeur Régis. Car, c'est bien là qu'elle doit être faite.

On se souvient que le Congrès de Nantes de 1909 avait demandé que l'engagé volontaire fournisse un certificat médical constatatant son intégrité mentale, et une enquête de notoriété de la gendarmerie certifiant qu'il passe pour équilibré et sain d'esprit. On voulait leur réclamer cette attestation au même titre qu'on exige d'eux cette autre attestation de parfaite conduite sociale que sont l'extrait du casier judiciaire et le certificat de bonnes vie et mœurs. Mais il avait semblé à tous que ce qui paraissait d'une réalisation plus efficace, évidemment, c'était l'examen mental lui-même de ces jeunes gens, fait par le médecin militaire spécialisé en psychiatrie, au bureau de recrutement. C'est la façon la

©BIUM

plus pratique, en même temps que la plus légitime et la plus sûre, d'exercer cette surveillance de l'engagement.

Il ne semble pas qu'on soit encore sur le chemin qui mène à l'expertise psychiatrique de l'engagé. Et bien des jours se passeront encore certainement avant que les régiments soient très sûrs de ne plus recevoir de grands anormaux ou même des aliénés parmi leurs engagés.

Ce n'est pas que le travail fait par tous les Congrès de médecins aliénistes et neurologistes et par tous nos camarades n'ait pas commencé à porter ses fruits. C'est ainsi qu'un effort a été tenté ces jours-ci en faveur de la prophylaxie de l'aliénation mentale dans l'armée et qu'une circulaire du ministre de l'Intérieur, en date du 29 janvier 1913, donne la possibilité pour l'armée d'éloigner d'elle les hommes qui ont été l'objet d'un internement antérieur, ce qui évidemment est une acquisition bien précieuse.

Cette circulaire règle le rejet des réservistes en disant que les bureaux de recrutement continueront à être prévenus de leur internement, comme ils l'étaient déjà, par les soins des directeurs d'asiles ; mais elle prescrit aussi que dorénavant, pour les futurs soldats, la chose sera faite par un état spécial des aliénés en traitement à fournir chaque année avant le 31 décembre. De cette façon un certain nombre d'aliénés ne viendront pas au régiment, comme cela se voyait chaque année.

Mais cette circulaire reste incomplète. Elle laisse malheureusement sans solution la question du passé mental de cette nombreuse catégorie de soldats qui n'est pas la moins suspecte, celle des engagés volontaires.

Elle prétexte en effet « qu'il ne semble pas qu'un procédé quelconque permette d'informer l'autorité

©BIUM

devant laquelle les engagés seront admis à contracter leur engagement de leur internement antérieur ».

C'est un fait bien regrettable. Mais s'il en est ainsi, n'est-ce pas alors une raison de plus pour désirer que soit instituée au bureau de recrutement lui-même l'expertise de l'engagement volontaire ? En effet, depuis cette circulaire, par une ironique bonne fortune, les engagés volontaires — que tout le monde reconnaît comme fournissant un nombre d' « inadaptables » (c'est-à-dire d'anormaux et par conséquent d'aliénés en puissance) plus grand que toutes les autres catégories de soldats — seront dorénavant les seuls à pouvoir venir au régiment sans qu'au moins leur qualité d'aliénés antérieurs soit connue de l'autorité.

Il y a là, on le conçoit, une grave lacune dans la surveillance du recrutement de ce genre de serviteurs du pays, et la lacune est d'autant plus grave que c'est justement sur eux que l'effort de la sélection psychiatrique devrait porter, de l'avis unanime de tous les médecins, militaires ou civils.

D'où vient donc que l'attention avertie de l'autorité supérieure — comme le prouvent les termes mêmes de l'instruction ministérielle — ne fasse pas le nécessaire pour que soit instituée cette sélection mentale de l'engagement volontaire ? *Elle vient tout simplement de la crainte qu'a le commandement de voir la psychiatrie tarir plus ou moins l'engagement.*

M. le professeur Simonin, du Val-de-Grâce, a rappelé ces jours-ci, au III[e] Congrès de médecine légale (Paris, mai 1913), que la promulgation de l'instruction fondant l'expertise psychiatrique dans l'armée de terre avait été retardée elle-même pour une raison analogue, le commandement craignant que cette institution n'amenât la réduction de ses effectifs. C'est pour cette seule et unique raison qu'il se montre peu favorable à

©BIUM

l'idée d'une surveillance mentale de l'engagement volontaire.

Ce même distingué professeur l'avait excellemment souligné, il y a quelques mois, à la Société de médecine militaire (séance du 20 février 1913), quand il disait : « Le commandement craint que cet examen n'amène une diminution considérable dans le nombre des engagés volontaires », et qu'il ajoutait ces paroles, qui posent de la meilleure des façons et dans toute son acuité le problème qui nous occupe : « La question se réduit à savoir si c'est le nombre ou la qualité que l'on désire en matière d'engagements volontaires. Or, nous savons, par une longue expérience, que l'insuffisante sélection mentale des engagés volontaires encombre l'armée d'une quantité de soldats inutilisables, que j'appellerais volontiers des figurants, et de mauvais figurants, et non pas des soldats de carrière. On doit en éliminer ultérieurement un grand nombre chez lesquels, après de multiples avatars qui démontrent leur inadaptibilité et leur irresponsabilité plus ou moins complète, la solution de la réforme s'impose.

« Ce déchet redouté des engagés volontaires se fait en effet de lui-même et malgré tout au bout de quelques mois de service, d'une façon en quelque sorte automatique, après un essai infructueux de service. N'aurait-il pas mieux valu éliminer d'emblée, c'est-à-dire ne pas les incorporer, ces tarés mentaux, plutôt que d'attendre qu'ils aient démontré leur incapacité au grand dommage de la discipline et de la bonne exécution du service ? »

On ne saurait mieux dire, ni avec plus de précision ni avec plus d'autorité.

*
* *

Nous croyons que, quoi qu'en pense le commandement, l'examen mental des engagés est une œuvre qui

©BIUM

s'impose, et nous croyons être utile à cette œuvre nécessaire en montrant ici ce qu'on peut trouver parmi eux. Mais nous voulons immédiatement aussi, et au même titre, apporter la preuve que *la crainte qu'a le commandement de voir la psychiatrie tarir en quelque sorte l'engagement est plus ou moins vaine.* Nous demandons qu'on nous permette de présenter ici le résultat de la première application de la psychiatrie qui ait été faite en France au bureau de recrutement et nous pensons prouver victorieusement qu'on peut faire au mieux des intérêts de l'armée le choix nécessaire et qui s'impose parmi les engagés, sans en réduire visiblement le nombre et peut-être même en l'augmentant.

Je voudrais donner ici le résultat de la pratique de plus d'une année de psychiatrie dans un grand bureau de recrutement du 6e corps d'armée, celui de Châlons-sur-Marne.

J'ai fait le service du recrutement régulièrement du 17 décembre 1910 à fin décembre 1911 avec les seules absences imposées par le service du régiment d'infanterie auquel j'étais attaché (absences toujours nombreuses dans cette région de l'Est, grandes et petites manœuvres, grèves, écoles à feu, etc., outre la revision).

Or, pendant ce laps de temps, tout en faisant la sélection psychiatrique des engagés, j'en ai pris au total beaucoup plus qu'on n'en prenait à ce même bureau de recrutement, et même qu'on n'en prend ailleurs. C'est ce que je vais essayer de montrer.

1. *Sélection psychiatrique.* — En m'employant à chercher les tares mentales de ces jeunes gens, je n'ai pas rencontré d'aliéné, notamment pas de dément précoce (puisque aussi bien c'est la forme d'aliénation mentale qui se révèle le plus souvent à l'âge de nos soldats).

Cela tient certainement pour une grande part à ce

©BIUM

que le bureau de recrutement de Châlons ne ressemble en rien à ceux des grandes villes, agglomérations où le déchet social est autrement considérable, et pour cause. Je n'ai vu que des anormaux, mais des anormaux de tous les degrés (j'ai vu également des alcooliques en assez grand nombre, mais leur dépistage étant du domaine de la pratique courante, je n'en parlerai pas longuement pour ne pas allonger ce travail). Naturellement, les anormaux légers étaient acceptés et les autres refusés.

Je dis que j'ai laissé passer délibérément un certain nombre d'anormaux légers. Je n'ai pas arrêté indifféremment en effet tous les sujets qui m'apparaissaient ayant des mentalités anormales, cela va de soi.

Il est évident que l'expert doit se rappeler qu'il fait, au bureau de recrutement, une expertise dans un but déterminé et non pas uniquement de la clinique sans conséquences pratiques. Tous les jeunes gens qui, à mon sens, pouvaient tirer parti de la discipline du rang (simples prédisposés, c'est-à-dire sujets à hérédité mentale ou nerveuse plus ou moins chargée, débiles et déséquilibrés très légers), ont été pris bons.

Je les prenais bons en leur souhaitant évidemment en moi-même de trouver auprès de chefs éclairés et attentifs l'appui qui peut leur être nécessaire, et en me disant que s'ils le rencontraient, ils feraient sûrement d'excellents soldats. Combien évidemment serait-il souhaitable que les officiers puissent être prévenus de ce que le psychiatre aurait pu déceler lors de son examen ! Mais comme il serait utile aussi que les chefs fussent, par avance, capables de mettre en pratique les connaissances psychiatriques qui leur sont indispensables et qu'ils devraient posséder ! Car c'est seulement le jour où ils auront des notions suffisantes de psychologie normale et pathologique, comme le désire M. le pro-

©BIUM

fesseur Régis et comme je me suis efforcé moi-même de le leur représenter dans mon livre sur *les Anormaux et les malades mentaux au régiment* (1), qu'ils pourront comprendre la valeur de l'indication que devrait leur donner l'expert du bureau de recrutement sur les dominantes du caractère des engagés.

Les anormaux légers étaient donc acceptés et les autres refusés.

Le premier exemple des refusés que je donnerai est bien le meilleur qui puisse être du plus mauvais des candidats à l'engagement que des parents peuvent amener eux-mêmes au bureau de recrutement.

Un jour, j'eus à examiner entre plusieurs un grand jeune homme assez bien constitué, suffisamment solide pour être pris pour l'infanterie, qu'il demandait. Je me permets de croire qu'il eût été sûrement pris par un médecin non averti des choses de la psychiatrie. En effet, il se présentait bien, s'exprimait très poliment, d'une voix légèrement basse, mais avec une certaine aisance, appelant les officiers présents par leur grade, et cela avec une satisfaction visible.

Il aurait paru suffisamment intelligent pour faire un soldat. Si on avait recherché les stigmates physiques dits de dégénérescence, *on n'en aurait trouvé aucun*. Il n'avait notamment aucune asymétrie faciale; à peine avait-il un peu de prognathisme, mais les dents se rejoignaient bien quand la bouche était fermée. Donc, même cette recherche n'aurait pas fait naître l'idée de se méfier de quoi que ce fût. Cependant, plusieurs choses frappaient en lui : d'abord, un air un peu « godiche », outre une légère faiblesse du développement cranien, puis, et surtout, en une certaine manière, son sourire stéréotypé qui rappelait le « sourire du débile » (Chavigny). Interrogé, il répondait, d'une manière cependant qui aurait pu largement satisfaire, « qu'il voulait faire sa carrière... », mais

(1) *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, par le Dr Haury, médecin-major de 1re classe, in-8°, 376 pages. Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (avec une préface de M. le professeur Régis). Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Henri Lorquet.

©BIUM

il ajoutait qu'il avait toujours aimé « être avec les soldats... » Bref, on continue l'examen, et le diagnostic de débilité s'affirmait. Mais on était en présence d'un *débile actif* qui trompait aisément sur sa propre valeur, qui aurait sûrement trompé le médecin de recrutement lui-même, parce qu'il avait du « bagout » et de la mémoire. Son père, qui l'accompagnait, disait qu'il était « très intelligent ». Il avait, en effet, un ensemble de notions dont il savait se servir, reconnaissait les images du recrutement, décrivait les régiments, etc... Son père disait fièrement qu'il savait « la place de la plupart des régiments de France ». En réalité, j'eus vite la preuve que mon diagnostic était exact : *le père l'avait amené d'un asile d'infirmes pour le faire engager*. Ce jeune garçon y était enfermé (dans la ville même) depuis huit mois, à cause de ses instincts de vagabondage. Et c'étaient ses parents qui l'y avaient fait mettre et qui payaient pour cela.

Son histoire est la suivante : enfant bien portant, il avait été difficile à élever. Il ne rentrait jamais chez lui après la classe, où il se montrait un élève très insuffisant et indiscipliné : il fallait toujours aller le chercher, surtout à la gare où il passait son temps. A dix ans et demi, il fit sa première fugue, elle dura peu : à treize ans, il partit à pied de chez lui à Châlons (130 kilomètres), où il a un oncle « qu'il voulait voir ». Celui-ci était absent. On retrouva l'enfant à la gare de cette ville. Peu après, même fugue ; son oncle le reçoit. A quinze ans, il va ainsi dans la région, de Vitry à Châlons, puis à Epernay et à Dormans, où il a des parents qui le ramènent. Six mois plus tard, il reste neuf semaines absent ; son père finit par apprendre qu'il est au camp de Mailly, où il travaille dans une cantine. Il va le chercher et le retrouve seulement à Toul, où il avait suivi un régiment.

Il ne peut le garder à travailler chez lui et le place alors à Châlons, chez un boulanger. Six semaines après, il est de nouveau à Dormans, « à se promener ». Toutes ces fugues ont le caractère capricieux et puéril des fugues d'enfant attiré par le plaisir de voir le monde. Il part toujours sans un sou (il n'a cependant jamais été arrêté et n'a pas volé).

Mais, antérieurement, étant chez ses parents, il avait fait bien d'autres escapades semblables : il restait chez son père trois, quatre, cinq mois, et tout d'un coup, il partait sans prévenir. Bien que travaillant à côté de son père, il ne lui disait jamais rien de ses projets. Plusieurs fois on put le rattraper à

©BIUM

bicyclette. Quand on lui demandait des explications, il ne disait rien, parfois il cherchait à dire « qu'il était parti parce qu'on l'avait attrapé », ce qui était faux. « C'est l'idée de voyager avec les soldats », dit le père. Il est bon marcheur : une fois, en six jours, il fit une grande tournée à pied, de Vitry à Reims, Châlons, Epernay, Dormans, faisant de nombreux kilomètres dans la journée.

Tel est ce débile (dont la débilité était manifeste quand on cherchait à l'établir), débile actif qui serait pervers bien plus qu'il ne l'est encore, surtout si les occasions de boire ne lui étaient refusées par le fait de son internement. Et ce sont les parents, qui l'avaient fait interner eux-mêmes, qui l'amenaient à l'engagement ! Et le père n'a pas compris pourquoi je ne le prenais pas « pour faire un soldat ». (Pourtant, il l'aurait bien voulu parce qu'il était las de payer sa pension à l'asile d'infirmes !)

Parmi les autres anormaux refusés, les premiers appartiennent à l'autre catégorie de débiles, les *débiles dociles*. Aussi insuffisants au point de vue intellectuel, ils ont pour eux leur passivité, leur docilité qui les rend malléables, crédules, faisant d'eux des individus prêts à obéir à tous les entraînements. Mais leur pauvreté de moyens, quand elle est marquée, les empêche tout autant que les autres de s'adapter au milieu militaire. Ils n'ont rien à gagner, dans ce cas, à leur passage dans l'armée, où les attendent tant de souffrances diverses pendant cet effort d'adaptation ; car ils y courent trop de risques de sombrer, de faire des troubles mentaux durables ou même définitifs ou de verser subitement dans l'*indiscipline morbide*.

C'est ce qui serait arrivé certainement aux deux pauvres garçons dont nous résumons l'histoire.

Le premier était un petit garçon malingre, cultivateur de profession, illettré, d'un développement intellectuel très faible, puisqu'il n'avait que l'intelligence d'un enfant de huit à dix ans. Suggestible et crédule, il expliquait naïvement pourquoi il cherchait à s'engager dans un régiment de chasseurs à cheval.

©BIUM

Il le faisait tout simplement parce qu'il avait rencontré un cousin dernièrement et que celui-ci lui avait dit que « puisqu'il jouait de la musique dans la fanfare de son village, il ferait bien de s'engager dans la cavalerie ». Son cousin lui avait dit naturellement : « Si tu peux devenir brigadier-trompette, ton affaire est faite. » Et lui répétait *mot pour mot* la phrase telle qu'il l'avait entendue et, ignorant de la réalité des choses, suggestionné par cette assurance de son parent, *du jour au lendemain*, il avait obéi docilement et avait laissé la campagne pour venir s'engager. Il ne fallait pas longtemps pour s'apercevoir à quel pauvre insuffisant on avait affaire.

Le deuxième était un jeune Breton de dix-neuf ans, qui avait laissé son pays depuis quelques années pour venir dans la Marne travailler la terre avec d'autres Bretons qui l'avaient fait venir. Ce petit garçon aux joues de poupée, au teint frais, aux yeux de fille, n'avait rien de viril et donnait l'impression d'un grand enfant avec son attitude modeste et douce, son air timide. Il est d'une famille de quatorze enfants dont il ne reste que sept, et il veut s'engager « parce que son patron se retire des affaires », disait-il tout d'abord, et qu'« il est sans place », mais il ajoute bientôt que « du reste, ça a toujours été l'idée de sa famille » (il ne dit pas la sienne). En réalité, c'était un débile d'un degré marqué, suggestible, émotif, à qui on a évité les difficultés d'une adaptation dont il n'aurait pas fait les frais sûrement, et c'eût été un bien mauvais cadeau à faire à un commandant d'unité que de lui donner comme engagé ce pauvre insuffisant à qui la vie modeste de domestique de ferme convient à peine, tellement il était peu capable de rendre de grands services. Et l'on comprend pourquoi sa famille, le trouvant au-dessous du niveau de ses frères, le poussait à l'engagement comme vers un abri sûr pour son insuffisance et sa difficulté à gagner lui-même de quoi vivre.

Les *déséquilibrés* ont une autre allure. Ils sont bien plus nombreux aussi.

Déséquilibré refusé, ce petit jeune homme mince aux cheveux bouclés en mèche sur le front, à l'air un peu composé, qui se disait étudiant. « En quoi ? — Je fais mes études... » Il y avait déjà quelque chose de peu clair, d'inavoué, dans ses explications embarrassées. Il disait qu'il avait fait jusqu'à la troisième au lycée Janson-de-Sailly, à Paris, puis que, « à cause de sa

©BIUM

santé », il avait été mis par sa famille aux environs de Châlons « chez un ami de sa famille ». Il ne voulait pas s'expliquer davantage. Bref, attitude peu claire, histoire obscure. Il ajoutait qu'il ne s'était pas présenté au « bachot », ne s'étant pas trouvé assez préparé, qu'il avait préféré « préparer d'emblée le programme de Saint-Maixent », etc.

Il était facile de flairer l'anormal. Une heure plus tard, je recevais une lettre du curé chez lequel il était depuis deux ans et demi, et j'apprenais qu'il avait déjà été renvoyé de trois lycées à cause de son indiscipline et qu'il voulait s'engager « pour s'épargner la peine de travailler avec la suite que comporte la perspective des examens » (instabilité mentale du déséquilibré). Ce jeune homme, orphelin depuis l'âge de sept ans, de parents morts jeunes, probablement de tuberculose, n'avait plus que des grands-parents qu'il avait lassés par son inconduite. On dut même, sans succès du reste, le faire interner neuf mois à la colonie de Mettray. Menteur, paresseux et sournois, volontiers buveur et coureur, ce jeune déséquilibré avait une mémoire excellente, « qui lui a permis », dit son précepteur, « de refaire rapidement avec lui tous ses classiques secondaires ». Il n'était pas si intelligent que le curé le disait, mais il présentait cette particularité d'avoir certaines notions suffisantes en géométrie et en algèbre autant qu'en histoire. Quant à sa conduite, elle était déplorable : il n'avait que de mauvais instincts et il ne se plaisait littéralement que dans le désordre. Son précepteur avait grandement raison de « redouter énormément pour lui l'absolutisme aigu du métier militaire », comme il me l'écrivait ; car ce jeune homme était le pire des déséquilibrés, à qui un avenir des plus sombres aurait été réservé à l'armée, s'il avait été pris à l'engagement. Menteur, vicieux, paresseux, chez lui la disproportion entre son développement intellectuel, encore suffisant, et ses lacunes morales et sociales, était très marquée et c'est cette désharmonie qui faisait de lui ce déséquilibré que nous avons vu. Il n'avait rien à faire avec l'armée.

— Déséquilibré refusé aussi, ce jeune homme de dix-huit ans et demi, mince de forme, qui demandait (naturellement) les tirailleurs algériens. Yeux noirs légèrement brillants, il parlait avec une décision nette et tranchante, expliquant avec une énergie hors de propos qu'il ne voulait « que l'Algérie pour avoir plus vite des galons ». « Il le sait bien, lui, c'est un lieutenant de réserve, M. X..., qui le lui a dit... » — (ce lieutenant est un mar-

©BIUM

chand de vins qui ne connaît en rien l'Algérie, et pour cause) — « puis, il a des amis là-bas qui ont réussi et il veut réussir pareillement... » En réalité, il est le fils d'un père ivrogne (il le reconnaît), mort de cirrhose, après avoir divorcé à cause de son alcoolisme. Aîné de quatre enfants, lui, fut d'abord tôlier, puis changea de ville et de métier, faisant le jardinier l'été et le marchand de charbon l'hiver. Puis il devient marinier à Nancy, où il était allé à pied retrouver un ami. Il fait alors tout le nord de la France et de la Belgique. Au bout de onze mois, étant à Liége, il lâche tout « à propos d'un contre-maître » et revient directement de là-bas à Châlons reprendre ses anciens petits métiers.

Tout disait en lui le déséquilibré et l'impulsif, le ton tranchant, cette manière décisive et brusque. Ce qu'il me racontait des siens me le soulignait encore plus. Il m'apprenait qu'il avait une hérédité chargée et que notamment une de ses sœurs s'était suicidée à vingt et un ans d'un coup de revolver pour des raisons d' « ennui ».

Mais, fait curieux, quand il fut habillé, il apparut alors bien plus étrange encore qu'il n'avait pu le paraître jusque-là. Je l'avais examiné pour son aptitude physique au milieu d'autres jeunes gens. Quand il eut repris ses vêtements, sa nature d'anormal m'apparut d'une façon vraiment criante, si bien que l'on aurait pu se méfier de ce qu'on allait rencontrer chez lui avant même de l'avoir examiné.

Habillé, il était drôlement vêtu, bien que très correct : il avait un habit complet de velours de Gênes, vert à côtes. Son vêtement était fait d'un pantalon large tombant, très droit et d'une sorte de veste taillée en forme de vareuse très droite aussi, à allure tout à fait militaire, et portait un « col officier » (comme il disait lui-même).

Et cette vareuse avait un dos et des manches en étoffe noire. Cet habit, il le montre avec orgueil, disant que c'est son père qui le lui avait fait faire, que « c'est très beau, fait sur mesure, et qu'il avait un col comme celui des officiers ».

Et il se pavane dans ce costume, qui est horriblement doublé de laine, et « qui ne lui donne pas chaud », dit-il, malgré que nous soyons en pleine chaleur de juillet. — Cet héréditaire, ce jeune déséquilibré, instable et impulsif, n'avait rien à faire dans les rangs de nos soldats.

— Ce grand gaillard, mince pour un boulanger, au corps mal d'aplomb, avec une saillie de la hanche gauche, une déviation

©BIUM

légère de la colonne vertébrale et un périmètre faible, est un déséquilibré à qui l'armée n'aurait probablement pas très bien réussi. Boulanger depuis un an et demi seulement, il voulait s'engager, lui, parce qu'il avait volé un patron ! Celui-ci le vit un jour prenant de l'argent dans la caisse et le mit à la porte. Ce jeune homme prétend avoir obéi à un entraînement d'amis qui jouaient avec lui au café et avec lesquels il perdait régulièrement, et avoir pris l'argent pour combler le déficit de ses dépenses. Il n'avait pas encore eu d'affaire judiciaire, et prétend que c'est la première fois qu'il volait son maître, ce qui est bien douteux. En tout cas, les troubles de son caractère l'étaient moins, et ce déséquilibré, suggestible, aux passions vives, à la moralité faible, ne pouvait que fort mal tourner au régiment en doublant par l'engagement à long terme qu'il demandait, ses chances de verser un peu plus dans le mal.

— Ce caviste d'Epernay, qui n'a que dix-neuf ans et veut s'engager « parce que la maison où il travaillait a dû renvoyer des ouvriers après les grèves, faute de travail », est un jeune alcoolique qui débute. C'est aussi un héréditaire, son père étant lui-même fortement intoxiqué par l'alcool. Malgré son crâne, anormalement allongé, avec une saillie postérieure assez accentuée, il est d'intelligence suffisante. Il se rend bien compte de son intoxication, mais il la met sur le fait de son métier. Ce serait de l' « *alcoolisme des caves* ». Il raconte en effet qu'il gagne trois francs et qu'on leur donne à tous, deux fois par jour, trois quarts de litre de vin, mais qu'en réalité « on boit bien davantage », car à tout instant ils en ont l'occasion, soit qu'ils pompent des vins, soit qu'ils « fassent le trop-plein des bouteilles », soit encore qu'ils « sifflent » une bouteille quand le contre-maître n'est pas là. A cette absorption s'ajoute bien entendu dans une certaine mesure l'imprégnation lente par les vapeurs d'alcool à vivre constamment dans cette atmosphère. Aussi n'est-il pas étonnant qu'il ait tous les signes d'un alcoolisme déjà net (tremblement de la langue et des doigts, exagération des réflexes, etc.), lui qui appartient à un milieu où l'alcoolisme est familial, dont la prédisposition mentale visible le porte tout naturellement vers les excitants.

— Ce citoyen de trente-trois ans, qui paraît bien plus que son âge, voulait s'engager pour quatre ans dans l'artillerie coloniale. Il est grand, solide, mais un visage très coloré, aux pommettes couvertes de petites varicosités rouges, attire l'attention. Il exhale une odeur d'éthyle très prononcée, a la langue sale de

©BIUM

l'ivrogne et un tremblement très marqué de la langue et des doigts.

C'est un alcoolique qui continue. Il a des pupilles normales, mais il n'a pas de réflexes patellaires. On a beau insister, on ne les trouve pas. Il niait d'abord boire (naturellement !), puis il le reconnut et raconta son histoire. Elle est des plus piquantes. C'est celle de tous les ouvriers qui boivent. Célibataire, rien ne le retient sur le penchant de son vice : et il le cultive. Dimanche, après avoir bu, il se dispute avec son père (avec lequel il vit depuis son retour du régiment) et subitement, l'idée lui vient de partir au loin, de s'engager « pour les colonies ». Encore un peu ivre, il vient le lendemain matin à Châlons, mais le bureau de recrutement n'étant ouvert que le mercredi, il reste à boire avec des amis les deux jours. Comme je lui demande s'il tient beaucoup à s'engager, il me répond qu'il le faisait par coup de tête, mais que si je ne le prends pas, il n'ira pas voir ailleurs. Et comme il a le vin assez bon, il ne récrimine pas quand je le refuse, au contraire, il sourit et paraît soulagé. Il est bien probable qu'il aurait vite regretté son engagement et que son alcoolisme préparait un triste avenir à l'armée incontestablement.

— Il en est de même de cet autre, charretier dans une maison de champagne d'Epernay, qui avait déjà par deux fois eu l'idée de partir de chez lui (à quatorze ans il voulait être mousse et dernièrement l'idée de se présenter ici lui était déjà venue).

Il a déjà été pris bon à la revision et il désire s'engager « pour une raison toute spéciale », dit-il.

Il a eu un différend avec un ouvrier que ses parents avaient en pension et qui leur doit de l'argent. L'autre nie sa dette, d'où des scènes. Et il raconte une histoire de poursuite judiciaire où ils ont été déboutés, lui et sa famille, de leur réclamation. Aussi, batailles à la moindre rencontre, et lui a été de ce fait condamné à une amende.

Il veut s'engager « pour éviter tout ça... » Mais il ajoute aussitôt que « s'il le rencontre, son affaire est faite ». Et pendant tout le temps il apparaît bien tel qu'il est, un déséquilibré, impulsif et violent, fils de buveur et qui boit lui-même assez volontiers, et dont le caractère de brutalité et d'irritabilité naturelle iront en s'aggravant avec la boisson.

— Cet autre de vingt-six ans veut aussi la « coloniale » pour trois ans. Il a laissé le régiment il y a plus de deux ans après avoir fait cinq ans de service. Ce grand gaillard solide était

©BIUM

douanier depuis dix-huit mois dans le Nord, mais il trouvait (à mon étonnement) trop dur son métier et sa paye trop faible. Son âge et sa profession donnant l'obligation de rechercher les signes de l'alcoolisme, on est surpris de trouver un tremblement de la langue et des doigts extrêmement marqué et des réflexes patellaires tout à fait exagérés qui renvoient la jambe en avant avec une brusquerie très grande. On ne trouve pas de troubles du sommeil et ce n'est que lorsque je lui parle de l'ajourner, sous prétexte qu'il est « trop nerveux en ce moment », que, mis en confiance, il dit que « ma décision ne le surprend pas » et que de lui-même il raconte son histoire. Il a bu « autrefois beaucoup », mais il ne boirait plus ; en tous cas, il ne boit plus de vin, « car il n'y en a pas dans le Nord ». Il boit de la bière et, « comme tous les gens de là-bas », il s'est mis à boire du café. Il n'était pas habitué à en boire autant et a fait comme ses camarades les douaniers, à qui on en offre partout. Ils arrivent à en boire six à sept fois dans la matinée et bien plus dans l'après-midi ; certains même en absorberaient « plusieurs jarres par jour » (*sic*). Aussi ne tarda-t-il pas à en supporter les conséquences, et il eut un tremblement dont il s'était aperçu, en même temps que son caractère s'était modifié. Et lui qui, au régiment, dit-il, « se serait mis dans un trou de souris » à une observation d'un gradé, il était devenu « résolu », irascible, indiscipliné.

Il nie avoir eu des histoires avec ses chefs, mais c'est bien improbable, car il se donne des louanges sur la façon absolument honnête dont « seul » il faisait son métier. Son sommeil s'est troublé et il a eu, reconnaît-il, de la zoopsie, des rêves parlés. Bref, ce douanier paraît bien être un alcoolique ancien tout autant qu'actuel, car il est bien probable que l'intoxication avouée par le café ne servait ici qu'à masquer toutes sortes d'intoxications alcooliques concomitantes, et son cerveau, qui commence à se troubler fortement (à en juger par tout ce que nous sommes en droit de supposer d'après ce qu'il a bien voulu nous en dire et ce que nous observons actuellement), était bien près de le trahir chaque jour un peu plus, si tant est qu'il n'a pas eu déjà là-bas un épisode psychosique aigu véritable.

Il est plus que probable, en tout cas, qu'il a été renvoyé de son poste pour un désordre manifeste, autant dans sa conduite que dans ses idées, l'irascibilité qu'il a avouée ayant bien pu à elle seule lui faire commettre plus de sottises qu'il n'en reconnaît.

©BIUM

Le régiment n'avait pas besoin d'un homme qui est destiné si sûrement à l'asile un jour ou l'autre.

*
* *

On voit par ces quelques exemples que la psychiatrie a rendu quelques services au bureau de recrutement de Châlons-sur-Marne en éloignant de l'armée les tarés qui ne devaient pas y rentrer.

II. Résultat numérique de cette sélection de l'engagement. — Mais quel a été le résultat global de cette sélection et quelles en ont été les conséquences numériques vis-à-vis de l'engagement lui-même ?

A ce bureau de recrutement, j'ai eu à examiner 196 engagés volontaires. Or, sur ce chiffre, j'en ai accepté 145 et refusé seulement 51, ce qui est peu, on en conviendra de suite à première vue, puisque la proportion qui s'ensuit est d'un candidat refusé pour trois d'acceptés. D'ailleurs, on s'en rendra compte bien davantage quand on saura, d'une part, ce que sont physiquement ces candidats à l'engagement, quelle est leur provenance ; et, d'autre part, qu'on aura comparé le résultat obtenu à quelques autres analogues.

Les engagés de Châlons ne proviennent pas que de la région, laquelle est uniquement agricole et viticole. Ils ne sont pas seulement fournis par les jeunes gens des alentours qui sont assez résistants et qui ont surtout comme tares celles d'un alcoolisme personnel ou héréditaire. (Cet alcolisme est même professionnel chez la plupart des candidats qui sont vignerons ou qui sont « cavistes », c'est-à-dire qui travaillent à tous les métiers ayant trait aux vins de Champagne de la région d'Epernay et qui sont des victimes volontaires ou non de ce qu'on peut appeler l'*alcoolisme des caves*.) Ils proviennent pour la plus grande partie des « passagers », nombreux dans cette région proche de la frontière,

©BIUM

c'est-à-dire des individus à qui la route commence à devenir trop dure faute de ressources ou parfois de travail, et qui s'engagent pour la légion. Ce sont évidemment des étrangers pour la plus grande part, et étrangers de tous pays, puisque nous avons vu, outre des Alsaciens déserteurs et des Allemands, des Belges, des Suisses, des Russes, des Autrichiens et des Espagnols. Mais ce sont aussi des étrangers de tous âges et de toutes constitutions, cela va sans dire. Si la majorité est encore jeune, en effet, quelques-uns parmi eux ont déjà un certain âge. En tout cas, beaucoup ont soit des tares plus ou moins nettes, soit des signes d'usure ou des symptômes d'une mauvaise nutrition que la misère suffit parfois amplement à expliquer. C'est dire que physiquement ils sont tout à fait dissemblables les uns des autres et toujours assez différents dans l'ensemble d'avec les candidats de la région. Le déchet est plus grand parmi eux, cela va également de soi.

Ceci dit, tous ceux qui ont la pratique de l'Est se rendront aisément compte de ce qu'a de faible le chiffre de 51 sujets refusés sur deux centaines de tels candidats à l'engagement.

Nous allons du reste le montrer par des comparaisons statistiques. Ce nombre de 51 refusés contre 145 acceptés, qui correspond à la proportion de 3 pris bons sur 4 candidats, prend toute sa valeur intrinsèque et objective si on le rapproche des chiffres pris ailleurs, par exemple dans les bureaux de recrutement qui sont dans de meilleures circonstances locales de choix des engagés. C'est ainsi que pour l'ensemble du 13e corps d'armée (qui est le seul sur lequel nous ayons pu avoir des renseignements), dans les différents bureaux de cette région, sur les 5.978 jeunes gens qui se sont présentés pendant la période quinquennale de 1907 à 1911 inclus, 3.486 seulement ont été acceptés, soit environ seule-

©BIUM

ment 3,5 de pris bons pour 6 présentés, c'est-à-dire seulement un peu plus de un sur deux.

Ailleurs, cette proportion n'est même pas atteinte si l'on en juge par les chiffres que Boigey a donnés dans la discussion sur le recrutement de l'armée (Société de médecine militaire française, séance du 3 juillet 1913). Ce médecin militaire, au bureau de recrutement d'Orléans, n'a pris en effet de 1911 à 1913 que 233 engagés volontaires sur 670 candidats, ce qui fait à peine un peu plus de 1 accepté sur 3 présentés, et, d'autre part, les chiffres qu'il cite d'après le livre de Bonnette (*Du choix des conscrits*) font voir que sur les 212 engagés volontaires dont il est parlé, 86 seulement ont été pris bons, ce qui fait 1 accepté sur 2,5 présentés. On est encore loin de la proportion que nous avons réalisée à Châlons de 3 pris bons sur 4 candidats.

Mais cette signification est encore bien plus probante si nous comparons notre résultat avec celui des visites habituellement passées aux engagés à ce même bureau de recrutement de Châlons-sur-Marne. Là, ce sont évidemment des éléments tout à fait comparables entre eux qu'on rapproche et on ne pourrait faire aucune objection à ce rapprochement.

C'est celui que j'ai fait pour l'année qui précéda immédiatement celle où j'ai pris le service. Il m'a permis de relever que dans tout le courant de l'année 1910, du 1er janvier au 17 décembre (date à laquelle j'ai commencé ce service), il y eut exactement 143 refusés contre 118 acceptés.

Donc, à ce même bureau de recrutement, il y avait plus de refusés que d'acceptés parmi les engagés.

J'ai voulu alors me rendre compte de ce qui s'était passé dans l'année où je fis le service, pendant la série de petites absences forcées que j'avais dû faire avec mon régiment et où le service du bureau de recrutement

©BIUM

avait été fait par tous les camarades de la garnison, depuis les médecins de corps de troupe de tous grades et de toute ancienneté (par conséquent de toute expérience régimentaire) jusqu'au médecin adjoint à la direction et au spécialiste du laboratoire de bactériologie du corps d'armée qui, à l'occasion, y avaient concouru.

Mes camarades avaient vu 173 engagés et, sur ce nombre, en avaient accepté 92 et refusé 81, c'est-à-dire qu'à peu de chose près, ils en avaient refusé autant qu'ils en avaient accepté, tandis que sur un chiffre total supérieur au leur (196 contre 173), j'en avais accepté à peu près trois fois plus que j'en refusai.

C'est là un point qui a sa valeur objective et dont l'importance ne saurait échapper à personne et qui, à tout le moins, permet de dire que le résultat pratique de la méthode employée ne peut en aucune façon être considéré comme dangereux pour le recrutement de l'armée.

Pourtant j'ai éliminé, comme tous mes camarades l'auraient fait à ma place, des sujets physiquement insuffisants ou malades.

Comme j'ai été pendant toute ma carrière médecin de régiment et que je le suis encore, que je fais chaque année la revision et que je vois tous les jours des soldats à ma salle de visite, on ne me contestera pas l'expérience de clinique générale que cette situation peut donner à tous mes camarades. Du reste les préoccupations journalières du métier de médecin de corps de troupe, que je fais, se chargent bien d'elles-mêmes — on peut me croire sur parole ! — de me la rendre quotidiennement plus avertie et plus complète. C'est dire que je ne crois pas avoir commis plus d'erreurs dans l'examen physique de ces individus qu'il ne s'en peut commettre en pareil cas. S'il est vrai (ce qui est jusqu'à un certain point assez

©BIUM

exact) que le premier souci d'un spécialiste est de se découvrir des clients — surtout quand il les cherche exprès — on voudra bien me rendre cette justice que le « chercheur de tares » qu'on serait tenté d'accuser le psychiatre d'être vis-à-vis de l'engagement, n'a pas fait œuvre trop destructive.

Bien loin de là, il a fait bénéficier le pays de plus de soldats qu'on ne l'eût fait à sa place probablement, et, qu'en tout cas, on ne le faisait habituellement dans ce bureau de recrutement qui n'est pas des moindres. C'est là, on en conviendra, un argument qui a sa valeur.

Et on peut se demander maintenant ce qu'on pourrait reprocher vraiment à une méthode capable de procurer tout à la fois le nombre et la qualité ?

Certes, les candidats à l'engagement doivent être assez différents devant la psychiatrie avec les régions de France où on les voit et d'où ils proviennent, pour que les résultats de leur expertise puissent être assez variables. Et je ne sais si partout, en faisant cette sélection, on arriverait à une proportion aussi élevée de reconnus bons que celle réalisée à Châlons. Pourtant, on ne peut pas oublier que, du fait des si nombreux « passagers » qui s'y présentent, la valeur d'ensemble des candidats à l'engagement est loin d'être merveilleuse à cause du manque de cette unité qui existe certainement bien plus souvent ailleurs parmi eux. Quoi qu'il en soit, il n'est certainement pas excessif de penser, en présence de la valeur objective si importante du résultat obtenu, que la pratique généralisée de l'examen psychiatrique ne peut faire qu'une chose, accroître les effectifs d'un certain nombre d'engagés. Cela m'apparaît absolument certain.

Car on pourrait aisément retourner la proposition énoncée par ceux qui pensent que la psychiatrie ne peut que diminuer le nombre des engagés par un choix

©BIUM

trop sévère. On pourrait dire, en s'appuyant sur nos chiffres, que c'est seulement le jour où la psychiatrie aura pénétré au bureau de recrutement que le nombre des engagés volontaires augmentera sensiblement. Pour nous, nous le croyons fermement.

Nous estimons d'ailleurs qu'il y a un fait manifeste, un fait indéniable : c'est la difficulté dans laquelle se trouve le médecin militaire non spécialisé qui veut agir dans l'intérêt de l'armée, quand il est en présence des engagés volontaires. Il ne peut pas ne pas se rappeler tout ce qu'il sait de la valeur, intellectuelle et morale, souvent si médiocre de ces jeunes gens ; et il est dans le plus grand des embarras pour faire un triage efficace parmi les candidats à l'engagement. S'il songe au lendemain militaire de ces sujets, malgré lui il court le risque d'interpréter ce que lui rappellent ses souvenirs ou son expérience régimentaire dans le sens d'une défiance de principe vis-à-vis de l'engagé.

Devant la difficulté à faire son choix, malgré lui il lui arrive alors de faire de ces jeunes sujets un examen physique, organique, aussi complet qu'il le peut, de ne rien laisser passer, et, parfois encore, dans son incertitude, comme aussi pour dissiper son arrière-pensée de prendre à l'engagement un jeune homme qui va se révéler demain comme un anormal avéré, de tirer parti de la moindre défectuosité pour le refuser à l'engagement.

Dans une étude statistique sur l'engagement volontaire parue récemment dans *Le Caducée* (1er mars 1913), le médecin aide-major Maupin, rappelant que le nombre des engagés décroissait sensiblement d'année en année, en attribuait la diminution à cette origine. Il disait en effet : « Une plus grande sévérité de la part des médecins militaires impressionnés par les mauvais résultats publiés de toutes parts et devenus plus exigeants au point de vue des aptitudes physiques (les seules

©BIUM

qu'ils puissent apprécier lors des visites passées aux bureaux de recrutement), n'est certainement pas étrangère à cette décroissance. »

Qui pourrait en effet reprocher à ce médecin de mettre pour ainsi dire sa responsabilité d'expert à l'abri d'un examen somatique aussi rigoureux que possible devant la difficulté d'une tâche pour laquelle il n'est pas préparé? Car il lui faudrait la possession de notions psychiatriques assez étendues pour qu'il puisse s'y reconnaître parmi les candidats de chaque jour. (La notion des stigmates physiques dits de dégénérescence a certainement fait écarter de l'armée un certain nombre de jeunes gens qui avaient le malheur de porter sur la face de trop visibles bien que minuscules défectuosités anatomiques, sans être pour cela en quoi que ce soit des « anormaux psychiques », la chose est bien certaine.)

Il faut, en effet, que le crible auquel on soumet l'engagé soit un bon crible. Il faut qu'il tamise ce qui doit être tamisé et pas autre chose.

La visite habituellement passée aux engagés dans les bureaux de recrutement avait en vue uniquement autrefois leur aptitude physique; leur aptitude mentale doit être également examinée aujourd'hui. Mais le médecin militaire qui la passe n'est réellement en mesure de juger la valeur militaire *complète* d'un individu que s'il ajoute à sa compétence médicale générale bien connue, cette compétence spéciale qui lui permet de faire une analyse totale du sujet qui se présente à lui en vue de l'engagement. Et c'est seulement quand la psychiatrie ajoutera ses procédés et sa méthode clinique aux procédés et à la méthode d'examen habituel que le médecin aura la certitude d'avoir mis en jeu toutes les ressources scientifiques et cliniques à sa disposition pour ne donner à l'armée que d'excellents éléments.

Seule une méthode rationnelle peut avoir de bons

©BIUM

résultats, et le médecin du bureau de recrutement ne rendra de réels services que si vraiment il est capable de « sonder les cœurs et les reins », selon la vieille image métaphorique, avec le double sens qu'on peut lui donner. Il faut qu'il prenne, si l'on peut dire, « livraison entière » de l'individu à examiner.

La psychiatrie doit donc lui apporter le concours utile de sa clinique spéciale en faisant le diagnostic mental de chaque homme et en établissant son « pronostic militaire ».

La psychiatrie complétera au bureau de recrutement cette œuvre de prophylaxie parfaite si désirable pour l'armée.

Son action, nous avons essayé de l'établir par l'expérience, ne sera pas favorable seulement à un meilleur choix des engagés, elle paraît devoir être avantageuse pour le nombre même de ses futurs soldats. (Se rappeler que le nombre des engagés est tombé pour l'infanterie de 6.263 en 1909 à 5.767 en 1910 et à 5.344 en 1911.)

Et l'enseignement qui ressort de cette première application pratique de la psychiatrie au recrutement en France montre qu'on n'a rien à redouter d'elle en ce qui concerne la diminution des effectifs. En mettant en effet le service du bureau de recrutement dans les attributions du psychiatre du corps d'armée et, par un corollaire tout naturel, en n'autorisant plus les régiments locaux à prendre directement des engagés, comme cela se fait, les grands centres d'engagement (c'est-à-dire ceux qui comptent le plus au point de vue numérique) seraient ainsi pourvus de médecins militaires susceptibles de faire, avec le maximum de garanties, la surveillance mentale nécessaire (1). Ajoutons

(1) Le moment viendra plus tard, quand les notions de psy-

©BIUM

aussi que cette manière de faire, en supprimant la succession ininterrompue des médecins de tout grade, donc de toute expérience, qui sont chargés de l'examen des engagés, supprimerait ainsi le manque d'unité dans la méthode et dans l'appréciation qui en résulte et qui risque, évidemment, d'être préjudiciable au bon choix de ces jeunes gens. D'autre part, l'expert étant toujours un homme d'un certain âge, cette manière de procéder supprimerait du même coup, partout où la chose serait possible, la contradiction qui existe dans les grades qui sont exigés des médecins pour faire soit la visite des engagés, soit la revision. Pour faire celle-ci, c'est-à-dire pour choisir parmi des hommes de vingt ans au moins (jusqu'à cette année), il faut être médecin-major de 1re classe ou au moins de 2e classe, tandis que tout médecin militaire, quel que soit son grade, peut se prononcer dans le choix de jeunes gens qui n'ont même pas encore achevé leur développement physique et dont l'équilibre mental est si souvent suspect !

Au bureau de recrutement, comme au Conseil de guerre, comme à l'hôpital, ou même tout simplement au régiment, la psychiatrie, ainsi que je me suis efforcé de le montrer dans différents chapitres de mon livre sur *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, loin d'être à craindre, est appelée à rendre de très réels services.

« *L'examen, l'étude psychiatrique de l'homme, avec la surveillance mentale qui doit en être la conséquence, ne peut avoir que d'inappréciables avantages pour la meilleure des justices comme pour la plus stricte des disciplines* », écrivais-je comme conclusion de mon livre.

Souhaitons qu'il en soit de même vis-à-vis de l'enga-

---

chiatrie seront diffusées chez tous nos camarades, où pareille besogne pourra être faite dans tous les bureaux de recrutement avec le même profit.

©BIUM

gement volontaire. Souhaitons que l'examen psychiatrique des engagés les sélectionne mieux ; mais souhaitons aussi que cette sélection ait pour corollaire indispensable la surveillance mentale dont, plus que tous les autres soldats, ils ont besoin au régiment. Désirons que les officiers puissent être à même de comprendre mieux ces jeunes gens en possédant les notions de psychologie normale et pathologique qui leur sont nécessaires et qu'aucun médecin militaire ne devrait ignorer.

Tout le monde aujourd'hui dans le milieu militaire doit être amené, en effet, à penser que la psychiatrie peut exercer une heureuse influence sur l'armée, aussi bien quand elle s'applique à l'étude de ses ressortissants qu'à l'examen détaillé de ses éléments constituants. Nous répéterons volontiers que *la psychiatrie est et doit être l'auxiliaire indispensable du recrutement comme elle l'est déjà de la discipline et de la justice militaires*. Et nous terminerons en disant que nous avons le ferme espoir que cette conviction lui gagnera bientôt, et définitivement, toutes les sympathies. Elle s'efforcera, à n'en pas douter, de les justifier.

©BIUM

Législation.

LES MOYENS D'INVESTIGATION
DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE
SUR L'ÉTAT ET L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS
INEFFICACITÉ ET INCONVÉNIENTS

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

Suite (1).

III
LES VISITES DES MAGISTRATS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

La loi du 30 juin 1838 a confié à l'autorité judiciaire une part de la surveillance sur les asiles d'aliénés, publics et privés. Elle spécifie, article 4, que : « Le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix du canton sont chargés de visiter les établissements publics et privés consacrés aux aliénés. Ils recevront les réclamations des personnes qui y sont placées et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position. Les établisse-

(1) Voir les *Annales* d'octobre-novembre et de décembre 1913.

©BIUM

ments privés seront visités au moins une fois chaque trimestre par le procureur de la République de l'arrondissement. Les établissements publics le seront, de la même manière, une fois au moins par semestre. »

L'interprétation qui, de longtemps, a prévalu pour cet article, est que les visites, obligatoires pour le procureur de la République et fixées pour lui à des époques déterminées, sont facultatives pour le président du tribunal et pour le juge de paix. Et en effet, naguère, ces deux derniers magistrats n'en faisaient que de manière intermittente.

Une circulaire du ministre de la Justice, en date du 27 juin 1906, a voulu rendre, en quelque sorte, les visites obligatoires pour eux dans les mêmes conditions que pour le procureur de la République. « J'estime, dit cette circulaire, qu'il y a lieu, pour rendre plus efficaces les mesures du contrôle, de leur donner plus d'unité, en imposant au président du tribunal civil et au juge de paix du canton dans lequel est situé l'asile, les mêmes obligations de surveillance qu'au procureur de la République. »

Elle dit encore : « J'attache le plus grand prix à ce que les magistrats qui ont qualité pour contrôler les asiles d'aliénés exercent scrupuleusement leur droit de surveillance, et je suis assuré qu'ils s'y appliqueront avec le plus absolu dévouement. Il n'y a pas de mission plus noble que celle qui a pour objet, sinon de déjouer l'injustice, du moins de réparer l'erreur, et de rendre à la liberté des malheureux dont l'état ne comporte pas la nécessité d'un internement ; il n'est pas non plus de tâche qui soit plus digne d'arrêter et de retenir l'attention des magistrats, et il suffira assurément de la leur signaler pour qu'ils s'efforcent de l'accomplir avec un zèle qui ne se démentira pas. »

Cette circulaire, en son style grandiloquent, a donc

©BIUM

voulu rendre obligatoire ce qui n'était jusque-là que facultatif. Se conformait-elle à l'esprit de la loi? Peu importe. Elle parle d'une unité plus grande dans les mesures de contrôle. Cette unité n'est en réalité qu'une diversité, et il n'y a rien dans celle-ci qui soit de nature à rendre le contrôle plus efficace. Les inconvénients que nous aurons à constater pour les visites se trouvent certainement d'ailleurs multipliés par le nombre et la diversité des visiteurs.

Toujours est-il que depuis qu'ils ont reçu ces instructions nouvelles, le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix, viennent à tour de rôle et successivement exercer la surveillance. Les uns et les autres le font, il faut le reconnaître, avec une conscience et une ponctualité qui ne sont pas sans mérite, car elle ajoute, aux diverses charges qui pèsent sur eux, une autre charge qui n'est ni la moins ingrate, ni la moins désagréable, ni la moins difficile.

Les résultats obtenus sont-ils différents et meilleurs? Non, et il faut bien constater que, malgré leur bon vouloir, malgré leur attention, ces visiteurs multiples ne peuvent pas plus tirer par eux-mêmes des résultats utiles de ce moyen d'investigation que des autres. Ils ne se font, du reste, aucune illusion à cet égard; plus d'un m'en a fait l'aveu, ils y sentent leur incompétence et leur inefficacité. Par la force des choses, ils y sont réduits à la première partie, élémentaire et banale, du rôle que la loi leur assigne, qui est de recevoir des réclamations; mais ils sont toujours, par eux-mêmes, embarrassés pour apprécier la valeur de ces réclamations, tant à cause des apparences de ceux qui les leur présentent que des conditions dans lesquelles ils les reçoivent. Et l'on peut se demander si, pour une besogne de ce genre, il est vraiment bien opportun de déranger à la fois un président de tribunal, un procureur de la

©BIUM

République, un juge de paix. Un seul d'entre eux comme autrefois serait bien suffisant.

La manière de procéder aux visites varie suivant ceux qui les font. Les uns (presque tous) agissent avec discrétion, évitant presque de faire savoir qui ils sont. Ils s'arrêtent à ceux des malades dont l'attitude et la manière d'être leur paraissent mériter l'attention ; ils cherchent à lier conversation et demandent si l'on n'a pas de réclamations à faire. D'autres (ils sont rares) procèdent avec éclat ; ils annoncent hautement leurs qualités, ils tiennent à ce qu'on sache bien qu'ils viennent pour recevoir plaintes et réclamations.

Convient-il que le chef ou le médecin de l'établissement accompagnent les magistrats dans leurs visites ?

En ce qui me concerne, j'ai comme habitude de le leur proposer. Je le fais pour leur éviter des agressions toujours possibles au milieu d'aliénés ; je le fais aussi pour leur donner immédiatement les renseignements qu'ils pourraient désirer.

Cependant j'ai soin, en règle générale, de ne jamais donner ces renseignements devant le malade. Je considère, en effet, qu'il peut être blessant, pour ceux qui sont capables de le comprendre, de se voir taxés d'aliénés et d'entendre parler de leurs absurdités ; quant à ceux qui sont portés à réclamer contre leur internement, comme précisément ils protestent contre toute imputation d'aliénation mentale, on ne peut que les irriter en parlant de leur maladie devant eux. Je m'arrange donc de manière à renseigner les magistrats en particulier.

Tous ou presque tous ceux à qui j'ai eu affaire ont préféré être accompagnés, si même ils ne demandaient d'eux-mêmes à l'être.

©BIUM

Je dis presque tous, car il s'en est trouvé un, le seul, je crois, qui m'ait manifesté une volonté contraire. J'eus beau lui indiquer les inconvénients que cela pourrait avoir, lui représenter même qu'il pouvait courir des dangers : il ne voulait rien entendre. Il craignait, disait-il, que ma présence ne gênât les malades et pût les empêcher de produire leurs réclamations. Il ne voulait pas même être accompagné d'un surveillant ou d'une infirmière. Il lui arriva à cause de cela une mésaventure qui n'était pas banale. Il est mort, je puis la raconter sans crainte de lui être désagréable, sans crainte aussi de blesser sa mémoire.

Ce magistrat, procureur de la République, était un homme très consciencieux. Il s'appliquait à remplir son devoir, non seulement avec exactitude, mais encore avec un grand soin. Il ne ménageait ni son temps ni sa peine et s'attardait longuement au milieu des malades au début de ses fonctions. Je n'eus pas de peine à comprendre qu'il arrivait chez nous avec les défiances et les préventions qui sont monnaie courante de l'opinion publique ; il resta à Toulouse plusieurs années, et quand il partit, appelé ailleurs par de plus hautes fonctions, ses sentiments étaient tout autres.

Un jour qu'il traversait un quartier de dames, plusieurs l'entourèrent en même temps, toutes parlant à la fois, se bousculant entre elles et le harcelant de leur mieux. Soudain l'une d'elles, une demoiselle, qui se trouvait à sa droite, lui passe le bras gauche sur le cou ; de la main droite, par un mouvement rapide, elle ouvre son pantalon, et lui saisissant vigoureusement le... battant de cloche, elle le met en branle avec une énergie telle que notre pauvre homme, saisi, stupéfié, ahuri, n'avait pas même l'idée de se défendre et se bornait à appeler au secours. Je n'étais pas loin, j'accourus avec une gardienne ; nous eûmes bien quelque peine à

©BIUM

obliger la malade à lâcher prise ; mais tout finit sans dommage matériel pour la victime. Pendant que cela se passait, les autres dames avaient continué leur verbiage et leurs sollicitations sans avoir souci de l'acte de leur compagne. Dirai-je que, depuis lors, notre magistrat tint à être accompagné de très près dans ses visites ; il ne remplit pas sa mission avec moins de conscience ni moins d'exactitude. Mais alors même que nous étions avec lui, il ne cessait de pivoter sur ses talons pour surveiller les alentours.

Il faut bien constater ici que les aliénés qui ont tendance à réclamer, réclament sans que rien les en empêche. Ni la présence du médecin, ni le voisinage des surveillants ne les gênent et contribueraient peut-être même plutôt à les y encourager.

Ceux des aliénés dont l'intelligence est troublée profondément, les vrais déments, les déprimés qui sont dans une phase d'affaissement morbide sont, d'ordinaire, indifférents à ces visites qu'ils laissent passer sans leur donner aucune attention. Un certain nombre de malades s'écartent à dessein des visiteurs et préfèrent ne pas être remarqués par eux. Ceux qui les abordent spontanément ne sont qu'un petit nombre. Les femmes sont d'ordinaire plus importunes que les hommes ; on cherche à les écarter ; elles ne se rebutent pas et reviennent indéfiniment à la charge. Homme ou femme, celui qui réclame voudrait qu'on n'écoutât que lui seul, chacun se complaisant à dire que lui seul a sa raison, tandis que ceux qui l'entourent ont la leur plus ou moins troublée. Car ce n'est pas seulement dans le monde dit sain d'esprit qu'on trouve des gens qui voient la paille dans l'œil de leur voisin et ne s'aperçoivent pas que dans le leur il y a une poutre. Le monde des aliénés n'est pas, sous ce rapport, différent de

©BIUM

l'autre, et nous savons tous que nos malades savent se juger fort bien les uns les autres.

Le temps que les magistrats emploient à ces visites n'est jamais bien long, et alors même qu'ils ne font que s'arrêter à ceux qui les ont abordés d'eux-mêmes ou à ceux dont l'attitude a appelé leur attention, ils ne peuvent consacrer aux uns ou aux autres que quelques minutes. Sont-ils ainsi dans des conditions à pouvoir remplir leur mission de manière véritablement utile et fructueuse, et à se faire par eux-mêmes une opinion sur l'état de ceux qu'ils voient?

La situation est ici la même qu'en ce qui concerne les interrogatoires. Les malades dont l'intelligence est complètement effondrée sont vite et aisément reconnus pour ce qu'ils sont. Mais les autres? Nous-mêmes, alors que nous vivons avec nos malades, que nous les voyons à chaque instant, il y en a chez qui nous ne discernons pas du premier coup les signes essentiels de leur maladie mentale et que nous ne pouvons bien connaître qu'après les avoir suivis et observés quelque temps.

Quelquefois, rien qu'à les voir, nous comprenons qu'ils ont quelque chose d'anormal; ils ont des allures qui nous paraissent suspectes. Mais cela ne suffit pas pour affirmer qu'ils sont aliénés; et pour ce faire, nous devons parfois attendre patiemment que les marques de leur maladie se soient affirmées d'elles-mêmes. Il m'est arrivé une fois d'être, à cet égard, dans un grand embarras. On m'avait confié un malade que le certificat d'admission, délivré par un médecin de valeur, indiquait être un persécuté dangereux. Au bout de quinze jours, j'avais bien en moi-même la conviction que j'avais affaire à un malade; mais il se contenait merveilleusement et il n'avait pas dit un mot, pas fait un acte d'après lesquels je pusse motiver un certificat.

©BIUM

J'allai trouver notre préfet, je lui exposai mon embarras. Il prit sur lui de me donner un délai. Quinze autres jours se passèrent encore sans que je fusse en mesure d'établir de manière explicite le certificat dit de quinzaine. Je me disposais à retourner voir M. le préfet ; mais à ce moment, une circonstance fortuite fit faire explosion au délire, et j'ai eu rarement affaire à malades plus riches que celui-ci en hallucinations et en interprétations délirantes de toute sorte. Je pouvais enfin faire mon certificat dit de quinzaine ; il m'avait fallu un mois pour y arriver.

Du reste, il faut bien le redire, l'état et les apparences des malades, leurs dispositions varient en quelque sorte avec les heures, les jours. Tel qui est agité le matin sera calme le soir ; tel qui, pendant des jours de suite, est dans le vague et la confusion des idées, peut, à l'occasion d'un incident inattendu ou même spontanément, reprendre de la netteté intellectuelle. Tous les aliénés sont, à leur manière, des intermittents, des périodiques, sans être à proprement parler atteints d'une psychose essentiellement périodique et presque tous, sinon même tous, passent par des alternatives d'excitation ou de dépression. On ne peut donc juger aucun d'eux uniquement sur des constatations faites en passant et à la hâte.

Ceux des magistrats qui sont, si l'on peut ainsi dire, encore novices en la matière, n'ont pas l'idée qu'il faille ainsi tenir compte des diverses manières d'être d'un aliéné ; c'est parmi eux que se trouvent ceux qui s'imaginent qu'avec le simple bon sens on peut toujours se tirer d'affaire. Mais ceux qui ont pris de l'expérience ne s'y méprennent pas. Ils comprennent leur insuffisance à remplir leur mission de manière effi-

©BIUM

cace ; ils la remplissent parce qu'on le leur impose, et la remplissent avec conscience, mais ils n'y attachent qu'une importance relative.

Au cours de la visite, ils retiennent les noms de ceux qui leur ont adressé une réclamation plus instante ou plus précise, de ceux qui leur ont paru le faire avec quelque apparence convenable ; avant de quitter l'établissement, ils se font communiquer les dossiers de ces malades, ou demandent qu'on leur envoie sur leur compte un rapport. D'ordinaire, ils s'en tiennent là, et ce n'est que par exception qu'ils croient devoir saisir le tribunal des réclamations qu'ils ont recueillies. Dans ce cas, le tribunal ordonne l'interrogatoire dans la forme que nous avons vue, et après celui-ci vient l'expertise médicale, corollaire presque inévitable de toutes les interventions de l'autorité judiciaire.

A tout prendre, les visites des magistrats dans les établissements d'aliénés ne peuvent en réalité servir qu'à une seule chose : rassurer l'opinion publique. Et encore n'est-il pas arrivé, assez récemment, que cette fameuse opinion publique, aveugle, sourde, inconsidérée et inexpérimentée, n'ait point trouvé là preuve de sécurité suffisante. L'opinion publique est, par essence, malveillante et défiante : quoi qu'on fasse pour la satisfaire, on risque de ne pas y réussir.

Il y a cependant un point sur lequel, à mon avis, les visites ont une utilité incontestable ; c'est qu'elles nous permettent d'entrer en relations avec les magistrats, de leur faire voir ce que sont nos établissements, de leur montrer que nous avons à cœur de n'y faire que des choses légales, loyales et utiles, et que nous méritons une confiance moins chiche que celle qu'on veut nous mesurer ; nous pouvons en même temps essayer de

©BIUM

leur faire comprendre peu à peu ce que sont les aliénés, ce que sont les maladies mentales, leur ouvrir des perspectives absolument inconnues d'eux, et leur rendre ainsi leur tâche plus facile. Malheureusement c'est lorsqu'ils commencent à être un peu expérimentés qu'ils nous quittent, appelés à un autre poste et à d'autres fonctions. Mais, en général, quand un même magistrat est pendant plusieurs années de suite attaché à cette fonction de surveillance, il arrive à perdre les préventions qu'il pouvait avoir et à se convaincre que si des erreurs peuvent être commises à l'égard de quelques individus, erreurs possibles et cependant en réalité très rares, elles sont toujours de courte durée, et qu'en fait il n'y a jamais eu injustices volontaires ni séquestrations arbitraires véritables.

Les visites des magistrats ne sont pas sans avoir des inconvénients, soit pour les malades eux-mêmes, soit encore, ce qui n'est pas indifférent, pour la discipline des établissements, étant donné d'ailleurs que les perturbations dans la discipline nuisent par contre-coup aux malades eux-mêmes.

Voici, à cet égard, ce que j'ai constaté, et je pense que mes confrères ont dû faire tous les mêmes constatations que moi.

Elles provoquent un surcroît d'excitation chez les malades déjà excités, et si plusieurs malades un peu excités se trouvent ensemble, l'agitation de l'un se communique aisément aux autres. Lorsque plusieurs de ces malades entourent le magistrat, ils s'irritent les uns contre les autres, chacun d'eux voulant accaparer pour lui seul une attention à laquelle il estime que les autres n'ont pas droit comme lui. Les dames sont d'ordinaire plus harcelantes que les messieurs, et quand le pauvre visiteur en a ainsi seulement trois ou quatre autour de

©BIUM

lui, il ne sait à qui entendre, et arrive bientôt à être absolument ahuri.

Après la visite, il n'est pas toujours facile de rétablir l'ordre et le calme parmi ces malades, qui souvent retournent contre leurs surveillants l'irritation conçue de ce qu'ils n'ont pas été écoutés comme ils l'auraient voulu.

Sans aucun doute, c'est la qualité de la personne, sa mission, son titre, qui déterminent ce trouble et cette excitation. Lorsque ce sont des médecins qui pénètrent près des malades, ils ne causent rien de semblable. J'ai coutume de conduire le médecin, chargé du contrôle prescrit par l'article 9 de la loi du 30 juin 1838, là où se trouvent ceux qu'il doit examiner ; les autres ne font guère attention à lui et il passe sans que sa présence ait provoqué aucune émotion nuisible.

Des mélancoliques atteints de délire de culpabilité, qui s'imaginent qu'on les tient pour des coupables, qu'on les accuse de délits ou de crimes, que ces délits ou ces crimes les exposent aux rigueurs de la justice, à des pénalités, sont émus et inquiets de la venue du procureur de la République. C'est pour eux seuls, uniquement à cause d'eux, que ce magistrat fait sa visite ; ils y voient la confirmation des condamnations qu'ils croient prononcées contre eux, et ils s'attendent, dès lors, à ce que bientôt on viendra les saisir et les jeter dans un cachot. J'ai vu un de ces pauvres malades, qui se croyait condamné à mort, qui, toutes les fois qu'une porte s'ouvrait près de lui s'attendait à y voir paraître le bourreau, et avait une anxiété telle que la sueur lui ruisselait sur le visage, j'ai vu ce malheureux pris d'une angoisse violente et très pénible à voir, en entendant dire qu'il se trouvait devant le Procureur de la République. Son affolement, c'est bien le mot qui convenait,

©BIUM

était extrême. Il voulait se tuer, et on eut bien de la peine à le contenir.

Un des très gros inconvénients des visites des magistrats est de faire précisément naître chez les malades l'idée qu'ils sont internés injustement. Cela peut sembler extraordinaire ; mais cela est.

J'ai constaté ainsi plus d'une fois que des aliénés qui ne se préoccupaient pas de leur internement et ne songeaient pas à s'en plaindre, se mettaient à le faire à la suite d'une des visites de l'autorité judiciaire. C'est alors seulement que leur venait l'idée qu'ils pouvaient être arbitrairement séquestrés, et à partir de ce moment ils avaient moins de tranquillité, moins de confiance ; ils entraient dans des dispositions qui leur faisaient perdre les avantages de leur internement.

Il est incontestable que la surveillance et le contrôle des asiles d'aliénés sont nécessaires ; il faut que ces établissements soient inspectés et visités, non pas seulement en ce qui concerne leur bonne tenue, leur hygiène, leur propreté, le soin matériel des malades, la régularité de leur administration, mais encore au point de vue de toutes les garanties de protection dont leurs pensionnaires doivent être minutieusement entourés.

A ce dernier point de vue, l'autorité judiciaire est-elle bien réellement un bon élément de surveillance ?

Il y a des raisons d'en douter, et ces raisons découlent de ce que nous venons de constater. Cependant il n'est point indifférent non plus qu'elle y contribue de quelque manière. Ne serait-il point préférable que cette part de surveillance fût confiée, non à plusieurs magistrats, mais à un seul ; plutôt à un juge qu'à un membre du parquet ; que ce magistrat, dont les visites pourraient être aussi multipliées qu'on le trouverait bon, fût

©BIUM

assez longtemps en fonction pour arriver à connaître et la maladie et les malades, pour connaître ceux-ci individuellement, de manière à ce qu'il ne fallût pas à chaque instant, ce qui peut n'être pas sans inconvénient pour les malades, être obligé de mettre un nouveau visiteur au courant de leur situation. Cette manière de faire supprimerait sinon en totalité, du moins en partie, les inconvénients de la surveillance directe de l'autorité judiciaire et pourrait en augmenter beaucoup les avantages.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique

LA
LIMITATION DU NOMBRE DES DÉBITS DE BOISSONS
COMME FACTEUR IMPORTANT DE LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Par le Dr Lucien LAGRIFFE
Médecin des asiles publics d'aliénés.

Parce que « la résignation est la pire des vertus », il y a lieu de penser que tous ceux, en France, qui, comme nous, sont persuadés que l'alcool est le pire des poisons sociaux, contre lequel toutes les mesures sont bonnes, ne se résigneront pas à accepter d'un cœur léger l'échec, à la Chambre des députés, de la proposition de loi concernant les débits d'alcool et de liqueurs alcooliques à consommer sur place et la réglementation des débits de boissons de toute nature.

Comme les peuples malheureux, cette proposition de loi a une histoire qu'il importe de rappeler : sans parler de celle qui fut présentée par M. J. Reinach à la séance de la Chambre du 11 juin 1895, le texte plus ou moins modifié qui lui était soumis récemment avait pour origine une proposition de loi présentée au Sénat, le 27 mars 1899, par MM. Siegfried, Bérenger et plusieurs de leurs collègues ; cette proposition de loi fit l'objet de plusieurs rapports, parcourut plusieurs fois le chemin qui mène des salles de Commissions à la salle des séances et fut rapportée, une dernière fois, par M. le sénateur Eugène Guérin, à la séance du 8 novembre 1910 ; elle fut discutée, puis enfin adoptée en

©BIUM

deuxième délibération par la haute Assemblée en janvier 1911, à une majorité de 15 voix. Dans son rapport, M. Guérin insistait surtout sur ce fait que la loi de liberté du 17 juillet 1880 avait déterminé une augmentation excessive du nombre des débits; de 350.000 en 1879, ils étaient passés à 500.000 en 1910. Or, les cabarets exercent sur l'ouvrier une suggestion permanente, proportionnée au nombre de ces établissements; d'ailleurs, pour ne porter atteinte à aucun droit légitime, une distinction primordiale était faite entre les débits de spiritueux et les débits de boissons hygiéniques, et ces derniers étaient affranchis de toute mesure restrictive. L'article premier limitait les débits de spiritueux à trois pour les communes de 600 habitants et au-dessous et, au-dessus de ce chiffre, à un en plus par 200 habitants. L'article 2 précisait que la limitation devait s'opérer par extinction; l'article 3, que les locaux affectés au débit devaient être sans communication directe avec ceux destinés à un autre commerce. Tout débit fermé depuis un an était considéré comme supprimé de fait, sans transmission désormais possible. Enfin, les autres articles visaient les pénalités encourues pour contravention à la loi : amendes, prison, incapacité d'exercer désormais ce commerce.

La discussion de cette proposition devant le Sénat ne donna lieu à aucune objection de fait; elle suscita seulement des observations de M. Bérenger sur le délit connexe d'encouragement à la prostitution et sur la vente de boissons alcooliques aux mineurs; on fit remarquer de plus que cette loi constituerait pour l'Algérie un recul sur le décret du 25 mars 1901 qui prévoyait seulement un débit pour 300 habitants. Seul, M. Ranson, au nom des sénateurs de la Seine, M. de Freycinet excepté, déclara que lui et ses collègues ne voteraient pas le projet tant que rien ne serait fait contre les bouilleurs de cru, auteurs principaux de l'alcoolisation de la France. Et M. Ranson avait raison, non pas de ne pas voter la loi, mais de dénoncer une injustice. Il n'en est pas moins vrai que, comme le dit M. Méline, cette question des bouilleurs de cru est « l'éternelle diversion ».

Mais, en somme, bien que votée à une très petite majorité, la loi, sauf l'objection et la déclaration de

©BIUM

M. Ranson, ne rencontra au Sénat aucune opposition, du moins avouée.

Tout semblait donc pour le mieux lorsque le projet parut devant la Chambre des députés, le 5 février 1912. L'ordre du jour portait : première délibération sur la proposition adoptée par le Sénat et sur la proposition de M. Reinach, dont nous parlerons longuement plus loin.

La Commission et le Gouvernement demandèrent immédiatement l'urgence, qui fut votée ; mais, aussitôt, M. Georges Berry déposa un amendement tendant au renvoi du projet devant la Commission d'hygiène publique. L'honorable député déclara, en effet, que la proposition de loi n'était qu'un trompe-l'œil et qu'elle ne constituait pas un moyen de combattre efficacement l'alcoolisme. Mais le principal argument de M. G. Berry — c'est somme toute celui qui devait porter le mieux, car il allait donner à la majorité républicaine la plus merveilleuse porte de sortie qu'on pût lui offrir, en lui réservant les moyens de s'affirmer à la fois anti-alcoolique et républicaine — était le suivant : on allait porter atteinte à la liberté commerciale par le moyen d'une loi qui ne faisait que restituer un décret de 1851 dont le père avait été le Prince-Président et le parrain le comte de Morny. La Chambre ne pouvait donc pas voter une loi qui était à la fois inefficace et antilibérale. Cette loi présentait d'ailleurs, pour M. G. Berry, d'autres inconvénients graves : elle allait pousser au développement de la consommation familiale ; enfin, « si on voulait trouver quelque chose de sérieux et d'utile, on aurait pu s'inquiéter un peu du privilège des bouilleurs de cru » ; il eût été aussi préférable de rappeler le Gouvernement, lui-même, à l'observation des lois existantes, ce qui était vrai ; mais l'un ne pouvait pas empêcher l'autre. On allait, au surplus, prêter la main à l'accaparement, en favorisant, au moment où la limitation commencerait d'avoir ses pleins effets, la transformation des petits débits survivants en grands cafés. Mais surtout il y avait le spectre de l'Empire, ou plus exactement le spectre de la République de 1848 ; on ne pouvait mieux sauver la face.

M. Jules Siegfried, rapporteur, montra que de

©BIUM

354.000 débits en 1879, on était passé à 480.000 débits en 1911, ce qui faisait un débit pour 80 habitants; il montra que l'augmentation de la consommation par capitation devenait énorme, qu'il s'ensuivait une recrudescence de la criminalité, du nombre des aliénés, des tuberculeux, un accroissement de la mortalité infantile et du nombre des conscrits réformés.

M. Augagneur apporta l'appui de sa grande autorité : « Tous ici, dans des déclarations solennelles, nous avons affirmé notre désir de combattre l'alcoolisme et, par une singulière ironie des choses, toutes les fois qu'on nous présente un procédé quelconque susceptible d'enrayer le mal, on voit aussitôt les intérêts se coaliser contre lui. » M. Augagneur montra combien il serait immoral que le nombre exagéré des débits fût la rançon du privilège des bouilleurs de cru. Les vœux émis contre la limitation dans les meetings de débitants et dont on fait tant état ne le sont que sous la pression et la terreur des gros négociants qui tiennent les débitants à leur merci; quand on les interroge en particulier, ils en font eux-mêmes l'aveu et se déclarent partisans d'une réglementation. Aucun de ces arguments ne toucha la majorité, qui donna gain de cause à M. G. Berry. En réalité, celui-ci se proposait de demander la suppression du privilège des bouilleurs de cru; mais parce qu'il apprit que la Commission repousserait son amendement, il mit tous ses efforts à faire échouer la loi : M. G. Berry voulait tout ou rien.

Il semble que la Commission et le Gouvernement aient eu le tort de demander l'urgence, de s'opposer ainsi à la possibilité d'une deuxième délibération qui eût permis d'élargir un débat qui en valait la peine.

Quoi qu'il en soit, le renvoi à la Commission fut voté par 360 voix contre 156. A peine est-il utile de rappeler le cri d'indignation qui retentit dans les journaux de tous les partis, depuis *La Patrie*, *Le Figaro*, *L'Echo de Paris*, *L'Autorité*, jusqu'au *Temps*, aux *Débats*, au *Rappel*, à la *Guerre sociale* (voir le tract de *L'Œuvre* : *L'Assommoir national*, par H. Rochefort, Gustave Hervé, Gaston Calmette, Urbain Gohier, Gustave Téry, etc.).

La bataille étant, provisoirement, je ne dirai pas perdue, car, en réalité, elle fut éludée, elle ne fut pas

©BIUM

livrée, mais remise, il ne pouvait plus être question de la proposition similaire de M. J. Reinach qui, très éloquemment, et avec un talent digne d'un meilleur sort, s'était opposé de toutes ses forces au renvoi à la Commission.

M. Joseph Reinach qui, au surplus, est l'homme des entreprises généreuses, défendait là une idée qui lui est chère et dont il s'est fait le champion inlassable depuis près de dix-sept ans. Le 11 juin 1895, ce fut la première proposition faite dans ce sens, M. J. Reinach présentait, comme amendement au projet de loi concernant la réforme de l'impôt sur les boissons, un article additionnel portant interdiction d'ouvrir un débit comportant la vente d'alcools ou de spiritueux sans une autorisation du préfet accordée après avis d'une Commission comprenant le préfet, président, le président du tribunal du chef-lieu, les directeurs des contributions directes et indirectes et quatre conseillers généraux élus pour un an par leurs collègues. Cet article additionnel fut disjoint par la Commission du budget. Depuis, il ne s'est pas passé une législature sans que M. Reinach n'ait fait une tentative en faveur de l'un ou l'autre moyen permettant de combattre un fléau qui, à brève échéance, consommera la ruine de notre pays.

Si, jusqu'ici, ses efforts n'ont pas été couronnés de succès, du moins ont-ils eu pour résultat la publication de deux documents de la plus haute importance qui sont un acte de courage et une bonne action : le premier est un rapport à la Chambre des députés publié en annexe au procès-verbal de la séance du 4 juillet 1910 (1); le deuxième est un volume : *Contre l'alcoolisme*, édité par Fasquelle en 1911.

On a beaucoup critiqué le volume exagéré des rapports imprimés pour être distribués aux députés, et beaucoup moins leur volume lui-même que leur impression. C'est là un travers qui semble appartenir à notre

(1) *Proposition de loi sur la limitation du nombre et sur la réglementation des débits de boissons*, présentée par M. Joseph Reinach (Basses-Alpes), député. Paris, Imprimerie de la Chambre des députés, Martinet, 1910.

©BIUM

époque et qui ne fait que s'exaspérer avec le temps. Cela tient à une maladie épidémique, et même endémique dans certains milieux, qui se traduit par la superstition de l'impression et qui ne sévissait autrefois que chez les jeunes poètes. Il suffit de voir le volume outrageusement grossi des numéros du *Journal officiel*, la véritable bibliothèque que les Conseils généraux des départements les plus modestes publient chaque année et qui, tous les ans, s'enflent de centaines de pages, pour voir que la maladie ne fait que s'accroître.

Mais, au milieu de tous ces documents que la poussière du temps ensevelira justement dans l'oubli et que seul, beaucoup plus tard, un Flaubert feuillettera pour compléter le *Dictionnaire des idées reçues*, il en est qui resteront, qui seront consultés avec fruit, parce qu'ils contiennent quelque chose et parce que celui qui les a écrits avait quelque chose à dire. Le rapport de M. J. Reinach est de ceux-ci, car, grâce aux renseignements qu'il contient, il constitue une mise au point sérieuse et précieuse de la question.

La lutte contre l'alcoolisme, dont personne n'osera nier le danger, tient dans les propositions suivantes : limitation du nombre des débits et leur réglementation; suppression du privilège des bouilleurs de cru; interdiction de la fabrication et de la vente de l'absinthe et des liqueurs à essences ; interdiction de la fabrication et de la vente des boissons de fantaisie; augmentation des droits sur les alcools de bouche et des licences ; primes aux alcools d'industrie pour favoriser leur emploi industriel; à quoi nous pouvons ajouter : application rigoureuse et contrôlée des lois existantes contre l'ivresse publique et contre la vente aux mineurs.

Nous ne nous occuperons ici, à l'occasion du rapport de M. J. Reinach, que de la limitation du nombre de débits de boissons alcooliques.

Jusqu'en 1851, le commerce des boissons a été libre en France, sauf quelques réglementations particulières concernant le jeu. D'ailleurs, jusqu'au moment où l'alcool industriel envahit le marché, 1854-60, à la suite des récoltes déficitaires de vin, la France reste un pays où, certes, l'on rencontre des ivrognes, mais où il n'y a

©BIUM

pas d'alcooliques ; seuls, le rhum et le tafia, propagés par la marine et par les marins, sévissent le long des côtes de l'Atlantique qui, seules ou à peu près, sont en communication constante avec les pays de canne à sucre. D'ailleurs, à cette époque, le cabaret, le bouchon où l'on boit surtout du vin, ne jouent qu'un rôle très effacé. A partir de 1830, avec le début de notre campagne d'Algérie, le goût de l'absinthe commence à se développer, mais il reste encore l'apanage des militaires, c'est-à-dire d'un groupe restreint. C'est en 1848 que le mal s'installe avec le suffrage universel : le cabaret devient, surtout dans les campagnes, le seul lieu où puissent se réunir, se retrouver et se concerter les électeurs. Le cabaretier, qui sert de trait d'union naturel entre ses clients, prend une importance qui ne fera que s'accroître d'année en année ; son établissement devient un salon où l'on cause, jusqu'au moment où il deviendra « le dernier salon où l'on cause ».

En 1851, après le coup d'Etat du 2 décembre, le Gouvernement trouve que l'on cause trop dans ce salon ; dans les campagnes, surtout, les débits sont devenus, en grand nombre, des lieux de réunion et d'affiliation pour les sociétés secrètes, et ils favorisent d'une manière déplorable « les progrès des mauvaises passions » ; les temps n'ont pas changé : lisez qu'on y conspirait contre le nouvel ordre de choses établi et qu'un gouvernement, quel qu'il soit, ne peut pas et ne doit pas souffrir que l'on conspire contre lui qui est l'éternelle Vérité. C'est pourquoi le président de la République, Louis-Napoléon Bonaparte, sur le rapport du ministre de l'Intérieur, le comte de Morny, décida, par le décret du 29 décembre 1851, qu'aucun débit ne pouvait désormais être ouvert sans l'agrément de l'autorité administrative et que la fermeture des cabarets pourrait être ordonnée par le préfet après une condamnation du tenancier ou par simple mesure de sécurité publique.

Je n'ai pas, entre les mains, une statistique de la France me permettant de vous dire quel fut l'effet de ce décret ; mais j'ai celle d'un département où le goût de boire est ancien, et, pour ce département, il m'est facile de dire ce qu'il en fut. Dans le département du Finistère, grâce à une progression constante, le nombre

©BIUM

des débits était monté de 2.294 en 1824, à 4,966 en 1850 ; il avait, par conséquent, plus que doublé, alors que la population n'était passée que de 482.069 à 612.151 habitants. Par conséquent, en 1824, il y avait 1 débit pour 210 habitants ; en 1850, il y avait 1 débit pour 123 habitants. Or, parallèlement, la consommation de l'alcool était passée, dans le même temps, de 1 lit. 6 par habitant à 2 lit. 8 ; l'augmentation de la consommation avait donc été, comme on peut le voir aisément par le calcul, rigoureusement proportionnelle à l'augmentation du nombre des débits de consommation.

A partir du moment où le décret présidentiel de 1851 a été appliqué, il n'est pas douteux que de nombreux débits ont été fermés, surtout par mesure de sûreté publique, et que, pour la même raison, des demandes en autorisation d'ouverture ont été rejetées *de plano* ; il ne faut pas oublier, en effet, et tout le nœud de la question est là, que le décret de 1851 n'a pas eu pour but de lutter contre l'alcoolisme et que jamais il n'a eu cette prétention : il était essentiellement politique ; aussi est-il arrivé un moment où des demandes se sont produites qui émanaient de personnalités suffisamment orthodoxes pour qu'elles ne fussent pas rejetées ; il a suffi, pour cela, d'un petit nombre d'années, le temps pour le Gouvernement et pour ses adeptes de se créer une clientèle dont ils fussent sûrs ; on sait que cela n'est jamais très long ; la sagesse des nations nous enseigne, en effet, qu'en temps de révolution, il faut toujours se mettre du côté des plus forts, car, les autres, même s'ils sont honnêtes, sont, comme le disait le général Menou, invariablement balayés. L'Empire, qui, à ses débuts, avait vu dans la réduction de nombre des lieux de réunion un moyen de parvenir, vit ensuite dans leur augmentation, lorsque l'épuration, la peur et la variation intéressée des convictions eurent fait leur office, un moyen de se maintenir et de régner.

Par conséquent, et toujours pour le même département, qui doit bien représenter la moyenne de ce qui se passa dans toute la France, nous devons distinguer deux périodes à l'endroit de l'exécution du décret de 1851 : une période de lutte et d'attente, par hésitation de la clientèle future ; c'est la belle période de l'Empire auto-

©BIUM

ritaire ; elle dure de 1852 à 1859. Les débits de boissons, dans cette période de huit années, passent de 4.966 à 3.980, retour au chiffre de 1835 ; par conséquent, de 1 débit pour 123 habitants à 1 débit pour 155 ; parallèlement, la consommation d'alcool était passée par capitation de 2 lit. 8 à 3 lit. 5, d'où une augmentation de 0 lit. 7, qui est absolument insignifiante si l'on veut bien se souvenir que l'usage des alcools industriels avait commencé depuis plusieurs années, depuis 1854, époque où l'oïdium avait envahi nos vignobles et où la venue de ce produit nouveau et meilleur marché avait permis une baisse appréciable des prix, surtout sensible à partir de 1859-1860 ; or, en 1854, année même de cet avènement, la consommation individuelle était tombée à 2 lit. 2, quantité inférieure de 0 lit. 6 à ce qu'elle était en 1850, dernière année de la liberté commerciale. En 1859, commence la deuxième période, qui comprend l'épanouissement de l'Empire et l'Empire libéral. C'est à partir de ce moment, où l'Empire se fait plus libéral, que l'ascension devient de plus en plus considérable ; l'apogée de l'alcoolisme sous l'Empire est en 1869, avec 1 débit pour 101 habitants et une consommation individuelle de 4 lit. 7. On peut donc dire, et l'on doit dire sans crainte de pouvoir être démenti par personne, que l'alcoolisation de notre pays a commencé indiscutablement le jour où : 1° ce décret de 1851 a été moins rigoureusement appliqué ; 2° le jour où les alcools d'industrie ont envahi le marché ; les chiffres précédents équivalent à une démonstration. Le temps n'est pas loin où Denis Poulot pourra dire (en 1869), dans *Le Sublime*, des ouvriers « déjà brûlés, puis pourris par l'alcool..... ; et c'est avec ces gens-là que vous pensez résoudre la question sociale ; c'est le boulet qui l'empêchera d'avancer ».

L'insurrection de la Commune fit jeter le premier cri d'alarme ; nous n'avons pas à juger ici ce que fut ce mouvement populaire, en théorie, du moins ; mais nous pouvons dire qu'en réalité, s'il partit d'un mouvement d'indignation justifié, quoique intempestivement prématuré, il dévia vite de son but et qu'il finit véritablement dans un vent de folie où l'alcool joua son rôle et sans doute le seul rôle. C'est sous cette impression

©BIUM

néfaste que l'Assemblée nationale, au milieu de préoccupations qui, aux esprits mal avertis, pourraient sembler avoir été plus urgentes, mais qui, en réalité, frappa juste où il fallait frapper, vota la loi du 23 janvier 1873, tendant à réprimer l'ivresse publique et à combattre les progrès de l'alcoolisme. Cette loi est d'autant plus importante qu'elle faisait, pour ainsi dire, revivre le délit d'ivresse qui, depuis le fameux Edit de François Ier, du 30 août 1536, avait disparu de notre législation. On peut dire, aujourd'hui, de cette loi, qu'elle est tombée en désuétude, et, pour l'excuser d'avoir eu cette destinée, il était facile de dire qu'elle est mal faite : on l'a dit. Or, elle fut bien faite pour l'époque ; son application est remise surtout aux soins des maires et il ne faut pas oublier qu'en 1873 les maires n'étaient pas encore les élus des Conseils municipaux, mais qu'ils étaient nommés par le Gouvernement. Ils pouvaient donc, plus facilement, à cette époque, faire leur devoir et exiger que leurs agents de police fissent le leur, sans risquer de se trouver, comme il advient aujourd'hui, en conflit avec leurs intérêts électoraux. De plus, en 1873, le décret de 1851 n'avait pas encore été abrogé ; il servait, pour ainsi dire, de complément à la loi nouvelle, et il serait injuste de juger cette loi en faisant table rase du décret qui formait un tout avec elle : l'un n'allait pas sans l'autre. L'Assemblée nationale fit mieux encore, puisqu'elle augmenta de 66 p. 100 les droits de consommation et puisque, le 2 août 1872, elle soumis les bouilleurs de cru à l'exercice. Malheureusement, comme elle allait se séparer, le 1er janvier 1876, l'Assemblée nationale rétablit, par la loi du 14 décembre 1875, le privilège des bouilleurs de cru.

La loi de 1873, combinée avec le décret de 1851, eut de bons effets, du moins dans le département que nous avons pris pour type, parce qu'il est le seul pour lequel nous possédions, personnellement, des renseignements complets. Dans le Finistère, dès 1873, le nombre des débits s'abaissait ; parvenu à un chiffre considérable depuis l'Empire libéral et depuis la guerre, jusqu'à être de 1 débit pour 96 habitants à la fin de 1871, il était parvenu, en 1877, à n'être plus que de 1 pour 131. La consommation qui était, en 1872, de 4 lit. 8 par tête,

©BIUM

restait au même taux en 1875 ; l'augmentation avait été enrayée, elle avait même notablement baissé au cours des années précédentes. Il s'était d'ailleurs trouvé à la tête de ce département, pendant cette période, un préfet qui, fort de l'appui du Conseil général, refusait systématiquement toute autorisation d'ouverture de nouveaux débits et qui en fit fermer un grand nombre par mesure administrative.

L'aventure du 16 mai attira vivement l'attention sur les dangers que pouvaient faire courir, aux partis opprimés, les dispositions du décret de 1851 ; aussi, un des premiers actes du parti républicain, définitivement vainqueur, fut-il de l'abroger, en votant la loi du 17 juillet 1880 ; comme le décret, cette loi, qui n'avait rien à lui reprocher de ce côté-là, fut un acte exclusivement politique. Une simple déclaration à la mairie, transmise, de là, au procureur de la République, suffisait désormais pour ouvrir un débit de boissons ; il n'y eut de restrictions qu'à l'égard des condamnés et, de plus, la latitude fut laissée aux maires et aux Conseils municipaux de déterminer un périmètre de protection autour de certains établissements de nature confessionnelle, universitaire ou hospitalière. Aucune voix ne s'éleva, dans les Chambres, contre le vote de cette loi ; seuls les débitants réclamèrent parce que, avec raison, ils craignaient la concurrence.

Alors, à partir de 1880, il n'y eut plus de frein ; toujours dans le Finistère, la progression est constante, l'accroissement annuel monte à un taux qu'il n'avait jamais connu au temps de la première liberté commerciale ; la raison doit en être cherchée dans l'importance donnée au cabaretier par la pratique du suffrage universel, dans la production de plus en plus intense des alcools industriels dont l'écoulement est facilité par l'accroissement du nombre des débits. En prenant pour base les années de recensement de la population, nous voyons que l'on passe :

En 1882	à 1 débit	pour 119	habitants.
En 1887	—	112	—
En 1892	—	110	—
En 1896	—	94	—
En 1901	—	84	—
En 1907	—	82	—

©BIUM

Cette proportion est encore plus considérable qu'elle ne paraît, si on la compare avec celle de certaines régions, dont la réputation n'est plus à faire, comme la Normandie, par exemple ; en effet, la Bretagne est une des rares provinces de France où la natalité reste très élevée et est toujours, et de beaucoup, supérieure à la léthalité. Si donc, en calculant ces proportions, on tenait compte du nombre d'enfants trop jeunes encore pour boire, on verrait que le nombre des cabarets y est plus élevé qu'ailleurs, par rapport à la population vraiment consommante. La consommation suit la progression suivante :

	litres.
1882.	5,3
1887.	5,3
1892.	5,9
1896.	6 »
1901.	5,4
1907.	5,5

Il semblerait que, depuis quelques années, il y ait une légère diminution de la consommation ; mais il ne faut pas perdre de vue que d'abord il y a un point de saturation et que ce point, si l'on tient compte du grand nombre d'enfants de la famille bretonne moyenne, est bien près d'être atteint ; qu'ensuite le privilège des bouilleurs de cru, qui est passé depuis 1806 par des phases si diverses de faveur et de défaveur, a été malencontreusement rétabli en 1906 ; que le Finistère est un département producteur de cidre où l'on brûle beaucoup, et qu'ainsi échappe à la surveillance une partie de l'alcool consommé dont il est difficile d'apprécier la valeur. « Qui dit bouilleur, dit fraudeur. Ne protestez pas, je suis bouilleur », a dit, en plein Conseil des ministres, un président de la République. Cet alcool, produit par les propriétaires récoltants, est toujours supérieur, comme quantité, à ce que permet la loi et à ce qui est nécessaire (?) à la consommation familiale ; le surplus est vendu en fraude à des débitants avoués ou clandestins, ou bien il sert d'appoint, parfois obligatoire, dans le paiement du salaire des ouvriers agricoles. Et M. J. Reinach montre, en effet, dans son rapport que toutes les fois que l'on supprime le privilège des bouilleurs, la consommation avouée augmente et qu'elle baisse dès

©BIUM

que le privilège est rétabli ; les Chambres se sont si fréquemment déjugées à cet égard que la preuve de cette assertion est des plus faciles à faire. Ce privilège, dit M. Francis Charmes est le « nom décent qui est donné à la fraude ». (*Revue des Deux Mondes*, 15 décembre 1901.)

Il est inutile de redire, après tant d'autres, les résultats pathologiques de l'abus de l'alcool ; tout le monde sait qu'il est un des facteurs principaux de l'aliénation mentale. qu'on le rencontre fréquemment dans l'étiologie de la délinquance et de la criminalité, « tant que cette terre sera arrosée d'alcool, le meurtre y poussera comme le chiendent », l'alcool fait le lit de la maladie, enfin il diminue toutes les résistances physique, intellectuelle, morale : il est donc une cause de ruine sociale.

Malheureusement, nous ne pouvons qu'à peine entrevoir ce que l'alcoolisme coûte réellement à la communauté, d'autant qu'il est difficile d'évaluer certaines pertes, comme celles provenant du chef de la qualité de plus en plus mauvaise des artisans, de leur rendement de plus en plus faible ; combien ces sommes gaspillées seraient plus avantageusement employées à l'amélioration de leur sort. Cependant, après Rochard, qui était arrivé à un total de 1.139.000.000, M Riémain, secrétaire général de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, a tenté une évaluation pour 1903. Il est arrivé au résultat suivant :

1 milliard et demi de salaires portés par an au cabaret ;

1 milliard et demi de salaires perdus par an par les jours d'ivresse.

Un demi-milliard de salaires perdus par la mortalité.

Et si, au surplus, on tenait compte des frais occasionnés par le traitement des aliénés et par la répression des criminels, on arriverait facilement à une évaluation qui approcherait de 5 milliards.

Somme toute, l'Etat ne reconnait-il pas lui-même le danger que l'alcool représente, lorsqu'il fait donner dans ses écoles une éducation antialcoolique, lorsqu'il défend

©BIUM

de débiter des boissons spiritueuses dans les cantines des quartiers militaires et des casernes?

Certes, la lutte contre l'alcoolisme n'est pas tout entière dans la limitation des débits, mais cette limitation est une mesure préliminaire indispensable. Elle seule permettra une application rigoureuse et efficace des lois qu'il conviendra ensuite de proposer, et si la législation antialcoolique ne repose pas sur cette base, elle ne tiendra pas. En effet, le Français consomme peu à domicile, de telle sorte que le régime des boissons aboutit fatalement chez nous au cabaret; c'est là et c'est toujours là qu'on retrouvera le corps du délit, fraudes, infraction, etc. ; de telle sorte que plus le nombre des assujettis sera restreint, plus la surveillance sera facile ; cette surveillance ne saurait être qu'illusoire avec la poussière de débits qui existe actuellement en France. Après, mais après seulement, on devra se préoccuper des autres moyens ; il ne sera pas plus difficile de prohiber la fabrication et la vente de l'absinthe qu'il n'a été difficile de prohiber la fabrication des vins de raisins secs ; puis le corollaire obligatoire de la surveillance ne devra-t-il pas être la suppression du privilège des bouilleurs de cru ? Il n'est pas jusqu'au monopole de l'alcool devant lequel il ne faudra pas reculer si cela devenait nécessaire ; mais c'est là pourtant une mesure qui pourrait n'être pas sans dangers pour la cause que nous défendons ; on pourrait craindre, en effet, qu'en présence de la source considérable de revenus que serait ce monopole, le Gouvernement ne poussât à la consommation, et ne vit ensuite, dans la multiplication de débits de vente, un moyen de distribuer ses faveurs.

Dans tous les cas, le préambule indispensable de toute réglementation prohibitive est, nous le répétons, la limitation du nombre des débits. Mais un mal comme celui dont nous souffrons ne saurait évidemment être guéri en un jour, et il serait certainement insensé de croire que seule cette limitation pourra nous guérir de l'alcoolisme ; il faudra pour cela ne pas perdre de vue qu'il y a des mesures connexes, les surtaxes, les licences graduées, la suppression du privilège de bouilleurs, dont nous parlions plus haut, l'interdiction de la fabrication

©BIUM

et de la vente des boissons à essences convulsives, le monopole de la fabrication, de la rectification ou de la vente de l'alcool. Il faudra, en même temps, s'attacher à l'éducation morale de la jeunesse, organiser sérieusement l'apprentissage, améliorer les conditions d'hygiène des paysans et des ouvriers, relever les salaires, développer la mutualité, la coopération, l'éducation esthétique du peuple, etc.

Quoi qu'il en soit de ces mesures, qui constituent un véritable programme social, nous savons que dans tous les pays où a été réduit le nombre des débits, la consommation de l'alcool a d'abord fléchi, puis ensuite n'a cessé de diminuer ; c'est ce qui s'est passé en Suède, en Norvège, en Finlande, aux Etats-Unis d'Amérique, aux Pays-Bas. Mais nous avons, au surplus, un exemple en France : l'Algérie. En Algérie, en effet, sous le ministère Waldeck-Rousseau et sur la proposition de M. Jonnart, gouverneur général, un décret du 25 mars 1901 a remis en vigueur, dans cette colonie, le décret de 1851 : aucun débit nouveau ne peut être ouvert sans une autorisation préalable et à raison, seulement, de 1 débit pour 300 habitants ; cette réglementation a produit les meilleurs effets, et, malgré l'accroissement considérable de la population dans cette colonie, la consommation de l'alcool y a baissé de 44.000 à 42.000 hectolitres. Il n'est donc pas vrai de dire, comme on l'a fait à la Chambre des députés, que la réglementation du nombre des débits n'ait aucune influence sur la consommation.

Cependant, il est évident que cette limitation ne tient pas dans une seule formule ; on peut la faire dépendre d'une autorisation préalable de l'Administration, de l'avis de commissions, des municipalités ; on peut défendre des créations nouvelles, sauf sur certains points et à une distance déterminée des autres débits ; ne les autoriser que dans les communes possédant moins de un débit pour un nombre d'habitants à déterminer par la loi. Mais certains de ces moyens sont passibles de graves reproches : faire dépendre cette limitation du bon vouloir de l'Administration, c'est peut-être créer une nouvelle monnaie électorale, ouvrir la porte aux recommandations, risquer de voir tenir beaucoup plus compte

©BIUM

des opinions des postulants que de l'intérêt général. La garantie offerte par des commissions paraît tout aussi illusoire, car, en admettant même qu'elles fussent composées de plus de fonctionnaires que de *délégués*, de plus en plus l'impartialité des fonctionnaires devient douteuse; quant à celle des élus, elle est plus douteuse encore, et les municipalités n'appliqueraient pas plus une loi nouvelle qu'elles n'appliquent la loi de 1873 ou celle de 1884 (réglementation des heures d'ouverture et de fermeture des débits, police de la prostitution et des jeux, surveillance des mineurs). Quant aux dispositions de la loi de 1880 qui permettent aux maires la limitation, elles n'ont jamais été appliquées qu'à Lyon, à Nîmes et à Riom; c'est peu.

L'expérience nous montre donc qu'il ne faut pas se reposer sur les maires de l'application de lois ayant ainsi un intérêt général; elle nous enseigne que la loi doit opérer par elle-même : il faut qu'elle interdise la création de nouveaux débits, la liberté commerciale restant entière à l'égard des établissements ne vendant que des boissons hygiéniques; cependant, comme de nouvelles agglomérations et de nouveaux quartiers peuvent se créer, comme d'anciens débits peuvent se fermer définitivement, il est bon de prévoir que de nouveaux établissements pourront s'ouvrir, mais sur des points distants de plus de 500 mètres de tout autre débit, ou dans des communes ayant moins de un débit pour 500 habitants. En dehors de ces exceptions, toute ouverture constituerait une contravention ou un délit; les maires et les préfets n'auraient plus qu'un devoir : celui de signaler toute infraction aux parquets chargés de poursuivre les contrevenants et les délinquants. On arriverait, évidemment, ainsi, à constituer un monopole, mais ce serait, dans tous les cas, sans expropriation aucune, « un petit mal pour un grand bien ». D'ailleurs, en réalité, ce monopole, s'exerçant sur 500.000 établissements, ne serait qu'un monopole très relatif, il porterait à peine atteinte à la liberté commerciale. Mais, lors même n'en fût-il pas ainsi, cela ne ferait, au demeurant, qu'un monopole de plus; où serait le mal? Pourquoi les débitants auraient-ils, plus que les pharmaciens, le droit d'empoisonner leurs con-

©BIUM

temporains, et les pharmaciens ne l'ont pas? Le gouvernement n'a-t-il pas entravé le libre commerce de la saccharine sans que personne, au Parlement, ait élevé la voix? Pourquoi le débitant aurait-il le droit de vendre librement des liqueurs à essence, alors que le pharmacien ne peut, sans ordonnance de médecin, vendre librement des alcoolats et des teintures qui, souvent, ne sont pas plus dangereuses que la liqueur d'absinthe, qui est, elle aussi, un alcoolat? Une loi restrictive de l'augmentation du nombre des débits ne serait pas plus attentatoire à la liberté que les lois dont le but est de protéger la santé publique, contre lesquelles personne n'a évoqué le spectre de la monarchie absolue, et qui, pourtant, renferment des dispositions autrement discutables que celles contenues dans les propositions qui ont été faites, celle de M. J. Reinach comprise. Bien au contraire, tous ces projets paraissent bien timides à côté de certaines de nos lois. Tous les projets en cause ici sont infiniment plus respectueux de toutes les libertés que, par exemple, le système anglais des hautes licences que certains, en France, seraient assez disposés à préconiser. Ce système a pour but de rendre la situation des petits débitants si précaire, si difficile, qu'ils soient obligés de quitter la partie, après avoir été ruinés, moins au profit de l'Etat que des grosses maisons qui les fournissent; ces grosses maisons rachètent alors ces petits débits et les font gérer à leur profit. Voilà ce qui se produit en Angleterre; mais cela s'observe aussi en France, dans certaines régions où la pullulation des débits est telle que le commerce devient de plus en plus difficile pour ceux qui n'ont pas de capitaux. Nous pourrions citer ainsi un arrondissement français de plus de 100.000 habitants, où les débits, fort nombreux, sont entre les mains de trois négociants en gros, grâce au procédé suivant : le commerçant en gros livre le plus possible à crédit, et, quand le moment lui paraît propice, il lui est facile d'acculer le petit débitant à la faillite ; le débit est alors vendu et racheté par le marchand en gros qui, presque toujours, y place son débiteur comme gérant. Ceci, sans parler de la spéculation qui consiste à acquérir des maisons ou à en faire construire, puis à y installer des

©BIUM

magasins qui ne seront loués qu'à des débitants s'engageant à se fournir exclusivement chez le propriétaire; le bénéfice est ainsi double et la spéculation est garantie contre tout risque. Le système anglais des hautes licences arriverait ainsi à généraliser des procédés qui, en France, sont peut-être encore une exception, et feraient plus pour l'empoisonnement de la race que l'absence de toute réglementation.

En somme, si, de l'aveu de nos dirigeants eux-mêmes, la loi de 1873 est restée lettre morte, c'est que cette loi est devenue boiteuse, et, comme c'est la seule qui nous permette de lutter sans trop de désavantage contre l'alcoolisme, il faut la remplacer par quelque chose. Si, à la faveur de la liberté, les commerçants ont, en dépit de cette loi, abusé de leurs droits en empiétant sur les droits des autres, c'est que cette liberté commerciale est elle-même une mauvaise chose et qu'il faut lui imposer un frein. L'exercice de cette liberté a montré qu'elle ne pouvait se garder de la licence et du mépris des lois, car l'empoisonnement de ses contemporains ne pourra jamais passer pour un droit imprescriptible, surtout lorsqu'il s'applique aux mineurs, à l'endroit de qui la loi de 1873 est toujours restée lettre morte. La législation nouvelle que nous demandons plus rigoureuse, plus étroite, moins facile à éluder, les débitants la devront à eux-mêmes, qui n'ont pas su se garder des excès et de la tentation des gains faciles. Il suffit, pour garantir les seules libertés qui soient respectables, d'éviter d'ouvrir la porte à l'arbitraire administratif, tentation de tous les régimes, en spécifiant et en limitant exactement les cas dans lesquels l'ouverture d'un débit est, non une faveur, mais un droit.

Enfin, il est temps d'appliquer sérieusement la loi sur les fraudes, en dehors de laquelle les débitants sont, en partie, restés. Il est vraiment étrange qu'on ne puisse pas vendre, même ouvertement, du vin mouillé, alors qu'on peut impunément vendre des alcools industriels et des liqueurs artificielles : si l'on n'admet pas la vente du vin additionné d'eau, pourquoi admettre la vente des liqueurs de fantaisie?

Et pourtant la proposition de loi de M. J. Reinach était bien anodine ; elle interdisait l'ouverture de tout

©BIUM

nouveau débit, permettait le transfert des anciens débits dans la même commune et dans un rayon maximum de 100 mètres ; elle permettait la réouverture au même endroit, au profit du titulaire ou de ses ayants droit, après les sinistres ou dans les six mois suivant le décès ou la faillite du titulaire. Les débits nouveaux ne pouvaient s'ouvrir à moins de 500 mètres de tout autre et dans les communes ayant plus de 1 débit par 500 habitants ; de même des débits temporaires pouvaient être ouverts à l'occasion des foires et marchés, ou dans les stations balnéaires et les villes d'eaux classées. Les débits nouveaux ou transférés ne pouvaient avoir de communication directe avec les locaux affectés à un autre commerce, sauf de tabac et sauf pour les débits temporaires. Les débits nouveaux, transférés ou temporaires, ainsi que ceux passant à la classe supérieure, paieraient annuellement une licence quintuple ; la vente en gros et au détail serait interdite aux mineurs de moins de seize ans, ainsi que la vente à crédit ; enfin ces dispositions ne s'appliqueraient pas aux établissements vendant uniquement des boissons hygiéniques.

On ne peut qu'approuver sans réserves les propositions si sages et si modérées de M. J. Reinach, ainsi que le rapport qui précède son projet de loi ; ce rapport est appuyé sur des documents nombreux et décisifs émanant de personnalités dont la compétence est hors de doute.

Certes, des objections ont été faites à l'efficacité de la limitation des débits de boissons ; mais, ces critiques sont toutes de surface et essentiellement tendancieuses ; elles n'ont de force que celle qu'elles empruntent à des intérêts électoraux qui sont très éloignés de se confondre avec l'intérêt général ; la plus sérieuse repose sur la jalousie qu'a fait naître le rétablissement du privilège des bouilleurs de cru, elle traduit certaines déceptions particulières dont le caractère est purement commercial.

C'est ainsi, malheureusement, que va le monde. Le 25 février 1907 un président du Conseil disait dans une circulaire à ses préfets : « Au moment où les méfaits de l'alcoolisme sollicitent l'attention de tous, le gouvernement a décidé de collaborer de tout son effort avec le

©BIUM

Parlement pour combattre ce fléau social... » ; et le 27 février suivant le ministre des Finances du même cabinet déclarait, devant une commission du Parlement, que les nécessités budgétaires ne lui permettaient pas d'accepter une nouvelle surtaxe de l'alcool. D'autre part, un mois avant, le 23 janvier 1907, M. le sénateur Delpech, vice-président du groupe antialcoolique du Sénat et l'un des membres les plus écoutés de la majorité républicaine, faisait devant la Société d'hygiène publique et de génie sanitaire le triste aveu suivant : « Les lois qui assurent la liberté du commerce des spiritueux et qui ont établi le privilège des bouilleurs de cru sous toutes ses formes sont des lois électorales dans le sens le moins louable du mot. Il ne faut pas songer à les faire abroger ni par la Chambre actuelle, ni par celles à venir. Alors, comment lutter contre l'alcoolisme dont tout le monde reconnaît le danger? Il faut commencer par s'attaquer aux fraudeurs, c'est-à-dire, tout en laissant au bouilleur son privilège, obtenir qu'il se soumette au contrôle et à la déclaration. Quand on aura obtenu cette petite réforme à allures financières, on avisera pour le reste. Exiger davantage pour le moment, c'est aller sûrement au-devant d'un échec ». La petite réforme à allures financières dont parlait M. Delpech est beaucoup moins petite qu'il n'a l'air de croire ; comme elle touche aux seuls avantages que procure le privilège, elle aura contre elle tous les bouilleurs ; elle échouerait, aussi bien que la suppression du privilège lui-même. En fait, tout se résume en des craintes électorales qui feraient désirer un retour à l'inéligibilité de la constitution de l'an III. « La crainte de l'impopularité, dès qu'on lui sacrifie une parcelle de vérité, est toujours une lâcheté ; elle est souvent aussi une sottise. » C'est si humain ; mais, hélas ! lorsque l'on s'aperçoit que c'est une sottise, les bêtises sont faites, et les bêtises, comme le provisoire, durent longtemps.

En France, la question de l'alcoolisme est désormais une question politique ; c'est ce qui retardera sa solution. « Jamais de politique, disait Flaubert, ça porte malheur et ça n'est pas propre. »

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1913

Présidence de M. SEMELAIGNE, président.

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

MM. Devaux et Duhem, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Boissier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Picqué, remerciant la Société du vote qu'elle a émis à la dernière séance, en faveur de la création d'une chaire de clinique chirurgicale des malades atteints d'affections mentales et nerveuses ;

4° Une lettre de M. Régis, remerciant la Société des félicitations qu'elle lui a envoyées à l'occasion de sa nomination de professeur titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Le luminal dans la pratique psychiatrique* ; — *Des émotions de la guerre comme causes de maladies mentales*, par M. Aleado Salerni ;

2° L'*Enfance anormale*, numéro de novembre 1913.

©BIUM

Rapport de la Commission des finances.

M. H. Colin. — Messieurs, l'avoir de la Société au 31 décembre 1912 était de . . . . Fr. 7.447 29
Les recettes en 1913 ont été de. 3.295 55

Total. . . . . Fr. 10.742 84

Les dépenses ont été de. 2.578 10

Reste un excédent global de. 8.164 74

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique . . .	Fr.	2.020 64
Prix Aubanel.		3.911 60
Prix Belhomme		1.500 »
Prix Moreau (de Tours).		200 »
Prix Christian.		532 50
Total.	Fr.	8.164 74

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 1913.

Elle vous demande de vous associer à elle pour adresser des remerciements au Dr Pactet, votre dévoué trésorier.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des remerciements sont votés à M. le Trésorier.

©BIUM

Rapport de candidature.

M. Boissier. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Vigouroux, Dupain et Boissier, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature au titre de membre associé étranger de M. le Dr Gaétan Boschi, médecin du manicome de Ferrare et membre de l'Académie des sciences médicales et naturelles de la même ville.

A l'appui de sa candidature, notre très actif confrère a envoyé vingt-quatre mémoires ou articles dont deux en français, extraits d'importants périodiques médicaux et neurologiques d'Italie et de France. M. Boschi a abordé dans son œuvre tous les ordres de recherches qui nous intéressent : physiologie pathologique, thérapeutique, psychiatrie pure, neurologie, médecine légale des aliénés, administration, etc. Ses travaux s'étendent du simple recueil de faits jusqu'aux propositions les plus générales. Son observation clinique s'appuie sur des travaux de laboratoire et s'éclaire de planches et de photographies intéressantes. Il nous montre, par exemple, une belle série de costumes et d'attributs ornementaux chez des déments précoces et des maniaques-dépressifs, établissant la semiologie du costume dans ces deux catégories de malades. D'autre part, il nous présente de curieuses attitudes en étudiant l'écoprasie. Il recherche l'étiologie générale des maladies mentales, mettant à la base de tout l'ensemble des facteurs une lointaine prédisposition. Il étudie l'action des bromures, celle de la sabromine, il dose l'indican, apprécie la valeur du varech dans le couchage et tend à en conserver l'emploi dans des cas spéciaux. En un mot, l'œuvre du Dr Boschi est déjà très étendue, son activité et sa sagacité le mettent dans une situation avancée dans notre spécialité, son admission dans notre Compagnie ne peut laisser aucune hésitation et nous adjoindra un collègue fort distingué.

M. Boschi est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

©BIUM

Troubles mentaux dans le tabes,

par MM. V. TRUELLE et A. CORNET.

Plusieurs communications récentes, notamment celles de Klippel et Lévy-Darras, de Vigouroux et Hérisson-Laparre (*Société médico-psychologique*, novembre 1912), des résultats d'examens histologiques, des articles d'ensemble (H. Claude, *Journal des praticiens*, 18 octobre 1913; V. Truelle, *Annales médico-psychologiques*, janvier à avril 1910), ont à nouveau attiré l'attention sur les troubles mentaux observés dans le cours du tabes.

Parmi ces troubles, des distinctions s'imposent, elles sont classiques :

1° Le tabes peut susciter ou réveiller, chez des psycho-névropathes, des accidents divers, tels que : obsessions, phobies (stasobasophobie signalée par Dupré), des phénomènes hystériformes ou neurasthéniques, voire des phases de dépression ou d'hypocondrie. De l'aveu de tous, l'ataxie locomotrice n'a pas, dans ces cas, d'action spécifique, c'est une cause seconde, et les accidents constatés surviennent à l'occasion du tabes, et non en raison de celui-ci;

2° Un délire hypocondriaque, mélancolique ou de persécution, une psychose intermittente peuvent puiser dans les troubles sensitifs, ataxiques, et peut-être trophiques, du tabes, des éléments qui les entretiennent, les orientent ou leur donnent une teinte particulière. Ici encore, il ne s'agit pas de troubles psychopathiques du tabes. Et à côté des cas où un délire, par ailleurs banal, a pu être influencé dans sa forme ou dans son mode d'expression par tel ou tel symptôme tabétique, il en est d'autres (Joffroy, *Société de psychiatrie*, novembre 1908; Séglas et Vallon, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1909) où tabes et délire de persécution, par exemple, évoluèrent parallèlement, sans influence quelconque du premier sur le second, en s'ignorant pour ainsi dire;

3° Des syndromes confusionnels avec excitation ou dépression, délirants, hallucinatoires, peuvent éclater

©BIUM

chez des tabétiques par le fait d'associations toxiques ou infectieuses. Que dans ces cas, le tabes, maladie cachectisante, prépare l'organisme à l'action des poisons étrangers ou intérieurs, cela est fort possible. Mais ce ne sont encore là que des troubles accidentels, très indirectement dérivés de la maladie de Duchenne.

S'il était toutefois démontré que de pareils syndromes sont, dans certains cas, le résultat de l'infection syphilitique, il y aurait là un groupe de faits qui mériteraient d'être étudiés à part. Mais c'est surtout à la période secondaire, plus rarement à la période tertiaire de la syphilis, que ces psychoses infectieuses sont susceptibles d'apparaître. Il n'y a pas lieu de s'y arrêter ici, d'autant plus qu'à leur propos la controverse serait aisée et les précisions rares;

4° Enfin une paralysie générale peut venir se superposer, avec son cortège ordinaire de syndromes mentaux et physiques, à la radiculite et à la sclérose postérieures.

Pour beaucoup d'auteurs, entre autres Nageotte, Ballet, Dupré, etc., tous les troubles mentaux que l'on rencontre au cours du tabes rentrent dans l'une ou l'autre de ces quatre catégories. Pour un certain nombre d'autres (Rougier, Obersteiner, Pierret, Simon, etc.), il existerait en outre des syndromes psychiques propres au tabes et directement conditionnés par lui :

1° Ce sont d'abord des phénomènes purement démentiels, à marche généralement lente, quelquefois extrêmement rapide (Schüle), à manifestations atténuées, réduits parfois à un peu d'incertitude de la mémoire, à un certain ralentissement psychique, voire à de simples modifications de l'humeur et du caractère (dépression avec hypocondrie, ou au contraire indifférence et euphorie). Et ce serait là une *démence tabétique* (Krafft-Ebing, Kraepelin, etc.), différente de la paralysie générale.

Dans ce groupe, on doit comprendre aussi une grande partie de ces troubles moraux que beaucoup de neurologistes déclarent assez fréquents dans le tabes, et qui ne sont en réalité que l'expression d'un déficit intellectuel atténué, d'un trouble affectif et d'un défaut de jugement, d'un amoindrissement de l'auto-critique;

2° Ce sont ensuite des accidents franchement déli-

©BIUM

rants, signalés dès 1881 par Baillarger, à base d'excitation ou de dépression, avec idées de persécution, mélancoliques ou mégalomaniaques, accompagnés souvent de troubles sensoriels, à marche irrégulière, tantôt plus ou moins continus, tantôt, et le plus souvent, séparés par des intervalles parfois longs de guérison apparente.

C'est dans ce groupe que rentrent et la psychose tabétique de Pierret et de Rougier, et les cas récemment apportés ici même par Klippel et par Vigouroux.

Mais si, d'une part, nous observons avec Pierret que sa « lypémanie tabétique avec délire de persécution » peut se compliquer « de bouffées mégalomaniaques qui peu à peu deviennent plus fréquentes et plus tenaces », et qu'à la fin « une vraie démence s'établit » (Congrès de Blois, 1892); si d'autre part nous remarquons dans les épisodes récidivants, tels que ceux rapportés par Vigouroux et par Klippel, l'absurdité fréquente, la niaiserie parfois, l'inconséquence, la mobilité, l'énormité des idées délirantes, la discordance entre l'attitude réactionnelle du malade et le contenu de ses idées, le défaut de continuité dans cette attitude, toutes choses qui sont l'indice d'un affaiblissement intellectuel, nous sommes, en fin de compte, ramenés à cette proposition : *Il peut exister au cours du tabes des troubles mentaux, directement conditionnés par lui, essentiellement démentiels, compliqués ou non de manifestations délirantes épisodiques ou durables.*

Dès lors toute la question des troubles mentaux du tabes est celle-ci : *Ces psychoses démentielles doivent-elles être radicalement séparées d'une paralysie générale associée au tabes?*

Ces manifestations psychopathiques sont l'expression de la propagation à l'encéphale des lésions inflammatoires et dégénératives de la radiculite postérieure. Tout le monde le reconnaît. Mais tandis que pour Nageotte cette méningo-encéphalite diffuse secondaire, histologiquement et macroscopiquement semblable à celle de la paralysie générale banale, doit être identifiée à celle-ci, anatomiquement et cliniquement ; pour d'autres, qui admettent l'analogie des lésions, le tableau clinique diffère suffisamment de celui réalisé dans la paralysie

©BIUM

générale, pour que, malgré l'identité de nature et de diffusion des lésions, on soit en droit de séparer ces deux groupes de syndromes. Pour Pierret, enfin, si dans les deux cas les lésions sont semblables quant à leur nature, elles diffèrent au point de vue de leur localisation. C'est l'ingénieuse conception de son tabes psychomoteur et de son tabes psycho-sensoriel ainsi dénommés, selon que les neurones moteurs centrifuges, ou les neurones sensitifs centripètes sont atteints. Dans la psychose tabétique les lésions encéphaliques seraient localisées exclusivement, ou tout au moins d'une façon nettement prédominante, dans les centres sensitifs corticaux; alors que dans la paralysie générale vraie ce seraient les zones motrices qui seraient atteintes. Il ne semble pas qu'aucune confirmation anatomique ait été donnée de cette séduisante hypothèse. Même dans les cas où les auteurs avaient signalé au cours du tabes des troubles mentaux qu'ils n'identifiaient pas à ceux de la paralysie générale, l'examen nécropsique leur a révélé des lésions qu'ils déclarent exactement semblables à celles de la paralysie générale vulgaire.

Ainsi en 1908, à la Société de médecine mentale de Belgique, P. Marius et d'Hollander relataient l'observation d'un tabétique de quarante ans, lequel avait présenté successivement des idées de persécution, puis un délire hypocondriaque avec idées de négation d'organes, sans signes évidents de démence et à l'autopsie de qui ils trouvèrent néanmoins des lésions de paralysie générale au début. Plus récemment Alberto Rezza (*Revue italienne de Neuropathologie*, octobre 1912) signalait également, chez un tabétique de cinquante-deux ans, ayant présenté des troubles mentaux transitoires et récidivants, avec confusion mentale, hallucinations, délire de persécution, mégalomanie, sans démence constatée pendant les périodes de calme, des lésions communes de méningo-encéphalite diffuse, où toutefois l'élément inflammatoire l'emportait sur le processus dégénératif.

A la dernière séance de la Société clinique de Médecine mentale, Vigouroux apportait le résultat de l'autopsie d'un des deux tabétiques dont il avait donné ici même l'observation (*Société médico-psychologique*,

©BIUM

25 novembre 1912), et cette fois encore les lésions méningo-corticales étaient celles de la paralysie générale classique. A la même séance, l'un de nous rappelait deux des cas figurant dans le travail déjà signalé (V. *Truelle*. Troubles mentaux dans le tabes, *Annales médico-psychologiques* 1910); dans l'un (Obs. II) il existait simplement un très léger déficit intellectuel (malade de soixante-douze ans) avec cette insouciance de l'avenir signalée parmi les modifications de l'humeur des tabétiques; dans l'autre (Obs. III), longtemps après des accidents psychopathiques mal définis, on avait pu en dernier lieu soupçonner la paralysie générale. Or, dans ces deux cas, non seulement l'examen histologique montra les lésions classiques de la paralysie générale, mais encore ces lésions, étudiées dans le lobe frontal, dans Fa, et dans Pa, dans la région paracentrale et dans le lobe occipital, apparurent également intenses dans l'une ou l'autre de ces différentes régions.

Il paraît donc établi dès maintenant qu'il est impossible, d'après nos moyens actuels d'examen, de différencier anatomiquement les lésions de la paralysie générale et celles des psychoses vraies démentielles du tabes autrement que par des degrés quantitatifs.

Il semble établi également que ces psychoses vraies du tabes comportent souvent, nous dirions volontiers toujours, un déficit intellectuel plus ou moins net, plus ou moins facile à mettre en évidence. Si dans certains cas, rares d'ailleurs, des rémissions de plusieurs mois, d'une année même, se présentent au cours desquelles le malade n'apparaît pas manifestement dément, au cours desquelles il peut reprendre ses occupations anciennes, il n'en est pas moins vrai que l'affaiblissement intellectuel s'est révélé pendant la période délirante (absurdité, mobilité, inconséquence, etc., des conceptions fausses); de plus, les cas signalés de ce soi-disant retour *ad integrum* ne comportent généralement pas d'examen psychologique suffisamment précis de la période intercalaire pour qu'on puisse affirmer en toute sécurité qu'il n'existait aucun affaiblissement des facultés mentales.

La difficulté où l'on est souvent dans ce cas de porter en toute certitude le diagnostic de paralysie générale vient surtout de ce qu'on est réduit, pour le faire, au

©BIUM

seul examen mental. Des signes physiques, il ne reste plus guère en effet que l'embarras de la parole, les autres étant communs au tabes et à la paralysie général. Or, si cet embarras de la parole a une très grande valeur diagnostique, il est parfois très atténué dans la paralysie générale sans tabes, il peut même y manquer complètement pendant une durée très longue de l'évolution de cette affection.

D'un autre côté, le polymorphisme des troubles mentaux dans la paralysie générale vraie, la variabilité selon les périodes du déficit intellectuel, l'irrégularité de l'évolution dans certains cas, la possibilité bien connue de rémissions prolongées succédant, surtout au début, à des accidents délirants à grand fracas, font que l'on ne saurait dans tous les cas affirmer, ni nier, sans crainte d'erreur, qu'il s'agit dans ces troubles psychiques du tabes d'un syndrome mental distinct cliniquement de la paralysie générale.

Il semble toutefois que la méningite et l'encéphalite chroniques, plus fréquentes peut-être qu'on ne l'a supposé jusqu'ici dans le tabes, maladie de l'axe cérébro-spinal et non pas seulement de la moelle (Fournier), il semble, disons-nous, que cette méningo-encéphalite chronique soit susceptible de réaliser plus volontiers que celle de la paralysie générale vulgaire des syndromes cliniques atypiques à évolution irrégulière ou prolongée, à manifestations démentielles atténuées, ou à symptomatologie délirante exacerbée. Encore, pour l'affirmer, faudrait-il connaître mieux et mettre en parallèle les formes atténuées ou irrégulières de la paralysie générale vraie, ce qui n'a pas encore été fait suffisamment à notre avis.

Il nous apparaît, en somme, que l'on doit à l'heure actuelle s'en tenir à la conception formulée par Nageotte dans sa remarquable thèse de 1892, à savoir que les troubles mentaux propres au tabes sont ceux de paralysies générales plus ou moins avancées, et qu'on « peut passer par des degrés insensibles du tabes simple à la paralysie générale pure ».

Nous reconnaissons pourtant très volontiers qu'il est des faits dont l'interprétation est extrêmement difficile, et nous allons en donner tout de suite deux exemples,

©BIUM

mais cette difficulté n'est pas spéciale au tabes, et, en dehors de lui, il est, dans la paralysie générale vulgaire, des cas non moins difficiles, en non moins grand nombre peut-être. Si bien que cette question encore obscure des troubles mentaux du tabes doit en grande partie son obscurité à celle même des paralysies générales.

Obs. I. — *Syphilis. Tabes datant de sept ans. Troubles mentaux intermittents datant de six ans. Pas de déficit intellectuel.*

L..., âgé de quarante-neuf ans, professeur, fut un homme très cultivé, à l'esprit très fin.

Antécédents héréditaires chargés (grand'mère mélancolique internée, père neurasthénique; mère morte de granulie, deux frères morts tuberculeux, un autre mort paralytique général).

Antécédents personnels : intelligence très au-dessus de la moyenne, remarquables aptitudes au travail intellectuel.

Affectivité très développée, mais aussi grande impressionnabilité, d'où, de tout temps, de courts accès de violents emportements.

Accès d'asthme très pénible depuis l'âge de vingt ans.

Syphilis à vingt-quatre ans.

Tabes diagnostiqué en 1906 : douleurs fulgurantes très pénibles dès le début, ataxie rapide; puis rééducation et atténuation notable de l'incoordination.

Actuellement :

Tabes net (Westphall, Argyll, Romberg, absence des réflexes achilléens et crémastériens, analgésie profonde, hypotonie, etc.), grosse ataxie de la marche et de l'écriture, sénilité précoce, cachexie.

Troubles mentaux, ont débuté en 1907, à quarante-trois ans. Très affecté par la perte successive de plusieurs membres de sa famille, notamment de celui de son frère mort paralytique général, et par ailleurs surmené intellectuellement, L... se déprime rapidement : il se croit menacé, lui aussi, de folie, et perdu à brève échéance.

Ce premier accès de dépression avec préoccupations hypocondriaques dura trois mois.

Après deux mois de calme, survient une phase d'excitation progressive qui dure un mois.

En novembre 1908, elle fait place à un second accès de dépression plus accentué que le premier et plus prolongé. Placé d'abord dans une maison de santé, le malade s'en évade le cinquième jour et continue sa crise chez lui jusqu'en mai 1909.

©BIUM

Puis survient sans intervalle une nouvelle phase d'excitation avec euphorie.

Dès lors, chaque année, vers le mois d'octobre ou novembre, L... présente pendant quelques semaines une phase dépressive. La dernière, qui a débuté en novembre 1911, n'a cessé qu'en avril 1913. Pendant ce temps, le malade, profondément abattu, avait cessé toute occupation, ne recevant personne, n'écrivant aucune lettre, ne voulant même pas donner une signature.

Puis, brusquement, le 1er avril, il sort de sa prostration et va reprendre ses cours. Mais au bout de quinze jours, il apparaît manifestement excité, se livre à toutes sortes d'actes extravagants, commande pour plusieurs milliers de francs de travaux inutiles et d'objets les plus disparates, etc... En même temps, et pour la première fois, apparaissent des idées de persécution et d'empoisonnement, qui vont bientôt dominer la scène; ses réactions deviennent dangereuses, et il faut enfin le faire interner (28 juin 1913).

Ici L... apparaît fortement délirant, mais sous une forme très atypique : tour à tour humble ou impérieux, docile ou rebelle, confiant ou inquiet et même anxieux, il ne peut fournir sur lui-même que des renseignements très incomplets et, volontairement semble-t-il, contradictoires, Il change d'aspect du jour au lendemain, d'un moment à l'autre, sans que l'on puisse faire un diagnostic syndromique précis.

A partir du 5 juillet, il entre dans un état hypomaniaque mixte (fuite d'idées, subagitation, humeur triste), il est très malpropre, gâte tout au travers de sa chambre, s'alimente mal.

Le 11, il devient subitement calme ou plutôt prostré, avec ébauche de catatonisme. Il est lucide et se souvient en partie de ses excentricités passées.

Le 13, réapparition de l'excitation, toujours sous la forme mixte ; peu à peu, les tendances dépressives dominent, les idées hypocondriaques sont plus systématiques, l'anxiété quasi continue, l'alimentation est très insuffisante et, fin juillet, l'état général devient inquiétant.

Vers le milieu du mois d'août, le malade s'améliore peu à peu, le calme revient, les propos sont raisonnables. On peut alors se rendre compte qu'il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel cliniquement appréciable.

Cette amélioration fut de courte durée, et bientôt L... devint à nouveau déprimé, hypocondriaque, très difficile à satisfaire, se laissant mal soigner, égoïste, exigeant et injuste. Depuis fin septembre, il ne quitte pour ainsi dire pas le lit, mais aussi il vient d'avoir pendant un mois des accès d'asthme terribles ;

©BIUM

il se cachectise de plus en plus et souffre presque constamment de douleurs lancinantes.

Toujours pas d'affaiblissement intellectuel.

Comment interpréter ce cas ? Nous pensons que puisque ni dans l'expression des épisodes délirants, ni dans l'intervalle de ceux-ci, on n'a pu constater d'affaiblissement intellectuel, on doit éliminer la paralysie générale. Non seulement L... a continué sa vie active de professeur et de conférencier pendant l'intervalle de ses accès, mais il n'a même pas toujours suspendu ses leçons au cours de ceux-ci, réservant pour la maison son humeur noire ou son exaltation euphorique.

C'est seulement lors du grand accès de dépression de novembre 1912 qu'il a cessé de s'occuper, encore a-t-il pu en octobre reprendre ses cours d'une façon normale pendant quinze jours. Nous ajouterons qu'il n'a ni embarras de la parole, ni tremblement de la langue, et qu'il ne présente même pas de lymphocytose rachidienne (1, 2 lymphocytes par millimètre cube. Le malade a suivi depuis son tabes un traitement antisyphilitique régulier). Nous croyons qu'il s'agit simplement d'une psychose intermittente (lourde hérédité, tendances cyclothymiques antérieures), développée accidentellement chez un tabétique.

Il faut dire encore que depuis fort longtemps, dès avant le début de son tabes, le malade faisait par intermittence usage de morphine, à l'occasion de ses accès d'asthme, qu'il avait redoublé cet usage lors des crises tabétiques initiales, que depuis 1912 il en prenait quotidiennement au point d'être arrivé à la dose journalière de 8 centigrammes à son entrée à la maison de santé. Quel fut le rôle exact de cette intoxication surajoutée dans la production du désarroi intellectuel? Il est difficile de le préciser.

Obs. II. — *Syphilis. Paludisme. Tabes. Accès de dépression anxieuse, léger affaiblissement intellectuel. Autopsie.*

M..., femme L..., âgée de cinquante-six ans, entre pour la seconde fois à la maison de santé le 25 septembre 1913.

©BIUM

Antécédents héréditaires : père buveur. Frère aliéné (?).

Antécédents personnels : mal connus.

Syphilis vers l'âge de quinze ans. A vécu pendant vingt ans aux colonies (Côte d'Ivoire, puis Tonkin) d'une existence assez aventureuse. Paludisme. Pas d'habitudes alcooliques.

Jamais de troubles mentaux avant l'apparition du tabes, jamais d'alternances de l'humeur.

Tabes diagnostiqué en janvier 1909 (à cinquante-deux ans) : douleurs fulgurantes et crises gastriques extrêmement pénibles.

Lors de son entrée (septembre 1913), disparition des réflexes rotuliens et achilléens, signe d'Argyll, Romberg peu marqué, mais net, légère incoordination motrice, hypotonie. Crises douloureuses aux M. I., en ceinture, et surtout crises viscérales extrêmement pénibles; hypoesthésie profonde.

L'état général est mauvais; peau sèche, face terreuse, foie petit; tachycardie paroxystique; constipation rebelle; refus habituel d'aliments, amaigrissement rapide et continu.

Troubles mentaux. Ils sont apparus pour la première fois au début de mars 1910. Le 1er mars, la malade rentre du Tonkin très fatiguée par ses douleurs tabétiques incessantes. Très vite surviennent des accès d'énervement et d'anxiété, de l'agitation, puis des crises de violence et des idées de suicide. Elle entre une première fois à la maison de santé le 14 mars 1910 et M. le Dr Capgras rédige le certificat suivant : « Léger affaiblissement intellectuel avec idées hypocondriaques et de satisfaction. Agitation par intervalles. Crises gastriques. Tabes. »

Ce qui domine, ce sont les crises d'agitation anxieuse entrecoupées de courts intervalles de calme ou de dépression et les idées hypocondriaques multiples (elle est rongée par les vers, elle a un lézard dans le ventre, etc.). On note aussi des idées de persécution et d'empoisonnement, et quelques idées de satisfaction. Les réactions sont vives et quelque peu discordantes : plaintes, gémissements, impatiences, récriminations, menaces, pseudo-tentatives de suicide. L'humeur reste mobile ; la malade est désordonnée et sans pudeur. Ceci, joint à une certaine désorientation dans le temps, à de l'imprécision de la mémoire, à l'incorrection grammaticale de ses écrits, etc., fait admettre l'existence d'un léger affaiblissement intellectuel. Pas d'embarras de la parole.

Elle sort le 23 avril, guérie de son accès d'angoisse délirante, débarrassée aussi de ses crises douloureuses.

Elle va relativement bien pendant trois ans, s'occupe de son ménage et mène une existence intellectuellement normale en apparence, bien que restreinte.

Au début de 1913, elle se plaint de vertiges, d'étourdissements, d'insomnies. On lui fait successivement deux injections

©BIUM

de 606, puis dix injections de sérum Quéry (elle avait toujours suivi un traitement antisyphilitique énergique) ; l'état va s'aggravant ; les crises douloureuses tabétiques ont réapparu ; la nervosité s'accentue. Elle est ramenée à Ville-Evrard le 25 septembre.

L'agitation est extrême, ce sont par crises des accès d'anxiété avec turbulence, des lamentations, des tentatives constantes d'automutilation. Ces accès sont manifestement en rapport avec les crises douloureuses viscérales ou périphériques multiples (crises pharyngées avec obstacle à l'alimentation, crises laryngées avec apnée momentanée et tachycardie paroxystique, crises gastriques avec ou sans vomissements, douleurs thoraciques constrictives, douleurs fulgurantes des membres). Les idées hypocondriaques exprimées correspondent à ces sensations atrocement pénibles : elle ne peut plus parler, ni avaler, elle étouffe, et va éclater, son estomac est rétréci, elle a tout le corps vidé, ses organes sont pourris, sa gorge bouchée, ses jambes et ses pieds sont disloqués, sa tête est pleine de fourmis, tous ses nerfs sont tombés, elle n'est plus qu'une loque, etc. Par moments elle est calme, mais toujours un peu obnubilée, son humeur est mobile, tantôt difficile et jalouse, tantôt humble et confiante, elle exprime parfois quelques vagues idées de persécution. Sa mémoire est imprécise, son jugement faussé, ses écrits incorrects.

La parole est monotone, entrecoupée, sans achoppement vrai. Une ponction lombaire faite le 10 novembre donne 9 lymphocytes par millimètre cube, avec une forte albuminose et un Wassermann faiblement positif du liquide céphalo-rachidien. Le liquide est clair.

Aucun traitement ne calme ces douleurs ni cette agitation anxieuse, la dénutrition est rapide, la faiblesse s'accentue progressivement.

A partir du 8 novembre, la malade entre dans un état de prostration profonde, elle reste confinée au lit, gémissant doucement, couchée en chien de fusil ; la langue est sèche, les lèvres fuligineuses. Les jours suivants une diarrhée fétide s'installe et la malade s'éteint le 16 novembre, en hypothermie (35°4) ; elle a perdu 8 kilogrammes en un mois.

Autopsie. — Cœur : lésions athéromateuses aortiques, endocardite ancienne de la mitrale.

Poumons : adhérences anciennes du sommet gauche, avec nodules crétacés ou ramollis.

Foie petit (600 gr.), sclérose insulaire à tendance annulaire et pénicillée. Légère congestion sus-hépatique.

Rate très petite (27 gr.), granuleuse, présentant de nombreux îlots scléreux.

©BIUM

Reins apparemment normaux, mais blanchâtres. Rien de bien appréciable à l'examen histologique.

Foyer d'hémorragie interstitielle dans la surrénale droite.

Sclérose des cordons postérieurs de la moelle (tabes lombo-sacré), atrophie et disparition d'un certain nombre de cellules dans la colonne de Clarke.

Encéphale : épaississement de la dure-mère, leptoméningite par plaques, léger œdème sous-pie-mérien. Pas d'adhérences. Etat finement granuleux des ventricules latéraux et du plancher du 4e ventricule.

A l'examen histologique, on trouve la pie-mère normale en certains endroits, épaissie et scléreuse en d'autres et légèrement infiltrée. Il y a aussi une infiltration périvasculaire extrêmement discrète dans l'encéphale, une congestion considérable avec de nombreux néo-capillaires. Les cellules sont irrégulièrement colorées, beaucoup surchargées de pigment jaune; en général, les grains chromatiques ont tendance à devenir poussiéreux. Les lésions cellulaires, somme toute, sont extrêmement discrètes. Il en est de même de celles des fibres tangentielles et des autres fibres parallèles.

Ce cas est lui aussi difficile à interpréter. Il existe bien des lésions inflammatoires méningées et corticales, anciennes et récentes, mais elles sont très peu marquées; les lésions dégénératives le sont encore moins.

Cependant les unes et les autres existent et l'on peut, croyons-nous, admettre qu'il s'agit d'un processus de méningo-encéphalite diffuse. Il n'y a pas de différence selon les différentes régions du cerveau examinées.

Nous serions donc en présence d'accidents mentaux constitués, d'une part, par un léger affaiblissement intellectuel en rapport avec des lésions également légères et, d'autre part, par des accès paroxystiques anxieux, à base dépressive, compliqués de conceptions hypocondriaques et de quelques idées de persécution, suscitées et entretenues par les crises viscérales tabétiques.

Doit-on dire qu'il s'agissait d'un début de paralysie générale associée au tabes? Nous le pensons, faute de savoir quel nom il faudrait donner à un syndrome démentiel même atténué (quelles que soient d'ailleurs ses complications délirantes), conditionné par des lésions,

©BIUM

même discrètes, de méningo-encéphalite diffuse généralisée inflammatoire et dégénérative.

DISCUSSION

M. Marchand. — La seconde observation du travail de M. Truelle présente un grand intérêt. Elle montre qu'à côté de la méningo-encéphalite diffuse, dont le type clinique est la paralysie générale, il existe des formes atténuées qui sont encore mal connues et qui diffèrent de la méningo-encéphalite classique par leur lente évolution et leur moindre intensité. Cliniquement, elles se traduisent par des syndromes particuliers qui, eux aussi, diffèrent du syndrome paralytique. Ces formes atténuées se rencontrent surtout chez des tabétiques, et les cas suivis d'examen histologique, comme celui que vient de nous rapporter M. Truelle, permettent de jeter quelque lumière sur ces formes atténuées de méningo-encéphalite.

M. Vigouroux. — Pourtant, il n'est pas rare de trouver des lésions inflammatoires très accusées chez des paralytiques au début, chez qui les signes cliniques sont des plus incertains.

M. Trénel. — J'ai vu les préparations faites par M. Truelle avec le cerveau de sa deuxième malade ; les lésions sont, en effet, très discrètes et ne répondent pas à ce qu'on pouvait attendre de l'ancienneté de l'évolution clinique. Les lésions cellulaires sont aussi peu précises que les lésions de la méninge.

M. Vigouroux. — Dans ces formes atypiques au point de vue histologique, l'évolution clinique est elle-même fréquemment anormale. Pratiquement, il faut se garder de porter un pronostic sombre d'emblée chez les paralytiques tabétiques.

M. Arnaud. — Baillarger avait déjà signalé la lenteur de l'évolution clinique dans les cas d'association de tabes et de paralysie générale.

M. Vigouroux. — En dehors de cette évolution ralentie, il faut encore noter la fréquence relative et l'importance des intermissions.

M. Truelle. — Il serait intéressant de s'assurer, par des statistiques précises, si les intermissions sont réelle-

©BIUM

ment plus fréquentes dans les cas de paralysie générale et de tabes associés que dans la paralysie générale ordinaire.

Élections pour le Bureau de 1914.

M. VIGOUROUX, vice-président, devenant de droit président, il est procédé au scrutin pour la nomination du vice-président pour l'année 1914.

Le scrutin est resté ouvert pendant la séance.

Votants.	21	
MM. CHASLIN.	15	voix.
DUPRÉ.	5	—
Bulletin blanc. . .	1	

En conséquence, M. CHASLIN est proclamé vice-président.

Élection du secrétaire général :

Votants.	19	
MM. RITTI	18	voix.
DUPAIN	1	—

M. RITTI est élu secrétaire général.

Élection des secrétaires des séances :

MM. DUPAIN et JUQUELIER sont élus par 16 voix sur 17 votants.

Élection du trésorier :

M. PACTET est élu par 17 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. KLIPPEL et SEMELAIGNE.

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

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

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,
J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 15 *décembre* 1913.

I. — *Deux cas de chorée gravidique. Présentation de malades.* — M. *Picqué* rapporte deux cas de chorée gravidique. Premier cas : La chorée a apparu à la troisième grossesse au septième mois ; elle est généralisée et intéresse les muscles de la face ; celle-ci s'accompagne de dépression mélancolique avec mutisme. Les troubles disparaissent avec l'accouchement. L'accouchement a lieu normalement. Le traitement s'est borné à l'administration du bromure de potassium 2 grammes.

Deuxième cas primipare : a eu de la chorée pendant l'enfance. La chorée a débuté à cinq mois et demi et persistait au moment de l'accouchement. Dépression mélancolique, inertie, mutisme. Infection puerpérale consécutive ; guérie au pavillon de chirurgie par le curettage.

A propos de ces deux observations, M. Picqué reprend rapidement l'histoire de la chorée au point de vue étiologique, clinique, pronostique et thérapeutique. Au point de vue étiologique et pronostique, il est important de distinguer la chorée gravidique des accidents infectieux qui peuvent la compliquer. Dans le deuxième cas, il y eut de l'infection puerpérale. Au point de vue du traitement, M. Picqué s'élève contre l'avortement thérapeutique, proposé par quelques auteurs et ne le réserve qu'au cas où la vie de la mère est en danger. Dans le premier cas, l'accouchement s'est fait normalement.

II. — *Paralysie générale et tabes. Présentation de malade.* — MM. *Vigouroux* et *Pruvost* présentent un tabétique ancien qui a eu en 1909 de l'excitation avec idées de satisfaction naïves, projets ambitieux et qui l'ont fait considérer comme paralytique général. Il eut une rémission de plus de six mois,

©BIUM

pendant laquelle il put reprendre ses fonctions de facteur; puis après une seconde bouffée délirante de quelques semaines, une seconde rémission qui lui permit de rester deux ans en liberté. Aujourd'hui il est nettement paralytique général, avec cette caractéristique, cependant, que sa démence n'est pas globale, que sa mémoire des faits anciens est admirablement conservée.

III. — *Impulsions conscientes chez un épileptique. Présentation de malade.* — MM. *Trenel* et *Raignier* ont observé un cas d'impulsion consciente chez un épileptique ancien, alcoolique, qui s'est fait interner volontairement par crainte de réaliser l'idée qui lui est venue de tuer sa belle-sœur et sa petite fille. Sans qu'on puisse fixer d'une façon précise quel rapport existe entre cette impulsion, qui aurait duré un certain temps, et des crises convulsives, le fait est très important au point de vue médico-légal, car dans le cas où une semblable impulsion consciente avouée serait suivie de passage à l'acte, il pourrait être difficile de faire adopter par un tribunal l'irresponsabilité.

IV. — *Paralysie générale et néo-salvarsan. Présentation de malade.* — M. *Marie* (de Villejuif) présente un cas de paralysie générale traité par les instillations d'arsénobenzol intrarachidiennes. Sur quatorze cas ainsi traités à diverses périodes avec M. Levaditi, les auteurs ont observé huit cas où l'affection semble enrayée depuis huit mois, ou tout au moins ralentie et modifiée dans son évolution.

M. *Marchand* rappelle qu'il y a onze ans, il a traité sept femmes paralytiques par l'injection hebdomadaire de 2 milligrammes de biiodure de mercure et de 2 centigrammes d'iodure de potassium.

M. *Delmas* dit qu'il faut se méfier des doses de 1 à 5 centigrammes dans les injections intrarachidiennes de néo-salvarsan. Il a employé la dose de 2 milligrammes et a pu conserver un cas de rémission remarquable. D'autres malades n'ont pas été améliorés au point de vue mental, mais il y a eu modification favorable de l'état général.

M. *Juquelier* estime que si les cas de paralysie générale traités par le néo-salvarsan où l'on peut observer une amélioration de l'état mental sont encore relativement rares ou d'interprétation délicate, les observations où le traitement a relevé l'état général sont assez fréquentes pour que la coïncidence ne puisse plus être invoquée.

V. — *Un singe cocaïnomane.* — M. *Marcel Briand* montre un singe devenu cocaïnomane par imitation, qui fouille dans les

©BIUM

poches et les meubles de sa maîtresse pour y chercher de la cocaïne, qu'il lèche avec frénésie. Après une première désintoxication, on put le réintoxiquer en lui redonnant de la drogue. La cocaïne produit chez lui des accès d'agitation avec très probablement des troubles de la sensibilité cutanée et une soif très intense. Toute autre poudre qu'on lui présente le laisse indifférent.

VI. — *Démence précoce et tuberculose du cerveau. Présentation de pièces.* — MM. *Hérisson-Laparre* et *Pruvost* ont observé une malade âgée de vingt-cinq ans, morte démente précoce à l'asile de Vaucluse un an au plus après l'apparition des accidents mentaux. L'autopsie révèle trois tubercules cérébraux sous-corticaux. Les auteurs se demandent si ces tubercules ont simplement aggravé et accéléré l'évolution de la démence précoce, ou bien si on peut supposer que, par leur action toxi-infectieuse, ils ont provoqué la désintégration des cellules pyramidales et la démence.

VII. — *Un cas de perforation spontanée du temporal. Présentation d'un moulage.* — M. *Picqué* apporte le moulage d'un malade présenté par M. Vigouroux à la dernière séance qui montre une saillie notable du temporal.

La trépanation a décelé une perforation centrale sans séquestre; l'orifice est occupé par un bourgeon charnu. La dure-mère, épaissie, est incisée. On ne trouve aucune lésion apparente du cerveau. La réparation est aujourd'hui complète sans application de pièce métallique.

VIII. — *Paralysie générale et tabes. Présentation de pièces.* — MM. *Vigouroux* et *Pruvost* montrent les préparations histologiques de la moelle épinière et du cerveau d'un tabétique paralytique général présentant des troubles mentaux intermittents et de longues rémissions, dont l'observation a été présentée à la Société médico-psychologique en décembre 1911. Les coupes de la moelle sont celles d'un tabétique ancien : les cordons de Goll et Burdach ont disparu, les zones radiculaires et de Lissauer sont sclérosées. Le cerveau présente de la méningo-encéphalite qui ne se distingue en rien de celle que l'on trouve ordinairement.

©BIUM

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of mental science.

ANNÉE 1909.

I. — *Les bases physiques de la conscience*; par H. Maudsley (numéro de janvier). — Le corps est un composé vivant d'une infinité de cellules solidaires qui constituent les différents tissus et organes dont l'activité est intimement coordonnée en vue des fonctions de l'ensemble. Un organisme vivant qui se développe lui-même, se conserve, se répare, fonctionne, en un mot avec une apparente spontanéité, semble posséder tous les attributs de l'intelligence et de la volonté, un seul excepté : la conscience. Celle-ci, comme une lueur sans cesse grandissante, se dégage peu à peu à travers la série des êtres, des plus rudimentaires aux plus compliqués, pour s'épanouir entièrement chez l'homme, qui occupe le sommet de l'échelle.

Pour voir clairement les choses, il faut oublier l'entité métaphysique que les philosophes désignent sous le nom de *conscience* et qui n'est qu'une conception purement verbale. Il n'y a pas une conscience, mais des consciences ; il n'y a pas de conscience en dehors des états de conscience; la conscience est aussi diverse que les diverses perceptions, pensées et sentiments. Parler d'une conscience qui gouverne et dirige nos opérations intellectuelles est une absurdité.

La conscience est la dernière des élaborations de l'esprit. Sans elle, l'homme ne saurait sentir ni connaître; et, toutefois, il n'a conscience que d'une petite partie de ses sentiments et de ses pensées ; elle n'existe donc pas par elle-même ; elle ne fait qu'accompagner certains états mentaux, elle n'est pas essentielle aux opérations psychiques, elle n'en est qu'un complément.

La conscience n'accompagne pas les actes de la vie végétative. Elle accompagne, au contraire, d'autant plus étroitement ceux de la vie de relation que celle-ci est plus intense. La conscience est donc la conséquence, le résultat de cette vie de relation ; elle naît des réactions que fait la créature pour s'adapter à son milieu ; elle est d'autant plus développée que

©BIUM

l'être est plus élevé dans l'échelle animale ; elle arrive à sa plus haute expression dans l'homme. Plus l'individualité est complète, plus la conscience est développée.

La psychologie métaphysique a isolé sur un trône sacro-saint la conscience en en faisant une entité d'essence spirituelle, indépendante et autonome. Il faut avoir le courage de démolir cette idole en montrant que le moi conscient n'est qu'une résultante du fonctionnement de l'organisation mentale, soumise à des lois physiques. S'il est certain que le *moi*, en tant qu'individualité abstraite, séparée de son substratum physique, n'existe pas, il est non moins certain que le moi véritable, le moi concret, n'est ni toujours glorieux, ni toujours sublime.

Le moi, chez le même individu, est variable selon le temps et les circonstances ; il peut être amoindri, mutilé par les accidents qui détériorent ou mutilent l'organisme dont il dépend. La maladie le modifie, le transforme, le détruit même. Que devient le moi conscient dans les rêves ? Que devient-il dans les affres de la mélancolie et les hallucinations terrifiantes du délire ?

Que se passe-t-il physiquement lorsque le mouvement de la pensée court sur les fibres du cerveau et devient conscient ? Une pensée consciente est une pensée *réfléchie*, probablement. Le mot *réflexion* doit donner une idée de ce qui se passe dans ce processus physique. Qu'est-ce, en réalité ? Nous ne pouvons pas plus l'expliquer que nous ne pouvons le faire, en dernière analyse, pour l'électricité ou toute autre chose. Tout ce que nous pouvons faire, c'est d'en étudier l'origine et les différentes manifestations.

L'auteur passe ensuite en revue les divers cas dans lesquels la conscience est perturbée ou dissociée : hystérie, catalepsie, hypnotisme, délires systématisés, génie créateur.

II. — *La catatonie : ses rapports avec la démence précoce* ; par le Dr Julius Mickle (numéro de janvier). — Le terme de « démence précoce » ne paraît pouvoir s'appliquer qu'à un nombre très restreint des psychoses excessivement variées au point de vue clinique que l'on rencontre chez les jeunes sujets. Le mot *démence* y est pris dans un sens différent du sens usuel et unanimement accepté. Ses différentes variétés, hébéphrénique, catatonique et paranoïde, ne semblent pas très justifiées. Les formes hébéphrénique et paranoïde n'ont aucune existence propre, elles tendent l'une et l'autre, finalement, vers la catatonie, qui est la seule forme susceptible de répondre, en définitive, au diagnostic de « démence précoce ».

©BIUM

La catatonie présente une symptomatologie extrêmement riche : troubles de la sensibilité, troubles psycho-moteurs, troubles des réflexes, troubles du langage et de l'écriture, troubles de la mimique, périodicité parfois des phénomènes, impulsivité et violences, altération et dédoublement de la personnalité. C'est un complexus aussi protéiforme que l'hystérie, à qui elle emprunte certains caractères. Si ce n'est pas la destruction des fonctions psychiques, c'en est une large et profonde altération.

La catatonie est indubitablement d'origine toxique ; elle est vraisemblablement due à des perversions qualitatives et quantitatives des sécrétions internes et du métabolisme général. Il y a lieu d'admettre aussi les intoxications d'origine externe et les infections microbiennes.

Elle paraît subordonnée à des lésions du cerveau et des méninges, lésions décrites par différents auteurs.

Beaucoup de catatoniques guérissent et peuvent reprendre leur place dans la Société.

L'auteur conclut en disant que, s'il fallait absolument donner un nom nouveau au groupe des psychoses que Kraepelin désigne sous le vocable de démence précoce, il serait plus rationnel de leur donner celui de « psychose catatonique », qu'il serait loisible de diviser en sous-groupes pour en faciliter l'étude. Si ce qu'on appelle démence précoce est constitué par deux ou trois groupes, le groupe catatonique est de beaucoup le plus important.

III. — *Bactériologie du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale* ; par les Drs W. Ford Robertson et R. Dods Brown (numéro de janvier). — Les recherches faites dans le but de découvrir et d'isoler des micro-organismes dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux n'ont donné jusqu'ici que des résultats douteux ou négatifs. Les auteurs croient avoir été plus heureux que leurs devanciers. Ils concluent de leurs expériences que l'on trouve fréquemment dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques à toutes les périodes de la maladie, mais principalement pendant les attaques congestives, une espèce de bacilles diphtéroïdes dont l'origine serait la suivante : il existe d'une manière constante, chez les paralytiques généraux, une inflammation chronique très accentuée des tissus du rhino-pharynx ; les lymphatiques profonds de ces tissus communiquent avec le système lymphatique intra-cranien. Normalement, le courant de ce liquide se dirige

©BIUM

de l'intérieur vers l'extérieur ; mais, par suite de l'obstruction des lymphatiques du nez par la sclérose, ce courant peut être arrêté et sollicité même en sens contraire, c'est-à-dire du nez vers les espaces lymphatiques de la base cranienne, entraînant avec lui les microbes en question. Dans cette hypothèse, donc, la paralysie générale serait la conséquence d'un reflux, vers les méninges du liquide lymphatique nasal et des bactéries qu'il charrie ; le rôle de la syphilis se bornerait à attaquer la muqueuse pituitaire et à détruire sa résistance vis-à-vis de certains micro-organismes pathogènes, notamment le bacille diphtéroïde.

IV. — *Quelques vues sur la « folie maniaco-dépressive »* ; par le Dr J. Nolan (numéro de janvier). — Kraepelin a fabriqué ce terme pour y faire entrer « la majorité des cas essentiellement désignés sous le nom de manie curable, manie simple, mélancolie simple, mélancolie périodique et folie circulaire ». Il subdivise cette grande classe en trois sous-groupes : maniaque, dépressif, mixte. Les symptômes fondamentaux de chaque syndrome seraient assez caractéristiques pour que le diagnostic en soit possible dès le début du premier accès. M. Nolan donne la liste de ces symptômes caractéristiques et la fait suivre des réflexions suivantes : toute cette symptomatologie est commune à la plupart des psychoses aiguës ; elle ne saurait permettre de distinguer la manie et la mélancolie de la psychose maniaque dépressive de celles de la manie et de la mélancolie ordinaire. Cela fait bien dans un livre, mais l'individualité de chaque malade intervient à un tel point pour modifier l'intensité des symptômes ou la physionomie de l'ensemble, que le schéma théorique est pratiquement dénué de toute valeur. Il n'est donc pas démontré que la conception de Kraepelin ait éclairci la question. Si son expression mérite d'être conservée, c'est en faveur de ces cas, d'ailleurs peu nombreux, dont on a dit qu'il était impossible de savoir s'il s'agit de mélancolie maniaque ou de manie mélancolique. Conclusions : 1° la forme mixte est la seule qui mérite d'être acceptée ; 2° le retour des accès est intimement lié aux époques critiques de la vie, aux intoxications (surtout alcoolique) et aux excès sexuels ; 3° le syndrome maniaco-dépressif mixte peut être trouvé associé : *a*) à la débilité mentale ; *b*) à l'épilepsie ; *c*) à certains cas de paralysie générale ; *d*) aux suites des opérations ; 4° elle peut être simulée par certains dégénérés.

V. — *A propos de la psychose maniaco-dépressive de Kraepelin* ; par le Dr Thomas Drapes (numéro de janvier). —

©BIUM

Autant qu'on peut en juger, le but de Kraepelin a été de grouper les cas d'aliénation mentale de telle sorte que le diagnostic, et, ce qui est plus important, le pronostic en soient facilités. Mais, loin d'avoir atteint le but, il n'a fait que poursuivre une chimère et, étant donnée la symptomatologie protéiforme des psychoses, son œuvre ressemble assez à celle de Sisyphe ou des filles de Danaüs. C'est un observateur profond, certes, mais qui, hypnotisé par un ou deux traits dans un ensemble séméiologique, semble aveugle pour tout le reste et aboutit à des contradictions flagrantes. Comment admettre son entité maniaco-dépressive, alors que dans les propres exemples qu'il en donne on voit le symptôme qu'il considère comme essentiel et suffisant pour le diagnostic, absent ou présent tour à tour? On ne peut donc arriver qu'à cette conclusion : qu'il a commis une erreur de jugement, qu'il n'existe rien de semblable à ce qu'il décrit, ou plutôt que ses propres exemples peuvent recevoir la qualification de *psychose polymorphe* (mixed insanity), terme qui, sans impliquer de théorie, exprime clairement un fait d'observation et d'évidence.

VI. — *A propos de la démence précoce* ; par le Dr Thomas Johnstone (numéro de janvier). — Après avoir discuté les communications des Drs Jones, Clouston et autres, précédemment analysées, l'auteur donne un chaud plaidoyer en faveur de la conception de Kraepelin, et résume en termes sobres mais précis la description de la démence précoce telle que le professeur allemand l'a conçue et décrite dans ses derniers ouvrages.

VII. — *Discours inaugural du président de la section de neurologie et de psychiatrie du Congrès médical de Melbourne de* 1908 ; par le Dr Eric Sinclair (numéro d'avril). — Ce mémoire est consacré à l'examen des diverses dispositions législatives qui régissent les soins à donner aux aliénés dans les Etats de la République australienne.

VIII. — *Des devoirs et des responsabilités qui découlent de la loi pour la profession médicale en matière d'aliénation mentale* ; par le Dr T. Proust Welb (nnméro d'avril).

IX. — *Du traitement des aliénés dans les grands asiles* ; par le Dr A. R. Urquhart (numéro d'avril).

X. — *Note sur la paralysie générale*; par le Dr W. Julius Mickle (numéro d'avril). — S'élevant contre le reproche d'avoir égaré le diagnostic de nombreux médecins en ce qu'il aurait, dans ses écrits, soutenu qu'il se rencontre toujours dans la paralysie générale une période d'euphorie, M. Mickle

©BIUM

rectifie ainsi : « L'expérience démontre que l'euphorie existe sous des formes et à des degrés divers, à un moment ou à divers moments donnés, dans la grande majorité des cas de paralysie générale, si l'observation de la maladie a été soigneusement suivie du commencement à la fin. » Et l'auteur cite plusieurs extraits de ses livres où sa pensée est développée sans équivoque possible.

XI. — *La menstruation dans ses rapports avec la folie*; par le Dr Sheila M. Ross (numéro d'avril). — Pendant une période de dix années, M. Ross a étudié la fonction menstruelle chez les 395 femmes de la classe supérieure et moyenne que renferme le sanatorinm d'Holloway pour femmes aliénées. Ses observations peuvent se résumer de la façon suivante :

Pendant la période d'état des psychoses, la fonction menstruelle varie beaucoup suivant la forme de la maladie mentale. Dans la manie, la menstruation se montre régulière dans plus des deux tiers des cas. Dans la mélancolie récente, l'aménorrhée est la règle dans la proportion de 50 p. 100. Dans les psychoses hallucinatoires, les règles se manifestent dans les deux tiers des cas; l'aménorrhée est très rare. Dans la folie morale, la fonction est régulière et ne cause aucune fatigue. Dans la démence primaire, l'affaiblissement mental et la stupeur, il est de règle que la menstruation soit normale et régulière. Dans la période d'état de la paralysie générale, il en est de même; dans la dernière période les règles se suppriment.

Ces résultats concordent avec ceux qu'a publiés le Dr Sutherland dans « *West Riding Asylum Reports* ».

Le retour de la période menstruelle est en général le signal d'une recrudescence de l'agitation ou de l'aggravation de l'état mental. Il y a deux circonstances dans lesquelles il peut se produire une amélioration considérable de l'état mental avant la réapparition des règles : c'est dans la folie pubère et la folie puerpérale; mais on ne peut considérer ces malades comme définitivement guéries que lorsque la fonction est complètement rétablie, ce qui doit être l'objectif du traitement.

En général, le retour des règles ou la régularisation de cette fonction est d'un pronostic favorable, à part quelques exceptions, lorsque l'amélioration mentale l'accompagne ou la suit de près.

XII. — *Recherches sur les dimensions du crâne des aliénés comparées à celles des individus normaux*; par le Dr David Thomson (numéro d'avril). — M. Thomson s'est consacré, pen-

©BIUM

dant l'année 1907-1908, à des études de céphalométrie et d'anthropométrie sur les aliénés mâles de toute catégorie de l'asile d'Horton et, par comparaison, sur le personnel de cet établissement. Ses recherches ont porté sur la circonférence du crâne, les diamètres antéropostérieur et latéral, sur la taille et le poids du corps. Les résultats obtenus sont les suivants :

Les surveillants ont la tête plus grosse, la taille plus élevée, le corps plus pesant que les aliénés. Les surveillants sont, à la vérité, choisis d'après leurs qualités physiques, mais ils se recrutent dans la même catégorie sociale que les aliénés ; ils semblent donc, en conséquence, cérébralement et corporellement mieux développés. Il est intéressant de remarquer que plus les sujets examinés se rapprochent de la normale et plus leur aliénation appartient aux formes élevées : paranoïa, troubles mentaux de l'épilepsie, des affections organiques, artérielles, séniles du cerveau, de la paralysie générale. La manie, la mélancolie, la démence précoce, sont associées à la dégénérescence accidentelle ou héréditaire, ainsi que l'imbécillité, la débilité mentale, l'alcoolisme et la criminalité.

XIII. — *Paralysie générale conjugale* ; par le Dr Colin Mc Dowall (numéro d'avril). — L'auteur rapporte trois observations de paralysie générale conjugale. Chez les trois couples la syphilis était avérée. Deux fois le mari avait contaminé sa femme ; une fois c'était la femme qui avait contaminé son mari.

XIV. — *De la valeur clinique de la conscience dans la maladie ;* par le Dr T. Claye Shaw (numéro de juillet). — Après avoir recherché ce que devient la conscience dans les différentes affections mentales, M. Shaw fait remarquer quels rapports étroits unissent cette question au problème de la responsabilité. L'expérience clinique conduit à cette constatation qu'aux divers états de troubles s'associe une conscience particulière, ayant son individualité, et qu'il n'est pas en conséquence permis de parler de responsabilité limitée. Chaque état de conscience emporte sa responsabilité indivisible et les responsabilités dans l'état de santé et dans l'état de maladie sont choses tout à fait différentes. Par responsabilité dans la maladie, l'auteur veut surtout parler des états paranoïaques où, avec une pleine conscience de ses actes, comme l'homme sain, l'aliéné agit d'après des mobiles cependant morbides. Il y a donc une sorte de responsabilité pathologique, mais elle n'a rien à voir avec les tribunaux ; aussi, doit-on s'en tenir à cet axiome : un homme est res-

©BIUM

ponsable ou il ne l'est pas ; et à cet autre : l'homme en santé n'est pas plus responsable des actes qu'il a commis pendant sa folie, que le fou ne l'est des actes qu'il a commis alors qu'il était en santé.

XV. — *De l'urgente nécessité de venir en aide aux convalescents de l'aliénation mentale* ; par le Dr Robert Jones (numéro de juillet). — Chaud plaidoyer en faveur de l'œuvre et appel de fonds ; tel est le sujet de cet intéressant discours d'ouverture de la réunion annuelle de l'Association anglaise de secours aux aliénés sortant guéris des Asiles.

XVI. — *Observations sur la pression sanguine et les maladies vasculaires chez les femmes aliénées* ; par le Dr John Turner (numéro de juillet). — Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Il n'y a pas de relation définie entre la pression sanguine et les états émotionnels expansifs ou dépressifs, mais le fait que les pressions sont plus élevées dans les premières expériences chez chaque sujet incline à penser qu'une action nerveuse réelle intervient quand même dans son mécanisme.

2° L'unique indication constante fournie par un grand nombre de tracés sphygmomanométriques est une relation constante entre les progrès de l'âge et l'élévation de la pression sanguine.

3° Ces observations sphygmomanométriques n'ont d'autre valeur que de fournir *grosso modo* des indications sur les altérations structurales de l'arbre circulatoire.

4° Les fortes pressions s'associent généralement avec un point de coagulation retardé, mais cette règle souffre de nombreuses exceptions.

5° Le pourcentage élevé des capillaires, surtout rénaux, présentant des modifications microscopiques de structure corrobore l'importance considérable des lésions vasculaires en aliénation mentale.

6° L'existence dans le courant sanguin des cellules glandulaires libres vient à l'appui de l'opinion soutenue par H. Batty Shaw, que, dans certains cas, une forte pression sanguine est la conséquence de la pénétration de cellules du rein dans la circulation.

XVII. — *De la réaction de Wassermann et de sa signification par rapport à la paralysie générale* ; par le Dr Carl Hamilton Browning (numéro de juillet). — Le spirochète pâle a été trouvé d'une façon constante dans les accidents primaires

©BIUM

et secondaires et dans les cas congénitaux de syphilis. Exceptionnellement, il a été constaté dans les accidents tertiaires (gommes, aortite). Dans ce que l'on désigne sous le nom de parasyphilis, on ne l'a encore jamais rencontré. Peut-être est-ce dû à une technique insuffisante ou mauvaise.

Une découverte non moins importante est celle des modifications chimiques particulières que subit, du fait de la syphilis, le sérum sanguin des syphilitiques et des parasyphilitiques: c'est la réaction de Wassermann.

Cette réaction est constante dans la période secondaire; dans les périodes latentes, elle manque dans la proportion de 50 p. 100; dans la période tertiaire et la parasyphilis elle peut être pratiquement obtenue dans presque tous les cas lorsqu'il existe des accidents actuels (gommes, paralysie générale).

La réaction de Wassermann est spéciale à la syphilis; toutefois il n'est pas douteux qu'elle existe aussi dans la trypanosomiase et le frambœsia, bien que d'une façon moins nette et moins constante. La syphilis et la trypanosomiase sont deux maladies microbiennes analogues. En effet : 1° la trypanosomiase a pour agent infectant un protozoaire, comme la syphilis. Toutes les deux peuvent être inoculées aux animaux; 2° dans la trypanosomiase, il est possible de démontrer l'existence de modifications sanguines ressemblant à celles que met en évidence la réaction de Wassermann chez les syphilitiques et les parasyphilitiques; 3° l'évolution et la symptomatologie de la trypanosomiase sont presque calquées sur celles de la syphilis; 4° les lésions anatomiques sont semblables dans les deux cas. Un seul anneau manque dans la série des analogies : c'est l'impossibilité de démontrer la présence de l'agent microbien dans la parasyphilis, alors que l'on trouve des trypanosomes dans le liquide cérébro-spinal; ce qui conduit à penser que, malgré tout, le spirochète doit être l'agent actif dans la production des affections parasyphilitiques.

Molt a cherché à démontrer que la persistance, chez les paralytiques, de la réaction de Wassermann, pouvait provenir de ce que certains neurones, mis à mal lors des premières poussées de l'infection, continuent indéfiniment à verser dans la circulation, par suite d'un métabolisme exagéré, un excès de substances lipoïdes qui favorisent la réaction. Mais il y a bien d'autres maladies où se produit une désassimilation excessive, et toutefois il n'y a que dans la syphilis, la trypanosomiase et le

©BIUM

frambœsia que la réaction positive de Wassermann a été rencontrée.

Si l'on admet que le *contagium vivum* de la syphilis est encore actif dans la paralysie générale, comment interpréter certains faits dans cette hypothèse, par exemple : l'immunité des paralytiques généraux vis-à-vis d'une réinfection, la période latente qui s'écoule entre les accidents syphilitiques et ceux qu'on appelle parasyphilitiques, la distribution des lésions dans la paralysie générale, la résistance de ses manifestations au traitement spécifique?

1° L'immunité est un fait hors de discussion (Molt, Krafft-Ebing). Or, Neisser a démontré que tant que dans l'organisme persiste le spirochète, une réinoculation est impossible ; d'autre part, il paraît démontré par les expériences du même, de Browning et autres, que l'immunité, en l'absence du contage vivant, est de courte durée. Donc, la conclusion s'impose.

2° Les périodes de latence peuvent être dues : *a*) au traitement qui arrête la multiplication du microbe sans l'anéantir ; *b*) à l'absence de circonstances qui peuvent faire fléchir la résistance de l'organisme vis-à-vis de son hôte, et ce dernier cas serait précisément celui de la parasyphilis. La paralysie générale héréditaire est, dans cette hypothèse, la conséquence d'une syphilis acquise *in utero*.

3° Comment, dans l'hypothèse d'une infection générale encore présente, expliquer la localisation des lésions de la paralysie générale? Par l'action élective des poisons sur certains tissus, fait de pathologie générale bien connu (goutte saturnine, tétanos, diphtérie, etc.).

4° Le traitement antisyphilitique non seulement n'a pas d'action contre la paralysie générale et le tabes, mais souvent il les aggrave. Cela peut résulter de ce que le virus a acquis la propriété de s'opposer à l'action médicamenteuse. Il y a aussi des raisons de croire que cette résistance se développe plutôt chez certains sujets que chez d'autres ; peut-être aussi l'inaction du traitement antisyphilitique est-elle la conséquence du siège de la lésion et non de sa nature.

En somme, il n'est pas prouvé que la parasyphilis soit distincte de la syphilis, et que, notamment, elle s'en sépare par l'absence du spirochète. De nouvelles recherches sont nécessaires. Balfour, de Khartoum, a conseillé de faire, dans la cavité médullaire des individus atteints de la maladie du sommeil, des injections de leur propre sérum sanguin débar-

©BIUM

rassé de trypanosomes par le traitement. Par analogie, le même mode de procéder pourrait être essayé chez les paralytiques généraux, étant donné le pronostic désespéré de cette maladie.

XVIII. — *Recherches bactériologiques dans la paralysie générale des aliénés avec des tableaux de numération des globules sanguins*; par le Dr David Thomson (numéro de juillet). — Ces recherches, faites dans le laboratoire de l'asile d'Horton, ont eu pour but d'élucider le problème suivant : la paralysie générale est-elle bien causée par le *Bacillus paralyticans* décrit par Robertson?

Ces recherches ont porté sur le sang pendant la vie et après la mort, sur les reins, la rate, le foie, les poumons, la pie-mère et le cerveau. Les bacilles trouvés, d'une façon peu constante, d'ailleurs, semblent appartenir au groupe intestinal. On a pu en distinguer deux formes, une longue et une courte.

Ces expériences, en définitive, n'ont donné aucun résultat précis. Ces bacilles ont bien été rencontrés plus fréquemment chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés, mais cela semble résulter de ce que ces malades, avant de succomber, traversent une période organique plus ou moins longue pendant laquelle les bacilles du groupe intestinal peuvent facilement pénétrer dans le sang et envahir les organes.

XIX. — *Remarques sur le traitement hospitalier des formes aiguës d'aliénation mentale*; par le Dr Mervyn A. Archdale (numéro de juillet). — Par traitement hospitalier, il faut entendre celui qui s'applique aux aliénés soignés en commun dans les asiles qui leur sont consacrés. Les indications principales à remplir sont les suivantes : *a*) repos aussi complet que possible; *b*) relever la nutrition; *c*) détruire les agents infectieux; *d*) favoriser l'excrétion des toxines; *e*) pendant la convalescence, exercer graduellement toutes les fonctions. Au sujet de ces indications capitales, l'auteur entre dans des développements étendus qui constituent un véritable code résumé de la thérapeutique des cas aigus d'aliénation mentale.

XX. — *Signes cliniques et nécropsiques du « Status lymphaticus »*; par le Dr R. Ernest Humphry (numéro de juillet). — Il s'agit d'une affection extrêmement rare, causée par la persistance du thymus entraînant la mort subite dont M. Humphry a pu observer six cas. Il en donne un où existaient des troubles mentaux. L'observation est complétée par l'autopsie.

XXI. — *Maisons d'observation*; par le Dr W. Ernest Jones (numéro de juillet). — Les *Receiving Houses*, c'est-à-dire les

©BIUM

maisons fondées spécialement pour l'observation des cas douteux d'aliénation mentale, sont une création presque exclusivement d'origine australienne, déjà ancienne et due aux efforts du Dr Morton, inspecteur général des aliénés de la Nouvelle Galles du Sud. L'avantage de ces établissements est qu'on y peut placer d'urgence et sans formalité tout individu paraissant suspect au point de vue mental et dangereux pour l'ordre public. L'auteur décrit celui de Melbourne et en donne le plan, qui paraît ingénieusement disposé.

XXII. — *Mouvements désordonnés et obsession*; par le Dr J. Longheed Baskin (numéro de juillet). — M. Baskin, à propos des troubles moteurs stéréotypés de certains aliénés chroniques, assimile leurs gesticulations monotones et systématiques aux obsessions psychiques : « Elles ressemblent à une obsession de la variété motrice ou impulsive, en tant qu'elles débutent par de l'angoisse, se poursuivent jusqu'à la détente finale et représentent sans aucun doute un élément psychique moteur qui existe en parasite dans l'esprit et se déclanche automatiquement, la volonté n'ayant momentanément aucune action frénatrice sur lui. »

XXIII. — *Réflexions sur des idées modernes en psychiatrie et note sur quelques cas de manie d'origine probablement microbienne*; par le Dr R. R. Leeper (numéro de juillet. — Après quelques réflexions sceptiques spirituellement présentées, M. Leeper n'en conclut pas moins qu'il existe incontestablement des accès de manie d'origine infectieuse et bacillaire. L'explosion est soudaine, sans cause apparente, survenant chez des individus sobres, de vie calme, exempte d'émotions, qui, jusque-là, avaient joui d'une impeccable santé physique et morale. Trois observations sont sommairement rapportées; bien qu'aucun microbe n'ait été trouvé dans le sang des malades, on constata chez elles de la leucocytose polynucléaire; l'une guérit après une parotidite qui n'arriva pas à suppuration; la seconde, après la formation d'un abcès sur le dos de la main; la troisième, après la formation d'un abcès sous le talon. La leucocytose ayant persisté après la guérison, l'auteur prédit une rechute à brève échéance, ce qui eut lieu. La guérison définitive ne s'en produisit pas moins.

XXIV. — *Le facteur biologique de l'hérédité*, discours présidentiel prononcé à la soixante-huitième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique; par le Dr W. Bevan Lewis (numéro d'octobre). — Dans l'étude de l'hérédité, la

©BIUM

méthode statistique a fait son temps, et nous n'en pouvons plus tirer de nouvel enseignement. Malgré les inextricables difficultés qu'elle peut présenter, quand il s'agit d'une étude aussi complexe que celle de l'origine des maladies mentales, il convient désormais d'avoir recours à la méthode biologique; elle seule peut nous permettre d'amasser des faits propres à la découverte des lois de l'hérédité. A l'appui de cette thèse, l'auteur expose la loi de Mendel, développée par Hugo de Vriès, et les intéressantes expériences de ces savants, d'où découle la théorie des *mutations* brusques, en opposition à la théorie des *variations* lentes, de Darwin. Au point de vue biologique, un grand nombre de prédispositions constitutionnelles à certaines maladies, y compris celles du système nerveux, sont, en réalité, des exemples de *mutation*, autrement dit de *variation discontinue*; elles apparaissent subitement, persistent et manifestent de fortes tendances à la transmission; telles sont, par exemple, les maladies familiales du système nerveux (dégénérescence des cordons de la moelle, chorée héréditaire, maladie de Thomsen, etc.). En ce qui concerne les maladies mentales, les difficultés sont extrêmes; il ne s'agit plus d'un facteur simple, auquel la loi de Mendel puisse être appliquée, mais d'une énorme complexité de facteurs dont l'analyse est encore à faire. La constitution psychopathique, loin d'être une et indivisible, n'est identique ni chez deux individus, ni dans deux syndromes mentaux. Pendant la vie entière, toute une série de caractères ontogéniques qui doivent s'adapter aux conditions extérieures et résister aux causes de destruction se développent successivement. Or, ces caractères sont d'autant plus résistants qu'ils sont d'origine plus ancienne phylogénétiquement, et plus précoces dans le développement embryonnaire. Le système nerveux, et en particulier le cerveau, le dernier venu des organes différenciés, dont le développement se poursuit pendant une grande partie de l'existence, est donc le plus fragile de tous. L'expérience démontre que, plus un tissu vivant est différencié et plus il est sujet aux mutations. Tel est donc le cas du système nerveux, et ce sont ces mutations que nous devons étudier, analyser et élucider aussi complètement que possible. La concordance des résultats obtenus par cette minutieuse analyse des troubles mentaux, étudiés dans les générations successives d'une même famille, avec le principe de Mendel, serait d'une importance capitale pour l'étude de l'hérédité morbide.

XXV. — *La genèse expérimentale de la paralysie générale*;

©BIUM

par le Dr W. Ford Robertson (numéro d'octobre). — Il y a six ans, Robertson et Shennan, en nourrissant des rats avec des cultures d'un bacille diphthéroïde isolé des bronches d'un paralytique, produisirent chez ces animaux des accidents paralysiformes et des lésions analogues à celles de la paralysie générale. Il y a deux ans, avec Mac Rae, l'auteur isola un bacille (*Bacillus paralyticans brevis*) avec lequel il produisit, par ingestion, chez douze animaux, le syndrome aigu et chronique de la paralysie générale avec terminaison mortelle. Les animaux témoins, nourris avec des cultures différentes, demeurèrent indemnes.

Dans sa communication actuelle, Robertson relate les expériences qu'il vient de faire chez quatre lapins, nourris avec des cultures du *Bacillus paralyticans longus* trouvés chez les paralytiques généraux. Pendant près de six mois, il ne se produisit aucun symptôme, sauf chez l'un de ces animaux qui, au bout de quelques semaines, présenta des accidents paralysiformes et les signes d'une affection cérébrale commençante.

Son hypothèse, relativement à l'étiologie de la paralysie générale, repose donc sur une base de plus en plus sérieuse : la paralysie générale semble bien être la conséquence d'une intoxication produite par l'une ou les deux espèces de bacilles diphthéroïdes qu'il a isolés et décrits.

L'injection intrarachidienne des cultures de *Bacillus paralyticans longus* produit des symptômes plus ou moins accentués ou de parésie, ou d'incoordination. Les lésions sont analogues à celles de la paralysie générale. Comme aucun autre microorganisme n'est susceptible de produire des phénomènes semblables, la spécificité de ce bacille lui paraît démontrée.

XXVI. — « *Le Bacillus paralyticans* » ; par le Dr G. Scott Williamson (numéro d'octobre). — Williamson a entrepris des recherches pour établir, si possible, la légitimité de l'hypothèse de Ford Robertson et de Mac Rae relativement à l'étiologie de la paralysie générale.

De ses expériences, il conclut ainsi : on doit considérer comme démontrée l'existence des bacilles décrits par les auteurs précédents; on les rencontre un peu partout, principalement sur la peau et dans la poitrine, dont ils semblent les hôtes normaux. Ils peuvent occasionner une maladie, de forme chronique, généralement, mais le sérum sanguin des paralytiques ne présente pas les réactions qu'il devrait produire si la paralysie générale était bien la conséquence de ces bacilles. Bien que doués d'une certaine neurotoxicité, ils ne sont donc pas spéci-

©BIUM

fiques ; mais ils interviennent dans les infections secondaires au même titre que de nombreux micro-organismes, quand la résistance vitale est diminuée.

XXVII. — *Le liquide cérébro-spinal dans la paralysie générale et la syphilis du système nerveux* ; par G. Scott Williamson (numéro d'octobre). — L'analyse chimique du liquide cérébro-spinal chez les paralytiques n'est d'aucune valeur au point de vue du diagnostic. Le plus que l'on puisse dire, c'est que les quelques réactions anormales que l'on obtient par cette analyse sont un peu plus fréquentes chez les paralytiques que chez les aliénés ordinaires.

La réaction de Wassermann est un signe presque absolument constant dans la paralysie générale. La modification apportée par Noguchi à cette réaction peut être recommandée à titre de procédé emportant la certitude au point de vue du diagnostic de la paralysie générale.

Les preuves des rapports de la réaction de Wassermann avec la syphilis sont plus ou moins concluantes, mais ce qui paraît de plus en plus démontré, c'est qu'elle n'a aucun rapport avec des maladies produites par d'autres microbes que le tréponème, tels que le trypanosome et le parasite de la malaria.

XXVIII. — *Les symptômes mentaux du goitre exophtalmique et leur traitement* ; par le Dr John R. Gilmour (numéro d'octobre). — Certaines modifications de l'état mental sont l'un des premiers symptômes du goitre exophtalmique ; elles peuvent se manifester avant les signes oculaires, cardiaques et même thyroïdiens. C'est une indéfinissable agitation physique et mentale, un incessant besoin de changement et de mouvement. L'émotivité devient extrême, l'humeur changeante et ses modifications excessives en des sens opposés ; il y a un afflux et une mobilité d'idées qui engendre une loquacité particulière. L'insomnie, les rêves pénibles, les hallucinations se manifestent successivement. Certains malades deviennent irritables, coléreux, soupçonneux, défiants, parfois malicieux et méprisants. Ils peuvent être conscients de ces changements et s'en plaindre, mais ce n'est pas la règle.

La proportion des malades atteints de goitre exophtalmique, qui deviennent aliénés, est très différemment appréciée. Les cinq observations que publie l'auteur font partie de 500 admissions. Sur 600 admissions, Rogers en a trouvé 13 cas. L'hérédité psychopathique et névropathique joue un rôle important comme cause prédisposante. Les formes les plus fréquentes

©BIUM

sont la mélancolie agitée et la confusion mentale. Le pronostic est subordonné à la marche du goitre exophtalmique lui-même. Pour le traitement, en dehors des moyens classiques, l'auteur préconise le lait de chèvre éthyroïdé, qui lui a donné dans deux cas de très bons résultats.

XXIX. — *Note sur le traitement précoce des affections mentales et nerveuses, spécialement chez les pauvres*; par le Dr A Hélène Boyle (numéro d'octobre). — Quand la période prodromique de la folie et des névropathies peut être traitée, comme à l'hôpital de Brighton que dirige l'auteur, les résultats sont excellents, non seulement au point de vue des guérisons et des améliorations (11 p. 100 seulement des malades traitées n'ont éprouvé aucun soulagement), mais encore à un point de vue économique et surtout humanitaire.

XXX. — *Alcoolisme, crime et folie;* par L. O. Fuller (numéro d'octobre. — L'avantage des maisons de réforme pour alcooliques est, d'après l'auteur, vraiment peu considérable au point de vue social et nul au point de vue individuel. Comparé à la grandeur du mal, le résultat a été insignifiant.

Parmi les alcooliques qu'il a pu observer dans le réformatoire qu'il dirige, M. Fuller n'en a trouvé que 35 p. 100 d'un développement intellectuel moyen; 50 p. 100 sont au-dessous de la moyenne mais au-dessus de l'imbécillité; 15 à 20 p. 100 sont des imbéciles, des épileptiques, des déments, des maniaques intermittents incurables.

Au point de vue du fonctionnement de ces établissements, l'auteur entre dans des développements qui ne sauraient être utilement résumés et dont la note est plutôt pessimiste.

XXXI. — *Relation autographe d'un cas d'hallucinations conscientes d'origine alcoolique et atropinique;* par le Dr W. R. Dawson (numéro d'octobre).

XXXII. — *Leucocytes et psychoses aiguës d'après l'observation clinique;* par le Dr Colin Mac Dowall (numéro d'octobre). — Des longs développements de ce mémoire, nous extrayons quelques données pratiques : L'examen du sang est un moyen qui peut faciliter le pronostic des psychoses aiguës. Au cours de la maladie aussi bien que des expériences, il a été démontré que la leucocytose varie dans la même proportion que les toxines qui circulent dans le sang. Chez l'individu résistant, une abondante leucocytose suit l'infection; elle manque chez le sujet épuisé. Ces résultats s'appliquent aux psychoses aiguës. Dans l'excitation confusionnelle, la leucocytose, dès la période d'in-

©BIUM

vasion, s'élève de 10.000 à 20.000, l'éosinophilie se produit, les polynucléaires atteignent un pourcentage de 80 et même au delà. Un abaissement trop rapide de la leucocytose est d'un fâcheux augure : un abaissement lent et progressif coïncidant avec une amélioration générale des symptômes est favorable. Quand la démence arrive, la leucocytose diminue pour tomber au-dessous de la normale. Dans les attaques subséquentes, la leucocytose est rarement élevée. Dans ce cas, l'éosinophilie est un signe favorable, spécialement si le pourcentage des polynucléaires s'élève.

A. CULLERRE.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques; par le Dr R. Benon, ancien interne de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de Paris, médecin de l'hospice général de Nantes. 1 vol. in-8°. Paris, G. Steinheil, 1913.

Les troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques n'intéressent pas seulement les neurologistes et les psychiatres par l'extrême variabilité de leurs formes et par la difficulté de leur diagnostic et de leur pronostic, mais encore par les problèmes complexes qu'ils posent incessamment à leur sagacité au point de vue médico-légal. Ces spécialistes n'avaient jusqu'ici pour les guider que des travaux individuels disséminés dans des publications médicales innombrables; un livre leur manquait : M. Benon le leur apporte. Dans ce travail, d'une grande richesse clinique, il n'a pas seulement clarifié et condensé la masse imposante des notions acquises par les travailleurs isolés, il y a ajouté la contribution de ses études personnelles et de ses observations.

L'ouvrage, après quelques généralités sur l'historique, l'étiologie, l'évolution des symptômes et les différents termes du problème médico-légal, aborde le fond du sujet dont les développements tiennent en quatre chapitres.

Le premier étudie les *dysthénies traumatiques*, que caractérise la prédominance des troubles de la force nerveuse. L'asthénie est due, soit à la douleur physique, soit à la commotion cérébrale, soit à la douleur émotionnelle consécutives au traumatisme. Elle a plusieurs degrés, depuis l'état de shock pur et simple jusqu'à la stupidité. L'*asthénomanie* (excitation maniaque) suit, dans certains cas, la phase asthénique pure et simple; elle succède en général aux traumatismes violents. Le pronostic est habituellement favorable et le syndrome évolue vers la guérison. Dans quelques cas, l'agitation disparaît et

©BIUM

l'asthénie primitive reparaît pour évoluer dans le sens d'une neurasthénie curable ou incurable.

Dans le second chapitre sont étudiées les *dysthymies* traumatiques : hyperthymie anxieuse, hypocondrie (hystérie traumatique), sinistrose, crises hystériques. On remarquera ici que l'hystérie traumatique des auteurs de l'école de Charcot disparaît pour se fondre dans l'hypocondrie. Je ne critique pas; je constate seulement; mais cette constatation me semble nécessaire, car il y a encore des partisans de l'hystérie en tant que psychose autonome, qu'elle soit ou non d'origine traumatique. Parmi les dysthymies traumatiques devraient prendre place les troubles du caractère qui ont été signalés par maints auteurs comme conséquence des traumatismes craniens. M. Benon, qui n'y croit pas, ne les mentionne que pour mémoire.

Les *dysphrénies* traumatiques font l'objet du chapitre troisième. L'auteur y étudie successivement l'amnésie, le syndrome de Korsakoff, la confusion mentale, l'agnoscie, les démences, les délires systématisés. L'amnésie est un des phénomènes posttraumatiques les plus anciennement connus. Montaigne, J.-J. Rousseau, qui l'ont éprouvé, en ont donné des descriptions exactes que M. Benon, pour notre régal, met opportunément sous nos yeux. Le syndrome de Korsakoff est plus rare; on doit le distinguer de la confusion mentale et de l'agnoscie, bien qu'il n'y ait, entre ces syndromes, que des différences de degré. Le dernier, d'ailleurs, est exceptionnel; on n'en possède que des observations insuffisantes. Les démences se rencontrent chez les vieillards, les alcooliques et les syphilitiques; plus rarement chez les jeunes sujets indemnes d'intoxication ou d'infection. La question si brûlante de la paralysie générale traumatique nous est ensuite présentée dans une étude qui met devant nous toutes les pièces du procès. Personnellement, M. Benon pense que le traumatisme n'agit ni comme cause déterminante, ni comme cause prédisposante; il peut déterminer des méningo-encéphalites spéciales, mais non pas la paralysie générale. Il pense de même, au surplus, en ce qui concerne les démences précoces consécutives à un accident. La question des délires chroniques est obscure, on n'en a publié que quelques observations discutables.

Enfin, dans un dernier chapitre, sont passés sommairement en revue certains états psychiques et névrosiques qui semblent parfois liés aux accidents et parmi lesquels l'épilepsie tient une place importante.

©BIUM

Cette courte analyse est bien insuffisante pour donner au lecteur une idée complète du livre de M. Benon. En terminant, je ne saurais trop en louer la précision, les vues personnelles, malgré les objections qu'elles peuvent soulever, et la riche documentation clinique. Il a fait œuvre utile. L'Académie en a jugé ainsi en lui accordant l'une de ses plus hautes récompenses.

A. CULLERRE.

Névroses et sexualité; par le Dr Paul Ladame (de Genève). Broch. in-8°. Extrait de *L'Encéphale*, janvier 1913.

Hippocrate admettait l'origine génitale des névroses, et son école conseille indistinctement les rapports sexuels aux filles jeunes et vieilles, aux femmes mariées et aux veuves, comme remède aux troubles nerveux dont elles souffrent.

Depuis vingt ans, Freud de Vienne, élève de Charcot, a cherché à préciser cette étiologie sexuelle des névroses. Par sa méthode de la psycho-analyse, méthode comparable aux fouilles opérées dans un champ où les décombres s'entassent en couches superposées, il a pu pénétrer jusqu'au tréfonds du psychisme de ses malades et, de souvenir en souvenir, remonter jusqu'à la cause spécifique, qui est, au sein de la subconscience, la permanence d'une réminiscence infantile se rapportant toujours, en fin de compte, à un traumatisme psychique de nature sexuelle. Les connections de ces divers incidents ne sont pas simples, elles se ramifient à la façon d'un grand arbre.

Toutes les analyses, sans exception, aboutissent immanquablement à un traumatisme sexuel qui a eu lieu dans la première enfance, à l'âge de deux, trois ou quatre ans et dont le malade n'a plus aucun souvenir conscient. La guérison est radicale le jour où on a pu vaincre les résistances opiniâtres du patient et ramener à la lumière de sa conscience le souvenir préhistorique de sa vie infantile sexuelle : alors se produit une vive émotion dont l'effet est curatif.

L'émotion sexuelle infantile a sommeillé sans dommage jusqu'au jour où l'initiation sexuelle véritable se produit. Alors il s'opère un conflit entre les poussées de l'instinct génital et la morale sociale, qui impose silence aux désirs qui s'éveillent. Ceux-ci sont refoulés dans l'inconscient, ainsi que toutes les initiations sexuelles qui interviennent successivement chez les jeunes gens des deux sexes et, retrouvant l'impression ancienne,

©BIUM

s'y associent et déterminent alors, suivant les sujets, les diverses névroses isolées ou associées entre elles. Il y a l'angoisse des vierges, des nouvelles mariées, des veuves, des ménopausiques, des femmes frustrées de la jouissance normale par les coïts interrompus, trop rapides, réservés, etc.

Après avoir rappelé toutes les discussions soulevées par cette théorie et indiqué que Freud lui-même a d'ailleurs abandonné son intransigeance primitive, M. Ladame conclut qu'il y a accord à peu près unanime pour condamner cette doctrine. Freud a été victime d'une illusion : ou il est tombé sur une série exceptionnelle de sujets, ou il a suggestionné ses malades, ou, connaissant sa théorie, ils se sont suggestionnés eux-mêmes.

Au point de vue thérapeutique et prophylactique, cette doctrine conduit à des absurdités, à des impossibilités, et à conseiller des moyens qui sont le renversement de la morale sexuelle. La chasteté n'est nuisible ni aux normaux, ni aux névrosés, à la condition d'éviter les occasions d'excitation spéciale. Telle est l'opinion générale du monde médical. La jouissance physique n'est d'ailleurs pas tout dans l'amour; il y a encore l'élément intellectuel et affectif dont la puissance est peut-être supérieure à l'élément physique sur le système nerveux. Ce serait singulièrement rabaisser la médecine que de la faire intervenir dans des questions qui ne regardent que la licence et l'immoralité.

A. Cullerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A. Marie, C. Levaditi et J. Bankowski. Présence du *Treponema pallidum* dans le cerveau des paralytiques généraux. 4 pages, in-8°. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, séance du 19 avril 1913.

C. Levaditi, A. Marie (de Villejuif) et J. Bankowski. Le Tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux. 20 pages, in-8° avec planche. Extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, numéro du 15 juillet 1913.

The eighty-sixth annual Report of James Murray's royal asylum, Perth. 48 pages, in-8°. Perth, J. Young and Sons, 1913.

©BIUM

VARIÉTÉS

Nominations et Promotions.

Arrêtés de décembre 1913 : MM. les Drs Aubin, directeur administratif de l'asile de Marseille ; Dodero et Papillon, médecins en chef de l'asile de Bron (Rhône), et Brunet, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), sont promus à la 2e classe de leur grade (7.000 fr.) ;

MM. Gaspa, directeur de l'asile de Château-Picon (Gironde), et Lemaistre, directeur de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), sont promus à la 1re classe de leur grade (8.000 fr.).

— *Faculté de médecine de Lyon* : M. le Dr J. Lépine, professeur de clinique des maladies mentales, est nommé professeur de clinique des maladies nerveuses et mentales.

Concours de 1914 pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 9 mars 1914, tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

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

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministère 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 (1er bureau de la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), 7, rue Cambacérès, jusqu'au mercredi 18 février 1914 inclus.

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

©BIUM

NÉCROLOGIE

Dr Alcée Biaute. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Biaute, médecin de l'asile d'aliénés de la Loire-Inférieure, chargé du cours de clinique des maladies mentales à l'Ecole de médecine de plein exercice de Nantes. Biaute a succombé le 22 décembre dernier à une courte maladie aiguë. Il avait soixante-quatre ans et ses robustes apparences ne faisaient guère prévoir une aussi brusque fin. Il occupait depuis vingt-neuf ans le poste de médecin en chef du service des aliénés de l'hospice Saint-Jacques et avait su y faire apprécier ses qualités de clinicien, de philanthrope et d'administrateur. Les services judiciaires de la région perdent en lui un précieux collaborateur pour leurs expertises. Nous empruntons au discours qu'a prononcé sur sa tombe le Dr Mirallié, directeur de l'Ecole de médecine, les paroles suivantes qui sont exactement l'écho de l'opinion générale : « Par la droiture de son caractère, par la sûreté de ses relations, il avait su conquérir l'estime et la confiance de tous. Sans redouter les difficultés, il s'efforçait de les aplanir ; sans fuir les responsabilités, il savait trouver la solution juste, qui ménageait tous les intérêts. Plus peut-être qu'aucun autre, pendant les années que j'ai vécues à l'Hospice général, près du Dr Biaute, j'ai pu apprécier ses rares qualités, la délicatesse de ses sentiments et sa haute compréhension du devoir. Il tombe frappé en plein labeur, s'occupant jusqu'à son dernier jour de son service et de ses malades. Tous ceux qui l'ont connu conserveront de lui le souvenir d'un homme de bien et d'un honnête homme. »

Rappelons, en terminant, que notre regretté collègue a fait ses études médicales à Paris, qu'il a été interne de la Maison nationale de Charenton et que sa thèse de doctorat, intitulée : « Contribution à l'étude de l'état mental dans la phtisie pulmonaire », n'est pas sans mérite. Collaborateur assidu des *Annales médico-psychologiques*, le Dr Biaute y a surtout publié d'importants mémoires de médecine légale, qui ont été très remarqués et qu'on consultera toujours avec fruit ; il était membre correspondant de la Société médico-psychologique depuis le 28 juin 1880.

Dr Rousset. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Rousset, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône,) décédé le 3 décembre 1913, dans sa cinquante-cinquième année.

Le Dr Rousset était né à Cusset (Allier), le 20 octobre 1859.

©BIUM

Il fit ses études médicales à Lyon, et fut reçu au concours d'internat de l'asile de Bron, en mars 1882. Il soutint sa thèse sur les *Troubles mentaux dans la fièvre typhoïde*. Il entra le 24 décembre 1887 dans le service des aliénés en qualité de médecin adjoint de l'asile de Grenoble, et douze ans après, le 10 avril 1899, il fut nommé médecin en chef de l'asile de Bron.

Les obsèques eurent lieu le 5 décembre 1913, à l'asile de Bron, où il a été inhumé. Deux discours furent prononcés sur sa tombe; l'un, par son collègue, le Dr Viallon; l'autre, par le directeur de l'asile. Nous les reproduisons ci-après; ils donnent des détails intéressants sur la vie de notre regretté collègue et complètent cette trop courte notice nécrologique.

Discours de M. le Dr VIALLON, *au nom du corps médical de l'Asile de Bron.*

Ma qualité de doyen des médecins de l'asile me réserve le triste privilège de venir adresser un dernier adieu au Dr Rousset, médecin en chef à l'asile départemental d'aliénés du Rhône.

Je me fais l'interprète ému des sentiments unanimes de regret de la part de ses collègues du corps de l'internat et des infirmiers du service médical qui, tous, surent apprécier ses grandes qualités comme confrère et comme chef de service.

Pour ma part, je l'ai vu plus particulièrement à l'œuvre et j'ai pu, mieux que quiconque, juger de sa haute culture intellectuelle et de l'aménité de son caractère.

Après de solides études secondaires, il prit ses inscriptions à la Faculté de médecine de Lyon. Etudiant, il concourut avec succès pour l'internat de l'asile de Bron, où il passa trois années. Après avoir conquis son titre de docteur par une thèse d'aliénation mentale fort remarquée, il se livra pendant quelque temps à l'exercice de la médecine, à la Fouillouse, dans le département de la Loire.

Mais déjà ses tendances scientifiques l'orientaient nettement du côté de la psychiatrie. C'est pourquoi il postula et obtint le poste de médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Robert, près Grenoble. Il n'y fit qu'un court séjour, deux années à peine, et fut nommé à l'asile de Bron, où, neuf ans plus tard, en 1899, il était promu médecin en chef et chargé du service des hommes. Telles sont les étapes successives parcourues par notre regretté collègue.

Mais tout en assurant ses fonctions de médecin en chef avec la ponctualité qui le caractérisait et avec le soin le plus scrupuleux, en ce qui concernait l'examen de ses malades, leur

©BIUM

traitement et l'amélioration de leur sort, il ne négligeait point de s'intéresser au mouvement scientifique et publiait des travaux de longue haleine ou des observations du plus haut intérêt.

C'est ainsi qu'il fut choisi comme secrétaire général du Congrès des médecins aliénistes et neuropathologistes, en 1892, à Lyon, et chargé du rapport de l'importante question des relations de l'alcoolisme avec la paralysie générale. Ce mémoire, fort documenté, est toujours consulté avec fruit.

Il fut aussi le collaborateur assidu de différentes revues de psychiatrie et de neurologie. Il serait trop long d'énumérer les observations multiples qu'il publia, souvent en collaboration avec ses élèves.

Ses rapports annuels au Conseil général étaient toujours remarqués, parce qu'à côté des tableaux statistiques il savait placer des commentaires du plus haut intérêt.

Ajoutons que Rousset était expert près les tribunaux, où sa compétence était appréciée parce qu'elle était fondée sur un jugement sûr, fruit d'une longue pratique.

Enfin, il y a quelques années à peine, nous unîmes nos efforts communs pour créer une société de patronage pour les aliénés pauvres sortis guéris ou convalescents. Cette œuvre fut menée à bien et Rousset en était le vice-président.

A côté du savant qui observait et soignait ses malades, il y avait l'homme de cœur qui s'intéressait à leur sort. Il a voulu dormir de son dernier sommeil dans ce modeste cimetière de l'Asile, pour reposer au milieu de ceux qui avaient été l'objet de sa constante sollicitude.

Au collègue, à l'ami, au chef de service qui disparaît, adressons un suprême adieu.

Discours de M. Georges Bouleau, *directeur de l'Asile, au nom de l'Administration.*

C'est douloureusement ému, et le cœur rempli d'une profonde tristesse, qu'au nom de l'Asile d'aliénés du Rhône je viens adresser ici un dernier adieu et apporter un suprême hommage au Dr Rousset.

Depuis un certain temps, nous sommes véritablement affligés. Trop de deuils, particulièrement sensibles à nos sympathies et à nos affections, se sont abattus sur nous. La mort a frappé dans nos rangs à coups redoublés : elle ne s'est pas arrêtée devant la jeunesse, elle n'a pas épargné la maturité, et voilà que nous sommes aujourd'hui réunis autour du cercueil de celui des nôtres qui, naguère encore, était au milieu de nous plein de vie et de santé.

©BIUM

Dans cette grande famille qu'est l'Asile, ce nouveau deuil qui frappe ainsi chacun de nous en particulier, nous étreint et nous émeut d'une façon poignante au plus profond de nous-mêmes.

Je ne voudrais pas en dire davantage. Les mots expriment si mal ce que personnellement je ressens au seuil de cette tombe que la terre va bientôt recouvrir de son manteau pesant!

Mais, à l'adieu du collègue et de l'ami que nous venons d'entendre, j'ai le triste devoir d'ajouter le tribut de reconnaissance de l'administration de l'Asile, au fonctionnaire, au médecin, qui depuis plus de trente années a consacré en tout temps à sa tâche, toute sa conscience professionnelle et tout son dévouement.

Nous avons entendu, avec l'autorité qui s'est attachée à la voix du praticien qui depuis si longtemps le connaissait, que M. Rousset, alors jeune étudiant, avait été reçu au concours d'Internat du mois de mars 1882, qu'il avait accompli ses trois années d'Internat à l'Asile au cours desquelles il avait été reçu docteur en médecine, que, nommé ensuite médecin adjoint à l'Asile de Saint-Robert, il était revenu ici en cette même qualité le 1er décembre 1890, pour ne plus jamais nous quitter, ayant été promu médecin en chef sur place.

Or, Messieurs, au cours de cette longue carrière, que ce soit, il y a près de trente-deux ans, le jeune étudiant radieux d'avenir et enthousiaste d'ardeur et d'espérance; plus tard, le jeune homme devenu de bonne heure sérieux et réfléchi, ou l'homme mûr rempli d'expérience et de talent dans l'exercice de sa profession, toujours le Dr Rousset s'est attaché par-dessus tout à ses malades, et leur a consacré le meilleur de sa bonté et de son cœur.

Et, Messieurs, s'il était plein d'attention pour chacun de ses malades, je dois le dire hautement et publiquement ici, c'est qu'il était animé d'un profond amour pour sa profession et, en particulier, pour la spécialité de l'aliénation mentale qui, dès sa jeunesse, l'avait attiré et séduit par tous ses côtés attachants et prenants et qui conquièrent bien vite tous ceux qui réfléchissent et qui pensent.

Aussi, que ses travaux, ses observations et ses rapports, écrits dans une langue ferme et sobre, étaient intéressants! Il joignait en effet à une forme élégante de si particulières qualités d'exposition que les profanes mêmes, éclairés et captivés tout à coup, ne pouvaient moins faire que de les comprendre et les goûter pleinement.

Et, ainsi attaché à sa profession, le Dr Rousset en était venu tout naturellement à aimer ses malades, à compatir à leurs misères, et à pencher sur eux la douceur de son agissante bonté.

©BIUM

De quelle attention clairvoyante et avisée il les a entourés, tous les nombreux malades qui se sont succédé dans son service au cours de cette longue période de trente-deux ans, et quelles consolations n'a-t-il pas prodiguées dans le vaste champ que la visite de chaque jour ouvre à la bonté du médecin aliéniste!

Je le vois encore, il y a de cela pas beaucoup plus que quelques jours, revenir en hâte, quoique souffrant, pour consoler et réconforter un de ses malades qu'il s'était attaché parmi tant d'autres par des années d'attentions, de soins et de sympathiques prévenances, et pleurer de douleur à la nouvelle de sa fin.

Je l'ai revu ensuite, tout ému de tristesse, ayant tenu à l'accompagner en personne jusqu'ici, dans ce petit cimetière où il a voulu lui-même reposer, et cela, afin de se trouver tout près de ceux de ces malades que le destin a fait venir ici dormir de leur dernier sommeil : « Être enterré dans un petit coin de terre du cimetière de l'asile. » Telle est, parmi ses désirs d'au delà de la mort, l'une des toutes dernières lignes qu'il a écrites.

N'avoir pas voulu être séparé de ceux à qui il avait pour ainsi dire consacré toute sa vie, quoi de plus touchant et de plus émouvant!

C'est là un ultime témoignage d'affection envers ceux qui souffrent et, pour ce témoignage, inclinons-nous bien bas.

J'ai dit tout à l'heure que cette terre allait bientôt recouvrir ce cercueil de son manteau pesant; mais non, cette terre ne pèsera pas bien lourd, car, dans ce petit cimetière où vient expirer tout bruit, dans le grand repos et dans la grande paix qui l'environnent, celui qui va dormir ici de son dernier sommeil sera encore au milieu de nous.

De l'asile, chaque jour, nous ne pourrons pas apercevoir le vert sombre et mélancolique de ces arbres, sans penser à celui dont nous déplorons en ce moment la perte et sans lui adresser un souvenir que le temps adoucira sans doute, mais qui ne s'éteindra jamais de nos mémoires.

Médecin en chef Rousset, au nom des malades de l'asile, qui en ces minutes suprêmes sont de cœur avec nous par la pensée et la reconnaissance, je vous adresse un respectueux hommage.

Au nom de M. le Préfet du Rhône, qu'un impérieux devoir de ses hautes fonctions a retenu à Paris, mais qui a tenu à apporter un témoignage de la grande part qu'il prend à notre douleur en se faisant représenter par son chef de cabinet ; au nom de la Commission de surveillance de l'Etablissement dont chacun de ses membres en particulier m'a prié d'être l'inter-

©BIUM

prète de sa particulière affliction ; au nom de tout le personnel de l'asile parmi lequel vous teniez une si grande et si large place ; au nom des infirmiers de votre service ; je dépose respectueusement sur votre cercueil un hommage ému et affligé.

Tout près de nous, vous allez dormir dans l'immense paix de l'éternel repos, mais nous viendrons vous voir et déposer l'offrande de nos cœurs attristés.

Docteur Rousset, adieu.

Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*).

Un infirmier tué par un aliéné. — On télégraphie d'Armentières au *Petit Journal* (numéro du samedi 27 décembre 1913) :

« Hier matin, à six heures et demie, un gardien de l'asile des aliénés, à Armentières, pénétrait dans la chambre d'un malade à qui il ordonnait de cirer ses bottines.

« Le malade devint subitement furieux et lui lança un coup de pied. Le gardien fut atteint au côté gauche et tomba. Le dément s'acharna sur le malheureux, à qui il donna un violent coup de pied au côté gauche et deux autres à la mâchoire et à la main.

« Les collègues du gardien accoururent à son secours et le tirèrent des mains du fou, qu'ils mirent en cellule. Le gardien, nommé Auguste Decourchelle, âgé de quarante-cinq ans, qui fut autrefois boucher à Lille, continua son service, mais se sentant indisposé, il se rendit à sa chambre, où il s'affaissa. Le malheureux est mort dans la soirée, à huit heures et demie. »

La lutte contre l'alcoolisme.

Contre l'absinthe. — On écrit de Strasbourg au *Temps* (numéro du mardi 30 décembre 1913) :

« Le gouvernement d'Alsace-Lorraine fait procéder actuellement à un projet de refonte des règlements concernant les débits de boissons. Ce projet réglementera d'une façon spéciale la vente des boissons alcooliques et en particulier celle de l'absinthe. La « fée verte » est consommée seulement dans les villes d'Alsace-Lorraine, donc dans des proportions relativement restreintes ; mais il paraît que la vente a sensiblement augmenté au cours des cinq dernières années. Le règlement en préparatiou autorisera le gouvernement à restreindre et même à interdire la vente de l'absinthe et des boissons ayant une composition analogue. »

Le privilège des bouilleurs de cru. — Dans sa dernière séance,

©BIUM

la Fédération des industriels et des commerçants français s'est préoccupée de la question du privilège des bouilleurs de cru. Elle a décidé de combattre le privilège avec énergie par tous les moyens dont elle disposera, estimant qu'au moment où des ressources budgétaires sont nécessaires, « il convient de ne laisser aucune fissure dans notre régime des impôts et surtout aucune fissure aussi exceptionnelle que celle-ci ».

Le conseil de la Fédération a donc émis l'avis que son comité directeur devait dès maintenant rechercher tous les moyens par lesquels il serait possible de combattre activement le privilège des bouilleurs de cru. (*Le Temps*, numéro du mercredi 7 janvier 1914.)

Un comité d'action antialcoolique. — Il vient de se constituer à Paris sous le nom de « l'Alarme » un comité d'action antialcoolique dans le but d'organiser dans les principales villes de France à la veille des élections législatives une série de meetings contre l'alcool. Ce comité, qui est présidé par M. Henri Schmidt, député des Vosges, a reçu le patronage de MM. Ribot, Léon Bourgeois, Ferdinand Buisson, Siegfried, Joseph Reinach, Albert Thomas, les professeurs Debove et Richet, Jean Finot, etc.

Sans intervenir directement dans les luttes politiques le comité demandera aux électeurs d'insister auprès des candidats de leur parti pour qu'ils inscrivent dans leur programme les réformes antialcooliques qui s'imposent.

Le premier meeting a eu lieu le 17 janvier 1914 à Nancy dans la Maison du Peuple, sous la présidence de M. Bourcart, professeur à la Faculté de droit.

Plusieurs communications ont été faites, notamment par M^me^ Suzanne Grunberg, avocat à la Cour de Paris, qui a montré l'influence de l'alcoolisme dans les inquiétants progrès de la criminalité juvénile; par le D^r^ Lucien Jacquet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, qui a éloquemment prouvé, chiffres en main, que la morbidité et la mortalité n'ont pas de facteur plus agissant que l'alcoolisme.

« La phtisie se prend sur le zinc, des deux côtés à la fois », conclut l'éminent praticien, car les débitants fournissent un contingent formidable à l'armée des victimes de la tuberculose.

Enfin M. Schmidt, député des Vosges, a expliqué le but que s'est proposé le comité antialcoolique l' « Alarme » : se tenant en dehors et au-dessus des partis politiques, faire une campagne active auprès des électeurs pour leur demander d'exiger des différents candidats des engagements formels en faveur de la législation antialcoolique qui s'impose.

©BIUM

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Tragiques exploits d'un déséquilibré. — On lit dans le *Journal de l'Ain* (numéro du lundi 1er décembre 1913) :

Un drame dont les conséquences auraient pu être beaucoup plus graves, a soulevé une indicible émotion samedi soir dans la petite cité de Saint-André-de-Bâgé et principalement à Replonges.

Celui qui en fut le triste héros est un nommé Joanny Lacour, âgé de vingt-cinq ans, originaire de Replonges. Bien qu'encore jeune, Lacour a eu une existence assez mouvementée.

Lacour, dès son jeune âge, s'adonna à la lecture de romans divers ; plus tard, il dirigea ses études vers la psychologie et la politique : avec sa culture rudimentaire il ne put digérer les auteurs dont il se nourrissait. Il devint un farouche, haïssant la société, mécontent de tous autant que de lui-même.

En 1909, appelé à rejoindre son régiment, le 133e, à Belley, il partit de Replonges la veille de son incorporation. Arrivé à la Madeleine, il scie des arbres d'agrément plantés vers la gare ; il détruit également des poteaux télégraphiques. Il se fait arrêter à Vonnas, après avoir brisé des vitres à la gare du P.-L.-M. Remis en liberté, il part à Villefranche, s'inonde le visage de vitriol et se fait soigner à l'hôpital de cette ville. Il rejoint néanmoins quelque temps après son régiment, où il est réformé le 16 novembre.

Revenu à Replonges, il y mène une vie de sauvage, il ne sort de son habitation que la nuit, tant son visage inspire l'horreur.

Les rares personnes qui l'ont vu en font un portrait terrifiant. Les yeux n'ont pas été atteints par le liquide corrosif, mais les paupières n'existent plus. Le front et les joues, mais particulièrement la partie élevée du visage portent des sillons profonds, aux bords boursouflés.

Parvenu à sa majorité, il exige sa part des biens que lui a laissés son père, mort il y a quelques années, les soins maternels sont refusés ! La nuit, il inscrit la liste des objets dont il a besoin, le billet est placé sur un baquet que son fermier a le soin de laisser en permanence à la porte de son habitation, il porte furtivement son linge blanchir chez sa mère.

Il boit beaucoup de champagne et de liqueurs fortes ; quelquefois la nuit, il s'occupe et va répandre du fumier sur les terres qu'exploite son fermier.

On comprend combien les gens composant son voisinage étaient peu rassurés ; leur crainte eut pour résultat de provo-

©BIUM

quer de la part de M. Toulon, maire, une demande d'internement qui fut refusée !

Le 20 août dernier, Lacour, rompant son isolement, se montra aux enfants de son fermier et voulut leur indiquer, à l'aide d'allumettes et de morceaux de papier, comment l'on s'y prenait pour mettre le feu à une meule de paille. La leçon fut interrompue à temps, elle provoqua l'intervention de la gendarmerie de Saint-Laurent. Lacour s'excusa en disant qu'il était ivre ce jour-là. Une seconde demande d'internement formulée à cette occasion n'obtint pas plus de succès que la première.

Quel travail s'opéra samedi dans le cerveau de ce véritable détraqué ? Personne ne le saura jamais. Toujours est-il que vers huit heures du soir, il est à Saint-André-de-Bâgé, il tire des coups de revolver, semant la terreur partout où il passe. Une heure après, il en est fait autant au hameau de Mons, puis à celui de la Croix-Verte.

A dix heures et demie et avec une rapidité diabolique, il met le feu à trois meules de paille situées dans trois points différents du hameau des Putets et assez loin les uns des autres. L'une de ces meules communique le feu à une maison d'habitation habitée par les époux Rousset.

On devine la stupeur des habitants, que les appels des sinistrés appelaient coup sur coup de tous côtés. La plupart d'entre eux, véritablement apeurés, s'armèrent de tridents, de fourches, de pelles, de pioches et assurèrent farouchement la garde de leur habitation contre les ennemis invisibles qui signalaient leur présence de si étrange façon.

Enfin le tocsin se fit entendre, les pompiers de toutes les communes environnantes arrivèrent sur les différents lieux sinistrés, et vers deux heures du matin l'on se rendit maître du fléau.

Les dégâts ne sont heureusement pas très importants, ils s'élèvent à 3.000 fr. environ, au surplus, ils sont couverts par des assurances.

Pendant ce temps qu'était devenu l'auteur de ces crimes ? Plusieurs personnes avaient bien vu un individu s'enfuyant, mais étant donné l'affolement général, personne n'avait pris garde à cette espèce de fantôme.

A une heure du matin, alors que toute la population cherchait à noyer l'incendie, Lacour, qui était allé à Bâgé-la-Ville, appelait, nous assure-t-on, M. Lombard, notaire, et tirait plusieurs coups de revolver dans la direction de la fenêtre qui s'était entr'ouverte.

Enfin, à quatre heures du matin, crotté, bourbeux, sale, dépenaillé, Lacour se présentait à la gendarmerie de Bâgé. Il y avouait ses crimes ; il était immédiatement arrêté.

©BIUM

Il était porteur d'une somme de 500 francs en or, d'un revolver et de 20 cartouches. Sur la route parcourue par le coupable la gendarmerie a retrouvé un porte-monnaie contenant 6 francs et une somme de 60 francs en pièces de 5 francs parsemées sur tout le trajet fait par Lacour.

Il est évident que Lacour est une victime des lectures subversives dont il s'est nourri, plus encore que de l'alcool dont il s'est abreuvé. Il se peut que ce soit un malade et un détraqué. C'est aussi, et surtout, un être que les ouvages malfaisants qu'il a dévorés ont placé en marge de la société qu'il détestait, lui qui avait une aisance suffisante pour être cité parmi les heureux de la terre, de cette terre à laquelle il eut le tort et le malheur d'être insuffisamment attaché.

La folie d'un avocat. — Un voyageur descendait ces jours derniers à l'hôtel de la Gare, à Barfleur (Manche), et s'inscrivait sur le registre sous le nom de Merlet-Drouet, trente et un ans, avocat, demeurant à Paris, rue Poussin, 26. La nuit dernière, alors que tout le monde dormait à l'hôtel, l'avocat, qui s'était déjà fait remarquer par ses excentricités, se leva, et, à l'aide d'une hache qu'il avait achetée dans la journée, il se mit à tout briser. L'hôtelier, M. Langlois, étant intervenu, le fou sortit un revolver et fit feu. M. Langlois s'affaissa grièvement blessé à l'abdomen.

Le personnel de l'hôtel et d'autres voyageurs réussirent à appréhender le forcené, qui fut conduit à la gendarmerie. Le parquet de Valognes a fait mettre le jeune avocat en observation à l'hôpital. L'état de M. Langlois est grave. Au domicile du meurtrier, rue Poussin, 26, on nous déclare que M. et M^me^ Merlet-Drouet, qui habitent l'immeuble depuis un an, ont quitté Paris ces jours derniers se rendant à la campagne. L'avocat s'était jusqu'à présent montré très pondéré, et on fut fort surpris, rue Poussin, en apprenant l'acte de folie qu'il aurait commis à Barfleur. (*Le Temps*, numéro du dimanche 18 janvier 1914.)

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

La loi sur le régime des aliénés devant le Sénat.

Au mois de décembre dernier, le Sénat a consacré quatre séances à une première délibération sur le projet de loi relatif au régime des aliénés dont M. Strauss est le rapporteur. Cette délibération a présenté des particularités intéressantes ; quelques-unes même paraissent d'une importance réelle.

Alors que d'ordinaire nos assemblées législatives ne consacrent qu'une seule délibération aux projets de loi qui leur sont présentés, cette fois, le Sénat, sur la demande même du rapporteur, a décidé qu'il procéderait ultérieurement à une seconde délibération. La raison que le rapporteur a donnée de sa demande, c'est que, depuis le dépôt de son rapport et du projet, la Commission a reçu un contre-projet et des amendements qui nécessiteraient de sa part un examen plus approfondi, et qu'il fallait entre deux délibérations lui laisser le loisir de les étudier.

©BIUM

Il y a lieu de se féliciter qu'il en soit ainsi. Les débats ont indiqué que les innovations qui sont proposées dans le projet et qui découlent des projets précédents, ne sont plus acceptées avec une aussi complète unanimité qu'autrefois ; que, par suite de l'évolution et des progrès accomplis dans la médecine mentale, ces réformes semblent ne plus répondre aussi certainement qu'on l'avait cru naguère aux besoins sociaux, et qu'avant de les adopter il conviendrait d'y réfléchir encore.

Fait bien digne de remarque : alors que jusqu'ici et depuis longtemps on n'entendait qu'anathèmes contre la loi qu'il s'agit de remplacer, la loi du 30 juin 1838, et que cette loi semblait vouée à l'abandon le plus complet, cette fois on a pu entendre soutenir au milieu du Sénat, sans qu'aucune protestation se soit élevée, que cette loi n'est pas après tout si mauvaise, que ses principes sont excellents, que plus d'une de ses disposition est à conserver. C'est ainsi que M. Cazeneuve a dit : « Je suis de ceux qui trouvent qu'on a fait trop bon marché d'un certain nombre de dispositions de la loi de 1838. » C'est ainsi encore que M. Faisans, en présentant un amendement qu'il a fait adopter, sur la manière de classer les établissements consacrés aux aliénés, a dit : « Je demande qu'on revienne au texte même de la loi de 1838. » Et il ajoutait : « Nos vieilles lois ne sont pas mauvaises, nous y trouvons toujours d'excellentes choses, *surtout dans cette loi de* 1838. »

Le sentiment qui semble ici se faire jour et que l'on doit désirer voir devenir d'ici peu un courant d'opinion prépondérante, semble pouvoir aussi se reconnaître dans un incident curieux qui s'est produit tout à la fin des débats, au moment où on allait voter les derniers articles du projet.

©BIUM

Cet incident a été soulevé par M. de Lamarzelle, dont il est nécessaire de reproduire complètement les paroles, pour qu'on puisse le comprendre et tâcher d'en dégager la signification et la portée.

Messieurs, a-t-il dit, je saisis le premier article réservé de la proposition de loi dont la discussion va se terminer, pour présenter au Sénat une observation tout à fait générale et qui s'applique à l'ensemble de la proposition.

Cette proposition est intitulée : Loi sur le régime des aliénés. Or, dans tous les articles généraux, nous trouvons non plus ces mots : « les aliénés », mais ceux-ci : « les individus atteints d'une affection mentale. » Individus atteints d'une affection mentale et aliénés, ce n'est pas du tout la même chose.

Vous avez, en dehors des aliénés, des hommes et des femmes qui sont des neurasthéniques, des morphinomanes — et ce n'est pas toute la liste de ces malades que vous connaissez bien — qui ne sont nullement des gens atteints d'aliénation mentale.

Nous ne savons pas, en réalité, quelles sont les affections mentales qui tomberont sous l'application du régime des aliénés. Or, Messieurs, nous avons un moyen de le savoir.

J'ai été très étonné, je l'avoue, quand j'ai vu présenter ce projet de loi sans qu'on nous apporte sur cette question technique de premier ordre, d'une telle importance, l'avis de l'Académie de Médecine ; d'autant plus étonné qu'il y a vingt-sept ans, lorsque le projet Roussel a été présenté, la Commission sénatoriale, notez-le bien, l'a demandé. Cet avis qui lui a été donné à l'unanimité, je le reconnais, et qui est devenu le principe même du projet, disait : « Le principe fondamental du nouveau projet de loi, c'est l'intervention de la justice dans toutes les mesures concernant les aliénés. » Il a été émis à l'unanimité, c'est vrai. Mais est-ce à dire que nous n'avons pas besoin d'un nouvel avis, alors que depuis vingt-sept ans cette science qu'on appelle d'un mot barbare « la psychiatrie » a fait tant de progrès ?

Il existe en effet, non pas des maladies nouvelles, comme on le dit à tort, mais certaines affections que notre époque, si nerveuse, si neurasthénique, a fait connaître et qui ne sont pas de l'aliénation mentale.

Remarquez, Messieurs, que cet avis de l'Académie de Méde-

©BIUM

cine que je vous ai lu, parle de l'intervention de la justice dans toutes les mesures à prendre concernant les aliénés. Il s'agissait alors uniquement du régime des aliénés. Or, ici, il s'agit du régime des personnes atteintes d'affection mentale.

Je disais tout à l'heure qu'il y a vingt-sept ans, il y avait unanimité sur ce principe. Aujourd'hui, parmi les aliénistes, l'unanimité n'existe plus. Un éminent professeur, le Dr Gilbert-Ballet, a dernièrement, à l'Académie de Médecine, combattu très vigoureusement le principe de la proposition de loi. L'Académie de Médecine n'a pas voté sur la question; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est actuellement discutée.

Au Puy, il y a eu un Congrès d'aliénistes devant lequel le Dr Gilbert-Ballet a soutenu son opinion, et combattu le principe de cette loi, approuvé par l'Académie de Médecine il y a vingt-sept ans. Ce Congrès des aliénistes, à une immense majorité, s'est prononcé en faveur de l'opinion du Dr Gilbert-Ballet.

Je demande tout simplement à la Commission qu'elle nous promette qu'elle demandera, dans l'intervalle des deux délibérations, l'avis de l'Académie de Médecine. Si la Commission y était opposée, je proposerais le projet de résolution que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau.

Faut-il ne voir dans l'intervention de M. de Lamarzelle qu'une simple question de mots, une affaire de définition ou de modification de termes? Soit involontairement, soit à dessein, il a confondu et encastré l'une dans l'autre deux choses qui, de prime abord, paraissent bien distinctes : l'une relative à la précision de ce qu'il faut entendre par individus atteints d'affections mentales, l'autre relative au principe de l'intervention de l'autorité judiciaire dans les mesures à prendre à l'égard des aliénés désignés dans le projet actuel sous le nom d'individus atteints d'affection mentale.

Il a demandé qu'on prît l'avis de l'Académie de Médecine. Etait-ce sur les deux choses ou sur une seule? En réalité, il semblerait bien que c'est avant tout sur la deuxième, à savoir celle que M. Gilbert-Ballet et le

©BIUM

Congrès des aliénistes ont énergiquement combattue, le principe même de la proposition de loi, l'intervention de l'autorité judiciaire.

Le rapporteur M. Strauss, et avec lui M. Labbé, semblent l'avoir compris ainsi et ils y ont fait une vive opposition. Ils ont déclaré qu'il était inutile de consulter l'Académie parce qu'elle ne pouvait, suivant eux, avoir aucun motif de modifier aujourd'hui l'opinion qu'elle a émise il y a vingt-sept ans. Ce serait faire injure à M. Labbé et à M. Strauss, tous deux membres de l'Académie de Médecine, de supposer qu'ils sont ignorants des modifications profondes, des grands progrès qui se sont faits depuis trente ans dans la médecine mentale et le traitement des aliénés, progrès dont la constatation justifie que les opinions émises il y a trente ans ne soient plus valables aujourd'hui.

M. Strauss a déclaré que la question était suffisamment étudiée et que la réforme devait être considérée comme définitivement acquise. En parlant ainsi, oubliait-il donc que la Commission dont il est l'organe n'avait pas considéré le principe comme absolument intangible, puisqu'elle proposait avec un commencement de grande sagesse qu'il entrât en jeu non au moment même du placement d'un malade dans un établissement spécial, mais seulement six mois après ? Et la raison très forte qu'il donnait de cette dérogation au principe, c'est qu'il fallait laisser aux malades curables le temps de guérir. Dès lors, pourquoi fixer arbitrairement à six mois le délai de guérison de toute maladie mentale, comme s'il n'y en avait pas qui missent plus de temps à évoluer jusqu'à la guérison ? C'est donc la Commission elle-même qui, par des considérations auxquelles on ne pensait pas il y a trente ans, a ouvert la porte à une nouvelle discussion du principe, et M. Strauss était ainsi mal fondé dans son opposition.

©BIUM

Sans prendre à l'égard de l'opposition sur ce point une décision formelle, le Sénat a paru s'arrêter plus spécialement à l'autre point, l'emploi du vocable employé par la Commission pour désigner les malades justiciables de la loi nouvelle.

En employant ce vocable, on est parti d'un sentiment très louable sur lequel M. Strauss s'était expliqué dès le début de la discussion. « L'asile, avait-il dit, doit se transformer de plus en plus en hôpital de traitement des affections mentales ; il faut faire disparaître la tare qui s'attache à l'admission dans un asile. » Et revenant là-dessus au cours de la délibération, il s'en explique encore. « Ce n'est pas, dit-il, par hasard que le mot « aliéné » a été supprimé. Vous savez quels sentiments il inspire ; nous avons souhaité le faire disparaître... je ne vois donc aucun inconvénient à le voir disparaître. L'honorable M. de Lamarzelle considère que les mots « affections mentales » prêtent à ambiguïté. Or, ils ne contiennent pas une innovation de notre part. En 1891 déjà, sur le rapport du Dr Bourneville, un aliéniste, le Conseil supérieur de l'assistance publique avait employé l'expression. Si, quelques-uns de nos collègues considèrent que les mots « affections mentales » prêtent à l'ambiguïté, la Commission, entre les deux délibérations, procédera à un nouvel examen. »

Le sous-secrétaire d'État, représentant le Gouvernement, est alors intervenu, et, au nom de celui-ci, a demandé qu'on donnât, en effet, une définition du terme « affection mentale », ajoutant que si cela était utile, le Gouvernement, par les moyens dont il dispose, prendrait l'avis des neurologues, des spécialistes, et même de l'Académie de Médecine.

Sur cette intervention l'incident a été clos.

Est-il vraiment possible de n'y voir qu'une simple

©BIUM

querelle de mots, une affaire de définition d'un vocable qui est d'un usage courant? Au fond, cette définition en soi n'a que peu d'importance. Il faut connaître bien mal les choses de la médecine mentale pour avoir des doutes à ce sujet. Pour le public, être fou ou aliéné, n'est pas du tout la même chose que d'être atteint d'affection ou de maladie mentale, et au point de vue du public, il n'est pas indifférent d'employer un terme ou l'autre. Mais, parmi les aliénistes, parmi ceux qui ne sont pas absolument ignorants de ce qui concerne leur spécialité, qui donc s'y trompe? Il y a beau temps que dans les certificats médicaux ces divers termes sont employés comme synonymes d'aliénation mentale.

M. Strauss aurait peut-être provoqué moins de défiances si, au lieu du terme « affections mentales », il avait employé celui de « maladies mentales ». Cependant, cela n'est pas sûr si nous nous en rapportons à ces paroles de M. Labbé, qui sont au *Journal officiel* : « Je suis absolument d'avis que les mots « atteints de maladies mentales » ne présentent aucune espèce de précision et qu'à ces mots il doit être substitué celui « d'aliénés ». O mânes d'Esquirol, de Morel, de Marcé, de Dagonet, vous dont les noms illustres signent les livres merveilleux dans lesquels vous avez, sous le nom de maladies mentales, décrit les maladies des aliénés, que doit vous sembler d'entendre parler ainsi! Ce ne sont pas ces grands aliénistes, assurément, qui auraient craint quelque méprise dans la substitution des mots « atteints de maladies mentales » au mot « d'aliénés », alors que celui-ci est pris en si mauvaise part, et qu'il serait vraiment utile, comme M. Strauss l'a proposé, de le faire disparaître.

La discussion qui a porté sur cette question de mots pourrait donc paraître oiseuse si on ne l'envisageait qu'à

©BIUM

ce point de vue. Mais elle prend de l'importance si l'on considère qu'en fait, derrière elle, se dressent les préoccupations graves auxquelles M. de Lamarzelle a fait allusion.

On aura beau dire, on ne pourra pas faire que les termes aliénés, maladies mentales, même affections mentales, ne se tiennent de très près entre eux. Mais consciemment ou inconsciemment on se met à redouter que l'intervention de l'autorité judiciaire dans l'internement des malades qui en sont atteints ne vienne frapper indûment les uns, inutilement les autres, sans donner aucune des garanties qu'on attend d'elle. Les aliénistes, les neurologistes que l'on consultera ne pourront pas dire qu'une maladie mentale n'est pas une maladie mentale, qu'une affection mentale ne peut pas ne pas être la même chose qu'une maladie mentale, et que la maladie d'un aliéné n'est pas une maladie mentale. Mais ils diront que certaines maladies mentales, qui sont bien des cas d'aliénation mentale, et qui, comme tels, sont légitimement à leur place dans les établissements d'aliénés, sont curables ou susceptibles d'amélioration ; ils diront que le temps nécessaire pour arriver à l'amélioration ou à la guérison ne peut être strictement fixé à un délai déterminé ; ils diront que parmi les maladies mentales qui, toutes, sont de l'aliénation mentale, des maladies d'aliénés, les unes nécessitent l'internement, les autres ne le nécessitent pas ; ils diront même que, parmi ces maladies sur lesquelles M. de Lamarzelle a spécialement appelé l'attention, et qui, en elles-mêmes, ne sont pas à proprement parler des maladies mentales, des maladies d'aliénés, la neurasthénie, la morphinomanie, il y en a qui se compliqueront de phénomènes morbides mentaux susceptibles d'obliger à placer les malades dans des établissements fermés où ils soient privés de leur liberté, autrement dit dans des établis-

©BIUM

sements d'aliénés. Et en présence de ces diversités, si l'on veut suivre la logique des choses, on doit arriver à cette conclusion, que si l'on ne veut pas exposer les aliénés curables à subir la tare de l'intervention judiciaire, à être frappés de l'espèce de déchéance morale dont, quoi qu'on dise, cette intervention les frappera, il ne faut faire subir cette intervention ni aux uns, ni aux autres. Faire autrement, c'est éloigner des établissements d'aliénés les malades curables. Mais alors, à quoi bon établir à l'entrée du service médical des aliénés un concours difficile!

Que va faire maintenant la Commission? Va-t-elle, comme l'a décidé le Sénat, faire définir par les neurologues, les spécialistes, l'Académie de Médecine, les mots « affections », « maladies mentales », dans leurs rapports avec les aliénés? Alors elle va patauger dans un véritable gâchis, au milieu des difficultés inextricables qui surgiront de cet essai de définition. Va-t-elle, comme le veut M. Labbé, reprendre simplement le mot « d'aliéné »? C'en est fait alors des généreuses perspectives de réhabilitation qu'elle s'est proposé de tenter à l'égard des maladies mentales. Même ce faisant, elle ne résoudra pas les difficultés d'application de la loi aux aliénés curables et aux aliénés incurables.

Il semble donc bien que, quoi qu'elle fasse, quelles que soient les oppositions qui se sont fait jour, elle ne peut se refuser à examiner de nouveau la question de l'intervention de l'autorité judiciaire dans l'internement des aliénés.

L'incident soulevé par M. de Lamarzelle nous semble donc gros de conséquences qui peuvent être heureuses pour le bien des aliénés. Il n'est guère d'aliénistes, croyons-nous, qui ne puissent désirer que ces conséquences ne soient de revenir sinon aux termes, du moins aux principes de la loi de 1838. Si l'on en arrive là, on

©BIUM

le devra à l'éloquente initiative de M. Gilbert-Ballet devant l'Académie de Médecine, initiative qui aura ainsi rendu un service immense à la cause des aliénés.

Nous avons cru devoir nous arrêter longuement à l'incident ; il a marqué, on peut dire, le point culminant de la première délibération du Sénat sur la revision de la loi sur le régime des aliénés, et il méritait qu'on lui donnât une attention spéciale.

Revenons maintenant au point de départ, et relevons, au cours de la délibération, les faits importants qui s'y sont produits.

A l'origine des débats M. Cazeneuve a fait observer que si la Chambre avait, en 1907, bouleversé la loi de 1838, la Commission du Sénat, à son tour, a bouleversé complètement le projet de la Chambre. Et de fait, elle a présenté une œuvre beaucoup moins touffue, elle a délibérément omis des dispositions peu pratiques que la Chambre avait instituées. Cependant son œuvre n'est point encore telle qu'on pourrait la désirer.

M. Faisans a proposé un contre-projet, qui, à vrai dire, n'est qu'une sorte de remaniement, un changement de place de certains articles, une présentation différente du projet de la Commission. Plusieurs des indications de M. Faisans ont été jugées bonnes, acceptées chemin faisant, tant par le rapporteur que par le Sénat, et ce qui a été ainsi fait facilitera le travail auquel la Commission doit se livrer entre les deux délibérations.

L'article 2 du projet, qui sera sans doute changé de place, fixe les conditions requises de quiconque voudra créer ou diriger une Maison de santé privée. Il a donné lieu à des observations relatives à l'affectation du cautionnement et aux conditions dans lesquelles le mi-

©BIUM

nistre pourrait accorder ou refuser les autorisations demandées. Ces observations ont montré des difficultés d'application qui ont motivé le renvoi de l'article à la Commission pour supplément d'études.

Une des conditions requises est d'être docteur en médecine. Actuellement, sous le couvert de la loi de 1838, un directeur de Maison privée peut n'être pas médecin, s'il produit l'engagement d'un docteur en médecine qui, sous sa direction, assure le service médical. Il est regrettable que personne n'ait indiqué les difficultés que, dans certains cas, notamment pour les Maisons déjà existantes, pourra faire naître l'exclusivisme de la loi. Cet exclusivisme est d'autant plus extraordinaire que la loi permet, article 4, que les établissements publics soient administrés par des directeurs non médecins. Pourquoi n'en serait-il pas de même des autres ?

La première discussion importante s'est produite à propos des asiles privés faisant fonction d'asiles publics. La Commission sénatoriale, à l'exemple de la Chambre, stipulait que les départements devraient cesser tous rapports avec ceux-ci dans un délai déterminé ; elle aggravait même le projet de la Chambre en spécifiant que si les départements n'avaient pas, dans le délai voulu, un asile public leur appartenant en propre, ou à tout le moins en compte à demi avec un autre département, le pouvoir central pourrait d'office leur en imposer la construction.

MM. Delestable et Cazeneuve, Rey, Goy, Béranger, ont fait ressortir ce que cette contrainte pourrait avoir d'onéreux et de blessant pour les départements qui ont actuellement des traités avec des asiles privés. Le sous-secrétaire d'Etat, représentant le ministre de l'Intérieur, a abondé dans le même sens, disant que le Gou-

©BIUM

vernement ne croyait pas qu'il fût indispensable de supprimer tous les établissements privés faisant fonction d'asiles publics ; que si quelques-uns étaient mal administrés, même reproche pouvait être fait à certains asiles publics, mais que dans d'autres l'administration était excellente.

L'article 3 fut alors renvoyé à la Commission, qui, à la fin de la délibération, présenta une autre rédaction ainsi conçue : « Chaque département est tenu d'avoir un asile public destiné à recevoir les malades ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé faisant fonction d'asile public, soit de ce département, soit d'un autre département. »

Cette rédaction, qui n'est que la reproduction presque littérale de l'article correspondant de la loi de 1838, fut adoptée.

M. Flaissières proposa qu'aucun asile privé faisant fonction d'asile public ne pût recruter son personnel pour tout ou partie, et pour quelque fonction que ce soit, parmi les congrégations confessionnelles ou parmi les individus exerçant un sacerdoce ; cette proposition provoqua des protestations motivées. Elle fut néanmoins renvoyée à la Commission, et il en sera délibéré en seconde lecture : si elle était adoptée, elle serait un moyen, appelons-le original, d'annihiler ce qui a été adopté dans la discussion présente.

L'article 5 de la Commission sénatoriale, après avoir établi que les médecins des asiles publics seraient nommés dans un concours ouvert au ministère de l'Intérieur, permettait aux départements ayant plusieurs asiles d'organiser pour eux-mêmes un concours spécial.

Le représentant du Gouvernement montra l'embarras dans lequel cette disposition mettrait le ministre auquel

©BIUM

est donné le soin de nommer les médecins des asiles publics et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics ; il fit ressortir l'injustice qu'il y aurait à obliger les médecins nommés au concours général et qui se seraient distingués dans l'exercice de leurs fonctions, à subir, à un âge peut-être déjà avancé, un nouveau concours pour être affectés à l'administration plus importante des grands asiles du département ayant un concours spécial.

M. Cazeneuve parla dans le même sens que le sous-secrétaire d'Etat. Le rapporteur de la Commission fit de très grands efforts pour faire adopter son projet ; mais il faut bien constater que la plupart des raisons qu'il donna n'étaient ni solidement justifiées ni convaincantes, et finalement le Sénat décida la suppression du paragraphe instituant un concours spécial pour les départements à asiles multiples et par conséquent la suppression du concours ainsi institué dans le département de la Seine.

Les médecins des asiles publics nommés au concours ont ainsi obtenu une satisfaction qui leur était légitimement due.

L'article 7 de la Commission sénatoriale est un des plus importants du projet, puisque c'est celui qui institue l'intervention de l'autorité judiciaire dans la consécration définitive de l'internement.

Sur une de ses dispositions, M. Strauss a proposé lui-même une modification qui n'est pas sans intérêt. Son projet décidait que le contrôle du placement dans les établissements privés serait fait exclusivement par les médecins des asiles publics. Mais il a reconnu, a-t-il dit, que cette disposition excluait à tort de ce contrôle tout médecin ayant fait des études spéciales en médecine mentale et qui n'appartiendrait pas aux asiles publics,

©BIUM

et qu'en outre il pourrait arriver que si le médecin d'asile public demeurait trop loin de l'établissement privé, sa mission pourrait en subir des retards ou des empêchements préjudiciables. Il a donc fait adopter une nouvelle rédaction ainsi conçue : « Le préfet chargera un médecin des établissements publics d'aliénés ou un médecin pris parmi ceux qui auront une notoriété suffisante dans l'étude de la psychiatrie, de visiter le malade nouvellement placé. » Assurément cette rédaction est bien préférable à la première; à la rigueur elle pourrait se réduire à la seconde partie qui comprend implicitement les médecins des asiles publics d'aliénés.

Il est à remarquer que la partie de l'article 7 qui stipule l'intervention de l'autorité judiciaire dans l'internement n'a donné lieu à aucun débat, alors que cet article est un des plus importants du projet et que la Commission sénatoriale a modifié ce que la Chambre avait adopté à cet égard, décidant que cette intervention aurait lieu non au moment même du placement, mais seulement au bout de six mois.

L'absence de débats, à ce moment, sur un sujet si grave, donne corps aux suppositions que nous avons faites à propos de l'incident qui survint à la fin de la délibération et qui a été mentionné ci-dessus.

On s'est borné à entendre quelques observations du ministre de la Justice, indiquant que cette disposition nouvelle augmenterait de beaucoup la besogne des parquets et obligerait sans doute à augmenter le nombre des substituts.

Le Sénat a adopté éventuellement un amendement de M. Faisans, obligeant les tribunaux à statuer sur l'internement dans les cinq jours où ils auraient été saisis de celui-ci par le ministère public.

A propos de l'article 8, qui traite des placements

©BIUM

faits sur l'initiative de l'autorité publique, M. Genoux a proposé un amendement destiné, selon lui, à favoriser le traitement des psychoses curables, et aux termes duquel, dans le cas où il n'y aurait pas de danger immédiat pour la sécurité publique, l'autorité administrative, un maire tout comme le préfet, pourrait faire mettre le malade, pour une durée maximum de quarante jours, dans un hôpital ou hospice ordinaire, où il serait surveillé et soigné, mais à condition, bien entendu, que ces hôpitaux ou hospices fussent pourvus d'un local aménagé pour recevoir des aliénés.

Appuyant cet amendement, M. Cazeneuve demanda en outre que, toujours, le certificat destiné au placement dans un établissement d'aliénés fût établi par un aliéniste.

M. Strauss a fait observer, avec raison, qu'il n'était pas partout possible d'avoir un aliéniste sous la main ; que, d'ailleurs, sauf dans des cas rares, la plupart des médecins étaient aptes à reconnaître un état d'aliénation mentale ; que, du reste, l'aliéniste intervient à l'entrée dans l'établissement spécial. Et, répondant ensuite à M. Genoux, M. Strauss, tout en convenant qu'en principe il puisse être toujours préférable d'éviter le placement dans un établissement d'aliénés, cependant, en pratique, les cas aigus eux-mêmes bénéficient d'y être placés rapidement et y trouvent mieux qu'ailleurs, mieux particulièrement que dans les hôpitaux ordinaires, les moyens de traitement et l'hospitalisation qui leur conviennent.

Que si, comme le veut M. Cazeneuve, on doit se préoccuper d'éviter les erreurs, le meilleur moyen à prendre serait de développer, dans les Facultés de Médecine, l'enseignement de la psychiatrie.

M. Faisans et le représentant du Gouvernement ayant abondé dans le sens du rapporteur, l'amendement Ge-

©BIUM

noux a été écarté et l'article de la Commission adopté sans changement. Mais cet amendement marquait en somme, lui aussi, de la défiance et de la réserve au sujet de l'intervention judiciaire dans la décision de l'internement.

Au sujet de l'article 10, qui concerne ce qu'on nomme le registre de la loi, on doit regretter que personne n'ait fait remarquer l'inutilité absolue de la besogne qui consiste à y consigner chaque mois les changements survenus dans l'état des malades chroniques, de ceux qui sont destinés à vivre longtemps dans les asiles et pour lesquels ils suffirait bien de mettre une note chaque trois mois et même chaque six mois.

Les articles suivants, non plus que la section relative aux aliénés dits criminels, n'ont donné lieu à aucune observation importante et ont été adoptés sans aucun changement. Ceux de cette section sont peut-être d'ailleurs les meilleurs du projet actuel.

Les règles des sorties d'essai n'ont fait naître aucune objection. Cependant, elles pourraient être allégées, notamment en ce qui concerne l'obligation pour l'Administration de faire visiter chaque semaine, par un médecin, l'aliéné en congé. Des visites plus espacées pourraient être suffisantes. Il n'est pas dit, d'ailleurs, qui paiera ces visites. Seront-elles imposées *a priori* aux familles? Il semblerait plutôt que la charge en dût incomber à l'Administration.

Dans le même ordre d'idées, n'eût-il pas été à propos de spécifier que les expertises faites sur l'ordre de l'autorité judiciaire, dans des cas d'aliénation mentale, et notamment lorsqu'il s'agit de vérifier l'état de ceux qui réclament contre leur internement, que ces expertises seraient à la charge de l'autorité judiciaire?

©BIUM

La section qui règle la surveillance des établissements d'aliénés n'a pas retenu longuement l'attention du Sénat. Le représentant du Gouvernement a demandé et aurait voulu que la détermination de ce qui concerne cette surveillance fût laissée à un règlement d'administration publique, organe plus souple et plus facile à modifier que la loi.

M. le Rapporteur s'y est fortement opposé, admettant cependant que le Gouvernement fît connaître à la Commission sur ce sujet tous ses désirs, dont il pourraît être tenu compte lors d'une seconde délibération.

M. Cazeneuve a demandé qu'on donnât à tous les membres d'un conseil général, ainsi qu'aux maires de toutes communes ayant de leurs administrés dans les établissements d'aliénés, la liberté d'y pénétrer à leur gré pour vérifier si l'internement de ces administrés y était encore nécessaire et s'assurer que ceux-ci y étaient convenablement traités.

Le représentant du Gouvernement et le rapporteur n'ont pas eu de peine à montrer les inconvénients qu'il y aurait à permettre ainsi le libre accès des asiles à un trop grand nombre de personnes, ce qui pourrait porter grand préjudice à la discrétion due aux malades et à leurs familles, troubler en même temps le calme et la discipline des établissements. La motion de M. Cazeneuve n'a pas été adoptée.

La section II, qui concerne l'administration des biens des aliénés, n'a donné lieu qu'à des objections de forme ou de classement des articles autrement que dans le projet de la Commission.

Aucune observation n'a été faite sur les articles qui règlent la question des administrateurs provisoires. On doit regretter que personne n'ait attiré l'attention du Sénat sur ce qu'il y aurait de vexatoire pour les familles

©BIUM

et de blessant pour les aliénés à ce que l'administrateur légal, créé par la loi nouvelle, puisse intervenir brutalement, dès le lendemain même de l'entrée, dans les affaires du malade.

Sans doute il y a bien, dans l'article 38, une disposition qui permet aux familles de demander au président du tribunal de décider que cet administrateur devra s'abstenir de toute immixtion pendant un temps à déterminer.

Mais pourquoi donc obliger les familles à cette démarche? Pour des malades qui resteront en traitement quelques semaines, quelques mois, moins d'un an, l'intervention d'aucun administrateur, soit légal, soit judiciaire, a-t-elle sa raison d'être, sauf dans des cas très rares?

Le projet de loi ne prévoit aucune immixtion de ce genre pour les aliénés qui seront gardés dans leur famille. Pourquoi donc établir à ce sujet une différence entre les uns et les autres? La fortune de l'aliéné interné sera-t-elle, en principe, plus exposée aux malversations que celle de l'aliéné resté au milieu des siens? Ne pourrait-on même présupposer que celle de ce dernier sera plus exposée que celle de l'autre, par la facilité qu'on aura de lui faire donner des signatures et accomplir des actes de gestion dont il n'aura pas conscience?

M. Faisans a demandé que l'on soumît les uns et les autres aux mêmes règles, mais seulement à partir du moment où l'autorité judiciaire aurait sanctionné la maladie mentale d'un individu et déclaré ainsi qu'il est incapable de se défendre lui-même.

Or, d'après un article 5 *ter* adopté par le Sénat, l'autorité judiciaire ne peut intervenir à cet effet que lorsque la maladie mentale a duré, dans un domicile privé, plus de six mois.

Il y a là vraiment une inconséquence.

©BIUM

Au sujet de ces malades, M. Strauss a dit excellemment : « Il y a des convenances familiales à ménager. Il n'est pas bon, en effet, de proclamer dans la loi sous cette forme un peu rigide, je n'ose pas dire brutale, que des malades soignés dans des familles irréprochables sont assimilés aux malades traités dans les asiles publics ou privés. »

Eh quoi ! ne voit-on pas que cette différence de traitement exempte des rigueurs de la loi surtout les aliénés riches qu'on pourra garder chez eux et qui sont cependant ceux dont la fortune peut avoir le plus besoin d'être protégée? Les familles qui auront confié leurs malades à des établissements spéciaux seront-elles moins irréprochables que les autres, parce qu'elles n'auront eu ni les mêmes moyens ni les mêmes possibilités de garder comme les autres les malades chez elles?

Il est regrettable que personne n'ait fait remarquer l'injustice du projet de loi sur ce point. Il y aurait d'ailleurs beaucoup à dire contre la création de cet administrateur légal et contre certaines de ses attributions. Elle est déplorable et elle dépare un chapitre qui, pour le reste, est presque entièrement excellent, notamment en ce qu'il étend les pouvoirs de l'administrateur judiciaire, qu'il assimile à un tuteur.

Le chapitre consacré aux dépenses publiques des aliénés n'a guère donné lieu qu'à des observations de forme que la Commission examinera et dont elle devra tenir compte. L'une des principales est celle qui a motivé l'intervention de MM. Jeannenez, Faisans et Dellestable, montrant ce qu'aurait de grave pour les finances départementales la disposition de l'article 45, spécifiant que « dans aucun cas les Conseils généraux ne peuvent disposer des réserves ou des excédants de recettes des asiles pour les appliquer à un autre service

©BIUM

qu'à celui des établissements qui les auront réalisés ». Lorsque, par exemple, les départements auraient eu à faire des sacrifices ou des avances pour leurs asiles, ne pourraient-ils équitablement à l'occasion les récupérer? L'objection a paru sage : elle a été admise en principe et renvoyée à la Commission pour que celle-ci pût, en conséquence, modifier ses propositions.

Sur l'article 46, M. Faisans a fait adopter un amendement d'après lequel le recouvrement des sommes dues à un asile public par les aliénés ne pourrait être poursuivi que sur les fruits ou revenus produits jusqu'à la sortie ou jusqu'au décès.

Avant que la délibération ne fût close, M. Flaissières a proposé tout un ensemble de dispositions relatives au personnel secondaire des asiles, constituant pour ce personnel une sorte de statut et, entre autres choses, lui conférant, dans certaines conditions, une sorte d'inamovibilité.

L'examen de cette proposition n'a pas donné lieu à discussion ; elle a été renvoyée à l'examen de la Commission. Quelle que soit l'opinion qu'on puisse avoir à son sujet, on peut se demander à tout le moins si elle est bien à sa place dans la loi et s'il ne vaudrait pas mieux qu'elle fît simplement l'objet d'un règlement d'administration publique.

Le projet de loi ainsi adopté en première délibération a évidemment des mérites. Il a, entre autres, celui d'être bien moins touffu et moins rempli d'inconséquences que celui que la Chambre avait adopté en 1907 ; il promet d'être mieux coordonné. Il contient des dispositions excellentes sur les aliénés criminels et innove, de manière très heureuse, dans l'extension qu'il donne aux pouvoirs de l'administration provisoire.

©BIUM

Mais il contient, on ne saurait trop le répéter, deux innovations déplorables, dont les inconvénients et les dangers tiennent aux mêmes causes, d'une part l'intervention de l'autorité judiciaire en matière d'internement, d'autre part la création de ce qu'on nomme l'administrateur légal, personnage dont l'intervention sera le plus souvent intempestive, inutile, vexatoire, injustifiée.

Si l'on supprimait complètement ces deux innovations et qu'on y fît, en outre, quelques légères modifications de détail, comme celles dont nous avons parlé chemin faisant, il pourrait être considéré comme excellent et serait tout à l'honneur de la Commission dont M. Strauss est le rapporteur. Puisse l'admirable campagne entreprise par M. Gilbert-Ballet avoir le succès qu'elle mérite et arriver à cet heureux résultat. La cause des aliénés, ou, si l'on veut, la cause des individus atteints d'affections ou maladies mentales, en aura retiré un bienfait inestimable.

Dr Victor Parant père.

La revision de la loi de 1838 sur les aliénés.

Lettre ouverte à MM. les membres du Sénat.

Messieurs les Sénateurs,

Vous êtes appelés à voter une loi grave, celle qu'on vous propose de substituer à la loi de 1838 « sur les aliénés ».

Vous voulez avec raison qu'on édicte les précautions nécessaires pour empêcher toute atteinte possible à la liberté individuelle. Mais vous voudrez certainement aussi que ces précautions soient réellement efficaces et qu'elles ne lèsent pas des intérêts et des sentiments respectables.

©BIUM

Or la loi votée par le Sénat en première lecture et qu'il s'est réservé de modifier à la seconde :

1° Lèse sans utilité les intérêts et les sentiments que vous ne pouvez pas ne pas vouloir ménager ;

2° Ce qui n'est pas moins grave, sera inopérante dans les cas où précisément il serait désirable qu'elle opérât.

1° Elle lèse des intérêts respectables.

a) Il est légitime et conforme aux principes de notre droit public que ne soient internés qu'en vertu d'une décision judiciaire les *aliénés criminels*, ou ceux *qui protestent* contre leur placement d'une façon habituelle et cohérente. Mais ces malades représentent au maximum 10 p. 100 de la totalité. Entendez bien, 10 p. 100 au maximum.

Ne serait-il pas odieux d'imposer, même après six mois de séjour à l'asile, aux 90 autres, qui ne sont ni criminels, ni protestataires, un jugement humiliant, et de transformer ainsi les asiles et maisons de santé en des sortes de prisons où l'on n'entrerait que par autorité de justice ?

b) Sous prétexte d'empêcher les mauvais traitements dont, de très loin en très loin, quelques enfants plus ou moins arriérés ou quelques vieillards affaiblis sont victimes à leur domicile, et qu'on peut protéger par d'autres moyens, ne serait-il pas odieux d'imposer la violation du foyer domestique aux centaines de familles qui soignent avec abnégation et dévouement un de leurs parents affecté par exemple de mélancolie, de paralysie générale ou de démence sénile ?

c) Ne serait-il pas odieux, sous prétexte d'obvier aux internements arbitraires dans les asiles de l'étranger, qui sont surveillés comme les asiles français, de contraindre les familles à divulguer l'infirmité qui atteint l'un des leurs, en les obligeant à déclarer le placement au procureur de la République du lieu de résidence du malade ?

Si ces mesures vexatoires devaient avoir d'autres résultats que d'atteindre ceux qui sont le plus dignes

©BIUM

d'être ménagés par la conscience qu'ils apportent à l'accomplissement de leurs devoirs, on pourrait peut-être s'y résoudre.

2° Mais la loi sera inopérante. Elle lésera ceux qu'on ne voudrait pas toucher ; elle n'atteindra pas ceux qu'on voudrait frapper.

a) Que propose-t-on ? D'empêcher les internements arbitraires ? A-t-on réfléchi que, la décision judiciaire n'intervenant nécessairement qu'après six mois de séjour du malade à la maison de santé, si les précautions actuelles sont, comme on le prétend, insuffisantes pour empêcher les internements en question, les gens malintentionnés auront tout loisir pour les réaliser. Que ceux qui assurent connaître des exemples d'internement arbitraire vous disent s'ils en ont vu qui aient duré plus de six mois. La loi jouera, mais trop tard. Si ceux qui l'ont préparée avaient mieux connu les malades qu'elle vise, ils vous auraient proposé la décision judiciaire immédiate pour les aliénés protestataires comme pour les criminels, et ils ne vous auraient pas proposé de l'appliquer, même après six mois, aux malades non protestataires.

b) Le procureur de la République, c'est entendu, pourra pénétrer directement ou par ses délégués au domicile des malades soignés chez eux quand les parents auront fait la déclaration prescrite. Mais le rapporteur de la loi a-t-il la simplicité de penser que ceux qu'on vise, et qui sont déjà justiciables du Code pénal, feront la déclaration sur laquelle on compte pour les atteindre ? Ils la feront d'autant moins que les victimes habituelles des séquestrations à domicile sont, je l'ai dit, des enfants arriérés ou des vieillards affaiblis, dont on pourra plus d'une fois contester qu'ils soient visés par une loi relative aux aliénés.

c) On exigera une déclaration au procureur de la République de la résidence du malade quand celui-ci sera placé dans une maison de santé de l'étranger ? Fort bien. Mais s'il est placé dans une maison ouverte non soumise à une surveillance légale ? Et ce sera le cas

©BIUM

pour 80 pour 100 des malades émigrés. On n'aboutira de la sorte qu'à faire affluer les malades français dans les maisons ouvertes de Belgique ou de Suisse, dont on ne pourra pas modifier le régime légal comme on menace de le faire si malencontreusement pour les maisons ouvertes françaises.

Ainsi, Messieurs les sénateurs, la loi qu'on vous propose, du moins par les dispositions que je viens de viser, fera beaucoup de mal sans atteindre les buts qu'elle poursuit.

Vous y regarderez, j'en suis sûr, avant de la voter définitivement. Vous rendrez hommage au zèle habituel du rapporteur, mais vous vous direz que les bonnes intentions ne suffisent pas toujours pour faire une bonne loi : il faut une documentation, et, pour les lois comme celle dont il s'agit, une documentation technique qui a fait défaut à votre rapporteur.

Vous exigerez que cette documentation, dont plusieurs membres du Sénat, et non des moindres, d'accord d'ailleurs avec le Gouvernement, ont senti la nécessité, vous soit fournie par qui peut la donner avec autorité, ne fût-ce que pour préciser la signification indécise de certains des termes techniques employés dans le rapport. Vous n'imiterez pas l'exemple d'un de mes vénérés collègues à l'Académie de Médecine qui est aussi le vôtre au Sénat, que j'ai entendu proclamer publiquement, à la vérité avec trop de modestie, une incompétence où l'on n'a pas le droit de se complaire quand on a un vote grave à émettre. Vous voudrez que ceux d'entre vous qui ne l'ont pas puissent se faire une compétence avant de déposer dans l'urne un bulletin duquel dépendront la tranquillité et, dans une certaine mesure, l'honneur de beaucoup de familles.

La loi qu'on vous propose, telle qu'on vous la propose, serait un malheur public. Elle n'apporterait à la liberté individuelle aucune garantie nouvelle et serait pour nous tous une menace éventuelle. Seuls les médecins y trouveraient leur compte qui seraient par elle dégagés de lourdes responsabilités, ou pourvus de quelqu'un des nombreux emplois qu'il faudra, malgré la détresse des finances publiques, créer pour permettre aux parquets d'exercer au domicile des malades la

©BIUM

surveillance inutile et vexatoire dont on nous menace. Ce sont pourtant les médecins qui protestent le plus haut, n'ayant pas l'habitude de subordonner l'intérêt public à leurs intérêts particuliers : c'est dans l'intérêt public, non dans l'intérêt médical, que vous aurez la sagesse de légiférer.

GILBERT-BALLET,

Professeur de clinique psychiatrique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

©BIUM

Pathologie.

TROUBLES MENTAUX
ET
MALADIE DE BASEDOW

PAR LES DOCTEURS

ARSIMOLES et **LEGRAND**
Médecin adjoint. Interne
de l'asile d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

C'est une notion classique que le goitre exophtalmique s'accompagne d'un état psychique particulier; mais Sainton fait remarquer que les traits essentiels qui caractérisent cet état n'ont pas été peut-être suffisamment mis en lumière. D'autre part, le problème des rapports du goitre exophtalmique avec les psychoses que l'on observe parfois chez les basedowiens n'est pas encore élucidé malgré les nombreuses publications qui s'y rapportent. Nous ne reproduirons pas ici l'historique de la question après les exposés complets de Sainton (1), de Parhon et Marbe (2), de Laignel-Lavastine (3) et l'étude de Dalmas (4), qui est,

(1) Sainton. Les troubles psychiques dans les altérations des glandes à sécrétion interne. *Encéphale*, mai 1906, p. 242.
(2) Parhon et Marbe. Contribution à l'étude des troubles mentaux dans la maladie de Basedow. *Encéphale*, septembre 1906, p. 459.
(3) Laignel-Lavastine. Les troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. *Rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes*. Dijon, 1908.
(4) Dalmas. Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. *Thèse* de Paris, 1909.

©BIUM

croyons-nous, le dernier travail d'ensemble paru en France sur les troubles psychiques dans le goitre exophtalmique. Tandis que, pour certains auteurs, il existe une relation de cause à effet entre celui-ci et ceux-là, que, pour d'autres, maladie de Basedow et troubles mentaux relèvent d'une cause commune (la dégénérescence dans le cas de Dromard et Levassort (1), plusieurs ne voient dans leur coexistence qu'une association fortuite. Le cas publié en 1907 par René Charpentier et Courbon (2), et que nous avons continué à observer après eux, rentre nettement dans ce dernier cadre. Ces diverses opinions s'opposent les unes aux autres peut-être plus qu'il ne conviendrait ; une théorie éclectique et prudente admet deux catégories de cas : ceux dans lesquels la maladie de Basedow crée les troubles mentaux, et ceux où il n'existe qu'une simple association. Il nous semble que Parhon et Marbe, qui dans leur travail se rangent à cette opinion comme la plus probable *a priori*, ont placé le problème de la pathogénie des troubles psychiques dans le goitre exophtalmique sur son vrai terrain.

Il existe d'une façon constante dans la maladie de Basedow certains troubles psychiques décrits par Régis comme troubles psychiques élémentaires. Quant aux psychoses vraies, plus rares, l'intérêt de la question, selon Parhon et Marbe, ne réside pas tant dans le fait de savoir s'il existe des cas où les troubles mentaux sont associés au goitre exophtalmique, mais si ce dernier est capable de produire par lui-même les troubles

(1) Dromard et Levassort. Dégénérescence mentale et maladie de Basedow *Archives de neurologie*, n° 1, janvier 1906, p. 26.

(2) René Charpentier et Courbon. Maladie de Basedow et psychose maniaque dépressive. *Société médico-psychologique*, 25 novembre 1907. *Annales médico-psychologiques*, 1908, vol. I, p. 227.

©BIUM

mentaux. Pour les troubles confusionnels par intoxication opothérapique ou auto-intoxication thyroïdienne, il semble que la question ait été résolue dans le sens affirmatif par la publication de quelques cas typiques qui ont la valeur d'expériences (cas de Boinet, de Renaut, de Ferranini, cités par Dalmas, cas de Delmas) (1). Il n'en est pas de même pour les formes mentales non confusionnelles, dont beaucoup de cas soulèvent des difficultés d'interprétation en ce qui concerne l'étiologie des troubles psychiques. L'observation que nous rapportons ci-dessous est un exemple de ces cas dans lesquels le diagnostic de vésanie est loin de s'imposer. Bien entendu, nous ne nous occupons ici que de la maladie, ou mieux du syndrome de Basedow, et nous écartons les formes frustes étudiées récemment par Stern (2) sous le nom de « basedowoïdes ».

Observation. — Marthe C..., domestique, domiciliée à Boulogne-sur-Mer, entrée à l'asile de Saint-Venant, à l'âge de trente-neuf ans, le 20 janvier 1910.

Mère morte de couches à trente-six ans; père âgé de soixante-dix-sept ans, obèse et impotent; sept frères et sœurs dont l'un a eu une pleurésie. Aucun d'eux n'est atteint de maladie de Basedow. Nous ignorons s'il existe des antécédents vésaniques : la malade les nie.

Développement physique difficile dans l'enfance. C... a marché tard, à deux ans et demi; déformations rachitiques des membres inférieurs. Myopie congénitale. A été opérée à plusieurs reprises pour des polypes du nez (?) qui se sont repro-

(1) Delmas. Accès subintrants de confusion mentale au cours d'un goitre exophtalmique. Hémithyroïdectomie. Guérison des troubles mentaux. *Société de psychiatrie*, 20 octobre 1910. *Encéphale*, 1910, 2e semestre, p. 401.

(2) Voir, sur les idées de Stern, le travail d'Halberstadt : Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le goitre exophtalmique classique et dans l'état basedowoïde de Stern. *Revue neurologique*, n° 5, 15 mars 1912.

©BIUM

duits, déterminant actuellement un nasonnement marqué de la voix. La malade a eu trois grossesses, dont l'une terminée par la naissance d'un enfant mort-né, après application de forceps ; les deux autres enfants, qui ont actuellement dix-huit ans et treize ans, sont bien portants. A l'âge de trente-trois ans, fièvre typhoïde grave guérie sans laisser de traces.

Des symptômes du goitre exophtalmique existent depuis plusieurs années. Depuis l'âge de vingt-cinq ans environ, elle a toujours eu des palpitations cardiaques. L'exophtalmie apparut quelque temps avant l'éclosion de la fièvre typhoïde. Nous n'avons pu savoir exactement la date de son apparition : les yeux ont toujours été un peu saillants par suite de déformations myopiques. L'exophtalmie était déjà très accentuée quand la malade a pu l'apprécier ; on l'appelait : gros yeux. Vers la trentième année apparurent des troubles digestifs : C... souffrait souvent de l'estomac et devait prendre du bicarbonate de soude pour faciliter les digestions. A trente-six ans, pleurésie ; depuis lors, sa santé n'était plus aussi bonne. Pas de manifestations d'hystérie ; pas d'alcoolisme.

Depuis sa sortie de l'école, à l'âge de treize ans, la malade a toujours été domestique. Malgré une faiblesse intellectuelle marquée qui n'a pas échappé à son entourage, suivant les déclarations de son beau-frère, son travail a donné satisfaction à ses patrons qui l'ont occupée l'un pendant trois ans, l'autre pendant quatre ans. A partir de sa vingtième année, vivant avec un Italien qui exerçait la profession de cuisinier, elle était femme de chambre dans des hôtels.

Sa myopie ayant beaucoup augmenté, elle ne trouvait plus facilement à s'employer dans ces dernières années, et vivait chez son beau-frère pendant les périodes de chômage. Elle ne pouvait plus payer avec la même régularité qu'autrefois la pension de son second fils, demeuré chez sa nourrice, à Outreau. En 1909, au cours d'une de ses visites à celle-ci, on lui aurait fait signer, dit-elle, une reconnaissance de 1.000 francs en garantie des mois de pension échus et impayés. Cela l'aurait fort troublée. En septembre de la même année, abandonnée par son amant, elle devient sombre, taciturne, déprimée. Au moment de son admission à l'asile, les troubles mentaux duraient depuis quatre mois, consistant en dépression mélancolique, refus de nourriture, panophobie, idées de suicide. Elle se plaignait en même temps d'avoir toujours très chaud, d'être altérée et de transpirer abondamment. Après plusieurs tenta-

©BIUM

tives de suicide (elle avait essayé de se jeter par la fenêtre, de se noyer), l'internement fut ordonné.

Certificat de vingt-quatre heures : « Est atteinte de lypémanie avec stupeur intellectuelle et physique considérable. Ne répond que par monosyllabes, mais pourtant de façon assez lucide, aux questions qu'on lui adresse. Degré appréciable d'exophtalmie expliquant les troubles visuels mentionnés. A fait une tentative de suicide. Une observation plus longue est nécessaire pour pouvoir formuler une opinion précise au sujet de son état mental. »

A ce moment (21 janvier), C... répond à peine aux questions et avec une lenteur marquée. On lui demande son âge : « Je suis déjà âgée... Quel âge me donnez-vous ?... C'est bien à peu près toujours... » Elle ne paraît pas confuse, et les réponses rares et laconiques qu'on en obtient la montrent suffisamment orientée. Sentiment de fatigue générale. Il existe une inhibition psycho-motrice considérable qui impose l'alitement. Sitiophobie ; opposition quand on veut lui donner les soins de propreté nécessaires. Insomnie.

Quelques jours après l'admission, le 25 janvier, devient brusquement anxieuse avec agitation et panophobie : « Elle veut retourner à Boulogne, sinon elle se pendra ». L'anxiété et la frayeur redoublent quand on s'approche de son lit, et elle appelle son amant à son secours. Pas d'hallucinations ni d'idées délirantes. Parle très peu spontanément. Echolalie. Hyperthermie (38°2), pouls rapide, céphalalgie, tremblement marqué des mains. Congestion pulmonaire.

Deux jours après, l'agitation anxieuse a notablement diminué ; la malade s'alimente d'elle-même pour la première fois. La tachycardie persiste ; pouls : 106 le matin, 124 le soir. Cette accélération vespérale est en rapport avec une élévation thermique (38 degrés le soir contre 37°6 à 37°8 le matin). A partir du 30 janvier, la température redevient normale, l'état physique est très amélioré. La malade reste anxieuse, avec hypothymie, légère agitation, et ne cesse d'opposer une vive résistance à tous les soins. La sitiophobie a disparu. Tachycardie permanente ; le pouls varie entre 98 et 110. Le cou est augmenté de volume ; à la palpation, hypertrophie du corps thyroïde.

Pendant la première quinzaine de février, la dépression s'atténue peu à peu. La panophobie disparaît complètement, ainsi que l'anxiété. C... est très calme. Alimentation et som-

©BIUM

meil normaux. L'inhibition psychique diminue notablement, au point de permettre un travail progressif et régulier. Mais l'humeur reste triste, la parole rare et l'activité intellectuelle restreinte. A partir de ce moment, l'amélioration progresse d'une façon lente et régulière.

Au début d'avril 1910, presque brusquement, l'état mental s'aggrave : vive anxiété, inhibition psycho-motrice complète, gâtisme intermittent, résistance marquée. Un symptôme nouveau apparaît : la voracité. La malade a constamment faim, et mange avec avidité et gloutonnerie. Accès d'oppression. Le pouls reste toujours voisin de 100, et le plus souvent au-dessus de ce chiffre. Pas de glycosurie.

Cette bouffée anxieuse ne dure que quelques jours. Elle est remplacée par un état d'excitation qui s'installe peu à peu et se trouve complètement constitué un mois après.

A cette époque (mai), l'inhibition psychique a complètement disparu. Il existe une excitation intellectuelle marquée. La malade est très loquace, s'exprime avec grande volubilité ; son débit intarissable révèle une certaine fuite d'idées ; pas d'associations par consonnances. Il est très difficile de procéder à un interrogatoire suivi. Parfaitement orientée, se rappelant tous les détails de l'état dépressif antérieur, elle n'a pas conscience de son état morbide actuel : « Elle a été très malade, mais elle est guérie maintenant ». Euphorie : elle se trouve très bien, la céphalalgie dont elle souffrait presque constamment depuis son arrivée à l'asile a cessé, dit-elle. Elle s'occupe à des travaux de ménage et tricote des bas. Ses mouvements sont rapides, mais son activité motrice n'est pas déréglée. Elle semble être une travailleuse active et faisant beaucoup de besogne. Mais cette impression produite par la rapidité de ses mouvements est trompeuse et la quantité de travail fourni est très moyenne. La voracité persiste : C... s'alimente abondamment ; après les repas, elle ramasse dans les assiettes les restes des autres malades et les mange avec avidité et malproprement. Hyperthymie ; la malade est gaie, plaisante volontiers, et raconte d'un ton enjoué des histoires de sa jeunesse.

Fabule sur ce qui touche aux faits récents. Elle nous dit un jour que son fils aîné venait la voir toutes les trois semaines (inexact, son fils n'étant jamais venu à l'asile), qu'elle venait de lui écrire tout récemment (inexact). Invitée à raconter sa vie, elle confond les dates, se contredit parfois et sa mémoire paraît défectueuse. Elle se montre très émotive et éminemment

©BIUM

excitable : pour les motifs les plus futiles, elle se querelle avec d'autres malades, puis vient se plaindre d'avoir été insultée, se montre très exigeante avec le personnel, qu'elle poursuit de ses réclamations. Elle n'est cependant pas violente, et n'a pas d'impulsions. Sa tenue est souvent négligée, mais sans bizarreries.

L'état hypomaniaque que nous venons de décrire se poursuit sans modifications jusqu'à la fin de 1910, accompagné de troubles physiques. Les crises d'oppression et de palpitations cardiaques dont elle a toujours souffert depuis l'apparition du goître exophtalmique deviennent plus fréquentes.

Tachycardie : le pouls reste accéléré, oscille autour de 100 pulsations. Le cœur est bondissant et hypertrophié ; la pointe est abaissée, mais non déviée. Aucun signe de lésion valvulaire. L'auscultation des voies respiratoires ne décèle aucune lésion. Parfois, au moment de la visite, C... se plaint de souffrir de l'estomac. Pas de vomissements. Tremblement menu et rapide des doigts. Bouffées de chaleur au visage, suffocations, alternatives de rougeur et de pâleur de la face.

Dans les premiers mois de 1911, on observe des préoccupations hypocondriaques en rapport avec les troubles thyroïdiens prédominants. C... se plaint souvent de douleurs lombaires, de céphalée, de douleurs gastriques et de digestions difficiles. Pendant la visite médicale, demande tous les jours des médicaments d'une façon quasi stéréotypée, tantôt du bicarbonate de soude pour digérer, tantôt de la vaseline pour soigner son nez. Pour peu que l'examen se prolonge, elle passe par des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, accuse des suffocations réelles, et doit déboutonner le col de son corsage pour pouvoir respirer.

A cette époque, la malade est devenue irritable ; l'humeur, très instable, est le plus souvent triste ; pleure facilement, parce que, dit-elle, elle pense à ses enfants et qu'elle ne gagne rien à l'asile. Se livre à tout propos à des récriminations sans fin et à des critiques mal fondées ; prétend qu'on ne lui a pas délivré les médicaments qu'elle avait demandés la veille, etc... Se querelle souvent avec son entourage. Tendance aux idées de persécution : « Tout le monde lui en veut ; on l'appelle « gros yeux ». Elle reste loquace, parle avec rapidité, mais sans fuite d'idées ni élision de mots. Aucun trouble d'articulation. Il existe une hyperkinésie marquée, mais ses mouvements sont toujours adaptés à un but. Elle surprend par la vitesse avec

©BIUM

laquelle elle manie ses aiguilles en tricotant, et par son activité « fébrile », selon l'expression courante, qui, impropre au point de vue médical, rend cependant très bien compte de ce que nous voulons exprimer. Aucun désordre des actes. C... est d'ailleurs très ordonnée et correcte dans son habitus extérieur et dans son langage. La voracité a disparu.

Elle fait parfois des récits inexacts : elle nous raconte qu'il y a quelques semaines elle est allée avec nous dans les bureaux pour donner une signature parce que sa sortie était autorisée. Elle dit qu'elle reçoit beaucoup d'argent, qu'elle a reçu plusieurs mandats de 1 franc et de 2 francs, qu'elle a employés à se procurer quelques fantaisies. Il nous est impossible d'obtenir la moindre explication sur le point de départ de ces assertions. Elle se contente de répondre qu'elle a dit cela autrefois quand elle était malade, qu'on le répète maintenant pour l'empêcher de sortir de l'asile, et se fâche, puis se met à pleurer. Elle se préoccupe de sa mise en liberté.

Cet état psychique dure environ un an, avec des poussées paroxystiques fréquentes de troubles thyroïdiens, s'accompagnant toujours d'une exagération de l'irritabilité et des plaintes hypocondriaques. La malade s'occupe cependant d'une façon régulière ; les palpitations et la tachycardie ne l'obligent que rarement à interrompre son travail. Les règles, supprimées en octobre 1910, ont reparu en janvier 1911 ; elles sont régulières, mais peu abondantes.

En avril 1912, les crises de tachycardie, d'oppression et de palpitations tendent à s'espacer depuis quelques mois, et reviennent surtout au moment des époques, qui sont régulières. La malade se déclare bien portante ; en réalité, elle dissimule ses malaises physiques (céphalalgie et vomissements au moment des règles) dans l'espoir de sortir de l'asile, ne se rendant pas compte que sa myopie de plus en plus accentuée, jointe au syndrome de Basedow et à sa débilité mentale, l'empêcheraient de subvenir à ses besoins et l'exposeraient à la misère (sa famille est dans l'impossibilité de la prendre à sa charge). Son humeur est gaie, et elle plaisante parfois : « Mettez-moi dehors ; si je ne suis pas bien, je reviendrai ; la maison sera toujours là, elle ne sera pas démolie... » Elle travaille à la buanderie de l'asile, puis, peu de temps après, dans les cuisines, où la besogne est moins fatigante pour elle. Elle est très améliorée au point de vue mental. Elle se rappelle tous les détails de sa maladie. Reste émotive ; est calme, moins irri-

©BIUM

table. L'exaltation intellectuelle et l'hyperkinésie persistent. Euphorie, satisfaction. Les crises tachycardiques sont devenues rares. La tuméfaction thyroïdienne a sensiblement diminué de volume.

Examen physique : au moment de l'entrée à l'asile, on note de l'élargissement de la base du cou par augmentation modérée du volume du corps thyroïde, qui efface le creux sus-sternal. A la palpation, on sent une tuméfaction molle dont il est difficile de percevoir les limites. La malade ne peut fermer le col de son corsage. Le volume du corps thyroïde augmente quand la face se congestionne pour un motif quelconque (émotion, pleurs, etc.), et pendant les accès de palpitations cardiaques ou de suffocations. On ne perçoit, au niveau du corps thyroïde, ni frémissement systolique, ni thrill, ni battements vasculaires, ni souffle.

Il existe une exophtalmie bilatérale très marquée avec signes de Stellwag et de Graefe ; le signe de Moebius manque. Mydriase ; les réflexes pupillaires sont conservés et très vifs. Pas d'inégalité pupillaire ; myopie extrême.

Nous avons déjà signalé précédemment la tachycardie et la fréquence du pouls, qui présente des variations assez sensibles, mais se tient au plus bas autour de 100 pulsations ; les altérations fonctionnelles du cœur (hypertrophie, exagération des bruits normaux et des battements cardiaques, sans souffle ni irrégularité), avec palpitations fréquentes et accès de suffocation ; le tremblement fin et rapide des doigts, qui ne gêne pas la précision des mouvements volontaires ; les troubles vasomoteurs très intenses.

La malade accuse enfin des bouffées de chaleur, des sueurs, de la constipation, et par intervalles des diarrhées, des douleurs lombaires, de la céphalalgie. Au moment du paroxysme des troubles thyroïdiens, qui s'accompagnent parfois d'une excitation intellectuelle plus accentuée, avec humeur triste, pleurs, irritabilité, elle a eu à plusieurs reprises des épistaxis et des vomissements. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. Aucun signe de lésion viscérale en dehors des troubles cardiaques que nous avons décrits.

Au contraire de bien des cas publiés qui montrent une association de folie maniaque dépressive et de maladie de Basedow, le cas que nous venons de rapporter

©BIUM

présente des difficultés d'interprétation. Le diagnostic de goitre exophtalmique ne fait aucun doute ; c'est la nature des troubles mentaux et leurs rapports avec la maladie de Basedow qui prêtent à discussion. C'est sur ces points que nous allons nous arrêter.

Les troubles mentaux ont débuté chez notre malade par de la mélancolie avec agitation anxieuse ; à l'accès dépressif a succédé de l'hypomanie de durée beaucoup plus longue. On est porté tout naturellement à poser le diagnostic de folie maniaque-dépressive. Mais les travaux récents auxquels nous avons fait allusion au début de ce travail nous invitent à être circonspects ; et la prédilection, bien établie par les auteurs, avec laquelle la maladie de Basedow s'accompagne de la forme maniaque-dépressive, amène précisément à se demander si cette affinité particulière ne mérite pas souvent une explication moins simple que celle d'une banale association.

Aussi, avant de nous prononcer sur le diagnostic, devons-nous passer en revue les symptômes des diverses phases mentales, et examiner leur valeur séméiologique.

La phase hypomaniaque observée chez notre malade se caractérise par les symptômes psychiques suivants : exaltation intellectuelle avec loquacité, verbosité et légère fuite des idées ; fabulation probablement amnésique, se rapportant uniquement aux faits récents ; hyperkinésie non déréglée, sans désordre psychomoteur ni activité sans but, contrastant avec une diminution réelle de l'activité psychique ; hyperthymie et euphorie marquée ; voracité, négligence de la tenue ; sommeil irrégulier ; irritabilité accrue et tendances coléreuses par intervalles. Or, ces signes appartiennent à l'état mental du basedowien. Kræpelin (1) signale,

(1) Kraepelin. *Traité de Psychiatrie*, 8e édition, 2e volume, première partie, 1910, p. 633.

©BIUM

parmi les troubles psychiques s'installant avec le développement graduel ou rapide des phénomènes basedowiens, une certaine diminution de l'activité intellectuelle, la mémoire souvent incertaine, l'irritabilité, l'émotivité exagérée, la mobilité de l'humeur. Dans certains cas, les malades sont surtout gais, se font peu de soucis au sujet de la gravité de leur maladie. Fréquemment il existe une certaine excitation : les malades sont très loquaces, grands parleurs, excités et brusques dans leurs mouvements. Laignel-Lavastine (1), décrivant l'état psychique habituel des basedowiens, indique également leur activité insolite, leur besoin de déplacement, leur mobilité, leur instabilité anormale ; ils parlent avec volubilité et s'excitent en parlant. Pour Bonhœfer (2), la nervosité basedowienne se caractérise surtout par une précipitation et une agitation étonnantes. Cet auteur a observé un signe, vu avant lui par d'autres auteurs et par Basedow lui-même : c'est l'euphorie accentuée, qui, par ses caractères, ressemble à l'euphorie des paralytiques généraux. Il mentionne enfin comme fréquentes une voracité marquée, une grande négligence de la tenue et une incorrection de l'attitude qu'il compare avec les mêmes symptômes de la paralysie générale. Ces derniers signes peuvent revêtir une intensité variable, et sont plus atténués chez notre malade que dans les cas dont parle Bonhœfer. Mais il n'y a là qu'une différence de degré, et non de nature. Ainsi nous retrouvons les divers signes cliniques observés dans notre cas, décrits par les auteurs que nous venons de citer, comme faisant partie des troubles psychiques liés au goitre exophtalmique.

---

(1) Laignel-Lavastine. *Loc. cit.*

(2) Bonhœfer. Troubles psychiques aigus dans la maladie de Basedow. *Manuel de psychiatrie d'Aschaffenburg*, vol. III, première partie : Psychoses infectieuses, 1912, p. 96.

©BIUM

L'état dépressif par lequel ont débuté les troubles mentaux se traduisait par les signes suivants : hypothymie, inhibition psychique, sitiophobie, idées de suicide, insomnie, panophobie, anxiété paroxystique, écholalie. Ces troubles psychiques sont concomitants de troubles thyroïdiens très nets (soif continuelle, sueurs, sensations de chaleur, céphalée, tremblement, tachycardie et accélération du pouls). Les crises anxieuses de même que les troubles somatiques ont un caractère aigu. Peut-on mettre ces troubles psychiques sur le compte du goitre exophtalmique? Il est certain qu'ils n'ont rien de spécifique : on retrouve cette symptomatologie au complet chez des malades atteints de psychose maniaque-dépressive et indemnes de troubles de la fonction thyroïdienne. La fréquence de la mélancolie chez les basedowiens ne prouve pas par elle seule qu'il y ait une relation étiologique entre ces deux affections. D'autre part, l'absence chez notre malade des phénomènes confusionnels (onirisme, hallucinations visuelles, etc...) que l'on retrouve dans un certain nombre d'observations ne nous permet pas d'être absolument affirmatifs. Ces réserves faites, nous inclinons cependant à voir dans la recrudescence des troubles basedowiens l'origine de l'état dépressif. Il semble bien que ce soit l'accentuation marquée du syndrome basedowien qui ait contribué à l'éclosion des troubles mentaux dépressifs. Quoi qu'il en soit, il y a parallélisme évident entre les crises de tachycardie et les états d'agitation anxieuse décrits dans notre observation. Notre cas se rapproche des cas de mélancolie avec agitation anxieuse publiés par Nœtel, par Devay, par Steen. Dans le cas de Nœtel (cité par Parhon et Marbe (1), les troubles psychiques guérirent en même temps que les troubles

(1) Parhon et Marbe. *Loc. cit.*

©BIUM

basedowiens s'amélioraient. Dans le cas de Devay (1), la mélancolie guérit en même temps que le goitre exophtalmique. Dans deux cas de Steen (2), les troubles mentaux guérirent par le traitement à l'aide d'extrait de capsules surrénales. Dans le cas d'Austin (cité par Parhon et Marbe), le syndrome basedowien et la mélancolie guérirent à la suite de la ponction et de l'énucléation d'une poche kystique du corps thyroïde. Ces faits suffisent à établir les relations directes de la mélancolie avec les troubles thyroïdiens. Régis (3) partage l'opinion, exprimée par Devay, que la maladie de Basedow a tout naturellement tendance à produire la mélancolie anxieuse ; pour lui, « il faut rapporter au goitre exophtalmique non seulement la plupart des cas de mélancolie anxieuse, mais encore de psychoses diverses coexistant avec lui... » C'est en nous basant sur l'analogie de notre cas avec ceux que nous venons de citer et sur le parallélisme des paroxysmes basedowiens et des troubles mentaux que nous rapportons les troubles mentaux dépressifs à une étiologie glandulaire.

Dans une longue période qui a suivi la phase hypomaniaque, pour employer un terme répondant à une symptomatologie précise, — nous préférons dire : euphorique, — notre malade a présenté une expression symptomatique que nous ne saurions mieux définir que par le mot classique de Trousseau : une *colère perpétuelle*. A une exagération du syndrome basedowien correspondait en effet une irritabilité intense avec idées

(1) Devay. *Lyon médical* 1897. Ce cas est reproduit dans la thèse de Dalmas.

(2) Steen. Maladie mentale avec goitre exophtalmique. *Journ. of ment. Science*, vol. LI, n° 212, p. 128, janvier 1905. Anal. in *Revue neurologique*, 30 juillet 1905, n° 14, p. 738.

(3) Régis. *Précis de psychiatrie*, 5e édition, 1914, p. 683.

©BIUM

de persécution vagues, une humeur triste, chagrine, colérense, des préoccupations hypocondriaques prédominantes, justifiées d'ailleurs. Notons un fait important : c'est la persistance, pendant cette période où les troubles psychiques relevaient nettement des troubles somatiques thyroïdiens, de l'hyperkinésie, de l'excitation motrice, de la loquacité et de l'exaltation psychique. Il confirme notre interprétation de ces symptômes, que nous avons déjà rencontrés dans la phase euphorique, comme des troubles psychiques élémentaires de la maladie de Basedow. Enfin, les troubles mentaux se sont améliorés en même temps que le goitre exophtalmique.

Ainsi, loin de diagnostiquer chez notre malade une psychose maniaque-dépressive associée au goitre exophthalmique, nous pensons plutôt avoir affaire à des troubles mentaux liés à la maladie de Basedow, et nous avons donné tous les motifs d'ordre clinique qui nous ont amenés à cette opinion : il ne s'agit point d'une vésanie, mais de troubles mentaux par altérations thyroïdiennes.

Nous ne nous dissimulons pas que des objections pourraient être opposées à notre manière de voir. Cela tient à ce que la question des rapports des troubles mentaux avec le syndrome de Basedow est loin d'être résolue d'une façon générale. Il existe indéniablement des cas de simple association d'une psychose avec le goitre exophtalmique, mais il faut en distinguer ceux où les troubles mentaux sont sous la dépendance des altérations thyroïdiennes qui déterminent le syndrome de Basedow. Dans cette deuxième catégorie de faits, dont les auteurs apprécient diversement la fréquence, la pathogénie des troubles mentaux est encore obscure, en grande partie parce que celle du syndrome basedowien est elle-même discutée. Y a-t-il hyperthyroïdie,

©BIUM

comme on l'admet généralement? N'y a-t-il pas plutôt dysthyroïdie, comme Léopold-Lévi et Rothschild l'admettent dans beaucoup de cas de nervosisme thyroïdien? Cette dernière opinion rendrait mieux compte de la diversité des troubles mentaux observés chez certains malades, et en particulier dans notre cas personnel. Quoi qu'il en soit, ces faits appellent des recherches ultérieures. Mais l'existence des troubles mentaux par altération fonctionnelle du corps thyroïde est aujourd'hui établie. Nous avons voulu, par cette modeste contribution personnelle, non pas tant apporter une nouvelle preuve de ce fait, que montrer l'importance qu'il convient de reconnaître à l'état mental des basedowiens, dont les traits cliniques sont assez accentués pour prêter parfois à confusion avec une vésanie, étant donnée leur ressemblance avec les symptômes de la folie maniaque-dépressive, ou, pour employer l'expression de Parhon (1), des *psychoses affectives*.

---

(1) Parhon. Recherches sur les glandes à sécrétion interne dans leurs rapports avec la pathologie mentale (en roumain), Bucarest, 1910. Anal. in *Revue neurologique*, n° 13, juillet 1912, p. 28. Voir aussi le rapport de Parhon au Congrès international de neurologie et de psychiatrie de Gand, août 1913.

©BIUM

Législation.

LES MOYENS D'INVESTIGATION DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE SUR L'ÉTAT ET L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS

INEFFICACITÉ ET INCONVÉNIENTS

Par le Dr Victor PARANT père,

Directeur-médecin de la Maison de santé de Toulouse.

Suite et fin (1).

IV

LES NOUVEAUX PROJETS DE LOI SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS

Ainsi donc, les moyens d'investigation dont l'autorité judiciaire dispose pour se renseigner sur l'état et sur l'internement des aliénés ont des inconvénients pour les malades ou pour leurs familles, et peuvent leur être nuisibles ; en outre, le plus habituellement, ils manquent leur but et sont inefficaces.

Leur inefficacité tient essentiellement à l'inexpérience en matière de maladies mentales de ceux qui ont à les

(1) Voir *Annales* d'octobre-novembre, de décembre 1913 et de janvier 1914.

©BIUM

mettre en œuvre. Presque tous, en effet, imbus des erreurs courantes, s'imaginant que le bon sens suffit pour établir l'existence de ces maladies, se placent à de mauvais points de vue dans leurs appréciations. J'ai essayé jadis de préciser le critérium qui pourrait les guider et j'ai dit qu'il faut juger de la folie d'un individu, non pas par ce qui lui reste de raison, mais par ce qui lui en manque ; non d'après les apparences raisonnables, mais d'après les lacunes réelles et les altérations véritables des facultés intellectuelles (1).

Que font, au contraire, pour la plupart, magistrats ou autres, ceux qui, étrangers à la psychiatrie, veulent se prononcer en matière d'aliénation mentale ? Ils voient avant tout ces restes de raison ; ils ne se laissent impressionner que par eux, alors même qu'ils ne sont plus que faibles et incertains. Ils ne savent pas voir ou méconnaissent les troubles qui existent. Qu'un individu soit déjà réellement dément, affaibli dans son intelligence et sa volonté, incapable de se bien diriger ; que ses facultés mentales soient émoussées, amoindries, obtuses, altérées ; qu'il ait des idées délirantes, même très accentuées, comme par exemple celles qu'il y a dans les délires de jalousie, les délires de persécution, les délires d'interprétation ; qu'importe ! Pour peu qu'il ait encore de la mémoire, de l'attention, des formes de langage assez correctes, on ne tient pas compte du reste. On le voit, on lui parle, on l'interroge, et, avec le peu qu'on obtient de lui, on le déclare sain d'esprit. On lui présente quatre pièces de monnaie ; il sait en reconnaître la valeur et il les additionne bien ; c'en est assez pour qu'on le considère comme ayant sa capacité civile et qu'on ne croie pas devoir le frapper d'interdiction.

---

(1) Victor Parant. *La raison dans la folie.* 1 vol. O. Doin, Paris, 1888.

©BIUM

Qu'il se livre à des actes notoirement déraisonnables, qu'il ait des impulsions subites et dangereuses, qu'il ait des entraînements morbides et des actes désordonnés, il est interné. Mais il réclame sa liberté, il le fait en termes convenables, il proteste qu'il n'est pas fou, qu'il a bien toute sa raison, sa raison tout entière. On s'avise alors qu'il faudrait lui accorder ce qu'il demande, et il arrive qu'on le lui accorde sans aller jusqu'au fond de son état et sans tenir compte des conséquences graves qui peuvent en résulter.

A vrai dire, cependant, il est de règle qu'en matière importante : interdiction, mise en liberté d'un interné qui réclame, l'autorité judiciaire ne prenne pas de détermination sans faire intervenir une expertise médicale d'après les conclusions de laquelle elle statue. Il y a là une nécessité qui s'impose à elle.

Si on se place à la lumière de cette nécessité pour apprécier les dispositions des récents projets de loi sur le régime des aliénés qui tendent à donner, en matière d'internement, des attributions nouvelles à l'autorité judiciaire, on peut, il me semble, en tirer un argument de sérieuse valeur contre ces dispositions et leurs conséquences.

Le projet de loi voté par la Chambre des députés en 1907, le projet soumis aux délibérations du Sénat par la Commission dont M. le sénateur Strauss est le rapporteur, spécifient qu'aucun internement d'aliéné ne deviendra définitif que sur décision spéciale de l'autorité judiciaire, et établissent que cette décision sera prise en conformité des conclusions médicales.

Ces propositions ont donné lieu à de vives protestations, au premier rang desquelles il faut mettre celles que M. le professeur Gilbert-Ballet a fait entendre dans

©BIUM

le discours éloquent et entièrement admirable qu'il a prononcé sur ce sujet devant l'Académie de Médecine. Il a montré de manière irréfutable que des dispositions de cette sorte, éminemment vexatoires pour les aliénés et pour leurs familles, seront absolument contraires au bien des aliénés, pour qui elles peuvent avoir des conséquences redoutables et qu'elles risquent d'annihiler tous les progrès passés et futurs de la médecine mentale. Alors que tout le monde proclame à l'envi qu'il faut favoriser le traitement des aliénés, elles pourraient être un obstacle formidable à ce traitement, et suivant les paroles énergiques et justes de M. Gilbert-Ballet, une loi qui les consacrerait serait non pas une loi de progrès, mais une loi de recul. Les considérations que M. Gilbert-Ballet a fait valoir à l'appui de sa protestation sont les plus hautes et les plus nobles qu'on puisse produire, puisqu'elles concernent les progrès de la médecine mentale, le bien des aliénés et celui de la société entière.

Voici maintenant ce qui me semble ressortir du point de vue que nous venons d'indiquer.

En attribuant à l'autorité judiciaire le rôle dont il s'agit, on veut, dit-on, donner, contre les séquestrations arbitraires, des garanties plus grandes que celles du passé.

En réalité, cette perspective n'est qu'un leurre, un trompe-l'œil, et il est impossible, si l'on veut bien y regarder de près, de se faire illusion à ce sujet.

En effet, en statuant sur l'internement des aliénés, les magistrats ne seront que les échos des indications que les médecins leur auront données ; ils ne feront qu'homologuer, enregistrer les constatations médicales. Il y aura donc simple transposition. En quoi cela peut-il être une garantie plus grande contre les inter-

©BIUM

nements injustifiés? A tout prendre même, la garantie sera moindre, car l'intervention de l'autorité judiciaire aura substitué en réalité une responsabilité anonyme et insaisissable, ou pour mieux dire une irresponsabilité véritable, à la responsabilité effective qui porte actuellement sur les médecins des asiles d'aliénés.

Notre responsabilité est pour les aliénés une garantie bien plus grande que celle des tribunaux ; elle est en effet soumise à des sanctions auxquelles celle des tribunaux échappe complètement. Substituer cette dernière à l'autre, c'est encore, d'une autre manière, effectuer non pas un progrès, mais un recul.

L'idée de faire sanctionner par les tribunaux l'internement des aliénés n'est pas très ancienne. Elle est née il y a environ un demi-siècle, et à cette époque les aliénistes l'accueillirent avec faveur.

Ce n'est pas qu'ils y vissent le moyen de faire cesser les récriminations contre les internements. Ceux des aliénés qui réclament, qui se croient victimes de séquestration arbitraire, réclameront, quelle que soit l'autorité qui ait décidé de leur internement. Nous le voyons bien lorsque, dans la situation actuelle, le tribunal refuse de donner satisfaction aux demandes de mise en liberté qu'il a reçues. C'est lui, alors, qui devient le seul coupable. Mais les médecins aliénistes trouvaient là un moyen de se soustraire aux attaques aussi injustifiées que violentes auxquelles ils étaient en butte, à la suspicion qui pesait sur eux, aux polémiques de presse dans lesquelles on se complaisait, comme on se complait encore, à les représenter comme des geôliers sans conscience et leurs établissements comme d'abominables repaires de détentions arbitraires. Du moment où ils ne seraient plus en quelque sorte responsables de l'internement, on ne pourrait plus s'en prendre à eux ; on

©BIUM

pourrait plus aisément leur accorder la tranquillité et la considération auxquelles ils estiment avoir droit.

Mais qu'importent les récriminations injustes, qu'importent les attaques inconsidérées ! Du moment où il y a en jeu le bien de nos malades, les progrès de la médecine mentale, les progrès du traitement curatif des aliénés, nous ne devons plus en tenir compte.

Si nos devanciers pouvaient constater, comme nous le faisons, les résultats des progrès dont ils ont été les initiateurs ; s'ils pouvaient voir que les asiles d'aliénés ne sont plus seulement, comme ils étaient alors, des hospices d'incurables, mais qu'ils sont des maisons de traitement où les guérisons deviennent de plus en plus nombreuses, et d'où bon nombre de ceux qui y ont été admis sortent promptement guéris ou améliorés, assurément ils feraient comme nous voulons faire aujourd'hui et ne demanderaient plus à être déchargés d'aucune responsabilité. Ils tiendraient à honneur, tant pour leur propre dignité que pour le plus grand bien des malades, de rester seuls responsables.

Nous ne devons plus être les apôtres d'une mesure qui serait mauvaise en elle-même ; nous devons au contraire faire valoir contre elle toutes les protestations et tous les arguments qui la condamnent.

Je demande donc qu'on ajoute, aux motifs de la repousser qui ont été déjà indiqués, celui que j'indique moi-même aujourd'hui et qui me paraît montrer de manière certaine que les dispositions législatives proposées ne donneront en réalité aucune garantie nouvelle contre les internements arbitraires.

Il y a, contre ces mêmes dispositions législatives, d'autres arguments encore à faire valoir. On pourrait notamment montrer que soutenir que les tribunaux ont seuls qualité pour ordonner le placement définitif d'un

©BIUM

malade dans un asile, c'est partir d'un principe absolument erroné et faux.

La mission de l'autorité judiciaire ne doit pas être de prononcer des « condamnations à l'internement » contre de pauvres aliénés, misérables épaves d'une maladie terrible. Sa mission doit être d'intervenir, quand il y aura lieu, pour empêcher les abus et punir les fautes commises.

Il est suprêmement désirable que les protestations des hauts représentants de la médecine mentale soient entendues et conjurent ce qu'il ne faut pas craindre d'appeler un véritable malheur.

Les règles posées par la loi du 30 juin 1838, en matière de procédure d'internement, sont excellentes. Elles permettent d'assurer dans de bonnes conditions la mise en traitement des aliénés. Tout ce qu'on peut chercher en dehors d'elle, bien qu'elle y pourvoie en réalité de bonne manière, c'est, si on le veut, d'assurer plus étroitement encore la protection des aliénés internés et la surveillance des établissements qui leur sont consacrés. Qu'on y fasse participer l'autorité judiciaire, soit. Mais il faut alors modifier et réorganiser complètement ses moyens d'information, il faut notamment supprimer absolument ses enquêtes, qui sont à la fois inutiles et ordinairement malfaisantes.

APPENDICE

UNE ENQUÊTE HOMICIDE

Au moment où était publié l'article sur les enquêtes, s'est produit un fait plus grave encore que tous ceux que j'avais eus à observer jusqu'ici, et qui montre de manière saisissante à quel point ce mode d'investigation

©BIUM

de l'autorité judiciaire peut être malfaisant. Je crus devoir le signaler immédiatement à M. le Procureur général de Toulouse, et voici la lettre que je lui écrivis à ce sujet :

Toulouse, 3 décembre 1913.

Monsieur le Procureur général,

J'ai eu l'honneur d'appeler votre attention sur les inconvénients et sur l'inutilité de l'enquête que le parquet fait au moment du placement d'un malade dans les établissements d'aliénés, inconvénients graves très souvent, et qui résultent tant de la manière dont l'enquête est faite que des termes du questionnaire envoyé pour la faire.

Je crois devoir vous signaler les conséquences particulièrement graves d'une de ces dernières enquêtes qui a été vraiment homicide, ayant abouti à la mort de la personne en cause.

Dans les derniers jours d'octobre, on me confiait une dame qui, depuis quelque temps malade d'esprit, refusait toute nourriture. Le certificat médical qui accompagnait la demande d'admission et qui concluait au placement dans une maison spéciale, seul moyen d'arriver à soigner convenablement la malade, spécifiait : « névropathie hystériforme, mélancolie, dénutrition, idées de suicide ».

En fait, cette dame était atteinte de mélancolie hypocondriaque ; elle refusait les aliments parce que, comme bien des malades, elle se croyait l'estomac bouché ; elle dépérissait rapidement, et comme, chez elle, tout le monde était impuissant à la soigner, sa place était bien dans une maison comme la nôtre.

Nous pûmes, avec les moyens dont nous disposons et aussi par notre influence, l'alimenter, et nous commencions à la voir se remonter un peu, lorsque, le quinzième jour de son séjour chez nous, nous vîmes arriver son mari, ses parents, très émus, très troublés. Ils nous racontaient que le maire de leur commune, assisté d'un commissaire de police, avait fait comparaître une demi-douzaine de leurs voisins, qui, sur les questions qui leur étaient posées, avaient déclaré que la femme n'était ni *folle*, ni *aliénée*. Vous savez, Monsieur le Procureur général, que pour bien des gens on n'est fou ou aliéné qu'à la condition de faire des extravagances publiques et de divaguer complètement. Ayant ensuite convoqué les parents, le maire

©BIUM

leur avait dit qu'ils avaient fait une *séquestration arbitraire* et que sans doute on allait les poursuivre, eux et le médecin auteur du certificat de placement. Pour éviter de tels désagréments, ils venaient donc en toute hâte retirer leur malade.

Nous essayâmes de leur montrer le danger de ce qu'ils allaient faire, en leur représentant qu'en réalité ils n'avaient rien à craindre. Malgré nos remontrances, ils emmenèrent la malade le jour même.

Or, je viens d'apprendre que, rentrée dans sa famille, la malade s'était remise à refuser toute nourriture, qu'on n'était pas même parvenu à lui faire avaler un peu d'eau, et qu'au bout d'une douzaine de jours elle était *morte d'inanition*.

Il n'y a pas de doute, Monsieur le Procureur général, c'est l'enquête qui a été cause de cette mort; c'est un méfait de plus à ajouter à ceux de ce déplorable mode d'information, et je crois nécessaire de le signaler à votre attention.

Comme je vous l'ai dit, Monsieur le Procureur général, il faudrait, ou bien modifier profondément le questionnaire, ou, mieux encore, supprimer complètement les enquêtes et les remplacer par d'autres moyens d'information qui, bien mieux qu'elles, renseigneraient efficacement l'autorité judiciaire.

Recevez...

Il n'est besoin d'ajouter aucun commentaire; le fait par lui-même est assez explicite et démonstratif et vient énergiquement à l'appui de mes conclusions. M. le Procureur général a bien voulu me dire qu'il en était frappé, qu'il s'en préoccupait, et que, pour agir dans la mesure de ce qu'il peut faire, il étudie le moyen de modifier le questionnaire. Mais quel que soit celui-ci, il se trouvera partout des maladroits, sinon des malintentionnés, pour en dévier ou en dénaturer l'usage. Une seule chose serait vraiment efficace et sage : la suppression complète de l'enquête, en la remplaçant par d'autres moyens d'information.

©BIUM

Revue critique

LES THÈSES DE MÉDECINE MENTALE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE PARIS DURANT L'ANNÉE 1912-1913

Par le Dr Roger DUPOUY

I. — René Bessière. *Paranoia et psychose périodique; essai historique, clinique, nosographique, médico-légal.* — L'auteur étudie une catégorie très particulière de malades qui se présentent comme des persécutés à réactions expansives ou dépressives et sur lesquels on a tendance à porter un pronostic de chronicité, qui cependant guérissent après un séjour de durée variable à l'asile, rectifient leurs idées délirantes et reprennent leur existence antérieure, enfin qui, après un intervalle également très variable, reviennent à l'asile, maniaques ou mélancoliques, comme de vulgaires périodiques.

Ces malades sont en réalité des intermittents délirants, qui guérissent mais récidivent, les périodes d'accès étant séparées par un intervalle lucide comme il est de règle dans les psychoses périodiques, et leur délire de persécution peut ou non s'agrémenter de troubles hallucinatoires. M. Bessière restreint le sujet de sa thèse à l'étude des cas de délire de persécution non hallucinatoire basé sur des interprétations délirantes.

Ces formes spéciales d'états délirants intermittents ont été catalogués sous des rubriques différentes, paranoia aiguë en Allemagne, bouffées délirantes des dégénérés en France, jusqu'à ce qu'on leur reconnaisse, avec Anglade et son élève Dubourdieu, leur signification nosologique véritable, c'est-à-dire leur parenté avec les

©BIUM

accès classiques maniaques ou dépressifs de la psychose intermittente.

M. René Bessière fait un historique critique très complet de la question, la suivant pas à pas en France et en Allemagne, exposant les conceptions particulières de l'un et l'autre pour se rallier finalement à la thèse des psychoses associées défendue par Masselon ici même (*Ann. méd.-psych.*, juin 1912). Il admet donc dans ces cas de « paranoia périodique » qu'il s'agit de l'évolution d'une psychose périodique chez un sujet de constitution paranoiaque. Cette notion du terrain est des plus intéressantes, car elle permet d'expliquer en quoi et pourquoi les psychoses périodiques diffèrent chez les divers malades, lesquels délirent non seulement avec leur intelligence et leur instruction propres, mais aussi avec leurs tendances innées, leur prédisposition paranoiaque, imaginative, mythomaniaque, etc., créant ainsi autant de types morbides d'une même affection.

II. — René Breger. *Ictus amnésiques au cours de la paralysie générale.* — Dans les ictus amnésiques, l'amnésie est brusque, instantanée en quelque sorte, qu'elle soit ou non précédée de phénomènes prodromiques, apoplectiques, syncopaux, vertigineux, etc. Elle est assez profonde et généralisée pour frapper immédiatement l'entourage. Elle doit enfin être de courte durée, les souvenirs réapparaissant presque entièrement au bout de quelques minutes ou de quelques heures.

L'ictus amnésique apparaît ainsi comme un accès, une poussée aiguë au cours d'une amnésie progressive. Une fois la crise passée, la maladie reprend sa marche régulière.

III. — René Breteille. *Étude historique et médico-légale du masochisme.* — L'étude du masochisme est au point de vue psychologique et sociologique extrêmement intéressante et de nombreux travaux ont été entrepris déjà sur cette question, mais il ne faut pas voir partout des masochistes ; l'asservissement d'un amant trop épris peut être taxé de faiblesse ou de lâcheté, mais ne constitue pas un acte de masochisme. Samson, Hercule, Holopherne, Hérode, cités par l'auteur, ne nous paraissent guère pouvoir être assimilés à des pervertis sexuels masochistes, non plus que Socrate

©BIUM

battu par Xantippe (le mari battu ne l'est pas toujours volontairement); les flagellants sont bien des « mentaux », même et surtout des « mystiques », mais ce ne sont point toujours des pervertis sexuels; les chevaliers du Moyen âge enfin, si galants, empressés et soumis envers leur dame, ne sont pas des malades, bien que leur dévotion au sexe puisse aujourd'hui paraître excessive et que, fatalement, quelques-uns d'entre eux soient de véritables masochistes. Il est de règle commune, en amour, qu'un sexe domine l'autre, l'égalité absolue étant difficile à observer; or, suivant la supériorité de l'un ou de l'autre, doit-on à tout coup parler, soit de masochisme, soit de sadisme? ce serait plutôt exagéré.

La thèse du Dr Breteille n'en reste pas moins des plus intéressantes, malgré qu'à notre avis une confusion s'y glisse. La femme-sirène, type Tarnowska, possède sur ses amants une telle influence passionnelle que ceux-ci commettent les pires lâchetés et vont pour elle jusqu'au crime. Ce sont des asservis sexuels, mais des asservis involontaires et qui ne demandent nullement à l'être; ils n'éprouvent pas de jouissance à s'humilier : ils se courbent devant l'idole et l'adorent servilement parce que c'est le seul moyen pour eux d'arriver à la possession; ils ne recherchent pas la souffrance, ils la subissent seulement; ce ne sont pas des algophiles et ils ne sont pas comparables à Sacher-Masoch, pour qui la douleur était l'agent nécessaire de volupté.

IV. — René Burseaux. *Les phénomènes mentaux et la température cérébrale (étude critique)*. — Quelques physiologistes ont poussé l'expérimentation cérébrale jusqu'à pratiquer une couronne de trépan et à introduire par la brèche ainsi créée un petit thermomètre afin de noter les variations de température conditionnées par des excitations sensorielles ou par le travail mental. Mosso et Cavazzani avaient conduit leurs expériences sur la température cérébrale grâce à des ouvertures accidentelles sur la boîte cranienne. Hans Berger, d'Iéna, plus audacieux, s'adressa directement au chirurgien, chez l'animal d'abord (chimpanzé), chez l'homme ensuite. Ce sont les travaux récents de cet

©BIUM

expérimentateur que le Dr Burseaux présente dans sa thèse, ses observations et ses conclusions qu'il étudie et critique. Il montre notamment que les résultats auxquels H. Berger prétend être arrivé, à savoir que l'énergie libérée dans les centres sensoriels est extrêmement supérieure à celle qui serait fournie par une excitation extérieure, sont plutôt hypothétiques.

V. — Henri Cier. *La forme asthénique de la paralysie générale.* — Marchant à la suite des idées de Tastevin et de Benon sur l'asthénie, l'auteur lance la forme asthénique de la paralysie générale. Le syndrome asthénique, dit-il, est essentiellement constitué par deux signes cardinaux : l'affaiblissement général des fonctions musculaires et le ralentissement général des fonctions psychiques. C'est un état de faiblesse musculaire et idéative. Suit un tableau clinique général, dressé d'après la description d'A. Deschamps. (Les maladies de l'énergie) et surtout celle de Couchoud (*Thèse*, 1911, anal. dans les *Ann. méd.-psych.*).

La méningo-encéphalite diffuse progressive, affection provocatrice par excellence de l'épuisement des centres nerveux, devait fatalement trouver l'asthénie dans ses symptômes, et, de fait, depuis longtemps, depuis toujours, elle a été signalée sous un vocable ou sous un autre. Cier reconnaît lui-même que l'histoire de la forme asthénique de la maladie de Bayle se confond avec celle de divers types cliniques paralytiques, en particulier les types dépressif et neurasthénique. Dès lors, pourquoi changer de nom? Pourquoi appeler asthénie ce qui s'est nommé dépression? J'aurais compris volontiers l'emploi d'un terme spécialement destiné à baptiser les états dépressifs d'ordre émotionnel et purement psychique; mais si celui d'asthénie sert à désigner l'amoindrissement physico-mental de toutes les affections organiques ou fonctionnelles des centres nerveux, il perd désormais toute systématisation et n'a d'autre valeur que celle du terme général de dépression. Dès lors, encore une fois, à quoi bon changer? La neurasthénie préparalytique est de notion classique, et chacun sait que son diagnostic d'avec la maladie de Beard se fait surtout d'après les signes somatiques, l'état des pupilles, les troubles de la parole, la ponc-

©BIUM

tion lombaire, la réaction de Wassermann... Mais il faut bien un sujet de thèse.

VI. — Georges Demay. *Des psychoses familiales.* — Les maladies familiales peuvent être définies avec Apert d'après la réunion des caractères suivants : « elles frappent habituellement plusieurs sujets d'une même famille ; elles affectent dans une même famille une forme et une évolution identiques chez tous les sujets atteints ; elles apparaissent chez ces sujets indépendamment de toute cause extérieure agissant, soit dans la vie intra-utérine, soit dans la vie extra-utérine ».

Il faut d'abord éliminer du cadre des psychoses familiales les psychoses toxiques et plus particulièrement les psychoses alcooliques, et résoudre par la négative la question de la contagion possible des psychoses, tout en admettant l'influence véritable d'un délirant sur son milieu familial déjà enclin à délirer par suite de ses communes tendances morbides ; cette collaboration familiale à une même formule délirante se rencontre surtout dans les psychoses raisonnantes.

Un premier groupe de psychoses familiales est donc constitué par des cas mixtes où la prédisposition héréditaire joue le principal rôle, avec appoint de contagion mentale soit unilatérale, soit réciproque, et comprenant tantôt des délires systématisés hallucinatoires, tantôt et surtout des délires interprétatifs.

Les psychoses familiales proprement dites sont des psychoses similaires qui apparaissent dans une même famille sans autre cause appréciable que l'hérédité. Ici le facteur contagion mentale ne pourra entrer en ligne de compte. Il s'agit en effet de psychoses qui se manifestent chez des individus vivant isolés l'un de l'autre, ou encore qui naissent chez plusieurs sujets non pas simultanément, mais à des époques distinctes et séparées souvent par un long intervalle. Dans ce groupe important rentrent des cas d'obsessions, d'idiotie familiale, de folie morale, de délires systématisés et polymorphes, enfin de psychoses périodiques et de démence précoce.

Les découvertes faites par Mendel dans le domaine de l'hérédité morphologique peuvent être étendues à l'aliénation mentale et éclairent singulièrement l'his-

©BIUM

toire des psychoses familiales dans laquelle doit simplement rentrer celle des psychoses gémellaires.

VII. — Paul Duclos. *Contribution à l'étude de l'état mental dans les intermissions de la psychose périodique.* — Des observations recueillies par notre collègue, il résulte qu'on observe très fréquemment, pour ne pas dire toujours, dans les intermissions de la psychose périodique, des symptômes morbides. Parmi ceux-ci, les uns relèvent de troubles du jugement, les autres de troubles de l'affectivité, du caractère et du sens moral. Nous nous associons pleinement à cette conclusion. Malgré que les accès puissent être extrêmement distants l'un de l'autre (d'un quart de siècle et plus), l'on peut à l'examen minutieux d'un observateur compétent retrouver quelques stigmates de psychisme morbide. Parmi ces anomalies psychiques décelables durant l'intervalle libre, « la place la plus importante revient à un trouble du jugement assez spécial. Il porte principalement sur l'ensemble des faits qui se rattachent à la maladie et fréquemment aussi sur l'avenir que les intermittents envisagent avec une confiance sans bornes, sur leur propre personnalité dont ils s'exagèrent volontiers les mérites... D'une façon générale, *l'appréciation que porte l'intermittent sur son accès est défectueuse* par ce fait qu'il cherche toujours à justifier ses actes d'une façon avantageuse pour lui. Bien peu de malades, quand on leur demande d'expliquer l'origine de leur accès, invoquent le cours fatal de la maladie, le souvenir d'accès antérieurs, bien que ceux-ci aient, la plupart du temps, une ressemblance frappante entre eux. Ils vont chercher au contraire les causes les plus invraisemblables ».

L'intermittent raconte en plaisantant les pires méfaits qu'il a pu commettre ; il est pour lui d'une indulgence plénière, n'ayant d'égale que sa malveillance pour autrui. Il proteste fréquemment contre son internement, qu'il qualifie d'abusif et d'arbitraire, et volontiers poursuit ceux qui l'ont placé ou traité (nous en connaissons tous des exemples). Il apprécie de la façon la plus défectueuse les causes de l'accès, l'accès lui-même et ses conséquences. Il a de même très rarement une conscience nette du caractère périodique de son affec-

©BIUM

tion et la notion du retour plus ou moins proche des accès. Enfin il présente d'une manière persistante un état d'optimisme exagéré l'entraînant souvent à de fâcheuses réactions.

Les troubles de l'affectivité sont aussi importants et aussi fréquents que ceux du jugement. Leur constance est telle dans les intermissions que Deny et son élève P. Kahn ont admis l'existence d'une constitution cyclothymique spéciale aux intermittents, formant la base affective sur laquelle se développent les accès de la psychose maniaque-dépressive, préexistant à leur apparition et survivant à leur disparition. Déséquilibrés de l'affectivité, ces malades sont à la fois d'humeur essentiellement mobile et irritable, susceptibles, querelleurs, égoïstes, avares, mythomanes, railleurs, taquins, portés à la calomnie et à la défiance, tout proches, on le voit, des paranoïaques.

Ces troubles de l'humeur et du caractère poussent fréquemment le malade à des actes dangereux ou répréhensibles, aux impulsions les plus diverses. La médecine légale s'enrichit chaque jour des méfaits des périodiques en intermission, mais chaque cas demeure individuel et le médecin expert, dans l'impossibilité d'établir pour cette catégorie de malades une formule générale, doit se montrer extrêmement prudent et éclectique. « Son opinion devra s'appuyer sur la connaissance de l'état habituel du sujet (excitation psychique habituelle, irritabilité), sur l'état mental avant et après l'acte incriminé (les accès frustes de manie ayant toujours quelque durée et ne se manifestant pas par une impulsion isolée, comme cela a lieu chez les épileptiques), sur la disproportion qui existe entre la réaction et la cause extérieure qui l'a provoquée, sur l'inintimidabilité du sujet. »

VIII. — Georges Genil-Perrin. *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale.* — Dans un premier chapitre, notre distingué collègue étudie les origines de l'idée de dégénérescence, née de la conjonction de deux notions plus simples : la notion d'un rapport entre l'être physique et l'être moral, la notion d'hérédité. Ce double principe sur lequel repose toute la théorie de la dégénérescence

©BIUM

mentale n'est pas absolument nouveau, puisqu'on le retrouve déjà pleinement exposé au temps de Socrate, de Platon et d'Hippocrate. C'est, en effet, de la notion de la folie maladie organique qu'a pu naître celle de la dégénérescence mentale ; de même, l'étude des stigmates physiques de la dégénérescence dérive de l'histoire de la physionomie, si finement analysée par Aristote. Quant à la conception de l'hérédité morbide, elle a dominé de tout temps la Biologie ; cependant il a fallu que de la conception générale mais trop simple de l'hérédité se dégageât celle de l'hérédité de prédisposition, permettant à son tour de comprendre l'hérédité du dissemblable.

Les précurseurs de Morel furent donc nombreux, et l'on voit l'idée de dégénérescence faire son chemin d'étape en étape, de Pinel, Fodéré, Esquirol, Ellis, Marc, Falret, Baillarger, jusqu'à Lucas, Moreau (de Tours), et enfin Morel, sur l'œuvre de qui Genil-Perrin insiste longuement, en décrivant la genèse et l'esprit avec une judicieuse critique. De Morel, la question de la dégénérescence mentale s'insinue lentement dans les esprits jusqu'au jour où Magnan la développe avec l'extension que l'on connaît.

Genil-Perrin nous fait assister à la grande bataille sur la dégénérescence mentale livrée par Magnan à ses contradicteurs, Falret, Cotard, Charpentier, Boucheréau, Christian, Ball. Magnan et ses élèves, principalement Saury et Legrain, précisent leur doctrine en des thèses ou ouvrages restés classiques; ils définissent et décrivent la conception générale de la dégénérescence mentale, ses stigmates, ses syndromes, enfin les délires qui lui appartiennent en propre.

En Allemagne, le principe de la dégénérescence mentale est diversement admis par les auteurs, franchement par Griesinger, Schüle, Krafft-Ebing, avec des réserves nombreuses par Ziehen et Kraepelin.

L'évolution de la question des stigmates et les rapports de la dégénérescence dite supérieure avec le génie forment ensuite deux chapitres des plus importants. Les anciens auteurs se sont occupés à outrance de la physiognomonie, et aujourd'hui encore la dégénérescence d'un individu, d'une famille ou d'une race se traduit par

©BIUM

un ensemble de tares ou stigmates, de phénomènes essentiels, permanents, spécifiques et précoces comme les définit Dallemagne. Stigmates physiques, physiologiques, sociologiques, chacun a sa valeur et sa signification, mais c'est la réunion chez le même sujet de plusieurs d'entre eux qui seule peut avoir une importance séméiologique; l'unité est insuffisante pour assurer un diagnostic. Quant au génie névrose, à la théorie de la nature dégénérative du génie, depuis l'antiquité la plus reculée des philosophes et des aliénistes s'en sont déclarés partisans, assimilant entièrement l'enthousiasme fécond de l'artiste, du poète ou de l'inventeur avec celui du délirant. Plus près de nous, Diderot, Cabanis, Fodéré, F. Voisin et Morel lui-même préparent la thèse célèbre soutenue par Moreau (de Tours), Lombroso et Max Nordau. Les mêmes auteurs, philosophes, psychiatres ou sociologues, qui ont rapproché le génie de la folie, ont affilié la criminalité à la dégénérescence, et cette conception de la criminalité morbide est d'autant plus importante au point de vue social qu'elle tend à faire traiter les criminels plutôt qu'à les punir et qu'elle pousse à supprimer les prisons au profit des asiles.

Nous touchons ainsi au traitement de la dégénérescence, traitement essentiellement prophylactique et qui aboutit dans sa formule extrême à l'asexualisation et la stérilisation des sujets reconnus dégénérés, prêchées surtout en Amérique, mais qui ont peu de chances de se voir introniser en France.

IX. — G. Giraud. *Des méningo-encéphalites chroniques syphilitiques et saturnines; étude étiologique.* — Thèse essentiellement critique, n'aboutissant pas, et pour cause, à des conclusions formelles. La paralysie générale, la vraie paralysie générale, est-elle toujours de nature syphilitique? Les opinions sont encore partagées, malgré, depuis ces derniers temps, un fort courant en faveur d'une réponse affirmative.

Existe-t-il une paralysie générale vraie ou une pseudo-paralysie générale saturnine? A coup sûr, il existe un syndrome paralytique d'origine saturnine, mais qu'il est cliniquement très difficile de différencier de la paralysie générale syphilitique; l'évolution seule

©BIUM

permet dans certains cas de poser le diagnostic véritable. Les réactions méningo-encéphaliques du saturnisme décelées par la ponction lombaire et superposables à celles de la syphilis peuvent-elles éclairer le problème de la paralysie générale saturnine? Les processus encéphalopathiques à prédominance méningée et à allures aiguës ou subaiguës sont les plus fréquents dans le saturnisme, et l'hyperleucocytose céphalo-rachidienne peut être un élément important de diagnostic; mais lorsque l'atteinte est chronique et plus cérébrale que méningée, la superposition du tableau clinique et des réactions méningées est parfaite dans les deux cas de saturnisme et de syphilis.

La réaction de Wassermann peut-elle, en présence d'une réaction rachidienne donnée, trancher le diagnostic étiologique entre la syphilis et le saturnisme? Assurément, lorsqu'elle est positive; mais il faut se rappeler que la réaction n'est pas constante et que son absence ne permet pas de nier la syphilis et de rejeter la paralysie générale syphilitique; il faut savoir, d'autre part, que la syphilis s'allie fréquemment au saturnisme chez les malades qui nous intéressent, et que le syndrome paralytique peut être fonction d'une double atteinte des centres nerveux par l'infection tréponémique et l'intoxication plombique.

X. — Paul Huntziger. *De la disposition congénitale au calcul mental.* — Résumé de l'observation d'Inaudi par Binet et de Fleury, par Desruelles. Observation personnelle d'un autre calculateur, Jean, entré à l'asile dans un accès d'hypomanie périodique. Considérations générales sur le groupe si particulier des calculateurs prodiges qui ont tous entre eux un air de famille et présentent un certain nombre de caractères communs, dont la précocité de la faculté traduisant l'innéité du don de calcul mental, et la médiocrité, même la débilité intellectuelle. La psycho-genèse d'une pareille disposition congénitale est malaisée; celle-ci n'est pas, en général, le résultat d'une transmission héréditaire similaire. Rien dans le milieu extérieur où se sont développés les calculateurs prodiges ne donne l'explication de leurs facultés.

XI. — Georges Imbert. *Les psychoses d'origine*

©BIUM

digestive. — « Le tube digestif, dit l'auteur, est une source inépuisable de maux variés : dyspnée gastrique se transformant en un cauchemar terrible par suite des conceptions délirantes du rêve, altérations de l'intelligence et du caractère, paresse de l'esprit, ou au contraire excitation cérébrale, folie, etc..., apparaissent au cours de la dyspepsie gastro-intestinale, à côté de troubles somatiques également pénibles et divers. » Tout autrement que les autres (et notamment de Krafft-Ebing, Régis, Laignel-Lavastine), il pense que « le délire chronique, la folie vraie », peuvent reconnaître pour cause une perturbation des fonctions digestives.

Avec son maître, le professeur Albert Robin, le Dr Imbert distingue deux grands groupes de psychoses d'origine digestive, suivant qu'il s'agit d'états psychiques caractérisés par une dominante symptomatique ou d'états caractérisés par une systématisation de symptômes qui fait rentrer ces états dans les classifications courantes en pathologie mentale.

Le premier grand groupe — celui des *troubles psychiques élémentaires de Régis* — comprend : « les états vertigineux d'origine stomacale ou intestinale, les états syncopaux, les cauchemars et les terreurs nocturnes des enfants, l'irritabilité, l'émotivité, les troubles de l'intelligence (des facultés d'attention, de coordonner les idées), la dysarthrie, l'amnésie passagère, les phobies, l'aboulie, l'excitation génitale, les hallucinations ».

Le groupe des *syndromes psychiques ou psychoses* (états psychopathiques avec systématisation des symptômes) est constitué par : « l'hypocondrie, la confusion mentale, les états mélancoliques, l'anorexie mentale, les vomissements incessants, la boulimie et la faim douloureuse, nauséeuse ou anxieuse, la manie et le délire aigu, les obsessions, la psychose hallucinatoire, la dipsomanie, la neurasthénie ».

Je ne sais pourquoi, en lisant cette thèse, il m'est venu cette réflexion que pour faire une bonne omelette il faut d'abord posséder de bons œufs. Evidemment une thèse mentale ne saurait être comparée à une omelette ; néanmoins...

XII. — Emmanuel Philipon. *La médication mentale dans la doctrine « Christian Scientist »*. — Dis-

©BIUM

ciple enthousiaste de Mesmer et de sa doctrine, le Dr Philipon consacre sa thèse inaugurale à l'exposé d'une « médication mentale » particulière dont il admire puissamment les surprenants résultats. Ce « mental treatment » est pratiqué par une secte dont la doctrine (Christian Scientist), à la fois philosophique, morale et religieuse, est essentiellement basée sur une interprétation nouvelle de la Bible et de la parole du Christ, et dont les principes sont consignés dans un livre intitulé *Science and Healt with the key of the Scriptures*, c'est-à-dire *la Science et la Santé avec la clef des Ecritures*.

Pour les scientists, la matière n'existe pas. « Il n'y a qu'un seul principe, l'*Esprit* (ou Dieu), et tous les phénomènes de notre connaissance ne sont que des manifestations de l'Esprit (c'est-à-dire de Dieu). Comment la *Matière* existerait-elle? Elle ne peut exister en *Dieu*, car elle est incompatible avec sa nature même : un être parfait et infini ne saurait se présenter sous une forme finie et imparfaite. Elle ne peut exister *en dehors de Dieu*, car s'il en était ainsi, ce dernier ne serait ni universel ni tout-puissant et l'on pourrait concevoir un être supérieur à lui, ce qui est manifestement contraire à l'idée que nous nous en faisons. La *matière* ne peut donc être qu'une apparence, qu'une création de notre esprit, mais au fond elle ne correspond à rien de réel. »

De même le mal ne saurait exister ; ce n'est « qu'un mirage trompeur, qu'un phénomène de l'ordre des rêves et qui est chassé par la vérité comme l'ombre par la lumière ». La conclusion dès lors s'impose : « Ce mal, qui n'a pas d'existence propre, pas d'existence en soi, il va devenir facile de le faire disparaître. Pour cela, nous n'aurons qu'à *nier* sa prétendue existence. Simple idée, il suivra le sort de toutes les idées qui n'existent que tant qu'elles sont pensées et il sera définitivement anéanti quand notre Conscience sera définitivement délivrée de toutes les idées de cette nature. Par conséquent, nous nous attacherons, nous devrons nous attacher à *réaliser* sans cesse que seul est le Bien, parce que seul il peut être (Good-God). Nous garderons constamment notre âme en contact intime avec les diverses manifestations du Souverain Principe : la Vérité, la

©BIUM

Vie, l'Amour ; et, dans notre âme ainsi remplie, le Mal ne trouvera plus aucune place ».

Par ce procédé, l'on guérit tout ce que l'on veut ; je cite textuellement les observations de l'auteur : l'empoisonnement du sang, les affections de la moelle épinière, les affections aiguës du poumon, les tumeurs et les varices, l'eczéma ou l'épilepsie ; il n'y a tout simplement qu'à lire « Science and Health », par doses progressives jusqu'à effet.

Notre confrère se charge lui-même de dépeindre notre étonnement d'une pareille médication. « On ne doit pas être surpris, écrit-il, après ce que je viens de dire, que cette médication aboutisse à des échecs nombreux ; mais il est bien plus surprenant qu'elle puisse entraîner des guérisons. »

Cette thèse (véritable auto-observation) est des plus intéressantes pour nous autres aliénistes, et cependant j'ai été singulièrement peiné de la lire.

XIII. — Edgard Robillot. *Des délires de persécution d'origine alcoolique* (*Contribution à l'étude clinique et pathogénique*). — Petite thèse faite sous l'inspiration du Dr Vigouroux et tendant à démontrer que dans l'alcoolisme chronique, en dehors des délires hallucinatoires se rapportant à l'ivresse délirante ou aux accès subaigus, on observe des modifications profondes de l'état mental, qui portent davantage sur le caractère et sur la volonté que sur l'intelligence.

Ces délires de persécution d'origine alcoolique se groupent en trois variétés :

1° Dans la première variété se rangent les délires dans lesquels les hallucinations durables d'origine toxique sont primitives et commandent à la fois les idées délirantes et leur systématisation. A côté de ceux-ci se placent les délires systématisés provoqués par la croyance à la réalité des hallucinations alors même que celles-ci ont disparu.

2° Dans la deuxième variété se rangent les délires de persécution évoluant sur un terrain modifié par l'alcool. Dans ce cas l'action propre de l'alcool a profondément altéré la cénesthésie et par suite le caractère même du malade, devenu susceptible, méfiant, interprétant, en un mot paranoïaque et apte à délirer. Dans ces cas les

©BIUM

hallucinations sont secondaires à l'état délirant comme dans les délires de persécution type Lasègue-Falret, Magnan.

3° Dans la troisième variété se rangent les délires polymorphes hallucinatoires chroniques dus à l'action de l'alcool sur un terrain antérieurement prédisposé (débilité mentale, état paranoïaque, état dépresssif, etc.).

XIV. — Henry Le Savoureux. *Le spleen ; contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation.* — Le spleen, dont le mode se tint à cheval sur les XVIII[e] et XIX[e] siècles et dont le terme, scientifiquement désuet, ne trouve plus son emploi qu'en littérature, est essentiellement constitué, d'après les délimitations les plus rigoureuses des auteurs qui l'ont le mieux défini, Sauvages et Moreau de la Sarthe, par la perte du goût de la vie et le désir de la mort. La tendance au suicide qui lui est inhérente n'est pas déterminée par la misère, les chagrins, la fureur, l'inquiétude, les paroxysmes anxieux, les idées délirantes ou les hallucinations, mais par le seul ennui de vivre. Il est le plus souvent chronique. Les causes en sont le plus souvent morales. Le suicide dans le spleen est accompli avec un calme et une réflexion qui révèlent l'intégrité de la volonté et de l'intelligence.

Le spleen n'est donc autre chose qu'un ennui incurable, sans cause ni raison apparentes, avec dégoût de la vie et appétit du suicide, un tempérament, ou mieux une « humeur » morose jugeant la vie insipide et fastidieuse, indigne d'être vécue. Mais si le sens exact de l'affection peut se retrouver et se formuler, le mot lui-même de spleen, ainsi que l'histoire le démontre, est né d'une légende et d'un contre-sens.

Le spleenique existe et doit être séparé du déprimé et du mélancolique. Il conserve, en effet, l'intégrité de son activité et de sa volonté ; son « ennui », d'autre part, n'est pas périodique ni circulaire ; il est constant, chronique, constitutionnel.

Le D[r] H. Le Savoureux distingue un *ennui normal*, provoqué chez l'homme sain par la dépense insuffisante de toute son énergie disponible, par l'inactivité de ses tendances. L'activité de la plupart des hommes, dit-il, est dirigée dans un seul sens ; c'est une vocation unique

©BIUM

ou une longue habitude ; ils s'ennuient sitôt qu'ils sont privés du but ordinaire de leur vie. L'ennui apparaîtra par conséquent d'autant plus vite que la spécialisation sera plus étroitement unilatérale. Et ceci, même quand l'interruption du mouvement n'est que momentanée.

L'impossibilité de jouir des choses est le caractère le plus apparent de l'ennui, mais l'absence de désir ne résulte pas de la fatigue et de l'émoussement de la sensibilité, mais de son inexcitabilité par les stimulants appropriés et nécessaires. Suivant le mot de Chambard, l'ennui est la « faim de l'âme » ; c'est l'insatisfaction de nos tendances particulières ; il traduit, par son impression de vide et son absence de désirs, le besoin caché dont il est le signe unique. Et l'ennui constitutionnel résulterait d'un tempérament spécial que l'on pourrait appeler *aphorique.*

L'ennui morbide offre la même apparence qu'un ennui normal qui se trouverait prolongé ; il évolue, en outre, sur un terrain dégénératif et ne diffère du spleen que par l'absence d'idées de suicide. Celui de Flaubert et de M^me^ du Deffand en sont deux spécimens remarquables que Le Savoureux analyse avec une grande finesse.

Le spleen, forme suicide de l'ennui morbide, se distingue nettement, avons-nous dit, de la dépression avec sentiment de lassitude, de fatigue, d'épuisement général et de la mélancolie caractérisée par une inhibition physique, intellectuelle et morale ainsi que par sa douleur morale anxieuse. Il apparaît comme un des modes de perversion de l'instinct de conservation, une variété de ses perversions actives, presque une inversion. Le dégoût de la vie, secondaire chez les déprimés à une conviction d'impuissance motrice, est primitif chez le spleenique ou tout au moins indépendant de tout sentiment de diminution physique. Et cette persistance de l'énergie lui permet précisément de réussir son suicide plus aisément que le mélancolique. Ses tentatives sont réfléchies et accomplies dans le plus grand calme mental ; l'idée de destruction n'est ni fixe, ni obsédante, ni impulsive. Elle est acceptée de la personnalité du sujet, en constitue une des parties intégrantes, et se présente souvent comme un legs funeste transmis par une hérédité psychopathique similaire.

©BIUM

XV. — B. Sikorav. *Le syndrome de débilité neuro-musculaire.*—Sous la direction de son maître, le Dr Klippel, l'auteur a observé chez des malades cachectiques à la suite d'une maladie générale chronique et de longue évolution (tuberculose, cancer, cirrhose), et il décrit dans sa thèse un syndrome de débilité neuro-musculaire dont les éléments principaux sont les suivants : myoïdème pathologique généralisé, exagération des réflexes tendineux, diminution des réactions électriques des muscles, tachycardie, tachypnée, à côté desquels se rangent un certain nombre de symptômes secondaires et de valeur moindre : modification des réflexes cutanés, trépidation épileptoïde, diminution du réflexe pupillaire lumineux, abolition du réflexe pharyngien, troubles de la sensibilité générale, troubles trophiques, troubles cérébraux.

L'explication de ce syndrome se trouve dans les altérations présentées par les muscles et leurs nerfs au cours de ces maladies générales chroniques. Le myoïdème généralisé qui accompagne l'amyotrophie est dû à l'hyperexcitabilité mécanique du système musculaire, plus exactement même à l'irritabilité directe de la fibre musculaire. La tachycardie est elle-même fonction de cette irritabilité portant sur un muscle spécial.

Tous ces signes cliniques ont une pathogénie commune : l'influence des toxines des maladies cachectisantes sur les muscles, les nerfs et les centres nerveux dont elles entraînent la dénutrition ; cet état de dénutrition organique aboutit à des lésions dégénératives des muscles et des nerfs que l'autopsie permet de découvrir dans les cachexies.

Ce syndrome possède une véritable valeur diagnostique, en établissant la souffrance générale de l'organisme ; sa recherche peut donc faciliter le diagnostic d'une tuberculose au début ou d'un cancer latent.

XVI. — Emile Terrien. *Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce.* — Les troubles du jugement et l'interprétation délirante servent de base à une variété spéciale de psychose systématisée chronique dont l'histoire et la description reviennent, comme chacun sait, à Sérieux et Capgras. Mais l'interprétation délirante n'est pas pathognomonique de cette entité

©BIUM

morbide ; elle peut se rencontrer au début ou au cours d'un grand nombre de psychoses et en particulier de la démence précoce. Par leur persistance les interprétations peuvent même dans la forme paranoïde masquer l'affaiblissement intellectuel et laissser croire à une affection d'évolution non démentielle telle précisément que le délire proprement dit d'interprétation ; certaines particularités cliniques permettent néanmoins le diagnostic différentiel.

Fréquemment la démence précoce débute par un syndrome neurasthéniforme avec interprétations délirantes frustes à couleur de persécution ou d'hypocondrie, que l'affaiblissement rapidement progressif fait peu à peu disparaître.

Dans les formes délirantes de la démence précoce, les interprétations prédominent avant le stade hallucinatoire, et lorsque les hallucinations ne se produisent pas, c'est à des fictions imaginatives que les interprétations s'associent pour donner naissance à un roman délirant plus ou moins riche, plus ou moins fantastique, évoluant sur un fond démentiel évident ; quelquefois enfin, l'on peut constater dans certains cas de démence paranoïde un délire reposant à peu près exclusivement sur des interprétations.

Certains caractères permettent, avons-nous dit, de diagnostiquer la nature démentielle de ces interprétations délirantes. Celles-ci sont plus rares, surtout plus monotones que celles des délirants systématiques et leur apparition coïncide avec celle d'un état émotionnel plus accusé qu'à l'habitude. Elles sont mal organisées et se font remarquer par la pauvreté de l'argumentation et la faiblesse du raisonnement. Elles sont vagues et imprécises, diffuses et confuses, polymorphes, mobiles et multiples, niaises jusqu'à l'absurde.

D'autres symptômes plus accessoires, fausses reconnaissances, fabulation, troubles de la sensibilité générale à caractère pénible, hallucinations liées à l'automatisme des centres sensoriels, servent encore, parallèlement à l'évolution, à séparer le délire d'interprétation symptomatique de la démence paranoïde d'un accès de mélancolie délirante, d'une bouffée délirante chez un dégénéré, d'un épisode interprétatif au cours d'un accès

©BIUM

délirant toxique, enfin et surtout du délire d'interprétation proprement dit survenant chez un débile. Un phénomène très particulier et d'une valeur diagnostique importante est que dans la démence paranoïde le malade a conscience qu'un changement s'est opéré dans sa personnalité physique et morale ; il se sent souffrant et souffrant cérébralement, alors que le délirant systématique (et constitutionnel) affirme son entière validité et refuse énergiquement de se reconnaître malade.

XVII. — D. F. Usse. *Les délires d'imagination dans la paralysie générale.* — Joffroy et son élève Roger Mignot ont tenté les premiers un essai de synthèse psychologique des délires de la paralysie générale et ont insisté sur l'exaltation pathologique de l'imagination créatrice, sur la suractivité de la fonction du rapprochement des idées et des images.

Dupré et Logre sont venus ensuite donner une autonomie à ces délires imaginatifs, entrevus par Joffroy chez les paralytiques généraux, et ils ont désigné sous le nom de *délires d'imagination* les délires intéressant d'une manière élective l'imagination reproductrice et surtout créatrice. La plupart des délires paralytiques seraient ainsi rattachés aux délires d'imagination secondaires ou symptomatiques. Le pouvoir de contrôle, dans la paralysie générale, étant réduit au minimum, les processus imaginatifs, libres de tout frein, s'exaltent sans mesure ; d'où une fabulation désordonnée, anarchique, colossale ; et le délire, fréquemment euphorique et mégalomaniaque, offre ainsi, en dehors de tout phénomène hallucinatoire et interprétatif, le type le plus accompli des délires d'imagination symptomatiques.

C'est à la description de ces délires que Usse a consacré sa thèse, très bien étudiée, et que la Société médico-psychologique a justement récompensée en lui décernant le prix Moreau (de Tours). Il distingue trois variétés de délires imaginatifs paralytiques :

1° Des délires où prédominent les troubles affectifs (exaltation, dépression, états mixtes, perversions instinctives antérieures) ;

2° Des délires dominés par des troubles intellectuels et en particulier des perturbations de la mémoire et que l'on pourrait appeler délires de fabulation, par

©BIUM

analogie avec les troubles désignés de ce mot chez les déments séniles presbyophréniques ;

3° Des délires dont les caractères dominants sont la spontanéité et la monotonie, manifestations d'automatisme psycho-moteur que l'on peut rapprocher des stéréotypies et qui correspondent au degré le plus bas de la désintégration psychique : délires stéréotypés ou d'association automatique.

Les délires affectifs se manifesteraient surtout à la période de début ; les délires de fabulation à la période d'état ; les délires stéréotypés ou d'association seraient seuls possibles à la phase démentielle terminale. Cette division concorde avec les données classiques de la psychologie, en montrant la dégradation progressive du délire créateur d'avenir, puis seulement reproducteur du passé et finalement déchu au jeu automatique et pervers des associations d'idées se déroulant dans l'unique présent. Elle fixe ainsi les étapes successives de désintégration de la fonction mentale d'imagination.

Les délires d'imagination à prédominance de troubles affectifs, les plus communs, présentent eux-mêmes des formes expansives, dépressives, circulaires ou mythomaniaques. Ce sont ceux de forme expansive qui réalisent les types les plus caractéristiques et les plus purs des délires paralytiques d'imagination ; les délires dépressifs se basent toujours en partie sur des phénomènes hallucinatoires ou cénesthésiques ; les délires de fabulation et surtout les délires stéréotypés d'imagination, difficiles à analyser, coexistent plus ou moins avec des manifestations d'automatisme psycho-moteur et psycho-sensoriel.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JANVIER 1914

Présidence de MM. SEMELAIGNE et VIGOUROUX.

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

MM. Delmas, Ducosté, Dupouy, Perpère et Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du Bureau.

M. René Semelaigne. — Mes chers collègues, j'étais enclin à me faire illusion sur mon âge, mais, en me désignant comme votre président, vous m'avez rappelé à la réalité. Un coup d'œil sur la liste des membres titulaires acheva de me convaincre que désormais je devais me résigner à compter parmi les anciens.

Avant de céder le fauteuil au Dr Vigouroux, je tiens encore à vous remercier de la marque de sympathie que vous m'avez donnée, en m'appelant à présider cette Société à laquelle me rattachaient déjà de vieux et chers souvenirs.

Mon aïeul maternel compte en effet parmi ses membres fondateurs, et mon père occupait, il y a vingt-huit ans, la place que je vais quitter dans un instant. Ayant eu moi-même, pendant onze années, l'honneur de faire partie du Bureau en qualité de secrétaire des séances, je fus heureux, devenu président, d'y retrouver notre secrétaire général qui nous prodigue, depuis trente-deux ans, son expérience et son dévouement.

Vous m'avez encore procuré une double joie en me permettant de succéder à Klippel, un de mes plus chers compagnons de jeunesse, et en désignant, comme votre

©BIUM

futur président, mon vieil ami Chaslin. Tous deux, laborieux et modestes, ne devant leurs succès qu'à leur propre mérite, ont su acquérir, dans le monde scientifique, une situation inattaquable, inattaquée.

Si les nations, à l'aurore de la médecine, vénéraient les thérapeutes à l'égal des demi-dieux, la malignité publique s'est volontiers, au cours des âges, attaquée aux faits et gestes des médecins, et de nos jours ce sont peut-être les aliénistes qui se trouvent le plus en butte aux sarcasmes et aux dénigrements. Pourtant il n'est guère de spécialité comprenant plus d'hommes éclairés, intègres et dévoués. Quels sont les reproches, plus ou moins justifiés, parfois adressés à quelques membres du corps médical ? Asclépiade, suivant la légende, se vantait de guérir les maladies *tuto, celeriter et jucunde*. On prétend que certains, prenant à leur compte cette maxime de l'un des pères de la médecine antique, voudraient s'assurer la fortune et les honneurs sûrement, rapidement, agréablement. Le but en lui-même n'a rien de blâmable, mais la fin ne justifie pas tous les moyens. Il est évidemment licite de proportionner les honoraires à la situation pécuniaire des clients, et l'Etat nous en donne l'exemple en imposant nos revenus. Il est licite de favoriser un confrère en l'appelant en consultation ou en le désignant aux familles. Par contre, offrir un malade moyennant rémunération, promettre une rétribution à qui vous procurera un client, n'est qu'un marchandage indigne d'un médecin. Il est licite de faire connaître son nom, d'indiquer aux familles qu'à tel endroit un des leurs pourra recevoir les soins nécessaires. Mais il est des modes inadmissibles de publicité. Dans la seconde moitié du XVIII[e] siècle, débarquait à Paris un jeune médecin qui devait arriver aux plus hautes situations. Désireux d'acquérir au plus vite une riche clientèle, il imagina d'envoyer la nuit son domestique avec une voiture dans un des plus riches quartiers ; le domestique réveillait les portiers et leur demandait si le célèbre D[r] X..., le plus habile médecin de Paris, ne se trouvait pas auprès d'un malade dans la maison. Le procédé réussit au delà de toute espérance. De nos jours il semblerait vieux jeu. N'est-il pas plus simple de laisser paraître, dans un de nos grands quotidiens,

©BIUM

un éloge de sa science transcendante, de ses remèdes infaillibles est de ses cures merveilleuses? Heureusement, à l'honneur du corps médical, de telles défaillances sont rares, et il m'est agréable de penser qu'il serait malaisé d'en trouver des exemples parmi les aliénistes.

Si nous eûmes la bonne fortune, au cours de l'année qui vient de s'écouler, de ne pas avoir à déplorer la disparition de membres titulaires, nous avons eu le regret de perdre deux membres correspondants, MM. Croustel, médecin-directeur de l'asile de Lesveilec, et Biaute, médecin en chef de l'asile de Nantes, et un membre associé étranger, M. Antonio Marro, médecin en chef du manicome royal de Turin. Pour compenser ces pertes, nous avons eu le plaisir de recevoir parmi nous, comme membres titulaires, MM. Fillassier et Laignel-Lavastine; comme correspondants, MM. Mignard, Lerat et Voivenel; comme associés étrangers, MM. Zinalakis, Jouchtchenko et Valtorta.

Je n'ai pas l'intention de rappeler toutes les communications faites l'an dernier et les débats qui les ont suivies; une telle énumération me paraît fastidieuse. Je remarquerai simplement que jamais les communications n'ont été si nombreuses que depuis la création de deux autres sociétés. La concurrence n'est jamais nuisible; elle semble plutôt, aux personnes âgées, infuser un sang nouveau. Permettez-moi pourtant de regretter la disparition de ces grandes discussions qui jadis ont rendu célèbre la Société médico-psychologique et attiré à ses séances un public nombreux. Les sujets controversés provoquaient alors des débats amples et soutenus, et la Société n'hésitait pas à consacrer plusieurs séances consécutives aux questions lui paraissant dignes d'intérêt. C'est ainsi que sont restées mémorables les discussions sur les monomanies, les névroses extraordinaires, les folies sympathiques, les folies héréditaires, le délire chronique, le non-restraint, l'assistance des aliénés, les aliénés dangereux. Aujourd'hui, comme autrefois, de nombreuses questions sont portées à la tribune et soulèvent des débats intéressants, mais toutes ne peuvent pas être traitées à fond en une seule séance. Les maintient-on à l'ordre du jour, il est assez rare que quelqu'un se présente pour continuer la discussion.

©BIUM

Aussi l'an dernier, en quittant la présidence, notre collègue Klippel avait appelé votre attention sur la question du divorce des aliénés; il vous conseillait de soumettre vos travaux à un plan défini, et tout d'abord de faire résumer par un rapporteur les points déjà traités. Depuis cette époque, la discussion n'a guère progressé, et pourtant cette question, posée pour la première fois à la Société médico-psychologique en 1882, est plus que jamais d'actualité. Les projets de loi présentés à la Chambre des députés, se basent surtout sur la situation malheureuse, au cas d'affection chronique, du conjoint demeuré seul, sans foyer, sans avenir. Ce point de vue social est le fait du législateur, mais nous, médecins aliénistes, dans la question du divorce, nous n'avons à envisager que le côté médical et les intérêts des malades confiés à nos soins. C'est ce même point de vue, l'intérêt du malade, qui me semble devoir nous guider dans l'examen de la nouvelle législation sur les aliénés, soumise en ce moment aux délibérations du Sénat; quant aux questions concernant spécialement les médecins, elles me paraissent plutôt ressortir de nos associations professionnelles que d'une société savante. Le 29 avril 1907, vous aviez confié à une Commission, composée de neuf membres, le soin d'étudier cette nouvelle législation. Des circonstances, certainement indépendantes de leur volonté, ont empêché vos commissaires de réaliser leur mandat, et vous avez, il y a trois mois, nommé une nouvelle Commission. Les membres qui la composent ont, je n'en doute point, le plus vif désir d'aboutir à un résultat pratique. Je tiens néanmoins à leur rappeler que le principal devoir d'une Commission est de tenir une séance dans le plus bref délai et de désigner un rapporteur laborieux et zélé. Retarde-t-on la réunion première, le temps passe, l'oubli vient et la question est enterrée.

Mais j'ai déjà trop longtemps abusé de votre patience, et me souviens un peu tard du vieil adage : *Ne quid nimis*. Je cède donc le fauteuil à mon successeur, le Dr Vigouroux, qui saura dignement, au cours de l'année nouvelle, représenter la Société médico-psychologique.

©BIUM

M. VIGOUROUX. — Messieurs et chers collègues, l'an dernier, en prenant place à ce fauteuil, notre distingué président, respectueux des traditions de notre Société et s'inspirant d'un sage précepte puisé dans l'Ecclésiaste, nous a fait une très courte allocution ; je m'efforcerai de suivre son exemple, je serai bref.

Je veux cependant vous dire combien j'apprécie le grand honneur que vous m'avez fait en me portant à cette présidence qu'ont exercée avec tant d'autorité un si grand nombre d'illustres aliénistes et que je considère comme la plus haute distinction que puisse ambitionner un médecin d'asile ; je vous exprime ma profonde reconnaissance.

Je suis particulièrement flatté de succéder à M. Semelaigne, dont la profonde érudition s'est fait jour dans d'importants travaux historiques et dont la courtoisie et l'amabilité sont appréciées de nous tous.

Je tiens aussi à évoquer à cette occasion les noms des maîtres qui m'ont fourni généreusement leçons et exemples : MM. Magnan et Legras que nous avons le bonheur de posséder parmi nous; Marandon de Montyel, Paul Garnier, Paul Dubuisson, que la mort nous a enlevés trop tôt, mais qui ont laissé dans la science et dans notre souvenir des traces ineffaçables.

Qu'il me soit enfin permis de rendre hommage à notre président de 1912, à mon bon ami Klippel, dont les beaux travaux si personnels ont souvent inspiré les miens et ont exercé une influence heureuse sur l'évolution de la médecine mentale.

Si nous considérons un grand nombre des intéressants travaux que suscite de nos jours l'étude des troubles nerveux et mentaux, il me semble que nous assistons à un important effort qui tend à faire rentrer la neurologie et la psychiatrie dans la médecine générale.

Pendant un certain laps de temps, la pathologie du système nerveux et en particulier du cerveau, siège des fonctions psychiques, a été tenue en dehors du grand mouvement scientifique qui a bouleversé, il y a quelque trente ans, la médecine, et principalement les connaissances que nous avions sur les conditions pathogéniques des maladies.

Longtemps alors que les infections et les auto-intoxi-

©BIUM

cations étaient reconnues comme les causes plus ou moins lointaines de la plupart des affections organiques, les causes morales, les émotions, le surmenage intellectuel, étaient encore presque seules invoquées pour expliquer la genèse des divers syndromes névropathiques ou mentaux, longtemps aussi la notion de la dégénérescence mentale héréditaire fut considérée comme une cause pathogénique suffisante des diverses manifestations psychopatiques. Aujourd'hui, il n'en est plus de même. Tout en admettant l'importance de la prédisposition et l'efficacité dans certains cas bien limités des causes morales, on étudie surtout les réactions du cerveau aux diverses infections et intoxications, aux multiples auto-intoxications dues à des insuffisances organiques ou à l'altération des glandes à sécrétion interne. On a précisé le rôle des agents infectieux dans la pathogénie des méningites, des encéphalites et des myélites, on a décrit des syndromes mentaux liés à l'infection, à des troubles dyspeptiques, à l'insuffisance hépatique, rénale, thyroïdienne, etc.

Comme le souhaitait Moreau (de Tours), en 1855, on tend à délaisser l'étude des états chroniques « qui, dépouillés de leurs caractères les plus propres à mettre sur la voie de leur origine réelle, paraissent des phénomènes à part dans l'ordre des phénomènes organiques », et on s'attache davantage à l'étude des états aigus.

L'observation des états aigus ne se fait plus seulement dans les services d'asile, elle se fait également dans les salles des hôpitaux. Là, un grand nombre de médecins très avertis sont à même d'étudier l'éclosion des premiers troubles au moment précis où ils apparaissent tout imprégnés encore de la cause qui les a fait naître.

Dans les asiles comme dans les hôpitaux, l'examen clinique d'un délirant ne consiste plus en un simple interrogatoire complété par un certain nombre d'expériences de psychologie pure, il comporte un examen complet des différentes fonctions organiques et l'analyse chimique ou biochimique des principales sécrétions et excrétions. Cet examen permet souvent d'édifier une hypothèse pathogénique des troubles mentaux, qui a pour conséquence heureuse l'adoption d'un régime et d'un traitement appropriés.

©BIUM

De la sorte, le médecin aliéniste, sans cesser de faire usage des procédés de psychothérapie, est à même d'appliquer à ses malades les méthodes de thérapeutique générale.

« Parce qu'on n'a pas su découvrir les dérangements des organes, disait encore Moreau (de Tours), on les a niés. » Aujourd'hui quelques-uns de ces dérangements sont connus et ne peuvent plus être niés. Sans croire que toutes les modifications du métabolisme cellulaire sont décelées par nos moyens actuels d'investigation, tout en admettant même que certains troubles mentaux peuvent être dus à une dysharmonie dans le fonctionnement d'éléments restant normaux, il faut reconnaître que l'histologie pathologique de l'écorce cérébrale nous donne des notions positives qui nous permettent de mieux comprendre la physiologie pathologique du cerveau. De nombreux examens histologiques portant sur l'écorce cérébrale, sur la moelle, sur le système sympatique et sur les divers organes de malades atteints de certaines psychoses nous ont fait connaître les altérations du protoplasma cellulaire, des dendrites, des fibres nerveuses, du tissu névroglique qui conditionnent la démence, la confusion mentale, le délire aigu, etc. Nous avons appris à distinguer les lésions cellulaires réparables de celles qui sont définitives, à séparer les lésions purement neuro-épithéliales des altérations à la fois neuro-épithéliales et vasculo-conjonctives, etc.

Enfin des perfectionnements de technique nous ont permis de déceler dans la substance nerveuse des agents infectieux, et tout récemment, un des plus néfastes, le spirochète.

Si incomplètes que soient encore ces notions pathogéniques et anatomo-pathologiques, elles nous permettent d'avoir une conception plus claire et plus nette d'un certain groupe de troubles mentaux, elles nous donnent le droit d'espérer que, dans un avenir plus ou moins prochain, l'état d'anarchie que signalait récemment notre collègue Arnaud disparaîtra pour faire place à des données positives et que chacun des syndromes mentaux aura des bases anatomo-pathologiques et des causes pathogéniques classées et reconnues.

C'est à ce but, Messieurs, qu'a toujours travaillé notre

©BIUM

Société et c'est encore à lui que tendront tous ses efforts.

M. CHASLIN. — J'ai été très touché de votre témoignage de sympathie ; il m'a été d'autant plus agréable qu'il a été tout spontané. Messieurs, je vous en remercie.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Gaëtano Boschi, de Ferrare, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger ;

3° Une lettre de M. Collet, médecin adjoint de la maison de santé de Passy, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. — Commission : MM. Blin, Dupain et Juquelier, rapporteur ;

4° Lettre de M. Mario Baccelli, médecin en chef du manicome provincial de Come, présentant sa candidature au titre de membre associé étranger de la Société. — Commission : MM. Pactet, Capgras et Boissier, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Ferdinando Cazzamalli, médecin adjoint du manicome provincial de Come, présentant sa candidature au titre de membre associé étranger de la Société. — Commission : MM. Chaslin, Marchand et Juquelier, rapporteur ;

6° Une lettre de M. Emilio Padovani, médecin en chef du manicome provincial de Ferrare (Italie), demandant à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Trenel, Truelle et Leroy, rapporteur.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1914.

PRIX AUBANEL. — Question : *Les démences traumatiques à l'exclusion de la paralysie générale.*

Un seul mémoire a été envoyé, il a pour devise : *Fac et spera.*

PRIX CHRISTIAN. — Pas de candidat.

©BIUM

PRIX ESQUIROL. — Aucun mémoire n'a été présenté.

PRIX SEMELAIGNE. — Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. Paranoïa et psychose périodique. Essai historique, clinique, nosographique, médico-légal, par M. le Dr René Bessière, interne des asiles de la Seine.

N° 2. Le Spleen. Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation, par M. le Dr Henry Le Savoureux, interne des asiles de la Seine.

Nomination des commissions de prix.

PRIX AUBANEL. — MM. Marcel Briand, Klippel, Laignel-Lavastine, Sérieux, Truelle.

PRIX SEMELAIGNE. — MM. Arnaud, R. Charpentier, de Clérambault, Colin, Semelaigne.

La revision de la loi sur les aliénés au Sénat. — Définition des termes : affection mentale, aliénation mentale.

M. VIGOUROUX. — Pour répondre au vœu exprimé par le Sénat dans sa séance du 23 décembre dernier, j'ai été averti que M. le Ministre de l'Intérieur désirerait avoir l'avis de la Société médico-psychologique sur la question suivante :

Doit-on, dans la *proposition de loi relative aux aliénés*, substituer à l'expression généralement usitée d'*aliénés*, ou *malades atteints d'aliénation mentale*, celle de *malades atteints d'affections mentales* qui figure dans le texte voté en première lecture par le Sénat ?

Dans ce cas, la Société est priée de vouloir bien définir d'une façon très nette ce qu'on entend par affections mentales.

Je vous propose de nommer une commission qui nous présentera, dès la séance de février, un projet de réponse au ministre. (*Cette proposition est adoptée.*)

M. COLIN. — Ce projet de substitution n'est pas nouveau ; dès 1891, Bourneville le proposait dans un but philanthropique, et le projet de M. Gérente s'est inspiré de cette proposition. Cependant, il n'est pas indifférent d'adopter une expression plutôt que l'autre

©BIUM

et la consultation actuelle doit nous permettre de les définir.

Après échange de vues entre MM. René Charpentier, Fillassier, Colin, Arnaud, Delmas, M. le Président fait remarquer que la discussion ne doit pas s'engager immédiatement sur le fond du débat, le principe d'une étude préalable par une commission spéciale ayant été admis.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Arnaud, Blin, René Charpentier, Colin, Fillassier, Klippel et Marchand.

A propos de la démence épileptique. La paliphrasie et la paligraphie épileptique,

par M. TRÉNEL.

A la suite de la communication de M. Ducosté sur la démence épileptique, j'ai proposé de mettre cette question à l'ordre du jour de la Société. C'est là en effet un sujet mal élucidé ou plutôt mal défini. Les traités de pathologie mentale et les monographies mêmes sur l'épilepsie donnent peu de renseignements sur la démence consécutive ou se répètent les uns les autres.

Je n'ai l'intention ni la possibilité de reprendre cette question à fond. Je voudrais seulement amorcer la discussion, espérant que ceux de nos collègues qui ont des services d'épileptiques pourront nous apporter des précisions plus grandes.

Deux points ont attiré mon attention. Tout d'abord le ralentissement des processus psychiques chez les déments épileptiques. Ce ralentissement est un phénomène général chez les épileptiques, et je crois même chez ceux qui ne sont pas déments, ou du moins chez qui n'existe qu'un affaiblissement intellectuel assez léger pour n'être appréciable qu'à un examen approfondi.

M. Ducosté le donne à juste titre comme un des symptômes primordiaux de la démence épileptique. Il est cliniquement facile à constater dans toutes les mani-

©BIUM

festations non seulement des fonctions psychiques et intellectuelles, mais aussi motrices. Il constitue certainement un des caractères généraux de cette démence.

L'importance de ce symptôme exigerait des recherches psychologiques précises. On peut même dire que l'épileptique en général est un sujet de choix pour les recherches; si elles ont été assez peu poussées en France, elles ont été plus nombreuses de la part des auteurs allemands. Je signale en passant la thèse récente de M. Morel, interne des asiles. Ce ralentissement même des associations, au sens large du mot, permettra sans doute une plus fine analyse de celles-ci.

Laissant pour le moment de côté les autres symptômes, j'attirerai l'attention sur les troubles du langage chez les épileptiques. M. Ducosté a sans doute étudié plus longuement ce point de la question dans son travail *in extenso*; il ne fait que l'effleurer dans sa communication résumée.

Le fait sur lequel j'insisterai est bien connu des aliénistes et de science commune pour eux; mais quoique souvent indiqué, il n'a pas, ce me semble, été suffisamment mis en lumière ni apprécié à sa juste valeur. C'est la répétition habituelle de la même idée, de la même phrase, du même mot, d'une façon monotone, parfois presque indéfinie, peut-on dire. Ce symptôme est appréciable surtout dans les états post-paroxystiques, mais il ne leur est pas absolument propre. D'ailleurs, en tout temps, l'épileptique a une monotonie très grande d'idées et d'expressions. Y a-t-il là un symptôme de démence ou tout au moins d'affaiblissement intellectuel? C'est ce que je ne suis pas en mesure de dire, mais en tout cas je considère ce symptôme de persévération, d'adhérence du mot ou de l'idée comme absolument *caractéristique* de l'épilepsie en général. Je crois possible, abstraction faite de tout autre signe et en dehors de tout anamnestique, de faire sur lui seul le diagnostic d'épilepsie dans un cas difficile. Des faits analogues se rencontrent, il est vrai, dans d'autres circonstances, dans la démence précoce, dans les états ébrieux, mais avec d'autres caractères, qu'il y aurait d'ailleurs intérêt à définir avec plus de précision au point de vue diagnostic.

©BIUM

Dans un court article de vulgarisation (*Pratique médico-chirurgicale* (supplément), article Folie épileptique), j'ai proposé de dénommer ce symptôme la *paliphrasie ou palilogie des épileptiques* (1), et par analogie, le même fait se reproduisant dans les écrits spontanés ou commandés, on peut admettre une *paligraphie* des épileptiques.

Je donnerai ici un de ces exemples où la malade, dans une crise d'excitation, répète la même phrase infatigablement comme une antienne, pendant des heures. Il s'agit d'une épileptique débile, mais non affaiblie intellectuellement, semble-t-il ; à chaque crise elle adopte d'autres refrains.

La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or. Je suis chrétienne. *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Ah ! les catholiques martyrs. *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Ah ! Madame Colin. Ah ! ~~elle~~ a voulu me croire la Baleine ! Jeanne d'Arc est une protestante. Ah ! je me rappelle bien. *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Ah ! fais-moi marcher à quatre pattes. Ah ! le Bateau doré. La belle demande (elle chante). *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Ah ! elle devient noire. Ah ! tout le monde devient protestant. Ah ! tout le monde devient catholique. Ah ! M. Fournier est un brave homme. *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Ah ! le curé. Ah ! la pauvre colombe. (Elle pleure.) *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Ah ! mon pauvre Seigneur. Ah ! elle le portera, la colombe. Ah ! quand même qu'on me crève les yeux ! Ah ! Jeanne d'Arc (se met les bras en croix). *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or* (*ter*). Ah ! les juifs et les protestants. *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Le monde va devenir protestant. Ah ! je souffre. Sauveur ! *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* La couronne d'or, colombe, couronne d'or. La pièce se trouve sur la croix. *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or.* Vous voulez faire des embarras. Le monde va devenir protestant. *La pièce de 10 francs devient noire quand elle est en or* (*bis*), etc.

Dans l'exemple suivant de paligraphie, il s'agit d'une

(1) Il m'est signalé que d'après Garnier et Delamarre (*Dictionnaire des termes techniques de médecine*), la dénomination de palimphrasie a été donnée à ce symptôme par Roman (1907).

©BIUM

épileptique très débile qui couvre des pages d'élucubrations stéréotypées.

La patrie, la France, mais Italie descend d'Allemagne, canton de Clamart, la patrie, 5e arrondissement, Saint-Sulpice. La rue Grégoire-de-Tours, 5e, et Paris, la bataille d'Ecosse Française, Italie, Académie, quand on part à la guerre. Le peuple, la patrie au ministère des arrondissements des cantons des préfets. L'Hôtel de Ville pour le tirage au sort. Impératrice d'Allemagne tous les régiments pour le 14 juillet avec l'Italie pour la patrie, la France, l'Allemagne. Tonkinois Lorrain, Afrique, garnison caserne pour tous les régiments Champs de Mars. Batignolles, l'Allemagne, François Ier remplace la mars impériale de Grande-Bretagne, Imperator, c'est l'Impératrice de l'Italie. La reine avec l'Allemagne au fort des Batignolles. Clignancourt, Vanves. La reine de France. François Saint-Denis. 16 heures...

DISCUSSION.

M. DUCOSTÉ. — M. Trénel a fort heureusement signalé que les travaux d'ensemble sur la démence épileptique sont rares. Dans certains cas, le ralentissement de l'activité psychique, sur lequel M. Chaslin a insisté dans son récent livre de sémiologie, m'a paru considérable; mais j'ai indiqué aussi et je considère comme caractéristiques les troubles de la mémoire dans la démence épileptique. Cette amnésie ne suit pas d'ordinaire la loi de Ribot, et il arrive que des souvenirs anciens disparaissent chez le malade dès les premières manifestations de l'affaiblissement intellectuel.

M. CHASLIN. — La question de la démence épileptique est bien complexe : cette démence ne se présente pas toujours de la même façon; elle diffère en particulier suivant qu'il s'agit d'enfants ou d'adultes. Il y a quelques années, un médecin russe appela mon attention sur la fréquence relative de la perte de la mémoire des mots, de l'aphasie amnésique chez les épileptiques en voie de démence. J'ai vérifié l'exactitude de cette constatation, mais l'aphasie amnésique est surtout marquée après les crises, et elle persiste même lorsque l'obnubilation post-critique paraît terminée.

M. MARCHAND. — S'il est difficile de caractériser la

©BIUM

démence épileptique, cela tient peut-être à ce qu'elle n'existe pas. Le syndrome épilepsie et le syndrome démence sont deux manifestations cliniques de lésions cérébrales diverses ; ces syndromes peuvent s'associer, dans des proportions et suivant des combinaisons variables ; mais je ne crois pas qu'on puisse décrire une démence épileptique.

M. Chaslin. — Dans les services spéciaux d'épileptiques, les surveillants et les surveillantes qui observent les malades au travail ont cependant remarqué que le ralentissement des malades au travail est un premier signe de déchéance. Les épileptiques, en général, travaillent lentement ; mais lorsque cette lenteur s'accentue, c'est que l'affaiblissement intellectuel a déjà fait son apparition.

Je ne crois pas, d'autre part, que ce symptôme soit la conséquence de la bromuration, car je l'ai observé chez des malades peu bromurés.

M. Vurpas. — Je crois, comme M. Marchand, que l'épilepsie se manifeste à la suite d'un certain nombre de causes ou de lésions, et la démence qui peut la terminer n'est pas toujours identique ; parmi les épileptiques devenus déments, les uns ressemblent à des déments précoces, d'autres à des paralytiques généraux, d'autres enfin à des déments séniles, suivant l'âge auquel l'affaiblissement intellectuel a fait son apparition.

M. Ducosté. — Il est entendu que l'épilepsie est un syndrome, mais les cas d'épilepsie dite idiopathique n'en présentent pas moins une vérité clinique indiscutable ; et si la démence, lorsqu'elle apparaît chez ces malades, rappelle par certains traits d'autres démences, n'est-il pas pour cela même légitime de chercher à mettre en évidence les signes qui lui appartiennent en propre ?

M. Trénel. — S'il est vrai que les malades atteints d'épilepsie dite idiopathique présentent au point de vue clinique des analogies qui les unissent, c'est probablement parce que la lésion causale chez ces malades est constante : c'est parce qu'ils présentent de la gliose généralisée, lésion que l'examen microscopique attentif révèle, alors que l'examen macroscopique du cerveau avait été négatif.

©BIUM

M. MARCHAND. — C'est la sclérose cérébrale superficielle diffuse, déjà signalée jadis par M. Chaslin.

(*La question de la démence épileptique reste à l'ordre du jour.*)

La séance est levée à six heures.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Séance du mardi 21 *octobre* 1913.

Rapport sur la communication : « *Inversion sexuelle et pathologie mentale* », de M. le Dr Paul Ladame (de Genève) ; par M. Magnan.—La communication de M. le Dr Ladame est fort intéressante, il est conduit par ses recherches à poser une question qui a soulevé et soulève encore de nombreuses polémiques.

Les invertis sexuels, les invertis du sens génital, sont-ils des malades, des dégénérés obsédés, ou bien, comme le soutient le Dr Näcke, médecin-directeur de l'asile de Colditz, près de Leipzig, doit-on considérer l'homosexualité ni comme une maladie ni comme une dégénérescence, mais tout au plus comme une anomalie? Allant plus loin, développant sa pensée, le Dr Näcke en arrive à regarder ces uranistes, ces invertis du sens génital, comme absolument normaux, représentant une sorte de troisième sexe, à l'instar des ouvrières chez les insectes hyménoptères qui vivent en colonies, formant une variété parfaitement normale de l'instinct sexuel modifié par la nécessité de la division du travail dans la vie sociale. M. Ladame reconnaît que les êtres sans sexe sont, en effet, nombreux dans la série animale, mais il fait aussi observer qu'il existe une grande différence entre les homosexuels hommes et femmes et les animaux asexués. Chez ces derniers, les zoologistes ont toujours constaté une corrélation étroite et invariable entre l'absence de la fonction sexuelle normale et les autres fonctions physiologiques de l'animal. En réalité, on ne trouve dans la nature aucun exemple analogue à l'homosexuel humain, chez lequel les organes génitaux complètement développés sont en opposition avec la détermination sexuelle dépendant des centres nerveux.

Pour le Dr Ladame, et il a raison, l'homosexuel, l'inverti du sens génital, est un malade, un dégénéré.

©BIUM

Ranger, en effet, les uranistes, les invertis du sens génital, dans une classe à part, créer pour eux un troisième sexe à l'instar de ce que l'on observe dans certains groupes d'insectes, est, de la part du Dr Näcke et de ses partisans, une manière de voir originale, mais dont la clinique ne saurait s'accommoder.

Lorsqu'on étudie dans leur ensemble les anomalies, les aberrations, les perversions sexuelles, on trouve chez tous ces psychopathes, malgré les variétés infinies de leurs états obsédants et impulsifs, des caractères généraux qui les rapprochent. D'autre part, l'examen successif des différents groupes de sujets classés d'après leurs tendances maladives, permet de se faire une idée nette de toutes ces perversions instinctives. Chez ces aberrés, c'est une influence psychique comme dans l'état normal qui agit sur le centre génito-spinal, mais l'idée, le sentiment, le penchant sont pervertis. On voit le penchant d'une femme pour un garçon de deux ans, une jeune fille obsédée par l'idée de cohabiter avec un chien, et dans des aberrations encore plus étranges, l'instinct sexuel peut prendre pour objectif une tête de vieille femme coiffée d'un bonnet de nuit, un tablier blanc, un mouchoir de femme, les clous d'un soulier de femme, une natte de cheveux et d'autres encore. Tous ces objets, véritables fétiches, deviennent l'occasion d'une vive excitation génitale, d'érection, de pollution et, par contre, frigidité absolue en l'absence de ces objets ou si les images de ces objets ne sont pas évoquées. Ces états obsédants sont parfois transitoires; mais dans certains cas, ils persistent et asservissent quelques-uns de ces malheureux presque toute leur existence.

A côté de ces perversions instinctives vient naturellement se ranger l'homosexualité, l'inversion du sens génital, le penchant exclusif de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme et, comme le précise le Dr Näcke, l'homosexuel est uniquement celui qui éprouve des sensations sexuelles pour les personnes de son sexe.

Qu'il me soit permis de rappeler deux cas très démonstratifs d'inversion du sens génital. Dans le premier, il s'agit d'une femme dont nous avons relaté l'observation, M. Pozzi et moi, dans notre communication à l'Académie du 21 février 1911 (1). Cette femme, pseudo-hermaphrodite féminine, a présenté, dès

(1) Inversion du sens génital chez un pseudo-homaphrodite féminin, par MM. Magnan et Pozzi. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 21 février 1911.

©BIUM

son enfance, les allures, les habitudes, le caractère, les appétits et les instincts d'un garçon. Il prenait part aux jeux et aux occupations de ses camarades, mais éprouvait plus d'attrait pour la société des jeunes filles ; il se montrait aimable à leur égard et il s'efforçait, dès qu'il le pouvait, de provoquer dans des lieux écartés avec l'une d'elles des rencontres où, après avoir obtenu des caresses, des attouchements réciproques, il se livrait à des tentatives de copulation. Il était regardé par tous comme un homme et, devenu officiellement fiancé, le projet de mariage parut tout naturel ; les futurs époux furent l'objet de vives félicitations de la part de tous ceux qui les connaissaient. Le jeune ménage fut très heureux, le mari adorait sa femme et celle-ci, heureuse, entourait son mari de la plus vive tendresse. Une tumeur abdominale chez le mari ayant exigé l'intervention chirurgicale, on constata la présence d'un utérus, de deux ovaires et des trompes, mais nul vestige d'organes mâles.

Ce mari n'a jamais élevé le moindre doute sur la nature de son sexe, il s'est toujours cru et il se croit un homme, c'est donc l'inversion du sens génital absolue. Quant à sa femme, elle a pensé toute sa vie avoir un mari, un vrai mari.

Le second inverti dont je tiens à dire encore un mot et que j'avais eu l'occasion d'observer avec M. Charcot, avait, lui, la pleine conscience de son inversion sexuelle, de cet amour obsédant de l'homme qui le poussait à en rechercher le commerce à l'exclusion de l'autre sexe. (*Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles*, par MM. Charcot et Magnan. *Arch. de Neurologie*, n^{os} 7 et 12, 1882.) C'était un homme grand, bien développé, intelligent, érudit, professeur de Faculté, qui, dès le premier âge, avait été pris d'une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines ; il recherchait les occupations féminines, prenant plaisir à revêtir une robe traînante, et désirait ressembler à la femme, plaire à l'homme, et l'idée obsédante de l'homme nu s'imposait plus tard à lui au milieu des études les plus sérieuses ; l'éréthisme génital était tel à certains moments, que l'érection et l'éjaculation se produisaient à la vue des organes virils de l'homme, à la vue d'une statue, à la seule idée du pénis de l'homme. Par contre, indifférence complète pour la femme, dont les provocations de toute nature ne pouvaient venir à bout d'une invincible frigidité.

En présence de cette inversion sexuelle tenace, systématique, fallait-il se laisser aller au découragement, se dire : c'est un état normal, une modalité d'un troisième sexe?

©BIUM

M. Charcot et moi ne l'avons pas pensé et nous avons déclaré au patient qu'il était un malade, un obsédé, que l'obsession n'était pas invincible, qu'il pourrait s'en affranchir et guérir. Il s'est laissé convaincre et, avec une fermeté qui ne s'est pas démentie un seul instant, il a adapté tous les actes, tous les détails de sa vie à son œuvre de libération.

A diverses reprises, malgré l'angoisse douloureuse qui l'étreignait dans ses efforts pour réduire l'impulsion, il ne s'est point dérobé et a continué à lutter contre l'obsédante perversion. C'est avec cette volonté inébranlable qu'il est parvenu à substituer à l'idée obsédante dominatrice un courant continu de pensées et d'associations d'idées puisées dans ses études et dans les relations mondaines qu'il s'est appliqué à se créer.

Sous l'influence de cette hygiène morale suivie pendant plusieurs années, un jour est venu où il s'est senti libre, maître de ses sentiments et de ses penchants; un projet de mariage a pu alors être envisagé et réalisé avec succès. L'ancien inverti a constitué une famille, et depuis une vingtaine d'années il est entièrement débarrassé de ses obsessions, dont il s'étonne aujourd'hui d'avoir subi pendant si longtemps le tyrannique esclavage.

M. le Dr Ladame a su placer la question sur son véritable terrain, la clinique. En faisant appel à de nouvelles observations, il montre bien qu'on ne peut accepter des conclusions basées sur des théories, mais qu'il importe de rechercher celles qui reposent principalement sur les faits.

Je propose à l'Académie de remercier M. le Dr Paul Ladame de son intéressante communication et de renvoyer son travail à la Commission des correspondants étrangers.

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 19 janvier 1914.

I. — *Un cas de manie chronique. Présentation de malade.* — MM. *Leroy* et *Beaudoin* présentent une femme de soixante ans qui fut internée en 1907 pour un accès de manie classique. L'état de grande agitation s'est calmé un peu au bout de quelques mois et, depuis six ans, cette malade reste dans un état hypomaniaque avec excitation motrice, euphorie, fuite des idées. On serait donc en présence d'une crise de manie qui n'a pas guéri et est devenu chronique. On ne constate ni troubles

©BIUM

psycho-sensoriels, ni idées délirantes. La lucidité et la mémoire restent parfaites ; on note seulement des troubles de l'attention et un approvisionnement du stock des idées. MM. Leroy et Beaudoin mettent en évidence d'abord le début tardif de l'affection et ensuite le fait que la chronicité s'est établie d'emblée, sans aucun accès antérieur. Ils discutent la possibilité d'un léger affaiblissement intellectuel, qu'ils rattachent à la sénilité plutôt qu'à l'état maniaque.

II. — *Dégénérescence mentale et épilepsie ; obsessions conscientes ; impulsions comitiales inconscientes ; appoint alcoolique. Présentation de malade.* — MM. *Marcel Briand* et *Fillassier* montrent un malade atteint de dégénérescence mentale avec obsessions et impulsions, qui est, en outre, victime d'accidents comitiaux.

Sous l'empire de ses impulsions, il se livre à des actes qui relèvent de son état de dégénérescence, mais parfois un vertige intervient, et alors ce malade accomplit des actes inconscients.

Ses impulsions, qui se traduisent parfois par des actes graves (tentatives de suicide, etc.), sont tantôt consécutives à des obsessions, comme on en rencontre chez certains dégénérés, tantôt liées à l'épilepsie. On comprend l'importance médico-légale de ce cas, comparable à ceux sur lesquels M. Magnan a déjà attiré l'attention. Est-il besoin d'ajouter que ce malade pourrait, en outre, se livrer à des actes délictueux ou criminels, indépendants à la fois de sa dégénérescence mentale et de son épilepsie, par conséquent il serait responsable ?

III. — *Psychose interprétative et imaginative chez un vagabond. Présentation de malade.* — M. *G. Demay* (service du Dr Colin) examine devant la Société un malade de quarante-deux ans, qui présente un délire évoluant depuis quinze ans et ayant abouti à la conception d'un monde fantastique dans lequel le sujet est soumis à l'influence de forces mystérieuses. Ce délire repose surtout sur des interprétations fausses, et pour M. Demay, son caractère absurde proviendrait (en l'absence d'affaiblissement intellectuel et de troubles sensoriels) de l'existence d'un notable appoint imaginatif. Sous l'influence de ses idées délirantes, le malade ne sortait qu'armé, et au cours d'une rixe il a commis un meurtre qu'il a rattaché secondairement à son délire.

IV. — *Epilepsie et psychose d'interprétation. Présentation de malade.* — M. *Marcel Briand* et Mme *Imenitoff* présentent une malade chez laquelle un délire de persécution coexiste avec

des crises d'épilepsie. Le délire a précédé de cinq ans l'apparition des crises. Il est basé uniquement sur des interprétations. Il est intéressant de signaler que cette malade a une hérédité similaire et que sa mère a présenté aussi une épilepsie tardive, en même temps que des idées de persécution.

V. — *Confusion mentale et aspect de démence précoce. Guérison. Valeur des signes d'incurabilité. Présentation de malade.* — MM. *Toulouse* et *Puillet* montrent une malade qui a présenté les symptômes suivants : En mai 1913, début des troubles mentaux : excitation, idées hypocondriaques et orgueilleuses mal systématisées, maniérisme, puérilisme, néologisme, affaiblissement psychique probable. De juillet à novembre 1913, confusion mentale et apparition de signes d'incurabilité : indifférence affective, malpropreté, gâtisme, négativisme, stéréotypies, impulsions, rires incoercibles, salivation et crachotement, etc. A partir de décembre, amélioration et guérison. Examen de la valeur absolue des signes d'incurabilité.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Signification de l'examen de la motilité pour les recherches neuro-psychiques objectives ; par le prof. Bechterew. Broch. in-8°, extrait des *Folia neuro-biologica*, 1910, vol. IV.

La sphère motrice constituant le principal appareil de relation de l'organisme avec le monde extérieur, appareil dont le fonctionnement et la régulation sont sous la dépendance du système nerveux, l'auteur fait ressortir les ressources et les avantages que présente la méthode des réflexes moteurs associatifs pour l'étude des phénomènes neuro-psychiques. Aussi préfère-t-il cette méthode à celle qu'emploie Paulow (méthode de salivation), basée sur des phénomènes moins importants, sécrétoires ou vaso-moteurs.

Les réflexes moteurs provoqués par voie d'association fréquente sont naturels ou artificiels. Dans le second cas, on peut les provoquer expérimentalement, en associant telle excitation à tel réflexe ordinaire. On constate alors que l'excitation associée suffit, par la suite, à elle seule pour produire le réflexe moteur. Qu'on associe, par exemple, à l'excitation électrique qui fait retirer la patte au chien, une excitation visuelle, auditive, tactile, etc. ; on pourra ensuite produire le même réflexe sans l'intervention de l'excitation électrique, par la seule excitation visuelle, auditive, tactile, etc. Israëlsohn a même, après avoir ainsi provoqué le réflexe associatif, fait un pas de plus dans cette voie, et a obtenu le même réflexe au moyen d'une nouvelle excitation associée à celle qui avait d'abord agi par voie d'association avec l'électricité.

L'étude de ces phénomènes est d'un grand secours pour la recherche des fonctions de l'écorce et d'autres parties de l'encéphale. Dans le laboratoire de l'auteur, les différents centres (respiratoires, visuels, auditifs, etc.) ont fait l'objet de recherches expérimentales sur les animaux. La méthode est applicable à l'homme et permet de se rendre compte chez lui de la conductibilité centripète et centrifuge du système ner-

©BIUM

veux, de celle des centres nerveux et des voies d'association intracorticales.

On comprend facilement, d'autre part, comment la production d'un réflexe associatif moteur par voie d'excitation auditive, visuelle, tactile, etc., dépisterait la simulation de la surdité, de la cécité, de l'anesthésie, etc. Des expériences savamment conduites, avec une technique minutieuse, ont été faites dans le laboratoire de l'auteur, qui attend de l'extension de cette méthode des réflexes associatifs moteurs, et aussi de l'étude des mouvements associatifs personnels (volontaires) ou symboliques (langage), des découvertes intéressantes et susceptibles de fournir des données précieuses pour la neuro-pathologie et pour la psychiatrie.

A. Adam.

La paresse pathologique. Un essai de sociologie clinique, par le médecin-major Haury. Broch. in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, 1913.

Sous le nom de sociologie clinique, on désigne l'étude médicale de la collectivité sociale, c'est-à-dire celle des malades par rapport à la collectivité. Les paresseux étant nuisibles à la société, le milieu, surtout dans l'armée, leur est hostille. Les paresseux sont, dit Haury, des sujets qui réduisent volontairement leur activité motrice individuelle ou qui l'emploient mal dans le but de ne pas accomplir tout ou partie des devoirs qu'ils ont à remplir, vis-à-vis du milieu où ils sont placés. Il y a donc ou mauvaise volonté ou faiblesse de la volonté : c'est un moyen de défense des fatigués, qu'ils soient faibles ou affaiblis par un écart de régime permanent ou accidentel. La paresse s'observe pendant la période d'incubation des maladies aiguës, surtout de la méningite, dans les convalescences, le diabète, la neurasthénie des tuberculeux, les insuffisances des glandes endocrines, les épilepsies après les crises, les cyclothymies, les neurasthénies vraies, les psychasthénies, chez les sujets atteints de tumeurs cérébrales, les déséquilibrés, surtout après les traumatismes, chez les accidentés du travail. Au régiment, des sujets qui, dans la vie civile, réussissaient à subsister grâce à une « vie de cloporte », ne peuvent remplir leur rôle et aboutissent parfois à la folie confirmée. On rencontre aussi la paresse pathologique chez les hystériques fabulateurs, les cardiopathes et les hypocondriaques. Parfois il est difficile d'établir clinique-

©BIUM

ment le départ entre la paresse volontaire et l'auto-suggestion involontaire. Chez l'enfant adénoïdien, il y a de la paresse. Ce même état existe au début de la démence précoce, de la mélancolie, de la folie à double forme. La paresse est une des variétés de cette « indiscipline morbide » que l'auteur a décrite avec tant de précision dans différents ouvrages. Dans la période médico-légale de la démence précoce, on l'observe assez fréquemment. La paresse pathologique doit être connue de tous ceux qui ont à diriger des hommes ou des enfants, des officiers, des instituteurs ou des magistrats.

L. WAHL.

Traitement des états neurasthéniques et des maladies nerveuses, par une antitoxine cérébrale; par le Dr Maurice Page. Broch. in-8°. Paris, Vigot frères, 1911.

La neurasthénie se rencontre si souvent à la suite des maladies infectieuses telles que la grippe, la fièvre typhoïde, la syphilis, etc., de même que chez ceux qui présentent de la dyspepsie habituelle, que l'on se trouve tout naturellement amené à penser qu'elle est due, elle aussi, à l'action sur le cerveau des diverses toxines. M. Maurice Page tente précisément cette démonstration en s'appuyant, au point de vue clinique, sur la nature des symptômes fondamentaux qui constituent le syndrome neurasthénique : céphalée, adynamie, troubles gastro-intestinaux, changements de pression artérielle, rétention nocturne des produits de désassimilation d'où in ou dyssomnie, hyperintoxication matinale de l'organisme se traduisant par l'exagération de l'adynamie et une légère hyperthermie. Pour lui, il existe une série de troubles provoqués par l'intoxication de l'organisme en général et du cerveau en particulier, qui vont par gradation insensible des états neurasthéniques aux psychoses confirmées; et pour tous s'impose la même thérapeutique, la cure de désintoxication. M. Page ajoute à cette cure classique un élément tout à fait original et personnel : l'antitoxine cérébrale. Partant de cette donnée fournie par l'expérimentation que le cerveau contient des antitoxines cérébrales, il traite des cervelles d'animaux de différentes espèces par le vide, puis par l'éther, et retire finalement par distillation un extrait, de nature lipoïde, que l'on peut injecter aux neurasthéniques et qui détermine chez eux le relèvement de la pression artérielle, l'accroissement de la force dynamométrique et de l'appétit, la

©BIUM

disparition de l'asthénie générale et de la céphalée, enfin une véritable euphorie qui contraste singulièrement avec l'abattement et l'état antérieur de malaise général.

ROGER DUPOUY.

Le véronalisme; par les Drs Ch. Vallon et R. Bessière. Broch. in-8°. Extrait de *L'Encéphale*, numéro de mars 1913.

Les accidents toxiques consécutifs à l'emploi du véronal sont assez nombreux et méritent donc de fixer l'attention. L'intoxication aiguë est surtout le fait de l'intolérance particulière de certains malades pour ce produit; mais elle résulte aussi de l'emploi d'une dose d'emblée trop élevée, par suite soit de la fâcheuse tendance des toxicomanes à doubler ou tripler la dose prescrite, soit d'une tentative de suicide. Elle consiste dans l'irrégularité du pouls, la production d'exanthèmes, un sentiment de pesanteur au niveau de la tête avec hébétude, somnolence, asthénie musculaire, vertiges, nausées, vomissements dans les cas légers. Dans les cas moyens, on constate de la torpeur léthargique avec sueurs profuses et visqueuses, diminution des réflexes, ataxie, embarras de la parole, incontinence des sphincters, parfois anurie. Les cas graves ressemblent à ceux de l'empoisonnement par la morphine : coma, myosis, pouls à peine perceptible, mort possible par paralysie respiratoire. L'intoxication chronique est favorisée par l'élimination normalement très lente du véronal, d'où résulte l'accumulation de ce produit dans l'organisme.

ROGER DUPOUY.

Las fuentes de la degeneracion (Les sources de la dégénérescence). Conférence du Dr von Bunge, professeur à l'Université de Bâle, traduite en espagnol par M. V. Delfino. Broch. in-8° de 31 pages. Extr. de la *Semana medica*, n° 50, 1912.

Cette revue des sources de la dégénérescence est basée sur les réponses de plus de 250 médecins à un questionnaire établi par le Dr Bunge. L'incapacité croissante, héréditaire, des mères à allaiter leurs enfants, et la carie dentaire relèvent de la dégénérescence. On peut les imputer dans la plupart des cas à l'alcoolisme chronique paternel, tout comme la fréquence de la

©BIUM

tuberculose, des maladies nerveuses et de la folie chez l'alcoolique lui-même et dans sa descendance. L'influence nocive de l'alcool est déjà sensible dans les familles où le père boit habituellement avec modération; elle s'explique par une altération des cellules glandulaires des testicules histologiquement constatée. La prohibition absolue de l'alcool est nécessaire; c'est la tâche sociale la plus urgente de supprimer les causes de la dégénérescence.

L. ARSIMOLES.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

K. TOGAMI. Ein Beitrag zur Lebre von Stoffwechsel bei Psychosen. I Mittheilung : Stimmung und Magenverdauung. 40 pages, in-8r. Extrait de la *Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie*, Berlin, 1913.

GEORGES LERAT. Délire d'interprétation avec fabulation et affaiblissement intellectuel probable. 27 pages, in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques,* numéros de juin et de juillet 1913.

ARMAND LAURENT. Les arriérés scolaires, d'après un ouvrage récent, 16 pages, in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques,* numéro d'août-septembre 1913.

GARNIER. Rapport médical, compte moral et administratif de l'asile d'aliénés de la Côte-d'Or, présenté pour l'année 1912. 80 pages, in-8°. Dijon, imprimerie Sirodot-Carré, 1913.

R. MASSELON. Rapport médical et compte rendu moral et administratif de l'asile de Prémontré pour l'année 1912. 72 pages, in-folio. Laon, imprimerie du *Courrier de l'Aisne*, 1913.

MANLIO-FERRARI. Sulle alterazioni del sistema nervoso centrale delle cavie nella intossicazione acuta e cronica per vari alcools. 19 pages, in-8°. Extrait des *Annali dell' Istituto Maragliano,* numéro de décembre 1911.

—Sull' antagonismo fra i reflessi tendinei ed i riflessi cutanei nell' alcoolismo cronico, 10 pages, in-8°. Extrait de la *Clinica medica italiana,* Milan, 1913.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1914

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 29 décembre 1913, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1914.

Ont été élus :

Président : M. VIGOUROUX ;
Vice-président : M. CHASLIN ;
Secrétaire général : M. RITTI ;
Secrétaires 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.

©BIUM

BLIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 *mai* 1889.

BOISSIER (François), médecin, 276, boulevard Raspail, Paris. — 29 *octobre* 1894.

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, 52, rue de Vernenil. — 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 Pépinière. — 27 *décembre* 1897.

DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 *juin* 1888.

DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 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, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, 54, rue de Varenne. — 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.

LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 45, rue de Rome. — 28 *juillet* 1913.

LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 30 *juillet* 1888.

LEGRAS, médecin en chef honoraire de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 34, rue des Petits-Hôtels. — 26 *décembre* 1898.

©BIUM

LEROY (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, 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 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.

©BIUM

VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 15, rue Sainte-Anne. — 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 Charonne. — 27 *juillet* 1903.

MEMBRES CORRESPONDANTS

ALBÈS, médecin adjoint de l'asile de Montpellier (Hérault). — 26 *mai* 1913.

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 Lunes. — 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.

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.

©BIUM

CHENAIS, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique, 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 Strasbourg, Nantes (Loire-Inférieure). — 30 *juin* 1879.

DARIN (Henry), médecin, 39, rue Dulong, Paris. — 1er *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.

DROMARD, 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.

©BIUM

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.

HARTENBERG (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-Ayres (République Argentine). — 26 *juillet* 1886.

LARROUSSINIE, médecin, 21, rue Cujas, Paris. — 24 *juillet* 1893.

LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés et des hôpitaux de Rouen, 11, rue Beauvoisine, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *juillet* 1862.

LE FILLIATRE, médecin, 92, rue de Miromesnil, Paris. — 30 *décembre* 1895.

LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 18, rue des Guinguettes, Lille (Nord). — 27 *février* 1888.

LÉPINE (Jean), professeur de la Faculté de médecine, 30, place Bellecour, Lyon (Rhône). — 22 *février* 1909.

©BIUM

LERAT (Georges), médecin adjoint de l'asile de Laroche-Gaudon (Mayenne). — 28 *juillet* 1913.

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.

MIGNARD, médecin adjoint de la Maison nationale de Charenton, 57, Grande rue, Saint-Maurice (Seine). — 28 *avril* 1913.

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 hydrothérapique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 *mars* 1906.

PAILHAS, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 *janvier* 1897.

PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Cyprien, 17, 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^lle^), 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.

©BIUM

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 Blois (Loir-et-Cher). — 24 *décembre* 1888.

RAVARIT, médecin adjoint de l'asile d'aliénées, 7, rue Boncenne, Poitiers (Vienne). — 30 *novembre* 1908.

RAYNEAU, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 *mai* 1900.

RÉGIS (Emmanuel), professeur de la clinique psychiatrique à la Faculté, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 *juin* 1881.

RÉMOND (de Metz), professeur de clinique médicale 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.

©BIUM

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.

TERRIEN, 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-directeur de l'asile d'Auch (Gers). — 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 de Beauregard, Bourges (Cher). — 28 *novembre* 1904.

VIEUX-PERNON, médecin de l'établissement de Divonne (Ain). — 24 *juin* 1912.

VOIVENEL (Paul), ancien chef de clinique des maladies mentales, 21, rue de la Fonderie, Toulouse (Haute-Garonne). — 28 *juillet* 1913.

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.

©BIUM

NEISSER (Clemens), médecin-directeur de l'asile provincial de Lublinitz. — 28 *mars* 1892.

PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 *mai* 1895.

RANKE (Otto), assistant à la clinique psychiatrique de l'Université de Heidelberg. — 24 *février* 1908.

SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (grand-duché de Bade). — 28 *mai* 1888.

TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 *novembre* 1893.

WITRY, médecin, Trèves-sur-Moselle. — 30 *décembre* 1907.

ZIEHEN (Th.), professeur de psychiatrie à l'Université de Berlin. — 22 *février* 1897.

ANGLETERRE.

BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 *janvier* 1875.

BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 *octobre* 1881.

CHAMBERS (James), médecin de la maison de santé de Friory, Rochampton. — 25 *mai* 1912.

CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morningside, 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.

©BIUM

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, ancien médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

DONATH (Julius), médecin en chef du service des maladies nerveuses de l'hôpital Saint-Etienne, à Budapest. — 24 *décembre* 1906.

HASKOVEC (Ladislas), privat-docent de neuropathologie à la Faculté de médecine tchèque de Prague. — 27 *mars* 1905.

OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.

OLAH (Gustave d'), médecin-directeur de l'asile d'Angyalföld, Budapest. — 20 *mai* 1901.

PANDY (Kalman), 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, Alserstrase, Vienne. — 27 *juin* 1898.

SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 *novembre* 1889.

STRANSKY (Erwin), privat-docent de l'Université, Mölkergasse, 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 de l'asile d'Etat, Mons. — 25 *novembre* 1907.

DUCHATEAU, médecin en chef de la Maison de santé, Gand. — 26 *février* 1900.

©BIUM

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.

VALDÈS ANCIANO (J.-A.), professeur des maladies nerveuses et mentales à l'Université de la Havane. — 28 *novembre* 1910.

CBIUM

EGYPTE.

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 hydrothérapique de Segura. — 30 *janvier* 1911.

RIERA (Gimeno), médecin en chef du manicome 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^lle^ 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

©BIUM

et mentales, à l'Université, 68A, rue de l'Académie, Athènes. — 30 *octobre* 1899.

VLAVIANOS, 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 manicome de Pesaro. — 30 *décembre* 1907.

ALGERI (Giovanni), médecin-directeur de la Maison de santé « Biffi », Monza, près Milan. — 26 *novembre* 1906.

ANTONINI (Giuseppe), directeur du manicome provincial de Mombello. — 27 *juin* 1904.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 *avril* 1864.

BINI, médecin, Florence. — 30 *juillet* 1877.

BOSCHI (Gaétano), médecin du manicome de Ferrare. — 30 *décembre* 1913.

CAPPELLETTI (Luigi), directeur-médecin du manicome de Pesaro. — 28 *mai* 1906.

CASCELLA (Francesco), médecin du manicome d'Aversa. — 30 *mars* 1896.

D'ORMEA (Antonio), médecin-directeur de l'asile de Pesaro. — 29 *juin* 1908.

ESPOSITO (Giovanni), médecin du manicome interprovincial de Nocera-Inferiore. — 25 *avril* 1904.

FERRARI, médecin de l'asile de Reggio-Emilia. — 22 *juillet* 1901.

DEL GRECO, directeur-médecin du manicome de Cône. — 27 *juillet* 1903.

FORNACA (Giacinto), médecin en chef du manicome de Saint-Clément, Venise. — 30 *novembre* 1908.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie,

©BIUM

docent de clinique psychiatrique à l'Université de Sienne. — 26 *novembre* 1883.

Funaioli, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicome de Sienne. — 29 *avril* 1878.

Giacchi, médecin-directeur du manicome provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 *novembre* 1878.

Lambranzi (Ruggieri), médecin en chef du manicome de Vérone. — 13 *juillet* 1906.

Lucangeli (Gian Luca), médecin en chef de l'asile San Cipriano (Province de Gênes). — 31 *juillet* 1911.

Maggiotto (Ferdinando), vice-directeur manicome provincial de Côme. — 29 *janvier* 1912.

Mariani, assistant honoraire de la clinique psychiatrique de l'Université de Turin. — 27 *avril* 1908.

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.

Morselli (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathologie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.

Motti (Giovanni), directeur du manicome d'Aversa. — 25 *mars* 1907.

Muggia, médecin en chef du manicome S. Servolo, à Venise. — 25 *novembre* 1907.

Perla, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

Riva, médecin-directeur de l'asile d'Ancône. — 27 *mars* 1882.

Salerni (Aleardo), médecin en chef du manicome de Vérone. — 27 *mars* 1911.

Ruata (Guido), médecin en chef du manicome 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 manicomes civil et judiciaire d'Aversa. — 19 *décembre* 1904.

Seppilli, médecin-directeur du manicome de Brescia. — 27 *mars* 1882.

Stacchini, vice-directeur du manicome de Florence. — 30 *juillet* 1877.

Tambroni (Ruggeri), directeur-médecin du manicome provincial de Ferrare. — 28 *avril* 1902.

Tamburini, directeur du manicome de Reggio-Emilia, professeur

©BIUM

de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 *juin* 1878.

TONINO, docent de clinique psychiatrique à Messine. — 26 *mars* 1866.

VALTORTA (Dario), médecin du manicome de Côme. — 24 *novembre* 1913.

VIRGILIO, médecin-directeur du manicome d'Aversa. — 28 *novembre* 1881.

NORVÈGE.

BECHHOLM, médecin adjoint de l'asile de Bergen. — 28 *décembre* 1896.

EVENSEN (Hans), médecin-directeur de l'asile de Trondhjem. — 29 *avril* 1907.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 *décembre* 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 *décembre* 1884.

PORTUGAL.

BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 *juillet* 1887.

COELHO (Antonio), médecin, Porto. — 30 *novembre* 1908.

MARTIN (Lopès), professeur à la Faculté de médecine de Porto. — 29 *juin* 1908.

MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 *février* 1890.

SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 *mars* 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

CABRED (Domingo), médecin-directeur de l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 *février* 1889.

DELFINO (Victor), rédacteur en chef de *La Semana medica*, Junin 845, 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.

©BIUM

BERNSTEIN (A.), directeur du Bureau central d'admission pour les aliénés, Moscou. — 30 *novembre* 1896.

BECHTEREW (W.), académicien et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Académie militaire de médecine, Saint-Pétersbourg. — 11 *novembre* 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 *décembre* 1898.

GORSKY (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.

JOUCHTCHENKO, privat-docent à l'Université de Saint-Pétersbourg. — 28 *juillet* 1913.

ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 *février* 1899.

POPOFF, professeur à l'Université de Kazan. — 29 *octobre* 1888.

ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 *avril* 1877.

SCHMIERGELD, médecin, Lodz (Pologne-Russe). — 29 *juin* 1908.

SEMIDALOW (Benjamin), médecin de la Maison d'aliénés d'Alexéew et de la Clinique psychiatrique, Moscou. — 28 *avril* 1902.

SKWORTZOFF (Mlle 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 Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 *juillet* 1890.

GODET (Rodolphe), ancien médecin-directeur de l'asile de Préfargier (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.

©BIUM

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.

ZINALAKIS, médecin aliéniste en chef des hôpitaux nationaux grecs de Constantinople. — 28 *avril* 1913.

Récapitulation.

Membres	honoraires	4
—	titulaires	47
—	correspondants	123
—	associés étrangers . . .	178
	Total	352

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de janvier 1914 : M. LAPAINE, directeur de l'asile public d'aliénés de la Maison-Blanche, est nommé, sur sa demande, directeur de l'asile d'aliénés du Rhône, en remplacement de M. BOULEAU, nommé, sur sa demande, à la Maison-Blanche.

— *Arrêtés du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : Sont promus officiers de l'Instruction publique, MM. les Drs DERICQ, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), et JUQUELIER, médecin en chef des asiles de la Seine.

— *Faculté de Médecine de Paris* : M. le Dr DAGNAN-BOUVERET est nommé chef de laboratoire adjoint à la clinique des maladies mentales (asile Sainte-Anne).

AU SUJET DE L'EXAMEN MENTAL DES DÉTENUS ET DE LEUR PLACEMENT DANS LES ASILES. — CIRCULAIRE DU GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE.

Paris, le 25 janvier 1914.

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,
à Messieurs les Préfets.

J'ai été amené à constater que la mise en observation et le placement de détenus aliénés dans un asile donnaient lieu actuellement à des formalités parfois sujettes à critiques. Je

©BIUM

crois donc nécessaire de préciser les conditions dans lesquelles il est désirable que ces formalités soient accomplies et de condenser en même temps les instructions contenues dans diverses circulaires antérieures touchant le mode de règlement des frais d'examen mental ou de transport et d'entretien de détenus dans les asiles.

Examen mental, mise en observation ou placement — Aux termes de la loi du 30 juin 1838, c'est à vous qu'il appartient d'ordonner l'examen, la mise en observation, et même, s'il y a lieu, de prononcer d'office le placement des aliénés.

Il va de soi que ces prescriptions s'appliquent aux individus enfermés dans les établissements pénitentiaires qui sont signalés par les directeurs ou gardiens-chefs de la prison, et, dans certains cas, par les magistrats.

Toutefois, en ce qui concerne ces individus, je crois devoir vous prier de vous conformer aux indications suivantes, qui ont pour but de simplifier les formalités sans diminuer cependant les garanties dont il importe d'entourer toute mesure tendant à l'internement dans un asile.

Exception faite pour les cas de danger imminent (dans lesquels vous aurez à statuer sans délai, au vu des rapports et certificats dont vous serez saisi par les autorités, sauf à faire établir par le médecin de l'asile d'aliénés, immédiatement après l'internement, un certificat, que vous me transmettrez, constatant l'état mental de l'intéressé), il conviendra de procéder comme il est dit ci-après.

Dès que vous serez informé, par un rapport du directeur ou du gardien-chef de la prison, accompagné d'un certificat du médecin de l'établissement, qu'un détenu manifeste des troubles mentaux et qu'il paraît nécessaire, aussi bien dans son intérêt que dans celui de la sécurité publique et de la discipline, de le placer dans un asile, vous chargerez immédiatement, sans avoir à m'en référer préalablement, un médecin spécialiste des affections mentales de visiter sans retard le détenu.

Il existe, actuellement, un grand nombre d'asiles publics ou privés ; il est rare qu'un département en soit dépourvu. Il sera donc facile, dans la plupart des cas, d'exécuter la prescription ci-dessus.

S'il n'existe pas de spécialiste à proximité du lieu de la détention, mais seulement dans ce cas, vous aurez à choisir le médecin, autre que celui de la prison, qui vous paraîtra le plus qualifié pour remplir la mission dont s'agit.

Lorsqu'il ne subsistera aucun doute dans l'esprit du praticien, celui-ci vous transmettra son rapport contenant l'exposé détaillé de ses observations, avec ses conclusions et indiquant, autant que possible, l'époque à laquelle remonte l'aliénation

©BIUM

mentale ainsi que la cause à laquelle elle paraît devoir être attribuée. S'il propose l'internement du détenu et si cette mesure vous semble justifiée, vous prendrez alors un arrêté de placement que vous exécuterez sans aucun retard.

Toutefois, s'il s'agit d'un prévenu, d'un inculpé ou d'un accusé dont l'état de démence aura été signalé par l'Administration pénitentiaire, vous voudrez bien, avant de prendre cet arrêté, signaler d'urgence au parquet la situation de l'intéressé et lui adresser copie du ou des rapports médicaux en l'invitant à vous faire connaître immédiatement s'il a quelque observation à formuler au sujet de l'envoi du détenu dans un asile.

S'il existe un asile public d'aliénés dans la localité du lieu de la détention, je ne vois pas d'inconvénient à ce que, *dans les cas urgents*, et sous réserve des formalités prescrites au paragraphe précédent en ce qui concerne les prévenus, inculpés ou accusés, l'internement soit prononcé au vu du seul certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire. Mais, vous aurez alors à faire établir sans délai par le médecin de l'asile un certificat que vous me ferez parvenir attestant l'état d'aliénation mentale du détenu.

L'examen mental d'un détenu devra toujours être fait avec un soin particulier, afin d'éviter aussi bien toute erreur de diagnostic que le placement d'individus qui simuleraient la folie dans l'espoir de s'évader plus facilement de l'asile que de la prison. C'est ainsi que devra être exigé le maintien en observation dans l'établissement pénitentiaire de tout individu dont l'aliénation mentale ne serait pas absolument établie, le trouble que la présence d'un détenu supposé aliéné peut apporter dans l'ordre et la tranquillité d'un établissement ne pouvant pas être seul un motif suffisant pour provoquer son placement dans un asile. Vous ne devrez autoriser aucune mise en observation dans un hôpital, en raison de l'impossibilité d'y assurer la surveillance nécessaire.

Bien qu'en raison des pouvoirs qui vous sont donnés par la loi, mon approbation n'ait pas à intervenir dans les cas visés ci-dessus, il convient néanmoins que je sois informé de toute mesure prise à l'égard des détenus.

Vous voudrez donc bien m'aviser sans délai, sous le timbre de la présente circulaire, de toute décision prescrivant l'examen mental d'un détenu, à la demande du Directeur ou du gardien-chef de la prison. Vous aurez également à me faire connaître si, à la suite de cet examen, vous avez ordonné la mise en observation de l'aliéné présumé. En ce cas, vous m'indiquerez le lieu où cette observation doit être exercée et, quand elle sera achevée, vous m'informerez de son résultat.

Si elle a abouti au placement du détenu dans un asile, vous

©BIUM

m'adresserez ampliation de votre arrêté, en l'accompagnant de copies des certificats médicaux établis et de la demande d'examen primitivement formulée par le directeur ou le gardien-chef. S'il s'agit d'un prévenu, d'un inculpé ou d'un accusé, vous aurez également à donner avis au Parquet de toute mesure prise à l'égard du détenu.

Vous ne manquerez pas de faire connaître au directeur de l'établissement hospitalier où le malade est placé, la situation dans laquelle il se trouve et de lui recommander de prendre toutes mesures utiles pour prévenir une évasion. En outre, à l'expiration de la première quinzaine d'observation, le médecin en chef devra établir, indépendamment des rapports périodiques exigés par la loi, un rapport spécial à chaque condamné aliéné, dont vous me transmettrez copie. Enfin, le directeur ne devra jamais omettre de signaler au Procureur de la République, lors de sa visite réglementaire, la situation des détenus aliénés. Il demeure bien entendu que, dans aucun cas, le détenu aliéné dont la guérison aura été constatée, ne devra êt remis en liberté sans mon autorisation préalable.

Frais d'examen médical de transport et d'entretien des détenus aliénés. — Des erreurs fréquentes sont commises en ce qui touche les conditions de règlement de ces frais. Je crois devoir, par suite, vous rappeler que :

1° Sont considérés comme frais de justice et, par conséquent réglés par la direction des affaires criminelles et des grâces, les frais occasionnés par l'examen mental ou le placement dans un asile réclamé par l'autorité judiciaire dans le but de fixer le degré de responsabilité d'un prévenu ou d'un accusé. En tout autre cas, les autorités judiciaires ne peuvent intervenir que pour signaler l'état mental de détenus, sans pouvoir exiger la mise en observation ou le placement, l'autorité administrative étant seule juge de la nécessité de ces mesures.

2° Sont réglés par l'Administration pénitentiaire :

a) Les frais relatifs au transférement, à la mise en observation ou au placement des détenus dans un asile demandé par l'Administration pénitentiaire locale, sur production d'un mémoire et de l'état conforme au modèle ci-joint ;

b) Les dépenses relatives à l'examen médical par le spécialiste ou, à son défaut, par le médecin désigné par vous pour les détenus relevant exclusivement de la direction de l'Administration pénitentiaire, sur production d'un mémoire, en double expédition dont une sur timbre, si la somme réclamée est supérieure à dix francs. Lorsque le détenu a été interné dans un asile à la suite dudit examen, vous aurez à rappeler dans la lettre de transmission la date à laquelle l'arrêté de placement m'aura été signifié.

©BIUM

Je vous prie de m'accuser réception des présentes instructions qui annulent celles contenues dans les circulaires précédentes; j'adresse, d'ailleurs, un exemplaire de cette circulaire aux directeurs des établissements ou circonscriptions pénitentiaires.

Par délégation :

Le directeur de l'Administration pénitentiaire,
Signé : JUST.

NÉCROLOGIE

Dr PILLEYRE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Pilleyre, ancien directeur-médecin de l'asile de Prémontré, décédé à Ambert, où il s'était retiré, après avoir pris sa retraite; il était âgé de soixante-neuf ans.

Ancien conseiller général du Puy-de-Dôme, le Dr Pilleyre avait été nommé directeur-médecin de l'asile de Prémontré le 23 mars 1891, et tout de suite il y déployait les qualités d'administrateur que l'exercice des fonctions publiques avait brillamment développées en lui.

Il n'appartenait pas au monde des aliénistes de carrière; mais d'une intelligence ouverte, doué de grandes facultés d'assimilation, il apprit vite à connaître les aliénés, et il sut les faire profiter des dons d'organisation qui étaient en lui. Pendant les vingt années que dura sa direction, il travailla sans relâche à améliorer les divers services de l'asile qu'il administrait, à en orienter tous les rouages vers un but unique : le bien de ses malades. C'est ainsi que, par étapes, en profitant des excédents de recettes considérables qu'une sage économie savait ménager à la fin de chaque exercice, il put faire de Prémontré un instrument bien adapté au traitement de toutes les formes de maladies mentales.

La situation de son personnel n'avait pas moins de place dans ses préoccupations que celle de ses malades. A la fois compatissant et plein de fermeté, soucieux de son autorité et toujours prêt à rendre service, il sut s'attacher la plupart de ses employés, en leur créant une position qui leur défendît de porter leurs regards ailleurs. Et ainsi encore, il travaillait pour ses malades, puisque c'est eux qui devaient, en définitive, profiter de la stabilité d'un personnel expérimenté. Le Dr Pilleyre avait quitté ses fonctions le 31 décembre 1911. Il a emporté avec lui des regrets unanimes.

Dr CHARDON. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Chardon, médecin en chef de l'asile autonome d'Armen-

©BIUM

tières (Nord), décédé le 30 janvier 1914, dans sa cinquante-quatrième année.

Né à Saint-Geoire (Isère), le 1er décembre 1860, le Dr Chardon fit ses études médicales à Lille, où il fut externe des hôpitaux. En 1887, il fut nommé interne de l'asile d'aliénés d'Armentières et consacra sa thèse, en 1889, à l'étude de « l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales ».

Reçu médecin adjoint des asiles au concours de 1891, il accomplit tout son adjuvat à l'asile d'aliénés de Saint-Venant (Pas de-Calais). En mai 1900, il devint médecin en chef de l'asile de Rennes ; trois ans plus tard, il fut, sur sa demande, nommé directeur-médecin de l'asile d'Armentières, où, depuis 1906, époque de la division des fonctions médicale et administrative, il était médecin en chef.

Le Dr Chardon a publié de nombreuses observations, soit seul, soit en collaboration avec le Dr Dide, à Rennes, et avec le Dr Raviart, à Armentières. Il était membre correspondant de la Société médico-psychologique depuis 1905.

En dehors de ces fonctions de médecin d'asile, le Dr Chardon occupait une place importante au Conseil municipal et apportait dans de nombreuses commissions l'appoint de sa compétence médicale et administrative.

Les soins, que réclamait sa santé depuis quelque temps, ne lui permettaient plus de suivre les travaux de nos congrès, dont il fut toujours un assidu.

Ses obsèques eurent lieu à Armentières le 3 février 1914 et l'inhumation se fit à Boulogne-sur-Mer. Plusieurs discours furent prononcés, parmi lesquels nous reproduisons celui du directeur de l'asile et celui de son collègue, le Dr Briche.

Discours de M. Cuvelier, *directeur de l'asile d'aliénés.*

« Mesdames, Messieurs,

« C'est sous l'empire d'un profond sentiment de tristesse que je viens, au nom de la Commission administrative et du personnel de l'asile, saluer la dépouille mortelle de mon excellent ami, M. le Dr Chardon, notre regretté médecin en chef, et exprimer les vifs regrets de l'Administration de voir disparaître en lui un de ses plus dévoués collaborateurs.

« Dans une étreinte qui devait être, hélas ! la dernière, il y a quatre jours à peine, je serrais encore la main loyale de l'ami dont nous déplorons la perte. En le voyant courbé davantage sous le poids de l'implacable maladie qui devait l'emporter, je ne pouvais me défendre d'admirer la vaillance, le courage

©BIUM

déployé par lui pendant de longues semaines dans cette lutte inégale contre un mal inexorable qu'il étudiait froidement, sans laisser paraître aux siens qu'il se savait perdu. Il a vu, en effet, venir sa fin et il a su, longtemps avant l'heure fatale et décisive, que tout était fini, irrémédiablement fini. Ce bon époux, ce tendre père a su tout l'effroi de cette situation; il a entrevu, durant de longs jours, les déchirements de la séparation et les douleurs poignantes qui suivraient sa mort.

« Il disparaît en pleine maturité, à l'âge où s'affirmait sa maîtrise, préparée par un persévérant et généreux labeur.

« Il est à peine besoin de rappeler, à vous qui avez été les témoins de cette existence laborieuse, les solides qualités qui vous firent apprécier l'homme privé, non plus que les services rendus par M. le Dr Chardon au cours de sa vie publique. Tous, vous avez pu éprouver la droiture de son caractère, la sûreté de ses relations; tous, vous l'avez vu, dès ses débuts, travailleur obstiné, s'élever progressivement par ses seuls efforts et s'assurer enfin une situation enviable qu'il eut le mérite de ne devoir qu'à lui-même.

« Né à Saint-Geoire (Isère) le 1er décembre 1860, il fit ses études au Collège de Boulogne-sur-Mer, y apportant en germes ces heureuses qualités de l'esprit et du cœur qui allaient briller dans tout le cours de sa vie.

« Reçu bachelier, ses goûts l'orientèrent vers la médecine. A la Faculté de Lille, il se montra le modèle de ses compagnons d'étude. Nommé élève interne à l'asile d'aliénés d'Armentières, il ne tarda pas à obtenir le diplôme de docteur en médecine, qui lui permit de s'installer à Bully-Grenay. Après un court séjour dans le bassin houiller du Pas-de-Calais, où il laissa le meilleur souvenir, M. le Dr Chardon, à la suite d'un brillant concours, entra dans la carrière des médecins des asiles d'aliénés et fit ses débuts, en qualité de médecin adjoint, à l'asile de Saint-Venant.

« Il fut ensuite nommé médecin en chef de l'asile départemental d'aliénés de Rennes. C'est là que je rencontrai et appris à connaître cet homme d'élite qui, sous des apparences un peu froides, cachait un cœur éminemment bon et serviable. Aussi avec quels vifs regrets je le vis quitter la Bretagne pour se rendre dans votre ville prendre possession de son nouveau poste de directeur-médecin de l'asile qu'il occupa, de 1903 à 1906, avec la plus grande compétence et avec une autorité imprégnée d'une bienveillance toute paternelle. A la suite de la division des fonctions, M. le Dr Chardon redevint médecin en chef. C'est en cette qualité que je le retrouvai, fin décembre 1910, lorsque la confiance de M. le Ministre de l'Intérieur m'appela à la direction de l'asile d'Armentières. Depuis lors, nous n'avons cessé de collaborer à la même œuvre, dans une entente parfaite

©BIUM

et la plus étroite. Jusqu'au jour où la maladie le réduisit à l'impuissance, M. le Dr Chardon fut un modèle d'énergie, de persévérance et de ponctualité dans l'accomplissement de sa tâche, parfois si délicate, mais toujours ardue. Il nous quitte à un âge où de longues années d'existence paraissaient devoir lui être encore assurées, après une vie simple d'une admirable unité, tout entière consacrée au travail, au devoir.

« L'homme excellent que nous pleurons eût mérité de vieillir dans une sereine tranquillité et de jouir du repos bien gagné. La vie n'a pas eu pour lui cette clémence, et tout près d'une retraite qu'il escomptait heureuse et pour laquelle il formait les plus riants projets, il nous est ravi brutalement dans sa cinquante-quatrième année. Il a eu du moins la joie de voir ses mérites appréciés et lorsqu'en 1907 il recevait la rosette de l'Instruction publique, ses amis applaudirent à cette distinction qui ne pouvait aller à un plus digne.

« Il a vécu entouré de l'affection des siens, de la confiance de ses chefs, de l'estime de ses collègues, du respect de ses subordonnés et de la reconnaissance de ses malades. Il se dépensa sans compter, ne ménageant ni son temps ni ses forces pour adoucir le sort des malades confiés à ses soins. C'est le plus bel éloge que je puisse lui décerner.

« Devant ce cercueil, trop tôt fermé, je m'incline avec une poignante émotion et adresse à sa digne compagne si cruellement éprouvée et à son fils qu'il chérissait l'expression de mes plus vives condoléances, jointes à celles que M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu leur faire parvenir.

« Puisse le souvenir des nombreuses marques de sympathie qui vous sont données aujourd'hui atténuer la douleur des vôtres : c'est avec cet espoir et dans cette pensée, mon cher Monsieur Chardon, que je vous adresse un dernier adieu.

Discours de M. le Dr Briche, *médecin en chef de l'asile.*

« Mesdames, Messieurs,

« C'est avec une profonde émotion que je viens, au nom de l'Association amicale des médecins aliénistes de France, rendre un suprême hommage à la mémoire du Dr Chardon, qui fut mon collègue et ami.

« Né à Saint-Geoire, dans l'Isère, le 1er décembre 1860, le Dr Chardon, après de solides études classiques à Boulogne et à Saint-Omer, s'orienta vers la médecine. Il fut à Lille externe des hôpitaux et remplit les fonctions d'interne provisoire. Puis, en 1887, il fut nommé interne à l'Asile d'aliénés d'Armentières. L'étude des maladies mentales exerça sur son esprit

©BIUM

curieux et réfléchi une impression décisive, et c'est à un sujet de la spécialité qu'il consacra sa thèse inaugurale.

« Ce travail, entrepris sous l'inspiration de son maître, le professeur Lemoine, fut très remarqué et récompensé par la Faculté de Médecine. Dans ses fonctions d'interne, il apporta toujours un zèle et une conscience dignes d'éloges et, en février 1889, une épidémie meurtrière de variole lui permit de donner la mesure de ses hautes qualités professionnelles et de son inlassable dévouement.

« Reçu docteur en 1889, il exerça d'abord la médecine à Bully-Grenay ; mais la médecine mentale, qui l'avait séduit, l'attira de nouveau et en 1891 il fut nommé médecin adjoint provisoire de l'Asile d'aliénés de Saint-Venant.

« Au cours de 1891, il fut reçu médecin adjoint des Asiles d'aliénés et installé dans le poste de Saint-Venant qu'il occupait déjà provisoirement et où il accomplit tout son adjuvat.

« En mai 1900, il fut appelé au poste de médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Rennes et professa à cette époque, à l'Ecole de Médecine de cette ville, un cours libre de pathologie mentale. Trois ans plus tard, en mai 1903, il fut, sur sa demande, nommé médecin en chef directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières et revint ainsi comme chef de service dans l'Asile où il avait autrefois été interne et qu'il ne devait plus quitter. Et c'est alors que s'épanouirent toutes ses aptitudes comme aliéniste et comme administrateur ; son esprit sérieux, ses habitudes d'ordre, de méthode, un sens clinique très averti, son dévouement aux malades et une patiente persévérance lui inspirèrent et lui firent réaliser de nombreuses améliorations pour le plus grand bien des malheureux confiés à ses soins. Comme administrateur, il montra à la fois une énergie ferme, un esprit de justice et une paternelle indulgence qui firent régner l'ordre, la paix et l'harmonie dans son asile. Et lorsque, en 1906, le Dr Chardon dut abandonner la direction de cet établissement qu'il aimait tant et à la prospérité duquel il avait consacré tout son temps, il dut éprouver une grande souffrance morale, mais qui ne parut point. Préoccupé uniquement du bien-être des malades, il ne cherchait qu'à apporter quelque adoucissement à leur triste situation par un inlassable dévouement.

« Le Dr Chardon était d'un abord un peu froid, mais sous cette apparente froideur, il cachait un cœur généreux et bon : il apportait, dans l'exercice de sa profession, dans ses relations, une correction, une courtoisie parfaites et nul, plus que lui, n'eut une idée plus haute de ses devoirs et de sa dignité. Partout où il a passé, il a laissé, comme homme, comme médecin, comme administrateur, les meilleurs souvenirs. Je fus à l'Asile

©BIUM

de Saint-Venant son successeur immédiat et j'ai pu apprécier combien profondes et sincères étaient la sympathie et l'estime qu'il avait suscitées.

« Il a publié de nombreux travaux qui lui ont valu le titre envié de membre correspondant de la Société médico-psychologique. Travailleur assidu, il se tenait au courant de tout ce qui intéressait sa profession et faisait bénéficier ses malades de toutes les nouvelles méthodes de traitement. Il était un assidu de nos congrès et ne comptait que des amis parmi ses collègues.

« Dans les divers asiles de sa carrière, il a laissé des traces ineffaçables de son passage; là, il organise un laboratoire d'anatomie pathologique et de recherches biologiques; ici, il installe un pavillon d'isolement pour les aliénés tuberculeux... En dehors de son service même, il consacre son temps et sa peine au service des malheureux et apporte l'appoint de son dévouement et de sa compétence dans diverses commissions où ses avis sont sollicités. On peut dire de lui qu'il a donné le meilleur de sa vie aux déshérités du sort; homme de devoir avant tout, on le retrouvait partout où une misère était à secourir, où une action noble était à accomplir, usant sans compter d'une santé qui réclamait pourtant des ménagements. Il y a quelques mois, un mal implacable le força à quitter ses chers malades et à s'aliter.

« Tous ceux qui l'ont approché au cours de sa pénible maladie ont pu apprécier avec quel stoïcisme il acceptait son sort, ne proférant aucune plainte, s'intéressant toujours à son service et cherchant à donner aux siens l'espoir, qu'il ne partageait plus, d'une prochaine guérison.

« Que sa veuve éplorée reçoive ici l'expression émue de nos sympathiques condoléances et trouve dans ce concours imposant d'amis fidèles un adoucissement à sa profonde douleur. Son fils trouvera dans l'héritage de fermeté, de droiture et de dignité que lui a légué son père, le guide le plus sûr pour le diriger dans la carrière médicale qu'il a choisie.

« Mon cher Chardon, au nom de tous tes collègues, au nom de l'Association amicale des médecins-aliénistes et en mon nom personnel, je t'adresse le dernier adieu. »

Concours de 1914 pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions d'asiles privés.

Le jury de ce concours, qui s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Intérieur, le lundi 9 mars 1914, est constitué comme suit :

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

©BIUM

Membres titulaires. — M. le Dr Raviart, agrégé, chargé du cours théorique et pratique de médecine mentale à la Faculté de Médecine de Lille ;

M. le Dr Cestan, agrégé, chargé du cours clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de Médecine de Toulouse ;

M. le Dr Leroy, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr Dodero, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône) ;

M. le Dr Wahl, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche) ;

M. le Dr Séglas, médecin en chef du quartier d'aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, à Paris.

Membres suppléants. — M. le Dr Dezwarte, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

M. le Dr Trénel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).

Contre la morphine, la cocaïne, l'opium.

Les victimes de la cocaïne. — On télégraphie de Reims au *Temps* (numéro du samedi 31 janvier 1914) :

Une jeune artiste du casino de Reims, Thérèse Boulanger, dite Vénussette, vingt-six ans, et son ami, André D..., jeune homme d'excellente famille rémoise, s'étaient enfermés hier soir dans leur chambre pour se livrer au redoutable plaisir de la cocaïne. Ils en absorbèrent une très forte dose et ne tardèrent pas à entrer en syncope. De sourds râles ayant donné l'alarme aux voisins, la porte fut enfoncée, et on trouva la jeune femme morte sur le lit ; à ses côtés, son ami se tordait en proie à d'affreuses souffrances. Il a été transporté à l'hôpital dans un état très grave.

Arrestations de marchands de cocaïne. — Dans un bar de la rue de Bruxelles, un individu nommé Charles Kriegel, âgé de trente ans, qui a refusé d'indiquer son adresse, a été arrêté l'avant-dernière nuit par le sous-brigadier Boudon, du 2e district. On a trouvé sur lui treize paquets du stupéfiant (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 11 février 1914).

— Des inspecteurs de la police judiciaire ont arrêté, la nuit dernière, dans un bar de la rue Fontaine, Charles Jinot, âgé de dix-neuf ans, demeurant passage des Tilleuls, qu'ils avaient surpris, vendant à des clients de l'établissement des paquets de cocaïne. Jinot avait dans ses poches une grande quantité du dangereux toxique. (*Le Petit Journal*, numéro du vendredi 13 février 1914.)

©BIUM

Devant les tribunaux. — *La cocaïne au kilo.* — Une chimiste, qui a, dit-on, une certaine notoriété en Suisse, Marie Weissenfluch, était venue de Zurich à Paris, au mois de décembre dernier, pour vendre de la morphine, de la cocaïne et de l'opium. Elle commit l'imprudence de s'adresser à M. Pitz, chimiste-expert, et de lui proposer le quart de ses bénéfices s'il voulait l'aider à passer ses marchandises en fraude de la douane et à les écouler à Paris.

L'expert répondit évasivement, prévint la police, et on saisit chez la Suissesse un paquet de 4 kilogrammes de cocaïne.

Marie Weissenfluch a comparu hier devant la 10e chambre correctionnelle du tribunal de la Seine, pour avoir fraudé la douane et elle a été condamnée, sur plaidoirie de Me Maupoint, à trois jours de prison et à 3.000 francs de dommages-intérêts envers l'administration des douanes. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 29 janvier 1914.)

Médecins et droguistes en gros. — La 9e chambre de la cour d'appel de Paris, présidée par M. Cabat, vient de rendre un arrêt intéressant en matière du commerce des substances vénéneuses. MM. C..., commerçants en produits pharmaceutiques, voyaient un jour arriver chez eux la domestique d'un docteur connu d'eux ; elle leur remettait une lettre faussement signée du docteur et demandant des ampoules de morphine. Elles lui furent livrées, et cette première fois et deux autres fois postérieurement, sur le vu de la boîte déjà délivrée. La domestique remit les ampoules à la femme du docteur, sa maîtresse, qui avait imité la signature de son mari, pour se procurer le poison.

Cette dame, déjà morphinomane, dut subir un traitement long et dispendieux qui occasionna à son mari certaines dépenses. C'est de ces dépenses que le docteur demandait à la cour de rendre responsables les commerçants qui avaient délivré la morphine. Ceux-ci étaient-ils en droit de le faire? Non, a répondu la cour par son arrêt, car les médecins ne figurent pas parmi les personnes auxquelles les commerçants en gros de produits pharmaceutiques peuvent vendre des poisons directement. Ils peuvent les délivrer aux chimistes, aux manufacturiers inscrits spécialement à la mairie, aux pharmaciens, mais non aux médecins. Si un tel usage existe, ce n'est qu'un usage non couvert par la loi, que les commerçants droguistes en gros suivent à leurs risques et périls. En conséquence de cette théorie, la cour a condamné à 300 fr. de dommages-intérêts MM. C... vis-à-vis du docteur, en rendant du reste hommage à leur bonne foi.

Cette interprétation de l'ordonnance du 29 octobre 1846 intéresse à des titres divers les commerçants en produits phar-

©BIUM

maceutiques, les médecins et les pharmaciens. (*Le Temps*, numéro du 31 janvier 1914).

La lutte contre l'alcoolisme.

La lutte contre l'alcoolisme en Suède. — On écrit de Stockholm au *Temps* (numéro du lundi 26 janvier 1914) :

La commission instituée par le ministère radical en 1911 pour reviser la réglementation du commerce de l'alcool et des boissons spiritueuses vient de déposer ses conclusions. Ces conclusions, comme il fallait s'y attendre, constituent une singulière aggravation des mesures prohibitives, déjà sévères pourtant, qui ont cours actuellement. Sans entrer dans le détail de ce nouveau projet, il importe d'en dégager les principes essentiels.

A l'exemple de la législation appliquée dans certains Etats d'Amérique, le projet accorde aux villes le veto communal. Par une sorte de referendum, auquel participeront tous les habitants, hommes et femmes, âgés de vingt et un ans au moins, il sera décidé si la commune doit être « sèche » ou « humide ». Si elle est « sèche », c'est l'interdiction absolue de la vente de l'alcool, de la bière et du vin sur le territoire de la commune. Si elle est « humide », la vente sera permise, avec de nombreuses restrictions. Pour que l'interdiction soit obtenue, il faut que les deux tiers des électeurs se prononcent en sa faveur; cette interdiction est valable pour trois ans; pour qu'elle soit supprimée, il faut que les deux tiers des électeurs se prononcent en faveur de cette suppression. Dans les communes « humides », le commerce de l'alcool et du vin est enlevé aux particuliers et confié à des sociétés réglementées. La quantité d'alcool que chaque habitant pourra obtenir est rigoureusement délimitée. Ces sociétés se chargeront aussi de l'importation des vins étrangers; la vente par l'intermédiaire d'agents représentant les maisons étrangères sera rigoureusement interdite.

Malgré toutes les difficultés que créera au consommateur cette nouvelle réglementation, les auteurs du projet se défendent d'avoir voulu présenter un projet qui soit l'équivalent d'une interdiction absolue de l'alcool.

Le privilège des bouilleurs de cru. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 28 janvier 1914) :

Presque toutes les chambres de commerce, à propos de la réforme fiscale, se sont occupées dans leurs délibérations du privilège des bouilleurs de cru. Toutes ont conclu à sa suppression. A son tour, la chambre de commerce de Châteauroux proteste contre cette inégalité de traitement devant la loi.

©BIUM

« L'agriculteur, expose-t-elle dans une délibération adressée aux ministres des Finances et du Commerce, qui veut transformer le produit de sa récolte de betteraves en alcool a chez lui, jour et nuit, des employés de la régie pour l'empêcher de distraire quoi que ce soit de sa fabrication, et le récoltant de pommes peut faire des centaines d'hectolitres d'alcool, sans avoir à en rendre compte à personne. » C'est là, conclut cette compagnie, une injustice révoltante contre laquelle elle proteste par un vœu demandant la suppression du privilège et réclamant l'égalité de tous devant l'impôt.

Conférence de « l'Alarme ». — La campagne engagée par l'« Alarme » se poursuit avec un succès croissant : partout l'opinion publique approuve le programme des hommes de bonne volonté qui se sont donné pour mission de saisir l'opinion publique avant l'ouverture de la période électorale.

A *Bordeaux*, plus de 1.200 personnes remplissaient la vaste salle Franklin. Le Dr Bergonié présidait, entouré de MM. Julien Bouchar, Dumercq, Darbon.

Le Dr Régis, professeur à la Faculté de Médecine, apporta les saisissants résultats de son expérience personnelle. Sur les 1.800 anormaux psychiques actuellement dans les écoles communales de Bordeaux, 80 p. 100 au moins ont une hérédité alcoolique.

Le Dr Arnozan, professeur à la Faculté de Médecine, adjoint au maire, rappela les raisons qui lui firent présenter un rapport sur la limitation municipale, réalisée depuis six mois à Bordeaux.

Mme Marie Vérone, du barreau de Paris, défendit, avec la belle éloquence qu'on lui connaît, la cause de l'enfant et de la femme.

M. Quillent rappela qu'il ne saurait être question d'organisation sociale et d'action économique avec une génération d'hommes atteints par l'alcool.

M. Schmidt, député des Vosges, dénonça la coupable incurie du Parlement et indiqua nettement les remèdes que la loi peut apporter à l'alcoolisme plus menaçant chaque jour.

Enfin, Me Maurice Bertrand, avocat à la cour de Paris, résuma les arguments apportés par les précédents orateurs, et insista sur cette vérité que le progrès social est bien l'œuvre de chacun ; c'est donc spécialement à chaque électeur qu'il appartient dans son parti d'exercer une influence en faveur de la législation antialcoolique.

Un second meeting de propagande a eu lieu à *Toulouse*. M. Mestre, professeur à la Faculté de Droit, présidait. Près de lui se trouvaient MM. le Dr Abélous; Billières, adjoint au maire ; Mgr Breton, recteur de l'Institut catholique;

©BIUM

MM. Jeannel, doyen de la Faculté de Médecine; le pasteur Lengereau; le médecin inspecteur principal Taschard, etc.

Le Dr Bézy, professeur à la Faculté de Médecine, a fait un tableau saisissant des ravages de l'alcoolisme. M. Quillent, de la C. G. T., a montré ensuite les progrès que fait la lutte antialcoolique dans les milieux ouvriers. Mme Maria Vérone a prononcé un plaidoyer émouvant en faveur des femmes et des enfants, victimes innocentes de l'alcoolisme. M. Schmidt, député des Vosges, regrette que le Parlement n'ait pas voté les mesures qu'on attendait de lui et il déplore surtout que les électeurs ne poussent pas plus énergiquement leurs représentants dans la lutte contre un fléau qui menace la France elle-même. M. Maurice Bertrand, délégué général de « l'Alarme », a terminé la série des discours par un ardent appel à toutes les bonnes volontés : « Que chacun balaye devant sa porte, a-t-il dit : la rue sera vite propre. »

TRIBUNAUX

Un dévoyé. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 25 janvier 1914) :

Charles Enguerrand de Marigny, un descendant authentique du fameux ministre de Philippe le Bel, qui fut pendu au gibet de Montfaucon, avait hier à rendre des comptes aux juges de la 8e chambre correctionnelle. Le 2 janvier dernier, rue d'Astorg, il se précipitait sur une jeune domestique et lui volait son réticule. Chargé de l'examiner, le Dr Bonnet a terminé son rapport en ces termes : « Enguerrant de Marigny n'est pas un aliéné; mais c'est un héréditaire dégénéré, impulsif, fils de père suicidé et de mère actuellement internée. Il était en outre, au moment de l'acte incriminé, dans un certain état d'épuisement physique et moral. Ces considérations sont de nature à atténuer sa responsabilité. »

Le tribunal a condamné le pauvre diable à un mois de prison.

Crime d'alcoolique. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mercredi 28 janvier 1914) :

Armand Gsell, qui comparaissait, hier, devant la cour d'assises de la Seine pour meurtre, est un alcoolique « profond », disent les médecins qui l'ont examiné.

Ancien huissier à Sens, il n'avait pu conserver son étude à cause de son intempérance, et à Villeneuve-la-Garenne, où il s'était réfugié, il passait ses nuits à menacer sa femme d'un fusil ou d'un revolver, lui disant chaque soir qu'elle mourrait de sa main avant le matin.

Mme Gsell avait fini par passer trois nuits par semaine chez

©BIUM

sa mère, afin de pouvoir dormir. Le 23 septembre dernier, le mari, qui buvait d'ordinaire quatre à cinq litres de vin par jour, huit apéritifs variés et quatre absinthes avant le dîner, augmenta la dose et rentra chez lui complètement ivre.

— Je ne veux plus que tu ailles chez ta mère, dit-il.

— Soit, mais alors jette tes armes et ne garde ici ni fusil, ni revolver, répliqua la femme.

Elle n'en dit pas plus long, car en même temps Gsell avait tiré sur elle deux balles qui l'avaient atteinte à la poitrine.

A quelques jours de là, des complications survinrent dans l'état de la malheureuse femme qui mourut deux mois après.

« Je vous demande de condamner cet homme, dit hier l'avocat général Laurence à l'audience. Tout verdict de faiblesse de votre part c'est un malheureux tué le lendemain dans la rue. Toute pitié est un oubli du devoir qui vous incombe.

« On ne peut l'interner dans un asile, car la prison l'a guéri de l'alcoolisme : il ne se trouverait pas de médecin pour le garder dans un établissement d'aliénés. C'est le bagne qu'il faut pour des gens pareils. »

Gsell a été condamné à douze ans de travaux forcés et sa belle-mère, qui se portait partie civile, a obtenu 5.000 francs de dommages-intérêts.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Un fou dans le bassin des Tuileries. — Les passants qui traversaient, hier après-midi, le jardin des Tuileries, ne furent pas médiocrement surpris en apercevant dans le grand bassin — le seul qui ne fût pas complètement gelé — un homme qui s'ébrouait en poussant des cris. Il disparaissait dans l'eau jusqu'au faux-col. Prévenus, des gardes du jardin l'interpellèrent vainement. Il dédaigna de répondre. Comprenant alors qu'ils avaient affaire à un fou, ils essayèrent de prendre l'inconnu au lazzo. L'homme évita le nœud coulant avec une dextérité surprenante. Un employé du service des eaux finit par revêtir un pantalon de caoutchouc, et entrant résolument dans l'eau, réussit à amener jusqu'au bord le pauvre aliéné. Là, celui-ci s'évanouit, frappé d'un commencement de congestion. François Charlot — c'est son nom — comptable dans un grand magasin, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du dimanche 15 janvier 1914.)

Infanticide. — On télégraphie de Beaume au *Petit Journal* numéro du lundi 2 février 1914) :

Mme G..., habitant avec sa famille, faubourg Bretonnière, présentait depuis plusieurs mois des symptômes de troubles cérébraux. Ces temps derniers, le mal paraissant s'accentuer,

©BIUM

on avait établi une surveillance de tous les instants auprès de la démente, d'autant plus qu'il y a quinze jours, elle avait mis au monde une charmante enfant, Simone.

Hier, profitant d'une courte absence de sa mère, qui la surveillait, la malheureuse femme s'empara d'une ficelle et étrangla son enfant. On craint que la pauvre femme ne mette fin à ses jours.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE (MAINE-ET-LOIRE)

Un concours pour deux places d'interne en médecine à la Maison de santé départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire, s'ouvrira à Angers le lundi, 20 avril 1914, à 8 heures du matin, à la Préfecture.

Traitement : première année, 800 francs; deuxième année, 900 francs; troisième année, 1.000 francs.

L'interne reçu Docteur, recevra 1.200 francs.

Avantages : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'asile.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie morbide

L'ÉTAT MENTAL
DE CATHERINE DE SIENNE

Par le Dr WAHL

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés.

A mon vieil ami,
le Dr Binet-Sanglé.

Dans la division quadrigéminée des écoles philosophiques due à Victor Cousin, le mysticisme prend place à côté de l'idéalisme, de l'empirisme et du scepticisme : cependant, il a pour essence d'être religieux, de ne point expliquer l'énigme du monde par des connaissances purement humaines, mais bien par une sorte d'émanation de la divinité. Mais le célèbre professeur de la Sorbonne eut toujours un faible pour les rêveurs, non qu'il le fût

©BIUM

lui-même, car jamais homme n'eut moins que lui l'apparence d'un visionnaire ; sa pondération d'esprit, l'éclectisme dont il faisait sa philosophie l'en empêchaient aussi bien que le milieu où il évoluait : il était du temps où le gouvernement de Louis-Philippe se disait celui « du juste milieu »; il voulait être et il fut le philosophe du « juste milieu ». Mais il prétendit jeter quelques lumières sur la seconde période de l'école d'Alexandrie et poussa ses élèves à en étudier les principaux membres. Vacherot conserva toujours quelque tendresse pour les théories nébuleuses, mais Jules Simon regagna bientôt la terre où il accomplit tant de bonne besogne : il abandonna les rêves de Plotin et d'Hypatie pour étudier et nous faire connaître l'ouvrière et l'ouvrier de huit ans, dont il chercha toute sa vie à améliorer le sort.

Le platonisme même, à son origine, avait quelque tendance à se perdre dans une métaphysique quintessenciée; mais le bon sens des anciens Grecs évita les exagérations, tandis que l'école alexandrine, au contraire, et les pères de l'Église grecque plus encore, se perdirent dans des subtilités parfois incompréhensibles : l'histoire des premières hérésies sur la nature du Verbe, de l'Esprit-Saint, sont là pour en témoigner.

Plus tard, grâce aux Arabes et aux Juifs, l'aristotélisme devint la doctrine préférée des scolastiques jusqu'au jour où, dans les ordres mendiants, renaquit le mysticisme. Jean de Fidanza (saint Bonaventure) fut, au XIII^e^ siècle, le chef de ce mouvement : c'était aussi chez les mendiants, dans l'ordre de saint Dominique, et un peu plus tard, que Catherine de Sienne développa le mysticisme, qui fut le trait le plus saillant de sa personnalité intellectuelle et religieuse.

On sait que le platonicisme devint la doctrine préférée en métaphysique par les moines mendiants et,

par suite, le mysticisme, qui n'est en quelque sorte que l'idéalisme poussé aux dernières limites et aux dernières conséquences ; la vision en Dieu de Malebranche n'est-elle pas l'ultime conception dans laquelle les idées platoniciennes finissent par s'abîmer et s'annihiler dans le Créateur un peu à la manière où tout s'abîme dans la Nirvâna bouddhique? Mais ici, nous sommes encore dans la philosophie, dans le domaine des choses que l'intelligence conçoit, et quelque abstruses que soient les théories, elles restent des théories philosophiques sur lesquelles on peut argumenter ; elles représentent quelque chose qui n'est pas un pur verbiage ou un noumène inintelligible. Un degré de plus, c'est le fakirisme, c'est la communion en Dieu, le mariage mystique des âmes, toutes sortes de choses qui sont des actes de foi, des dogmes, tout ce que l'on voudra, mais qui ne relèvent pas de la connaissance humaine.

Lorsque à ce mysticisme se joignent des troubles nerveux somatiques, de l'anesthésie cutanée ou sensitivo-sensorielle, des états seconds avec extase, ce n'est plus du mysticisme même religieux, nous entrons dans le domaine de la neuropathologie, nous sommes sur les limites de la folie, et parfois les sujets finissent par y verser complètement ; c'est dans ce sens que l'on a pu dire que dans tout idéaliste il y a l'étoffe d'un fou ; c'est ainsi que versa dans l'aliénation mentale confirmée la mystique Catherine de Sienne qui fait l'objet de ce travail. Remarquez bien que ce n'est pas la religion ou la croyance philosophique qui crée la folie. Si les circonstances politiques, religieuses, familiales et contemporaines eussent été autres, la folie, au lieu d'avoir une allure mystique, en eût eu une autre. La folie est facteur des prédispositions individuelles congénitales ou acquises, héréditaires ou personnelles, tandis que le contenu du délire dépend de l'ambiance : ceci est si

©BIUM

vrai que, à Paris, les voix qu'entendent les persécutés sont dues au téléphone et provoquées par les juifs, les francs-maçons ou les jésuites ; ce qu'ils voient est produit par les rayons X ; tandis que, dans nos provinces reculées, c'est le diable ou les sorciers qui sont les auteurs de leurs maux.

Le mysticisme n'est pas plus que toute autre opinion philosophique ou religieuse un signe de folie. Fénelon, Saint François de Sales n'étaient point des aliénés, c'étaient au contraire de puissants esprits, mais bien des mystiques ont présenté des troubles mentaux très appréciables. Tel était Pascal avec son amulette sur laquelle Lelut a écrit un si remarquable ouvrage ; Jacqueline Pascal qu'a étudié ici même Binet-Sanglé, et sainte Thérèse, sur laquelle le Dr Rouby a écrit un travail très intéressant dans nos *Annales médico-psychologiques*. Telle était aussi cette Catherine de Sienne dont je vais m'occuper dans les pages qui suivent.

Catherine de Sienne appartenait à une famille extrêmement nombreuse (25 enfants), circonstance à laquelle Binet-Sanglé attache une grande importance ; car il y voit à la fois une preuve de mysticité et une prédisposition à la dégénérescence chez les plus jeunes, à cause de la fatigue qu'occasionnent à la mère des grossesses trop rapprochées. Elle naquit le 25 mars 1347, jour des Rameaux. Son père nommé Giacomo Bennicosa, était, dit-on, d'origine française ; d'autres lui attribuent une parenté éloignée avec la célèbre famille Borghèse. Il exerçait la profession de teinturier en laines, et jouissait d'une certaine aisance. Le biographe de sa fille, le bon moine Raymond de Capoue, qui fut classé au nombre des bienheureux et qui fut le confesseur de la sainte, parle en ces termes du père : « C'était un homme simple, incapable de fraude et de dissimulation, craignant Dieu, évitant le mal », en somme un croyant,

©BIUM

un dévot même. Sa femme, la douce Lapa Piagente, d'une piété de meilleur aloi, et d'une énergie plus grande, s'emportait une fois (ce n'était pas coutume chez elle) contre un créancier assez hargneux et pas mal calomniateur. Son mari lui dit : « Dieu lui fera connaître ses torts et se montrera notre défenseur. » Tel était l'homme de la famille ! Catherine fut jumelle : sa sœur Jeanne mourut presque aussitôt après sa naissance. Sans vouloir faire des théories pour les besoins de la cause, on me permettra de remarquer que tout le monde sait, et c'est un fait d'observation vulgaire, que les jumeaux « s'élèvent plus mal » que les autres enfants ; qu'ils sont délicats de santé et par conséquent prédisposés aux accidents nerveux.

Comme beaucoup de névropathes Catherine était une enfant précoce un peu mièvre, gentille et aimable ; elle ravissait le voisinage par son bavardage, la finesse de ses réparties, son intelligence. Mais, dès sa tendre enfance, si l'on en croit le pieux biographe dont je suis le récit, elle eut des hallucinations de teinte mystique, comme cela était alors si fréquent en Toscane et même ailleurs. Son entourage, très épris de thaumaturgie et de religiosité pathologiques, l'y poussait. Sa mère était fière et heureuse de la voir, dès l'âge de cinq ans, se prosterner sur chacune des marches de l'escalier de la maison paternelle et y réciter un *Ave Maria*. Je crois que sans être irréligieux, beaucoup de parents n'eussent point toléré de telles pratiques suivies par une enfant aussi jeune.

L'année suivante, l'enfant eut, dit-on, une hallucination que je rapprocherai de certains faits rapportés par Moreau (de Tours) ou Brierre de Boismont. A six ans, Catherine aperçut au-dessus de l'église de Saint-Dominique un magnifique trône sur lequel était Jésus-Christ vêtu d'ornements pontificaux, couronné de la tiare,

©BIUM

assisté des bienheureux apôtres Pierre et Paul et de saint Jean évangéliste. Remarquons que nous sommes dans l'Italie du XIVe siècle, où le culte des icones était très développé, et qu'il est fort probable que cette prétendue hallucination n'était qu'une réviviscence très riche d'un souvenir très bien enregistré dans les engrammes de la jeune dévote; car, malgré leur authenticité incontestable, les hallucinations vraies sont très rares à cet âge tendre, et je ne sache pas qu'on en ait signalé de mystiques. Mais cette exagération de la faculté d'objectiver un souvenir en en méconnaissant la véritable nature, n'est-elle point déjà vraisemblablement un phénoméne hystérique de l'enfance? Cette confusion du moi et du non-moi, cette objectivation du subjectif est en somme un phénomène psycho-morbide dont il n'est pas possible de déterminer la nature exacte, mais dont on peut affirmer le caractère éminemment pathologique.

Quoi qu'il en soit du mécanisme de cette illusion hypertensive, elle occupa tellement le champ de conscience de l'enfant qu'elle s'arrêta et qu'il fallut plusieurs appels des assistants pour qu'elle reprît conscience de la réalité ambiante, mais elle ne le fait qu'au milieu des larmes. N'est-ce point là un des caractères de l'hystérie?

A partir de cette époque, « la sainte n'eut, pour ainsi dire, plus d'enfance ». La précocité est un attribut des prédisposés à la folie de A. Voisin, des dégénérés de Magnan. Catherine était une isolée, une renfermée. Elle recherchait les endroits écartés et solitaires et, là, se flagellait sans pitié. N'est-ce point là la caractéristique d'un état mental particulier : l'isolement n'est pas bon à l'enfance; « *væ soli* », a dit l'Évangile, et « les amants de la douleur sont certainement des « toqués ». Comme il arrive toujours en pareil cas,

©BIUM

plus encore au moyen âge que de nos jours, toute hallucinée mystique fait école... et surtout lorsqu'elle a sept ans ! De nombreuses fillettes prirent exemple sur elle, toutes se frappaient avec des cordelettes, la durée d'un certain nombre de *Pater* et d'*Ave*. Rappelons-nous Lourdes et Paray-le-Monial.

A l'âge de sept ans, dit encore le saint biographe, elle apprit que l'Esprit-Saint ne communique qu'avec des créatures de pureté parfaite de corps et d'âme ; elle voulut, dès cet âge tendre, se réserver au Christ et obtenir de lui la prière mystique, la communication d'âme à âme avec lui, quelque chose comme les hallucinations psychomotrices (hallucinations internes de Baillarger). Elle promit à Dieu de ne jamais donner son cœur à d'autres et de se conserver pour lui seul avec le concours de sa grâce, toujours pure et intacte. Je fais grâce des exclamations des commentateurs hagiographiques sur cette enfant extraordinaire qui, à sept ans, connaît la valeur du vœu de virginité, et j'aime mieux rejeter ce pieux engagement prononcé si jeune au rang des fables, non que je doute de la parole du biographe, mais parce que, n'ayant pas été lui-même témoin de cette partie de l'existence de la sainte, il a pu être trompé. Du reste, il est loin d'être rare de voir, à l'âge de la première communion et au moment de cette cérémonie, des fillettes sursaturées d'exercices religieux et de catéchisme, se croire appelées à la vie monastique ; mais cela ne dure que quelques semaines.

Comme beaucoup de dégénérées et, en particulier, celles que mon regretté maître, Paul Garnier, a étudiées sous le nom d'amoureuses de prêtres, sainte Catherine de Sienne en arriva, au temps de sa jeunesse, à s'imaginer que les moines, surtout les dominicains, étaient des hommes d'une espèce supérieure, n'appartenant pas à notre vulgaire humanité. Elle allait jusqu'à baiser la

©BIUM

place où les dominicains du couvent voisin mettaient leurs pieds en marchant. C'était un acte véritablement insensé et c'est ainsi que le jugèrent ses proches. Ils firent à la jeune névropathe les remontrances nécessaires; aussi bien la grondèrent-ils de négliger les soins élémentaires de propreté corporelle et de bienséance, cette recherche qui n'a rien d'exagéré et qui est un charme de plus chez les fillettes. Une de ses sœurs aînées, Bonaventura, la poussait surtout à donner à sa « guenille » quelques ablutions et quelques coups de peigne : on sait qu'au XIV^e^ siècle, on était peu exigeant sur ce chapitre, même en Italie, où cependant l'hygiène était plus pratiquée que dans nos régions transalpines. Bonaventura mourut brusquement. Cette mort, qui aurait navré toute autre qu'une hystérique, « rapprocha Catherine du ciel en écartant, dit l'hagiographe, celle qui avait cherché à l'en éloigner ».

En lisant de telles choses, on pense à Tartuffe; mais certainement Catherine de Sienne et Raymond de Capoue étaient sincères; mais quelle mentalité !

Bonaventura morte, les parents firent leur possible pour écarter Catherine de la vie cénobitique; mais, comme toute bonne détraquée, moins son entourage voulait la voir religieuse, plus elle se précipitait vers le cloître.

Ce qui est encore un trait pathologique intéressant, c'est qu'au lieu d'entrer en religion à la manière de tous, elle adopta une situation assez anormale. Elle chercha à s'affilier au tiers-ordre de saint Dominique, où l'on n'acceptait guère que des personnes d'un certain âge et il fallut de nombreuses démarches pour que l'Ordre consentît à s'agréger une fillette de quinze ans; toujours l'hypertrophie de la personnalité amenant à attirer les yeux de cette société qu'elle prétendait fuir. Ce tiers-ordre offrait une certaine ana-

©BIUM

logie, mais non une identité parfaite, avec celui de saint François qui existe encore. Les membres de cette association formaient plutôt une confrérie qu'une congrégation et ils n'étaient rattachés à l'ordre de saint Dominique que par un lien assez lâche, comme par exemple les béguines des Flandres sont rattachées à l'Église. Mais la règle était trop simple pour une telle exaltée et, malgré tout, elle forma, avec ses admiratrices, une sorte de communauté à demi libre où les exagérations de la dévotion se succédaient les unes aux autres. Dans ce milieu taré, et par une sorte d'émulation subconsciente, les apparitions divines succédaient aux apparitions divines ; comme dans les services de Luys ou de Charcot, les grandes attaques succédaient aux grandes attaques, les manifestations les plus bruyantes de l'hystérie aimant à se montrer dans les endroits où on les cultive en serre chaude. On sait que ces phénomènes sont dus à une imitation subconsciente.

Comme beaucoup d'hystériques, nous voyons tantôt Catherine développer au delà des limites raisonnables l'activité de son moi, tantôt le restreindre également avec exagération. Durant trois années, elle observa un strict silence, ne parlant que pour accuser ses fautes au confessionnal et ne quittait sa cellule de recluse que pour aller à la messe. Pendant ce long laps de temps, elle ne prit aucun aliment, si ce n'est un peu de pain trempé de ses larmes ; c'était l'anorexie hystérique typique. Elle se privait même de sommeil. « Elle s'était fait une loi, disait un panégyriste, de rester chaque nuit en oraison tout le temps que les dominicains, qu'elle appelait ses frères germains, prenaient leur repos. » En somme, pendant ces trois années, il y avait hypothymie, mais à un degré qui paraîtrait invraisemblable, si nous ne connaissions les *Acta sanc-*

©BIUM

torum des bollandistes et les fakirs de l'Inde, et ces petits prophètes de l'Ancien Testament, ces nabis dont Binet-Sanglé a fait à plusieurs reprises revivre la physionomie si curieuse hiéro-pathologique.

C'est pendant l'un de ces stades d'hypobiose qu'elle éprouva plusieurs fois un phénomène de lévigération très curieux. Lorsqu'elle commençait à prier à sa manière (état second), elle se sentait doucement détacher du sol et être portée à la hauteur de la voûte du sanctuaire. Alors elle éprouvait des hallucinations visuelles et auditives, une voix intérieure lui donnait des conseils et l'avertissait qu'elle était appelée à subir de grandes fatigues pour le saint nom de Dieu.

A d'autres moments, Catherine était fort dépensière et répandait en aumônes et son bien patrimonial et tout ce dont elle pouvait disposer. N'est-ce point là un fait d'hyperthymie classique, surtout lorsqu'il s'accompagnait de compositions littéraires interminables ?

Pour justifier le diagnostic d'hystérie que j'ai porté sur ce personnage bruyant, je vais citer la description de phénomènes typiques : « Ses membres étaient violemment contractés, ses yeux fermés totalement, son cou penché était tellement raide qu'il eût été dangereux de le redresser. » N'est-ce point là un accès typique de catalepsie? Elle avait de la thermo-anesthésie : « Sa belle-sœur la trouva au milieu d'un brasier ardent sans qu'elle fût brûlée et sans qu'elle portât trace de brûlures. » Elle avait d'ailleurs des stigmates et de l'hyperesthésie ; un certain jour Jésus lui enfonça un clou au milieu de la main, de telle sorte qu'il lui sembla qu'elle avait la main percée de part en part. Elle eut même à la fin de sa vie une crise de léthargie que je décris rapidement : elle défaille ; on va chercher son confesseur, le frère Thomas, qui accourt avec trois autres religieux de son ordre ; ils croient tous trois que la

©BIUM

sainte est morte, lorsque au bout de quatre heures elle rouvre les yeux, et raconte que son âme s'est enfuie de sa loge humaine pendant tout ce temps et qu'elle a été en rapport constant avec son royal époux Jésus qui lui a montré les destins des âmes au Purgatoire et à l'enfer. Elle eut même des crises hystériques typiques qu'elle décrit ainsi : « Je me roulai dans la chapelle comme une femme agitée de convulsions. »

A mesure qu'elle avance en âge, l'anorexie et les autres phénomènes hystériques augmentent d'intensité. A vingt ans, elle quitte l'usage du pain, elle ne prend plus que des salades et des légumes cuits à l'huile; mangeait-on de l'anguille, elle n'en acceptait que la tête et la queue et seulement lorsque la fraîcheur en était douteuse et qu'ils commençaient à sentir (perversion du goût), de même pour les fruits. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait (vomissement ou régurgitation hystérique). Elle n'éprouvait guère le besoin de manger : elle jeûna une fois depuis le mercredi des Cendres jusqu'à l'Ascension (pendant trois mois).

Le sommeil, qu'elle avait autrefois restreint à quelques heures par nuit, le fut encore davantage et elle en arriva à ne dormir qu'une demi-heure en deux jours, et seulement lorsque la fatigue l'y contraignait.

Voyant son état d'émaciation et de maladie, son entourage l'envoya à une station thermale pour remettre sa santé; elle en revint plus malade qu'à son départ; elle n'entrait au bain que la dernière et se précipitait vers le griffon d'où les eaux émergeaient brûlantes et cela pour s'exercer à la souffrance!

Bien entendu, comme beaucoup de religieuses du moyen âge, elle portait un cilice et abusait de l'usage de la discipline; mais ce sont là des faits vulgaires dans les couvents du XIV^e^ siècle et même d'autres époques; il serait puéril d'insister.

©BIUM

Voici d'après l'un de ses derniers panégyristes, le R. P. Charles Joyau, dominicain, la liste des souffrances physiques que Catherine présentait dans les derniers mois de son existence. Une douleur très vive au côté, ce devait être probablement ce que Paul Blocq appelait une topoalgie; des douleurs aux pieds et aux mains semblables à des piqûres faites par des dagues acérées; une douleur à l'épaule gauche et au milieu de la poitrine, une autre occupait la région frontale; de cruelles souffrances d'estomac et enfin des coups infligés par les démons qui la battaient; nous nous expliquerons plus loin sur ce que c'étaient que ces démons. Elle mourut le 29 avril 1380.

Elle paraît, contrairement à la règle, avoir conservé certains sentiments d'affection pour sa famille et, si elle ne manifesta pas grand scrupule à diminuer le patrimoine des siens par des aumônes exagérées, elle semble avoir cherché à les secourir lorsque, à la suite d'un de ces revers de fortune si fréquents alors dans les républiques italiennes, la famille Bonnecosa fut ruinée en 1368; elle aida alors plusieurs de ses frères à sortir de la misère.

Il nous reste à étudier les relations de la sainte avec Dieu et avec le Diable, les deux pôles de la religiosité au moyen âge, et aussi le rôle historique important que Catherine de Sienne joua ou passa pour jouer dans les deux grands faits de l'histoire religieuse de son temps : l'exil des papes à Avignon, que l'on appelle généralement en Italie la Captivité de Babylone, et la genèse de cet épouvantable drame du grand schisme qui frappa les croyants dans leurs sentiments les plus intimes. Ce rôle parut à certaines autorités ecclésiastiques, et non des moindres, suffisant à faire de cette détraquée la patronne secondaire de Rome : il est vrai qu'une autre école historique considère cette malade comme n'ayant eu

©BIUM

aucune influence réelle sur les événements, qu'elle a simplement bénéficié d'une légende créée au moment où le cours des événements parut se conformer à quelques-unes de ses divagations mystiques.

Les hallucinations ne sont pas extrêmement fréquentes chez les hystériques ; mais, lorsqu'on les rencontre, elles sont généralement très touffues. Je ne veux point ici prendre parti dans une querelle d'école ; je pense avec la majorité, je crois, des aliénistes français contemporains, que la folie hystérique n'existe pas, mais que l'hystérie et la folie évoluant sur le même terrain dégénératif coexistent fréquemment chez le même sujet et qu'ici il en était ainsi.

A partir de l'âge de quinze ans, la mystique que nous étudions eut des hallucinations visuelles, auditives, tactiles, etc., d'une richesse extraordinaire et cela presque journellement ; elle converse avec ses hallucinations intérieures (psycho-motrices) qui tantôt la soutiennent dans son ardeur religieuse, ce sont alors des anges, des saints, des apôtres, des prophètes, des disciples, la Sainte Vierge et le Christ lui-même ; tantôt ce sont les envoyés de l'ange déchu qui la martyrisent, la frappent, veulent la pousser au blasphème, à la damnation. Au cours de ses accès, elle se flagellait pour repousser les démons avec une telle violence que tout le voisinage en était ému, car le Christ lui-même lui avait dit mystiquement : « Choisissez pour triompher de Satan les afflictions et les peines, ne les supportez pas seulement avec patience, mais embrassez-les avec bonheur. Elles sont de vrais trésors, plus vous les endurerez par amour pour moi, plus vous m'êtes semblable. » Remarquons que les théologiens d'une certaine école auraient pu relever là un péché mortel d'orgueil et une hérésie, car il est interdit à une créature humaine de vouloir s'égaler au créateur.

©BIUM

Et cependant, comme pour montrer toute la contradiction de son esprit d'hystérique, Catherine était une scrupuleuse au dire de son confesseur Raymond : elle avait toujours peur de pécher, exagérait ses plus légères fautes et lui demandait sans cesse si elle n'était pas menacée d'encourir une punition divine.

Elle était sans cesse victime de ses hallucinations : elle racontait dans le plus menu de leurs détails les visions qu'elle avait eues. Sous l'influence d'un accès de fièvre passager elle crut voir, elle affirma même avoir vu Jésus lui-même substituer son propre visage au sien pour pénétrer plus intimement dans l'âme de sa fille bien-aimée ; c'est vraiment une idée folle comme celle que l'on rencontre de nos jours chez les mystiques internés.

Elle était arrivée à être tellement sujette à ce que nous appelons aujourd'hui les états seconds, qu'il lui suffisait de réciter l'oraison dominicale pour être transportée hors des sens, comme ces malades du service de Luys qu'un simple coups de gong faisait mettre en catalepsie. Catherine restait, dit un témoin oculaire, des heures entières dans l'attitude de la prière avec une insensibilité complète. Il y eut même une sceptique qui comme par hasard était une Française, la femme de Raymond de Turenne, qui soupçonna une fraude : elle employa pour la déjouer un procédé classique, elle enfonça une épingle dans le pied de la sainte et celle-ci naturellement ne sentit rien... La dame fut convaincue, mais pas dans le même sens que nous le sommes aujourd'hui, du résultat obtenu.

Lorsqu'on sommait la visionnaire d'expliquer ce qu'était la demeure de Dieu, elle parlait en termes vagues de merveilles ineffables, mais sans préciser, disant qu'aucun langage humain ne pourrait dépeindre les enchantements du séjour céleste.

©BIUM

Parmi ses hallucinations psycho-motrices citons, comme l'une des plus nettes, celle qu'elle eut le jour de Saint-Agapet, 1370. Catherine dit avant de communier : « Seigneur, je ne suis pas digne que vous entriez dans mon cœur », et une voix intérieure lui répondit : « Et moi je suis digne que tu entres en moi. »

Une de ces extases dura dit-on trois jours et trois nuits.

Parmi ses hallucinations il y en avait de terrifiantes. C'était ce qu'elle appelait les diables qui la tourmentaient, le plus méchant avait reçu d'elle le nom de « Malatasca » (Mauvaise poche). Satan lui-même joua à sainte Catherine bien des tours de sa façon. Il emplit un jour la chambre de l'humble vierge d'une foule horrible de démons revêtus de formes humaines et se livrant en paroles et en actes au dévergondage le plus éhonté. Cette hallucination érotico-démoniaque n'est point sans analogie avec celle de saint Antoine ermite et aussi avec celle des inanitiés. Une autre fois un diable lui dit (hallucination auditive) : « Misérable, continueras-tu encore cette vie? Nous te poursuivrons jusqu'à ta mort si tu ne consens à nos volontés. » Alors la sainte se mit à parler tout haut; peu importe ce qu'elle dit, car, en pareil cas, le bruit même de la parole articulée est une réaction de défense contre les « méchantes » hallucinations. Elle invoqua Dieu, les démons s'enfuirent en poussant des cris épouvantables et un tel fracas qu'elle crut que la maison s'écroulait et qu'une clarté « divine » remplissait la chambre.

Une légende accréditée par l'héroïne elle-même dans une de ses lettres et qui fut crue par les amateurs de merveilleux de toute époque, nous la représente écrivant sous l'empire d'hallucinations auditives et visuelles ; c'était le Seigneur qui lui dictait et cela soulageait son cœur : « Il a fait pour moi ce que le maître fait pour

©BIUM

l'enfant auquel il trace un modèle. » N'est-ce point là l'analogue de ces hystériques que la crédulité populaire nous représente comme devenues savantes en état second, alors qu'à l'état prime elles sont d'une ignorance extrême? Gilles de la Tourette a fait justice de cette tradition. Un certain jour, une hallucination lui montra Jésus-Christ donnant à sa fiancée un anneau d'or magnifique, visible seulement pour elle seule. Evidemment, il s'agit là d'un trouble halluciuatoire visuel et cénesthésique analogue à certains actes de l'ange Gabriel, lorsqu'il visitait Mahomet, ou de nos jours M^lle X...

Comme le dernier sujet que nous venons de nommer, Catherine était prophétesse : elle fit, comme la plupart de ses congénères, les plus tristes prophéties et le hasard voulut que certaines se réalisassent... ou à peu près; car on sait que la clarté n'est pas le signe dominant des faits de ce genre, et qu'avec un peu de bonne volonté et surtout lorsqu'on écrit l'histoire, après qu'elle s'est réalisée, on trouve ce que l'on veut y trouver. Elle prédit, dit-on, plusieurs années à l'avance, la mort de Grégoire XI à Rome, et le grand schisme de l'Occident. Elle conjure à bien des reprises les papes, alors exilés en Avignon, de revenir habiter Rome, la Ville Eternelle. C'était une opinion assez répandue en Italie en ce temps-là, c'était l'avis de Pétrarque et de bien d'autres que la place du prince des évêques, de l'héritier de saint Pierre était dans sa ville métropolitaine. Grégoire XI meurt à Rome : le grand schisme éclate, soutenu par des factions puissantes ; un pape règne à Rome, un autre en Avignon ; mutuellement ils se frappent eux et leurs partisans des anathèmes les plus foudroyants ; les rois, suivant leur intérêt, adoptent l'un ou l'autre de ces souverains pontifes, batailleurs et souvent simoniaques. L'ordre de Saint-Dominique, la Sainte que

©BIUM

nous étudions, tiennent pour le pontife romain, l'Italie presque tout entière est du même parti ; et elle prédit alors les nouveaux malheurs qui vont frapper l'Italie pendant cette guerre civile et religieuse qui n'a point eu de précédent.

Mais, quels que soient les arguments historiques de Pétrarque, les divagations religieuses de Catherine, le patriotisme de Rienzi, l'état social d'alors dans l'Italie centrale éloigna de Rome vers le Rhône les souverains pontifes après la tragédie d'Anagni et l'avènement de Clément V. Plus tard, après Grégoire XI, les mêmes rivalités amenèrent un résultat plus triste encore, le grand schisme succéda à la captivité de Babylone. C'est elle, Catherine de Sienne, qui passe pour avoir décidé le pape à retourner à Rome; elle avait pour cela fait un voyage en Avignon pendant lequel elle avait su attirer l'attention publique sur elle, volontairement ou non, peu importe, et le souverain pontife d'alors se laisse conduire par cette femme visionnaire que l'opinion publique lui imposait en quelque sorte, à moins qu'il n'eût foi lui-même en cette thaumaturge.

Comme beaucoup de mystiques à idées de grandeur, Catherine écrivait beaucoup pour conseiller les puissants du jour, mais au loin ses écrits étaient moins pris en considération qu'à la cour pontificale. Elle ordonna à Charles V, roi de France, de se réconcilier avec le roi d'Angleterre, elle lui transmettait les ordres de Jésus-Christ lui-même. Charles V, esprit peu porté au mysticisme, ne se laissa pas régenter par la malade italienne et son factum eut probablement le sort de tous ces placards dont de tout temps les gouvernements sont inondés.

Enfin, du vivant même de la mystique fille de Sienne, des légendes se créèrent; elle eut comme Jésus à son actif des miracles de multiplication de pains ou d'am-

©BIUM

phores à plusieurs reprises : il n'y a pas lieu d'insister sur ces enfantillages, car au moyen âge il y a peu de saints dont on n'eût raconté pareil miracle.

Comme beaucoup de mystiques, c'est dans sa propre famille, très religieuse, qu'elle recueillit de grands succès ; elle entraîna des sœurs, des frères, des neveux, l'une même de ses belles-sœurs à embrasser la vie religieuse. Constatons aussi l'influence qu'elle eut sur ses confesseurs, ses secrétaires (elle en eut trois), dans Sienne, où contrairement à la Sagesse des nations, elle était prophète, et dans cet ordre de saint Dominique auquel elle était affiliée et jusqu'à Raymond de Padoue, son confesseur et son biographe, qui raconta d'elle bien des traits incroyables : non qu'il ait été capable de tromper volontairement, mais en acceptant pour vrais des faits dont il n'avait pas été témoin lui-même et qui étaient racontés, soit par la renommée publique, soit par d'autres religieux de son ordre dont la bonne foi avait été surprise. N'oublions pas non plus que cette biographie tient à la fois du panégyrique et de l'oraison funèbre, genres littéraires dont il ne faut pas toujours accepter sans vérification toutes les allégations.

A force de maltraiter son corps, de refuser la nourriture, de se priver de sommeil, tous moyens qu'elle employait pour lutter contre les embûches de l'enfer et qui en augmentaient réellement l'intensité, par suite de la faiblesse physique qu'ils entraînaient, Catherine de Sienne finit par mourir le 29 avril 1380 dans un état de maigreur extrême, après une très longue et très cruelle maladie. Sa mort, comme bien l'on pense, s'accompagna de prodiges de toute sorte, de la description desquels je fais grâce au lecteur.

On n'attendra pas de moi la description des miracles qui se firent sur le tombeau de la sainte dont le corps dégageait une odeur suave ; ce sont les éternels récits

©BIUM

que le XIV[e] siècle prodigua à tous ses morts illustres : les aveugles recouvrent la vue, les convulsions sont guéries ; mais j'ajouterai que pendant sa vie elle put déjà guérir des accidents hystériques, comme on le voit encore de nos jours à la piscine de Lourdes aussi bien que chez le neurologiste en renom, toute émotion intense étant capable d'amener ce résultat. Elle accepta, dit son biographe, de chasser le démon du corps d'une fillette et de lui donner asile dans le sien propre, car telle était la volonté du Seigneur ; le diable était de bonne humeur ce jour-là et dispensa la bienfaitrice de l'enfant de sa présence.

On attribua aussi à Catherine des phénomènes de clairvoyance comme à toutes ses pareilles. S'agit-il de faits apocryphes ou bien la vierge de Sienne, qui paraît avoir été une personne très intelligente, arrivait-elle à interpréter des jeux de physionomie ou des caractères qui passaient inaperçus pour d'autres, comme cela existe dans le cumberlandisme ?

J'ajouterai, avant de terminer, que son dévouement pour les pauvres fut sans borne, qu'elle fréquentait les hôpitaux encombrés au lendemain des batailles, et, au moment de la peste noire de 1374, aussi meurtrière que celle de 1348, elle secourait les lépreux et passa même pour avoir opéré des guérisons miraculeuses : celle d'un chapelain nommé Mathieu, attaché à l'hospice Sainte-Marie de la Miséricorde entre autres.

Elle présenta, à une certaine époque de sa vie, un phénomène extrêmement curieux, analogue à celui qui a été beaucoup étudié en France ces dernières années, notamment par le D[r] Marage, l'audition colorée ; on sait en quoi il consiste. Certains sujets, que les uns considèrent comme nombreux et les autres comme assez rares, reconnaissent une couleur à certains sons : telle voyelle est rouge, bleue, etc. Catherine reconnaissait

©BIUM

une odeur au péché. Il s'agit évidemment d'associations interférentielles de sensations de divers ordres qui arrivent à créer entre elles des connexions psycho-sensorielles et plus généralement un rapport purement imaginatif entre deux faits, l'un sensoriel et l'autre quelconque. C'est, en somme, prendre *stricto sensu* l'expression odeur de sainteté ; certains hystériques ont des troubles psychologiques analogues de nos jours encore.

La réputation de la sainte grandit encore après sa mort. Le 29 juin 1461, un Siennois célèbre, Æneas Sylvius Piccolomini, un des plus grands hommes de son temps, devenu le pape Pie II, la canonisa au milieu de fêtes solennelles. Ce n'était pas un mystique que le célèbre humaniste, mais il voulut rendre hommage à Sienne, sa patrie, et à l'une de ses religieuses célèbres.

Un trait intéressant qui peint bien le milieu où vivait la sainte que nous étudions. C'est par un songe que son biographe, le pieux Raymond de Capoue, apprit son entrée au ciel ; par ce simple détail on comprendra que, en fait de miracles, l'entourage de la sainte n'était pas difficile à convaincre.

Quelques années après sa canonisation, sa maison natale devint un couvent et est restée telle depuis lors. Ce monastère fut décoré de tableaux représentant la bienheureuse par Fra Angelico (qui était, lui aussi, dominicain), puis par Fra Bartolomeo della Porta ; le chef-d'œuvre de ce dernier est aujourd'hui au Louvre.

Enfin Pie IX, dont la situation n'était pas sans quelque analogie aux yeux des catholiques avec celle des papes du XIV^e^ siècle avant la captivité de Babylone et qui était enclin à un certain mysticisme, qui n'était pas celui du XIV^e^ siècle d'ailleurs, fit de cette visionnaire la patronne secondaire de Rome.

Tout ceci est logique et cohérent : les visionnaires, les

monoïdéistes, les mattoïdes, comme les appelle Lombroso, les demi-fous de Grasset, soulèvent les foules; cela est de tous les temps et de tous les pays. « Le cœur a, dit Pascal, des raisons que la raison ne connaît pas. »

Mais si le mysticisme a pu avoir sa grandeur à certaines heures de l'histoire, il n'est pas sain pour les névropathes de se repaître de la lecture des mystiques, surtout des théologiens mystiques qui sont tout particulièrement dangereux pour les jeunes filles et, loin de citer la sainte comme un exemple, je m'appuierai sur la haute autorité de Bossuet pour déconseiller la lecture de sa vie : l'illustre évêque de Meaux, que les contemporains regardaient comme un Père de l'Église, se vantait de n'avoir point lu saint François de Sales.

©BIUM

Pathologie.

CONSIDÉRATIONS
SUR LA
NATURE DES MALADIES MENTALES

Par le Dr JOUCHTCHENKO
Professeur agrégé de l'Université de Saint-Pétersbourg.

Les doctrines sur la nature des maladies mentales ont subi récemment un développement particulier, grâce aux nouvelles théories biologiques et surtout grâce aux méthodes de chimie biologique et de chimie physique. Ces méthodes appliquées à l'étude des maladies psychiques nous permettent non seulement de pénétrer plus avant dans l'étude des troubles divers qui amènent chez l'homme des maladies mentales, elles nous laissent aussi espérer des progrès considérables dans la thérapeutique de ces maladies et les moyens rationnels de lutter avec le mal qui a une aussi grande importance à l'époque que nous traversons.

Toutes les conditions de la vie contemporaine qui vont en se compliquant sans cesse aussi bien au point de vue intellectuel que social, les excès d'une part et la misère de l'autre, la richesse et la pauvreté, les maladies, les intoxications, etc., ne contribuent certes pas, à la diminution du nombre d'individus à l'âme débile et malade ; bien au contraire. La lutte avec ce

©BIUM

mal est bien le devoir de ceux qui ont l'âme saine, aussi bien au point de vue de la miséricorde que de celui de la défense personnelle.

Des branches spéciales de la biologie et de la médecine, aussi bien que le droit et les sciences sociales, s'occupent de cette question.

L'étude du passé facilite la compréhension des temps présents et permet de prévoir l'avenir. Aussi devons-nous tout d'abord jeter un regard rapide sur le passé.

La conception de la nature des maladies mentales, autant dire de leurs causes, a toujours reflété, comme cela a lieu aujourd'hui encore, les doctrines admises sur la nature en général et sur la nature humaine en particulier; car, pour tous, l'homme n'est qu'une parcelle de la nature vivante.

Autant qu'il nous est possible de le savoir, l'homme primitif ne savait pas séparer sa personnalité de la nature environnante. Tout ce qui l'entourait était à ses yeux animé de vie, tout comme lui-même. Il attribuait les maladies mentales, aussi bien que les maladies somatiques, à l'influence des forces animées et cherchait dans cette occurrence le secours de ceux qu'il croyait communier avec ces forces mystérieuses ; dès qu'il tombait malade, il avait recours aux sorciers et aux prêtres. Même, beaucoup plus tard, par exemple chez les anciens peuples civilisés, l'étude et le traitement des maladies mentales étaient confiés aux prêtres, qui détenaient tous les secrets de la science, entre autres la science de la nature humaine et les soins dus aux maladies, notamment la médecine. Tout cela était dans l'ordre des choses, en parfaite harmonie avec la conception même de la nature.

A cet égard, le siècle du suprême développement de la civilisation grecque mérite d'être considéré comme un phénomène presque exceptionnel.

©BIUM

Sous l'influence des doctrines philosophiques de l'époque, l'étude des maladies mentales a atteint un développement inconnu jusqu'alors. En lisant les travaux du « père de la médecine », Hippocrate, on ne peut s'empêcher d'en être frappé. Les troubles mentaux étaient considérés à cette époque comme les troubles de l'organisation physique. Certaines des idées qui régnaient alors n'ont été élucidées et scientifiquement confirmées que tout récemment. Mais cette façon d'envisager les choses ne dura point et, à partir des IIIe et IVe siècles de notre ère, la conception des troubles mentaux n'échappe guère à l'influence des idées philosophiques et religieuses, suivant lesquelles la nature est double : d'un côté l'Esprit sans fin, ni commencement, l'Esprit créateur ; de l'autre, la création, le monde périssable, visible et tangible.

En rapport avec cette doctrine, la nature humaine est également considérée comme étant double : d'une part, l'esprit actif et immortel ; d'autre part, la chair mortelle et périssable. L'esprit attire l'homme vers la source même de la vie, vers le bien ; la chair le dirige vers le mal, vers les péchés, les maladies et la mort.

La doctrine sur la nature des maladies mentales fondée sur de pareilles idées, s'exerça d'une façon particulièrement violente et fanatique pendant la sombre époque du moyen âge. Pendant cette époque, on considéra les aliénés comme des pécheurs impénitents, ou bien comme des individus en possession de l'esprit du mal. Etant donnée cette façon de voir, le traitement des maladies mentales consista alors en rites religieux, conjurations, voire la question et la mort sur le bûcher, laquelle devait réconcilier le pécheur avec Dieu. Cette façon d'envisager les maladies mentales fut adoptée jusqu'au XVIe siècle, et, à quelques différences près, jusqu'au XVIIIe siècle, moment où s'opéra le retour

©BIUM

décisif vers les idées des grands médecins de l'antiquité.

Au XVIII^e siècle, on proclama hautement que les maladies de l'âme, c'est-à-dire les maladies mentales, n'étaient autre chose que les manifestations des troubles survenus dans le fonctionnement de l'organisme, et, comme telles, devaient être étudiées à l'égal des autres maladies par les médecins, et non pas par les philosophes ou les prêtres, et que la psychiatrie devait se servir des mêmes méthodes scientifiques que les autres branches des sciences médicales.

Mais la proclamation des principes scientifiques par les princes de la science et leur application sont deux choses différentes. Il en fut de même pour la psychiatrie. Même au milieu du siècle dernier, certains aliénistes connus professaient les vieilles idées métaphysiques et religieuses. L'aliéniste de Leipzig, Heinroth, par exemple, professait que la vie de l'âme est indépendante de la vie somatique et que les troubles mentaux tiennent à la maladie de l'esprit et non à celle du corps. Selon lui, la mélancolie, l'aliénation mentale, etc., est œuvre de l'esprit vicieux et orgueilleux et de la volonté viciée. Aussi, est-ce la faute des malades, puisque spontanément ils se sont adonnés au péché, par la force duquel l'âme est tombée au pouvoir de la chair qu'elle devrait dominer. Les personnes vertueuses ne deviennent pas aliénées, et ainsi de suite.

La psychiatrie de nos jours n'a rien de commun avec des vues pareilles ; mais d'autres sciences ont gardé encore pas mal de ces idées métaphysiques ; il suffit de mentionner par exemple la théorie sur la volonté criminelle, admise par le Droit.

Tout le monde connaît les idées du peuple sur les aliénés. Qui n'a entendu parler des légendes fantastiques se rapportant aux aliénés et des « miracles »

©BIUM

opérés par les aliénistes? Ces légendes sont prises au sérieux non pas seulement par les ignorants.

La grande majorité ne conçoit pas de la même façon les maladies mentales et les autres maladies; elle a une tendance à voir dans les troubles mentaux les manifestations des forces mystérieuses et surnaturelles.

Mais, le mystère réside dans la complexité même de l'organisation et du fonctionnement de l'organisme humain; donc les troubles mentaux ne sont ni plus ni moins mystérieux et intéressants que d'autres maladies, encore peu élucidées.

Pendant le XIX^e^ siècle, et aussi de nos jours, la théorie sur la nature des maladies mentales et sur leur traitement reflète surtout deux façons d'envisager la nature: la théorie du parallélisme psychophysique et le matérialisme.

La première tire son origine de Spinoza et est connue sous le terme de panthéisme. La doctrine du parallélisme psychophysique est née de la précédente et porte ce nom à partir de la seconde moitié du siècle précédent.

Selon cette théorie, nous percevons la nature au moyen de deux catégories de phénomènes, matériels et spirituels. Ces deux catégories de phénomènes sont inséparables l'une de l'autre et, en quelque sorte, parallèles. Il suffit de connaître les modifications survenues dans l'ordre matériel pour juger les changements ayant eu lieu dans l'ordre psychique. La même théorie poussée un peu plus loin considère la vie psychique comme une espèce de supplément de la vie physique. Ainsi comprise, la théorie du parallélisme psychophysique se rapproche considérablement d'une autre théorie sur la nature, savoir : la doctrine du matérialisme pur, pour laquelle la matière est la seule assise du monde vivant, spirituel aussi bien que matériel.

D'après cette dernière théorie, l'organisme humain,

©BIUM

en tant qu'une portion du monde matériel, est composé des molécules de matières très complexes. C'est par les diversités dans la disposition et le mouvement de ces molécules que la théorie matérialiste explique toutes les manifestations de la vie, y compris les manifestations de la vie psychique.

Le développement de toutes les sciences médicales dans le cours du XIXe siècle porte une forte empreinte de ces théories.

On sait que, pendant cette période, la médecine a réalisé de très grands progrès. L'histoire de l'humanité n'a jamais traversé de période aussi brillante. Grâce au perfectionnement du microscope et de la technique microscopique en général, les études anatomiques des corps sains et malades ont atteint des résultats inconnus jusque-là ; aussi les branches de la médecine se rattachant à la morphologie ont-elles reçu le plus grand développement. Malheureusement, la psychiatrie, la science qui a pour but l'étude des maladies mentales et leur traitement, a le moins profité de ces progrès.

D'autres sciences médicales ont pu mettre, au XIXe siècle, au premier plan, au lieu de la symptomatologie, c'est-à-dire l'étude des symptômes de la maladie, l'étiologie et l'anatomie pathologique et même élaborer une nouvelle classification basée sur ces dernières données ; la psychiatrie, au contraire, mettait toujours en avant les études symptomatologiques, toujours plus imparfaites et dépendant du hasard.

Les méthodes d'investigation les plus utilisées par la psychiatrie étaient les méthodes symptomatologiques, c'est-à-dire l'étude des manifestations de la psychologie normale et pathologique, et les maladies mentales étaient désignées dans la classification par les particularités symptomatologiques qui sautaient le plus aux yeux. Si, par exemple, on constatait chez le malade la

©BIUM

tristesse, l'humeur chagrine, la dépression, c'était la mélancolie. Si c'était l'humeur gaie, l'excitation qui dominait le tableau, c'était la manie ; si c'était l'obnubilation de l'esprit, c'était la démence ; si le malade était immobile, réagissait peu, c'était la stupeur ; si enfin, le malade était en proie aux idées délirantes, c'était le délire vésanique, etc.

Cette classification a aussi peu sa raison d'être que la classification des maladies du poumon qui serait basée sur les caractères de la toux, de la dyspnée, du nombre de mouvements respiratoires, etc.

Cependant, dès le premier tiers du XIX^e^ siècle, on s'était mis à étudier les lésions anatomo-pathologiques du système nerveux ; et l'on vit Bayle et Calmeil, en 1826, publier leurs travaux qui constituèrent la paralysie générale progressive. Ces recherches anatomo-pathologiques du cerveau prirent plus tard un plus grand essor, grâce au microscope, et permirent, à Rokitansky entre autres, de donner plus de précision aux lésions qui provoquaient cette maladie.

On vit alors que, aux divers stades d'évolution de cette affection, on constate les syndromes psychopathologiques énumérés ci-dessus, la mélancolie, la manie, l'incohérence des idées, le délire, la stupeur, etc. Dès lors, la tendance vers la classification rationnelle s'accuse de plus en plus ; on cherche à définir toutes les maladies mentales de même que cela a été fait pour la paralysie progressive, non pas par les manifestations psychologiques extérieures, qui sont plus ou moins effet du hasard, mais par la nature même des processus pathologiques, en choisissant le terme qui serait caractéristique pour ledit processus pendant toute sa durée. De nos jours, la psychiatrie clinique traverse encore ce stade d'évolution. Quel chemin faut-il suivre dans l'étude de ces processus ?

©BIUM

Je me permettrai ici de m'écarter un moment de mon sujet pour rappeler une nouvelle de notre inoubliable A. P. Tchechow, « Le moine noir », et de rappeler la conversation entre le héros de la nouvelle, Korwine, et le moine qui lui apparaît dans ses hallucinations. Ce moine, quand Korwine lui demande : « Qui es-tu ? », répond : « Je suis la légende, le mirage ; je suis le produit de ton imagination surexcitée. Je suis le spectre. » « Tu n'existes pas alors ? » demande Korwine. « J'existe dans ton imagination qui est une part de la nature, donc j'existe dans la nature », réplique le moine.

Ces quelques paroles du grand écrivain et penseur contiennent une réponse, digne d'être notée, à la question sur la vie de l'âme malade et de l'âme saine. Jusqu'aujourd'hui, la psychiatrie s'occupait surtout, pour nous servir des expressions de Tchechow, des troubles de l'imagination, « des mirages », c'est-à-dire des symptômes psychologiques ; maintenant elle cherche à élucider d'une façon objective les processus mêmes dont ces « mirages », ces troubles de l'imagination, sont l'expression.

Pour l'étude de ces processus, l'aliéniste a à sa disposition, outre la méthode psychologique, la méthode morphologique ou bien anatomo-pathologique et enfin la méthode biochimique ou physico-chimique.

Puisque, pendant le XIX^e^ siècle, la psychiatrie a surtout réalisé des progrès dans le domaine de la symptomatologie des maladies mentales, c'est précisément dans ce domaine-là qu'on a pu beaucoup faire quant à la façon de soigner et de traiter les aliénés.

Le développement ultérieur de la psychophysiologie expérimentale et de psychopathologie ne manquera pas de mettre la question de la symptomatologie et du traitement, aussi bien que celle de l'éducation des

©BIUM

malades, sur une base encore plus solide, en la dégageant de tout élément subjectif.

La pédologie, la pédagogie, les sciences sociales et le droit profiteront beaucoup de ce progrès ; on ne peut pas en dire autant de la psychiatrie clinique.

Quant aux recherches d'ordre morphologique, elles sont poursuivies par la psychiatrie depuis près d'un siècle et ont déjà contribué, comme nous l'avons dit ci-dessus, à définir la paralysie générale comme une unité nosologique, ensuite à élucider les particularités anatomiques de l'idiotisme et des autres psychoses dites organiques.

Ce n'est qu'aujourd'hui qu'on commence à connaître les particularités anatomopathologiques de la démence précoce. Dans un grand nombre de maladies mentales, jusqu'à nos jours, on ne trouvait point de modifications pathologiques quelconques dans le cerveau.

La méthode anatomique, appliquée à l'étude de la nature des maladies mentales, n'a pas encore dit son dernier mot ; néanmoins, on peut affirmer avec certitude que l'adoption pure et simple de cette méthode peut à la rigueur guider le diagnostic anatomique, mais ne donnera jamais la clé pour la compréhension de la nature étiologique des maladies mentales ; on ne peut pas non plus attendre d'elle le développement des moyens curatifs ni préventifs.

L'état actuel de la biologie, de la physique et de la chimie nous autorise à chercher à élucider la nature de la débilité et des maladies mentales par les théories biochimiques, lesquelles ne sont nullement en contradiction avec la conception psycho-physique de la nature, ni avec le matérialisme, et qui sont en parfaite harmonie avec la doctrine énergétique.

Rappelons ici quelques thèses de celle-ci. L'énergie est l'unique origine et la force active du monde vivant.

©BIUM

Les plus petits véhicules connus de l'énergie, ce sont les électrons qui sont dépourvus de masse. A leur tour, ils forment des atomes et des molécules. Tout ce que nous appelons matière, corps, nous nous le figurons sous forme d'énergie accumulée et organisée qui peut se transformer sans porter préjudice à la stabilité du tout. L'homme représente un amas d'énergie très complexe et hautement organisé, qui s'est formé pendant des millions d'années au moyen d'une adaptation parfaite à la nature ambiante.

L'organisme humain, comme tout ce qui est doué de vie, possède la propriété de régler durant sa vie individuelle ses actes vitaux, de les adapter aux phénomènes extérieurs et de sauvegarder ainsi jusqu'à un certain point sa personnalité physique et psychique. Diverses catégories de l'énergie participent à l'organisation si complexe de l'homme, surtout l'énergie de la forme, de la surface, et particulièrement l'énergie chimique

L'activité vitale d'une telle organisation réside dans les échanges de l'énergie, aussi bien au sein même de l'organisme qu'avec le monde extérieur. Tous les actes vitaux de notre organisme — la locomotion, la production de la chaleur, la sécrétion, les actes nerveux et psychiques — sont des manifestations du processus des échanges des énergies; ou bien, comme on le dit encore aujourd'hui, des échanges des matières nutritives.

L'homme naît, croît, vit et meurt grâce à l'action collective des énergies vitales qui lui reviennent comme don héréditaire ; l'énergie empruntée au monde extérieur par le fait de la nutrition, de la respiration, etc., a une très grande importance, il en est de même des énergies qui exercent sur nous leur influence par l'intermédiaire des appareils spéciaux, dits organes sensoriels. Tout cet échange d'énergies règle la vie de l'organisme, crée

©BIUM

la personnalité spirituelle, celle qui établit à son gré, comme on l'admet généralement, ses rapports avec le monde extérieur.

Du moment qu'on s'est placé à ce point de vue, il est tout à fait clair et simple que, pour comprendre la vie de notre organisme, il importe d'étudier sa constitution physico-chimique et les échanges des énergies qui y ont lieu. En un mot, il faut chercher à résoudre un des plus complexes problèmes physico-chimiques que jamais la nature ait créés, en décomposant ce problème en d'autres plus simples.

En étudiant les maladies mentales, il est indispensable d'élucider, au moins d'une façon sommaire, les troubles de notre organisation qui se traduisent par les symptômes des maladies mentales.

L'étude complète de la constitution physico-chimique et de l'activité vitale de l'organisme humain est pour nous un idéal, encore très éloigné. Sera-t-il jamais atteint et à quelle époque? Il est difficile aujourd'hui de l'affirmer ou de le nier d'une façon catégorique. Mais les immenses progrès réalisés tout récemment par les sciences naturelles et surtout par la chimie biologique et la chimie physique, nous autorisent d'être optimistes à cet égard. En effet, à une époque qui n'est pas encore très éloignée, les matières dites organiques étaient considérées comme n'étant pas à la portée de la synthèse expérimentale ; on jugeait impossible leur obtention *in vitro* ; or, actuellement, on a déjà obtenu par la voie de la synthèse maints produits complexes des échanges qui ont lieu dans l'organisme animal.

On a pu préparer artificiellement les matières constituantes de l'organisme, telles que les matières hydrocarbonées, les graisses et enfin les acides aminés complexes qui forment la molécule des matières albumi-

©BIUM

nées, lesquelles sont les composés organiques les plus complexes qui soient connus.

Le célèbre savant E. Fischer nous promet la réalisation prochaine, de son vivant encore, de la synthèse de certaines matières protéiques, ces matières qui font la base de la vie. Rappelez-vous les progrès de la théorie sur l'état colloïdal de la matière, etc.

Nous ne pouvons ici qu'effleurer tout ceci, et ne pouvant nous arrêter sur le but idéal de la science, nous devons revenir à notre sujet, c'est-à-dire la nature biochimique des processus qui sont la cause première des maladies mentales ; d'autant plus qu'il est plus simple et plus facile pour la science contemporaine d'expliquer les particularités de ces processus que de résoudre le problème de l'ensemble des phénomènes physico-chimiques de la vie humaine.

Nous pouvons aller plus loin : en effet, même aujourd'hui, nous pouvons déjà saisir en partie la nature des troubles biochimiques de l'organisme qui se traduisent par les maladies mentales.

Un exemple nous permettra d'illustrer ce qui a été dit sur l'application de trois méthodes fondamentales en psychiatrie : un sujet, devenu récemment malade, vient consulter les aliénistes. Sa température est normale, il se tient mal sur ses jambes, son discours est incohérent, il a peu conscience de tout ce qui l'entoure, il rit fréquemment et pleure sans cause, etc. En un mot, il donne l'impression très nette de l'aliénation mentale.

Le représentant de l'école purement psychologique, celle qui a surtout en vue les symptômes, étudiera chez ce malade l'état de la conscience, son humeur, sa mentalité, sa façon d'agir, la sensibilité, les réflexes, etc. Si la maladie aboutit à la mort, les organes du sujet seront soumis par le représentant de l'école anatomique à l'examen microscopique détaillé, lequel pourra mettre

©BIUM

en évidence certaines modifications dans la structure du cerveau, généralement peu caractéristiques. Quant au représentant de l'école biochimique, sans renoncer aux recherches psychologiques et anatomopathologiques, il commencera par examiner les sécrétions et les excrétions de ce malade, son sang, etc. De cette façon, il aura vite établi que le malade est en état d'intoxication, mettons d'intoxication alcoolique. Si la suppression de l'alcool n'amène aucune amélioration, le psychiatre biochimiste reprendra ses recherches et pourra mettre en évidence, outre l'intoxication alcoolique, le morphinisme, le botulisme, etc., c'est-à-dire l'intoxication par les poisons exogènes. Mais ses recherches peuvent aboutir à d'autres conclusions. Elles pourront montrer — et le montrent, en effet, généralement — que le malade est intoxiqué par les poisons non pas exogènes, mais par ceux qui se sont formés dans l'organisme même. L'aliéniste passera alors à un autre problème, lequel, pour être difficile, n'est pourtant pas insoluble. Il cherchera à élucider la nature de ces poisons endogènes, de cette auto-infection, et savoir quels sont les troubles des échanges nutritifs qui amènent la formation desdits poisons, etc.

Nous devrions, pour rendre cette leçon plus complète, exposer ici, au moins sommairement, la théorie de l'auto-intoxication et des troubles qui peuvent survenir dans les échanges nutritifs en général et chez les aliénés en particulier. Mais nous n'avons ici à notre disposition que quelques minutes, et pour familiariser un peu les étudiants avec ces méthodes, il nous a fallu l'année dernière tout un semestre (1). Tâchons cependant d'effleurer rapidement cette question.

(1) Jouchtchenko. *La nature des maladies mentales et leur étude au point de vue biochimique*. Saint-Pétersbourg, 1912.

©BIUM

Hippocrate déjà et ses élèves expliquaient les troubles de la mentalité par l'action des humeurs altérées de l'organisme. Cette doctrine fut tout à fait oubliée dans la suite. Elle ne ressuscita qu'à la fin du XIX^e siècle et acquit une base plus solide quand les recherches biochimiques eurent démontré que le sérum du sang, ainsi que les sécrétions et les excrétions d'un grand nombre d'aliénés contiennent des poisons qui se sont développés au sein même de l'organisme. Un certain nombre de ces poisons furent étudiés expérimentalement et même préparés dans le laboratoire. Il se trouva cependant que l'intérêt principal de la question gît non pas autant dans les poisons mêmes que dans les perturbations, dans les échanges nutritifs qui leur donnent naissance et font obstacle à leur excrétion.

Dès lors il fut clair qu'on ne peut guère se borner à l'obtention et à l'étude chimique de ces poisons endogènes, qu'il faut aller plus avant, qu'il faut chercher à se débrouiller, du moins d'une façon schématique dans le problème complexe des échanges nutritifs dans l'organisme sain et à étudier, sinon tous les écarts de l'état normal qui s'accompagnent des troubles mentaux, du moins les plus accusés d'entre eux.

Pour expliquer ce qui vient d'être dit, arrêtons-nous sur un exemple, facile à comprendre. Tout le monde connaît la maladie dite la goutte. Les accès de goutte se traduisent d'ordinaire par des douleurs dans les articulations des doigts, des orteils et d'autres parties du corps. Les recherches chimiques ont démontré que, dans l'organisme des goutteux, l'échange nutritif est très compromis ; entre autres troubles, on constate les troubles dans les échanges des parties phosphorées de la cellule, des matières nucléiques, à la suite desquels on voit s'accumuler dans l'organisme des produits de décomposition de ces matières, notamment de l'acide urique et

©BIUM

des bases xanthiques dont la composition les rapproche du corps précédent. Or, ce trouble des échanges ou bien, comme on dit, la diathèse goutteuse, peut se traduire non seulement par les douleurs articulaires, musculaires et névralgiques, mais aussi par les maladies les plus diverses, comme l'asthme, la migraine, etc., et enfin par des troubles mentaux. Mais ceci demande explication quant au côté pratique de la chose. L'aliéniste, ayant établi à l'aide des recherches biochimiques que la maladie du sujet est due à la diathèse goutteuse, ne se contentera plus du diagnostic symptomatologique, tel que la mélancolie, la manie, l'hystérie, etc., ne mettra plus au premier plan les prescriptions, telles que la suralimentation, le repos ou bien les distractions, ou le traitement psychique, etc.; avant tout, il devra suivre le traitement antigoutteux et prescrire le régime correspondant. On pourrait en dire autant des autres troubles des échanges nutritifs et des autres diathèses connues. Les recherches biochimiques commencent aussi à élucider le fait des relations existant entre les maladies mentales et les maladies infectieuses, fait connu déjà depuis longtemps. Vous savez que les maladies typhiques, l'érysipèle et d'autres infections encore se compliquent souvent du délire fébrile et des troubles psychiques véritables. Le rôle joué dans l'étiologie des maladies mentales par les infections syphilitique et tuberculeuse est encore plus considérable.

D'autre part, les aliénistes savaient que les maladies mentales chroniques sont souvent guéries si le malade contracte la fièvre typhoïde, l'érysipèle, l'anthrax, etc. D'autres aliénés, au contraire, ne résistent pas aux infections qui ont souvent chez eux une terminaison fatale. La psychiatrie d'aujourd'hui, appuyée sur la biochimie, cherche à mieux élucider la nature de ces relations. Grâce à l'application des réactions biochimiques,

©BIUM

dites réactions de l'immunité, et l'étude des ferments, on a déjà pu réaliser dans ce domaine quelques progrès. Ces nouvelles recherches permettent de mieux élucider la nature des processus pathologiques qui s'accompagnent des troubles mentaux. Ainsi, rien que par l'analyse du sang et du liquide céphalo-rachidien, nous pouvons dès à présent déjà établir qu'un tel malade est atteint de paralysie générale, tel autre de syphilis du cerveau, de tuberculose des méninges, de cancer de ces dernières, etc. A l'aide des réactions biochimiques, on a découvert dans l'organisme de certains aliénés quelques corps albuminoïdes, lipoïdes et enfin lipo-albuminoïdes qu'on ne trouve point chez les personnes saines d'esprit ou, en tout cas, jamais dans les proportions aussi considérables que chez les aliénés.

Pour mieux faire apprécier toute l'étendue et toute l'importance de ces recherches biologiques, il suffit de vous dire que de trois échantillons de sang soumis à l'analyse, dont l'un est pris chez une personne saine, l'autre chez un paralytique général, le troisième chez le malade atteint d'imbécillité primaire, nous pouvons dire infailliblement, à l'aide des simples réactions, de quelle personne provient le sang. A l'aide des mêmes réactions sérologiques, nous pouvons diagnostiquer la grossesse, différencier le sang d'un Anglais de celui d'un Malais, etc.

Les recherches biologiques encore ont démontré que les processus de fermentation sont altérés dans l'organisme des aliénés en ce qui concerne la sécrétion interne aussi bien que pour la sécrétion externe. Ceci demande explication pour ceux qui ne sont pas naturalistes. Vous savez que les aliments, introduits dans le tube digestif et fournissant à l'organisme des réserves latentes d'énergie, sont soumis dans l'estomac et dans l'intestin à l'action des sucs digestifs. Ces sucs dissolvent et

©BIUM

décomposent en partie les aliments ; après quoi ceux-ci, ainsi préparés, pénètrent dans le sang et les tissus.

Les corps contenus dans les sucs digestifs et possédant la faculté de dissoudre et de modifier rapidement les aliments à la température du corps, s'appellent ferments ou enzymes. Il existe des ferments pour chaque genre d'aliments, pour les graisses, les sucres, les protéines, etc. Ayant pénétré dans les sucs de l'organisme, les aliments, ainsi modifiés, subissent de nouvelles modifications pour entrer, sous forme de corps complexes, dans la constitution de notre corps, ou bien sont décomposés plus profondément encore et représentent des réserves d'énergie qui sont indispensables pour le fonctionnement de l'organisme. Tous les processus qui ont lieu dans les tissus mêmes sont également dus à l'activité des ferments des tissus (enzymes). Ce sont précisément ces processus reversibles de fermentation qui règlent les échanges nutritifs et maintiennent l'ordre dans l'économie de l'organisme animal. Or, les recherches récentes montrent que ces processus régulateurs, chez un grand nombre d'aliénés, sont compromis. Donc, pour rétablir la mentalité normale chez ces malades, il importe avant tout d'étudier chez eux ces processus de fermentation et de les ramener à l'état normal. C'est justement le but de la psychiatrie de nos jours.

Les examens du sang et des humeurs de l'organisme, ainsi que les analyses chimiques des organes après la mort, montrent que, chez quelques aliénés, on constate des troubles du fonctionnement dus aux changements de la teneur en partie colloïdes de la cellule — protéines et corps lipoïdes — et des échanges nutritifs. Les recherches du même ordre ont déjà mis en évidence l'importance des corps susindiqués dans les processus de l'immunité et de la fermentation dont nous venons de

©BIUM

parler et leurs rapports avec les échanges de quelques matières cristalloïdes, sels de natrium, de calcium, de magnésium, de l'arsenic, du fer, etc. Il se trouve que, par l'introduction ou l'élimination exagérée de tels ou tels autres sels, on peut, jusqu'à un certain point, régler les échanges nutritifs. Voici encore un champ nouveau pour la thérapeutique des maladies mentales.

Arrêtons-nous encore sur une question qui concerne une conquête toute récente de la science et qui a une grande importance.

Vous savez que les sucs digestifs sont sécrétés par les glandes diverses, les glandes salivaires, stomacales, intestinales, pancréatiques, etc. Ces glandes, comme les glandes sudoripares, sont dites glandes à sécrétion externe puisque leurs produits sont sécrétés en dehors. Mais il en existe encore d'autres, dites glandes à sécrétion interne, dont les produits sont déversés directement dans les liquides de l'organisme. Le fonctionnement régulier et synergique de ces glandes régit tous les échanges nutritifs si complexes qui ont lieu au sein des tissus, entre autres dans le cerveau. Du moment qu'une de ces glandes à sécrétion interne ne fonctionne plus, le fonctionnement de l'organisme est à son tour gravement compromis. Des troubles graves surviennent aussi dans les processus de fermentation et les phénomènes de l'immunité, et l'animal en expérience périt rapidement.

Les affections de ces glandes chez l'homme amènent des troubles graves des échanges nutritifs qui sont souvent accompagnés de troubles considérables de l'état nerveux et de la mentalité. Les rapports qui existent entre les nombreuses maladies nerveuses et mentales, d'une part, et les troubles survenus dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne, de l'autre, sont nettement établis par les méthodes cliniques, anatomiques et biochimiques. En provoquant expérimentale-

©BIUM

ment chez les animaux les troubles du fonctionnement de ces glandes, si importantes malgré leurs petites dimensions, surtout du corps thyroïde, on peut amener chez eux des troubles graves des échanges nutritifs, qui s'accompagnent de convulsions et d'autres symptômes cérébraux rappelant certains phénomènes morbides ayant lieu chez les aliénés.

Les aliénistes et les neuropathologistes n'ignorent plus, grâce à ces recherches, que dans certains cas de maladies nerveuses et mentales, le traitement des symptômes est inutile ; au contraire, le traitement par les sucs et les tissus des glandes à sécrétion interne et le régime diététique convenable donnent des résultats très réels, quelquefois même surprenants. Dans d'autres cas, il est indiqué d'avoir recours aux opérations de transplantation ou bien d'extirpation des portions malades des glandes. Voilà encore des champs nouveaux pour le traitement des maladies nerveuses et mentales. Bien des choses nous restent encore obscures dans le domaine de la sécrétion interne ; mais un grand nombre d'observations nous autorisent à admettre que le mode de fonctionnement des glandes à sécrétion interne présente beaucoup d'analogie avec celui des glandes à sécrétion externe. Ainsi, les glandes surrénales semblent avoir une action directe sur l'échange des matières lipoïdes ; la glande thyroïde a une influence sur l'échange des protéines, surtout sur celles qui sont riches en phosphore ; le pancréas, sur celui des matières hydrocarbonées, etc.

Vous conviendrez maintenant que les études biochimiques sur la nature des maladies mentales offrent un champ immense pour les recherches fructueuses. Ces recherches nous aideront à saisir la nature des processus qui sont la cause première de la débilité de l'esprit et des maladies mentales. Nous irons même un peu plus

loin en exprimant encore une fois l'espoir que l'étude biologique et physicochimique de la vie organique sera d'un aide puissant dans l'œuvre de révélation du grand mystère de la vie et, partant, des manifestations de la vie de l'âme qui, entre tous les phénomènes de la vie, sont les plus mystérieux ; elles aideront ainsi l'homme « à apprendre à se connaître » et à résoudre ainsi le problème le plus difficile qui ait jamais tenté l'intelligence de l'humanité.

©BIUM

INFLUENCE DES ÉMOTIONS

SUR LA GENÈSE DE LA CONFUSION MENTALE

Par M. Adam CYGIELSTREJCH

Assistant au laboratoire de l'Institut psychologique polonais de Varsovie.

Maintenant que nous connaissons les troubles psychiques que les émotions peuvent déterminer (1), il nous reste à élucider une autre question : comment passer des émotions à leurs conséquences mentales ? Cette question pourrait aussi être posée de la façon suivante : par quel mécanisme, par quel processus une émotion donne-t-elle naissance à un trouble mental ?

En parcourant les diverses explications qu'on en peut fournir, nous nous sommes arrêté plus spécialement sur le processus de l'auto-intoxication. Dans les pages qui suivent, nous essaierons de démontrer que les émotions, en agissant sur l'organisme, produisent des troubles de la nutrition suivis généralement d'une intoxication de l'économie et surtout du cerveau. C'est cette intoxication par voie endogène ou auto-intoxication qui est la cause dernière des affections mentales d'origine émotionnelle.

Pour prouver notre assertion, il faudra démontrer deux choses :

1° Qu'une auto-intoxication peut provoquer une affection mentale ;

(1) Voir mon travail : Les conséquences mentales des émotions de la guerre, *Annales médico-psychologiques*, février et mars 1912.

©BIUM

2° Qu'une émotion est capable de provoquer une auto-intoxication de l'organisme.

Ces deux points établis, il en résultera logiquement qu'une émotion peut donner naissance à un trouble psychique par voie d'auto-intoxication.

I

Le rôle des auto-intoxications dans les maladies mentales est un problème ardent, qui depuis une vingtaine d'années occupe très effectivement les médecins aliénistes. On peut même dire qu'il domine absolument tous les autres domaines d'investigation de la pathologie mentale. Les documents relatifs à ce sujet sont si nombreux qu'il nous sera impossible de les décrire et de les discuter ici. En outre, ceci dépasserait les cadres de notre mémoire. Nous aurons donc soin, sans entrer dans les détails, d'esquisser un résumé, très bref et très général, de l'état actuel de la question.

On sait que l'organisme, même à l'état normal, élabore de nombreux poisons. Le maintien de la santé exige que toutes ces substances toxiques soient neutralisées, transformées ou éliminées au fur et à mesure de leur élaboration. Produites par les diverses cellules de l'économie, elles aboutissent finalement dans le torrent sanguin, qui a pour devoir de les transporter vers les différents émonctoires. C'est par cette voie que l'organisme s'en débarrasse. Les toxines, expulsées du lieu de leur élaboration, passent dans l'urine, dans les fèces, sont projetées en dehors par la respiration, par la fonction cutanée, etc. Ceci nous explique la toxicité de l'urine physiologique.

Qu'une déviation se produise dans l'activité normale de l'organisme, que les sécrétions internes par exemple s'effectuent moins abondamment, que la désassimilation

©BIUM

soit moins complète ou qu'une gastropathie quelconque survienne, immédiatement les produits toxiques de l'organisme seront augmentés et fabriqués dans une telle quantité que, malgré leur élimination progressive par les reins et les autres émonctoires, ils passeront dans le sang et empoisonneront nécessairement l'organisme. Remarquons que dans cet envahissement toxique des tissus, les cellules nerveuses, très délicates et très impressionables, seront atteintes beaucoup plus sérieusement que toutes les autres. L'empoisonnement se traduira par des troubles cérébraux plus ou moins accusés. Dans la mesure où l'intoxication fera des progrès, le désordre intellectuel augmentera aussi, et bientôt on pourra se trouver en présence d'une affection psychique reposant sur un fond absolument typique de confusion mentale. Le même effet peut encore être observé quand une des grandes voies d'élimination (l'émonctoire rénal par exemple, qui est le plus important) ne sera pas en état d'accomplir sa fonction d'une façon suffisante. Les substances toxiques, normalement enlevées par l'urine, s'accumuleront dans le sang et seront portées vers les cellules cérébrales pour y déterminer de graves phénomènes toxiques.

Les considérations théoriques que nous venons de développer ont obtenu l'appui de nombreuses recherches cliniques et de preuves d'ordre expérimental (1). L'injection intraveineuse d'urine d'aliénés au lapin semble démontrer que chez les maniaques elle est moins toxique et chez les mélancoliques beaucoup plus toxique que l'urine normale.

En se basant sur ces résultats, certains expérimen-

(1) Nous profiterons ici du rapport présenté par MM. Régis et Chevalier-Lavaure au Congrès de médecine mentale, tenu à La Rochelle, en 1893. Voir Congrès annuel de médecine mentale. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, 1893, p. 196.

©BIUM

tateurs (Chevalier-Lavaure, de Boeck et Slosse, Brugia, etc.) voulurent conclure que la toxicité de l'urine varie avec la qualité ou la nature de l'affection mentale. Mais d'autres, comme MM. Mairet et Bosc, en s'appuyant aussi sur des faits expérimentaux, pensent au contraire que la nature de la psychose importe peu et que la toxicité est proportionnelle à l'intensité de la maladie, quelle qu'en soit la forme.

Il ne nous appartient pas de nous prononcer dans cette discussion; mais ce qu'on peut tirer des faits relatés par l'expérimentation, c'est la profonde certitude que certaines formes de folie sont accompagnées d'une intoxication autochtone de l'organisme. Ici se pose la question si c'est la maladie mentale qui produit l'auto-intoxication ou bien si l'auto-intoxication, résultant d'un trouble dans l'échange matériel des tissus, donne naissance à la psychose. Il est certain que la psychose influe sur les phénomènes de la nutrition; mais il est non moins certain qu'une intoxication, *aidée par une prédisposition*, peut engendrer une psychopathie. Les nombreux exemples où la folie se développe à la suite d'une infection ou en rapport avec une lésion du tube digestif peuvent être considérés comme un commencement de preuve. Mais il y a aussi des données expérimentales. Les animaux injectés avec les différentes urines ne se comportent pas de la même façon : l'urine de maniaques produirait surtout de l'excitation, de la convulsibilité; celle des mélancoliques, de la tristesse, de l'inquiétude, de la stupeur. C'est une preuve péremptoire — comme le font justement remarquer les rapporteurs du Congrès — que l'auto-intoxication serait la cause et non l'effet de l'état mental (1).

Une autre série de preuves en faveur de cette théorie

(1) *Ibid.*, p. 92.

©BIUM

est tirée de l'étude clinique des folies des maladies infectieuses et des psychoses viscérales. L'observation montre que, durant leur stade aigu, ces psychopathies revêtent ordinairement la forme d'un délire aigu tellement analogue aux délires toxiques qu'on ne le distingue pas toujours facilement du délire alcoolique. Ceci parle assez nettement en faveur d'une intoxication. Dans les psychoses infectieuses, l'intoxication aurait pour origine les microbes ou leurs produits de sécrétion ; les psychoses viscérales se développeraient par suite d'une formation exagérée ou d'une élimination insuffisante de substances toxiques.

Il est intéressant de remarquer que la *psychose infectieuse de la convalescence*, dans toutes ses formes, présente un même symptôme très caractéristique : la confusion mentale. Donc, la *confusion mentale* doit être considérée comme une affection résultant essentiellement d'une intoxication, qu'elle soit d'origine infectieuse ou auto-toxique.

Enfin, un dernier argument, très puissant celui-là, en faveur de la thèse que nous venons de soutenir, a été fourni par la thérapeutique. Les psychoses qu'on suppose être d'origine infectieuse ou auto-toxique sont parfaitement combattues par un traitement anti-infectieux, antiseptique. Les heureux effets obtenus par l'application de cette méthode sont une preuve décisive de l'étiologie toxique des psychopathies traitées.

II

Précédemment, nous avons défini l'émotion comme un « ensemble de troubles dans toutes les fonctions de l'organisme, déterminé par l'insuffisance de l'adaptation du sujet à des circonstances données » (1). Un des

(1) Définition donnée par Janet.

©BIUM

caractères les plus importants de l'émotion, c'est qu'elle n'est pas localisée ; elle est au contraire diffuse, et ne peut être attachée à aucun siège déterminé. L'excitation émotionnelle a sa répercussion dans l'organisme tout entier ; chaque organe, chaque viscère subit des modifications en rapport avec l'intensité du choc provocateur. La diversité des réactions émotionnelles, leur incohérence même, montrent, d'une façon évidente, que le système nerveux *tout entier* a été ébranlé et mis en mouvement. La secousse, par sa violence, s'est instantanément transmise à tous les centres nerveux, bulbaires et médullaires, et a provoqué une action synergique de l'ensemble. De là, toutes les perturbations dans le domaine de l'activité physiologique.

La psycho-physiologie nous enseigne que les émotions, en général, s'accompagnent de toute une série de changements organiques, parfois très difficiles à déceler. C'est ainsi que les émotions dépressives ou asthéniques se traduisent à l'extérieur par un ralentissement de la respiration, par un affaiblissement des battements du cœur, par une vaso-constriction périphérique, par une dilatation des vaisseaux de l'abdomen, et enfin par une diminution de la nutrition, de la température, de la tonicité musculaire et de la sensibilité.

On voit que, pour les émotions asthéniques, l'action du système nerveux est surtout *de nature inhibitrice* et consiste essentiellement dans des phénomènes d'arrêt. Pour les émotions sthéniques, les phénomènes observés ne sont plus les mêmes : ils sont en opposition frappante avec les manifestations que nous venons de décrire.

Quand l'intensité du choc émotionnel dépasse certaines limites, l'ébranlement qui en résulte devient franchement excessif et entraîne des conséquences pathologiques. Mais il faut remarquer que toutes les émotions

©BIUM

ne sont pas également capables de jouer un rôle morbide. Ce pouvoir est propre plus particulièrement aux émotions dépressives.

Toutes les perturbations que la psycho-physiologie a enregistrées pour les émotions normales peuvent encore être observées dans les émotions pathologiques. Dans les deux cas, l'excitation morale agit par le même mécanisme, c'est-à-dire en provoquant des inhibitions fonctionnelles, mais dans l'émotion morbide les effets sont plus accentués, plus exagérés. Les concomitants physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire ; il en résulte des désordres qui ne sont plus passagers et inoffensifs, mais qui entraînent une rupture plus ou moins durable de l'équilibre organique.

On a dit que l'organisme est un réceptacle et un laboratoire de poisons. Ceci est parfaitement vrai. Dans les conditions normales, les poisons sont neutralisés, détruits ou éliminés ; il n'en est plus de même dans l'état d'émotion morbide. L'inhibition fonctionnelle, si caractéristique pour les états dépressifs, atteint très profondément les viscères et détermine un ralentissement ou un arrêt de leur activité.

Cette suspension, même temporaire, d'une fonction quelconque des viscères, est une condition très favorable pour l'intoxication de l'organisme. En effet, on sait le rôle joué par le foie dans la destruction des poisons : il sert comme un filtre protecteur entre l'intestin et les tissus. Que l'émotion provoque une diminution de l'activité hépatique, et la quantité des substances toxiques augmentera d'une façon notable. Il s'ensuivra une véritable auto-intoxication. Et les cas des troubles hépatiques consécutifs à un choc moral ne sont pas rares. D'autre part, une insuffisance rénale d'origine émotive aura des conséquences non moins déplorables. L'organisme s'imprégnera des poisons normaux à la suite de

©BIUM

leur non élimination par les reins. On pourrait dire la même chose, et à plus forte raison, pour l'insuffisance intestinale. L'intestin est le lieu de la décomposition et de la fermentation la plus active, et toute fermentation s'accompagne d'une production des toxines. A ce point de vue, l'intestin peut même être considéré comme le centre le plus important de l'usine où les poisons s'élaborent. L'insuffisance intestinale, qu'elle se traduise par une perturbation des phénomènes bio-chimiques ou par un ralentissement, ou même l'arrêt des phénomènes mécaniques (arrêt des mouvements rythmiques de l'intestin), ce qui, définitivement, revient au même, aboutira toujours à un empoisonnement extrême de l'organisme par voie d'auto-intoxication.

Les troubles de la nutrition consécutifs aux émotions dépressives, et par conséquent le degré d'empoisonnement des tissus, ne s'arrêtent pas ici. La secousse émotionnelle peut aussi retentir sur les organes de sécrétion. L'influence de la peur sur les glandes intestinales est bien connue. Les émotions pénibles influencent la sécrétion mammaire, en la diminuant ou en la supprimant totalement. La sécheresse de la bouche à la suite d'une émotion, même modérée, est un phénomène trop banal pour y insister ; il résulte d'un arrêt de la sécrétion salivaire. On connaît des cas où, après un accès de colère, la sécrétion lactée est devenue toxique : elle a eu un effet d'empoisonnement sur le nourrisson. La toxicité de la salive dans la colère ou la fureur est aussi un fait bien connu.

Il est probable que les émotions peuvent aussi exercer leur action sur les glandes internes, glande thyroïde, glandes surrénales, etc. En effet, si irrégulièrement que se répande l'excitation émotionnelle, elle peut rencontrer le mécanisme automatique suivant lequel s'opère la sécrétion de ces glandes et l'influencer. Dans le cas

©BIUM

d'une émotion dépressive, nous assisterons donc à une diminution de leur activité. D'après ce que nous savons sur ces glandes, une diminution notable dans leur fonctionnement aurait pour l'organisme des conséquences toxiques considérables : du coup, une source très importante des produits antitoxiques, neutralisant ou détruisant les poisons de l'organisme, serait abolie ou réduite à une action insignifiante. Une auto-intoxication redoutable s'offrirait certainement.

Notons que l'organisme qui a été frappé par une émotion intense se laissera d'autant plus facilement empoisonner par toutes les toxines produites, qu'il est, en quelque sorte, *prédisposé* et comme *désarmé* par suite de l'ébranlement reçu. Dans des conditions normales, une partie des poisons de l'économie est détruite par des globules blancs du sang ou leucocytes. Les leucocytes s'emparent de ces substances, les englobent, et, en les digérant peu à peu, finissent par les faire disparaître. Le même travail s'effectue encore par rapport à certains microbes qui, par les produits de leur sécrétion, sont très dangereux pour l'organisme. Quand une région quelconque est infectée, les leucocytes attirés par une sorte de chimiotactisme traversent les parois des *petits vaisseaux* et accourent de toutes parts vers le point envahi. Là, un véritable combat s'engage entre les deux ennemis, et du sort de la lutte dépend la guérison ou la mort de l'organisme infecté. C'est le phénomène de la *phagocytose*. On admet généralement que la dilatation des petits vaisseaux favorise la sortie des leucocytes et par conséquent la phagocytose. Au contraire, la vaso-constriction, en diminuant le calibre des petits vaisseaux, empêche cette sortie des phagocytes et par suite est un obstacle au phagocytisme. Dans les émotions pénibles, la vaso-constriction périphérique, en réduisant au minimum le

©BIUM

passage des leucocytes, doit donc avoir pour conséquence une diminution notable du pouvoir défensif de l'organisme contre les invasions microbiennes et contre l'intoxication. L'organisme affaibli sera sujet à l'infection ; d'autre part les microbes, ne rencontrant aucune entrave à leur développement, se multiplieront avec rapidité et contribueront à l'empoisonnement du sang et des tissus (1). Les substances toxiques, provenant *plus directement* de la secousse émotionnelle (de la respiration, du tube digestif, de l'urine, des glandes internes, etc.), agiront dans ce milieu avec beaucoup de facilité, et rien d'étonnant si, à la suite d'une émotion très intense ou très durable, elles donnent naissance à une affection mentale d'origine purement toxique.

(1) En maintenant un lapin pendant quatre heures sur une roue douée d'un mouvement continu et en faisant l'examen bactériologique de son sang, MM. Charrin et Roger ont trouvé que le sang de l'animal sous l'influence de la peur s'est tellement enrichi en microbes qu'une seule goutte donnait lieu au développement de 800 colonies. (Cité par Chevalier-Lavaure et Régis, ouvr. cité, p. 35.)

©BIUM

Médecine légale

PSYCHOSE INTERPRÉTATIVE AIGUË

CHEZ UN ACCIDENTÉ DU TRAVAIL

EXPERTISE

Par le Dr J. CHARPENTIER
Médecin des asiles.

Au double point de vue nosologique et médico-légal, l'observation suivante nous a paru présenter un véritable intérêt.

Elle a pour point de départ un accident du travail survenu à un nommé F... (Achille), âgé de vingt-quatre ans, polisseur sur métaux. Le 27 juillet 1911, F... montait une meule d'émeri ; il venait à peine de la mettre en marche qu'elle se brisait en deux fragments très inégaux ; l'un, le plus petit, pesant 4 à 5 kilogrammes, l'atteint au visage et le renverse. Le gros fragment, projeté à la hauteur de la transmission, lui retombe alors sur la poitrine. Ces traumatismes déterminèrent sur le visage, à la poitrine, dans le dos et sur la cuisse droite, diverses plaies et contusions, la plupart superficielles et toutes sans gravité. Il n'y eut pas de perte de connaissance, le blessé se releva et put regagner à pied son domicile.

A la suite de cet accident, F... prétendit avoir craché du sang et éprouvé de la gêne respiratoire. Jamais ces

©BIUM

hémoptysies ne furent constatées par un médecin. Au contraire, son état s'améliora au point qu'il put sortir moins de quinze jours après l'accident.

Le 2 septembre, trente-sept jours après l'accident, le Dr M... signait le certificat de guérison, en signalant cependant que F... se plaignait de douleurs intermittentes au creux épigastrique et de palpitations, ajoutant que sa capacité de travail était diminuée.

Le 4 septembre, F... reprend le travail, mais un peu irrégulièrement, et, le samedi 9 septembre, en retournant chez lui, il croit uriner du sang. Ce sang n'est encore constaté par personne. A partir de ce moment, F... cessa tout travail, se plaignant de douleurs sourdes, très vagues, au creux épigastrique, dans la tête, partout; il n'est plus bon à rien, dit-il, toute occupation est absolument impossible.

C'est alors qu'il est soumis, le 12 octobre, de la part du Dr B..., à une première expertise. L'expert fait, au point de vue organique, des constatations entièrement négatives, contrôlées par la radioscopie et la radiographie. Il constate seulement par intermittences « des palpitations cardiaques, de la dyspnée, de la pâleur et de la rougeur subites ». Mais il note que « F... se plaint, gémit, pleure, a des colères subites, des récriminations exagérées contre tous ceux qui, de près ou de loin, se rattachent à son affaire. Il parle de suicide, dit qu'on l'a empoisonné, que les médecins en ont été chargés par la Compagnie, etc... »

L'expert déclare alors qu'on se trouve en présence de troubles hystéro-neurasthéniques, symptomatiques d'une névrose antérieure à l'accident, mais décelée par lui, et il ajoute très justement : « Ce n'est pas l'accident seul, c'est-à-dire le choc traumatique ; évidemment, le choc physique a été accompagné d'un choc moral considérable : certainement F... n'est pas encore revenu d'avoir

©BIUM

échappé à la mort dans « l'explosion » d'une meule, et il se dit que, dans un tel accident, il doit avoir par devers lui des lésions terribles qu'on ne voit pas. Mais, à côté de cette terreur traumatique, il y a tout le cortège des formalités et comparutions judiciaires et médicales, l'ironie de certains camarades, l'encouragement outré des autres, la pensée constante de la lutte à entreprendre avec la partie adverse, l'ennemi formidable parce qu'inconnu. »

Ses conclusions étaient les suivantes : « F..., du fait de son accident, est atteint d'hystéro-neurasthénie traumatique. Cet état peut être considéré comme permanent tant qu'une solution ne sera pas intervenue. Aussi, il convient de fixer le quantum de la réduction d'une façon telle que les deux parties en présence puissent l'accepter, c'est-à-dire que le blessé ait une satisfaction partielle appréciable et que la partie adverse ne soit pas effrayée par le taux élevé de la rente à allouer. Il convient aussi de rappeler aux deux parties que la revision est largement ouverte dans un sens ou dans l'autre, et enfin que de la prompte solution du litige dépend la guérison absolue du blessé.

« Voilà pourquoi je propose de fixer le quantum de réduction de la capacité de travail de F... à 20 p. 100. »

Mais, à la suite de cette expertise, l'état mental de F... ne cessa d'empirer, si bien que, le 22 novembre, une mesure d'internement dut être prise à son égard.

Peu de temps après, les patrons de F... introduisirent une instance en revision du jugement les condamnant envers lui au paiement d'une rente, et c'est dans ces conditions qu'une nouvelle expertise fut ordonnée. En voici le résultat :

Nous soussigné, Charpentier (Joseph), docteur en médecine, médecin adjoint de l'asile départemental d'aliénés de Prémontré, désigné comme expert, par un

©BIUM

jugement du Tribunal de R..., en date du 17 janvier 1912, à l'effet de voir et visiter le sieur F..., rechercher si l'état actuel a été la conséquence directe de l'accident dont il a été victime le 27 juillet 1911 ou si l'accident n'a fait que révéler une maladie ancienne, desquelles opérations et constatations dresser un rapport motivé, dispensé du serment du consentement des parties,

Certifions avoir procédé à plusieurs reprises à l'examen de F... (Achille), notamment le 24 mars, en présence de M. le Dr B...

Nous avons examiné F... successivement au point de vue somatique ou physique et au point de vue psychique.

Au point de vue physique, F... est un homme bien développé, à musculature puissante, d'une taille de 1m64. La situation un peu excentrique des pupilles et l'adhérence des lobules du pavillon de l'oreille constituent les seules anomalies physiques de développement dignes d'être notées. L'indice céphalique est de 77 et range le crâne dans le type mésaticéphale. La barbe, et surtout la moustache, sont fort peu développées. Les yeux sont affectés de taies cornéennes à peine visibles consécutives, paraît-il, à des ulcérations, survenues à l'âge de seize ans, et pour lesquelles il aurait été exempté du service militaire. La surface du tégument externe nous offre différentes cicatrices : 1° une large cicatrice, très irrégulière, occupant une grande partie de la face antéro-interne de la cuisse gauche : 2° une autre, de quelques centimètres de diamètre, à la face externe de la cuisse droite ; 3° une troisième, linéaire, de 8 centimètres de longueur, sur la face antérieure de la poitrine, le long du bord externe du grand pectoral droit ; 4° et 5° une quatrième et une cinquième, également linéaires, occupant l'une, la partie droite de la lèvre supérieure, qu'elle coupe verticalement sur une longueur de 2 centimètres, l'autre la partie droite du menton avec une portion verticale et une portion horizontale d'une longueur totale de 3 centimètres.

De ces cicatrices, la première résulte d'un accident, survenu à l'âge de huit ans, qui retint F... à l'hôpital pendant quinze mois et sur lequel il nous paraît inutile de nous arrêter ; la seconde provient d'un autre accident moins grave, survenu à l'âge de quatorze ans ; seules,

©BIUM

les trois dernières résultent de l'accident du travail du 27 juillet 1911 ; notons qu'elles sont exemptes de déformation ou de rétraction et n'entraînent aucune gêne fonctionnelle.

L'exploration méthodique des différents appareils organiques est entièrement négative ; on ne relève aucun signe d'affection organique du tube digestif, des appareils circulatoire et respiratoire, du système nerveux ; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La sensibilité et les réflexes sont normaux.

Ajoutons enfin que depuis son admission à l'asile de Prémontré, F... a pris un embonpoint notable et pèse actuellement 65 kilogrammes.

Nous en arrivons maintenant à l'étude de l'état mental de F... Nous ne reviendrons pas ici sur le détail des circonstances de l'accident du travail du 27 juillet 1911, circonstances relatées dans le procès-verbal d'enquête du 2 août et dans le rapport de M. le Dr B..., du 21 octobre. Il est de toute nécessité cependant de rappeler ici que F..., frappé par un fragment de meule en émeri à la partie inférieure du visage, tomba à la renverse, mais que dans sa chute, ainsi que le note M. le Dr B... dans son rapport, « il ne perdit pas connaissance, se releva et put regagner à pied son domicile situé à 300 mètres environ ». Ce point très important nous a été confirmé par le malade lui-même ; il n'a pas perdu connaissance, il se souvient même de s'être écrié : « Ah ! j'ai mon compte ! » et il déclare formellement qu'il n'a rien senti à la tête, celle-ci ayant porté sur un sol en terre battue ; enfin il est retourné chez lui à pied.

Malgré la gravité du traumatisme, les suites paraissent en avoir été assez simples, puisqu'il a pu sortir moins de 15 jours après, qu'à la date du 12 août, le Dr M... annonçait la guérison comme prochaine et que trois semaines environ plus tard, le 2 septembre, ce praticien signait le certificat de guérison. Ces deux certificats, pas plus que celui rédigé par le Dr P... le surlendemain de l'accident, ne font mention de l'état des facultés mentales de l'accidenté à ce moment. Tout porte à croire que rien n'avait attiré leur attention de ce côté Mais l'épouse de F..., seule bien placée évidem-

©BIUM

ment pour observer le changement survenu dans l'état mental de son mari, nous a déclaré qu'après son accident il était devenu « exigeant, sombre et ne parlant guère », sans nous préciser combien de temps après l'accident elle a commencé à observer ce changement.

Quoi qu'il en soit, le 4 septembre il reprend le travail, mais irrégulièrement, et pour le cesser au bout de cinq jours. Il n'était retourné à l'atelier, dit-il, que pour faire preuve de bonne volonté afin de conserver sa place, car il ne se sentait pas encore très fort et ressentait des palpitations, des douleurs, les unes au creux de l'estomac, accompagnées d'une certaine gêne de la respiration, les autres dans le côté de la tête qui avait subi le traumatisme. Il se plaignit encore d'autres troubles organiques aux docteurs M... et H..., auxquels il était venu demander des certificats, et plus tard au Dr B..., chargé de le soumettre à une expertise; mais il avoue franchement aujourd'hui qu'il avait exagéré ses plaintes pour tirer profit de son accident. Les seuls troubles qu'il ressentait et dont il persiste à affirmer la réalité sont ceux que nous venons de noter, et puisqu'il dépouille aujourd'hui ses précédentes déclarations de la part d'exagération frauduleuse qu'il y avait ajoutée, il nous faut bien admettre qu'elles renfermaient aussi une part de vérité et que F... souffrait encore véritablement. Ce qui le prouve, c'est qu'il serait allé vers la fin du mois de septembre consulter le Dr S... pour se faire délivrer, non un certificat, mais une ordonnance. Néanmoins, d'après les déclarations mêmes de F..., les quatre médecins susnommés, consultés par lui, furent unanimes à lui affirmer que ses souffrances n'avaient aucun substratum organique et à le rassurer sur son état de santé, qui leur paraissait satisfaisant. Rappelons qu'à la date du 12 octobre, ces constatations négatives ont été faites avec plus de précision par le Dr B... et consignées dans son rapport.

Nous devons par conséquent admettre que F... ne souffrait alors que de troubles inorganiques, de troubles cénesthopathiques qui, joints à d'autres facteurs déjà signalés par le Dr B..., à savoir la frayeur légitime causée par un grand traumatisme et l'étonnement dont il n'est pas encore revenu d'avoir échappé à la mort, ne

©BIUM

tardent pas à créer chez lui un état mental spécial fait d'inquiétude vague et d'irritabilité. Dès maintenant, F... n'est plus le même, il est changé, il porte déjà en lui les germes d'une psychose qui n'attend plus que l'occasion d'un choc émotif quelconque pour se développer.

Cette occasion, c'est l'expertise à laquelle il est soumis de la part du Dr B... qui va la lui fournir. C'est cette séance d'expertise, avec toutes les émotions qu'elle comporte pour lui, qui va faire brusquement éclore une psychose tenue jusque-là en incubation dans son cerveau, à l'instar du déclic qui met en mouvement un rouage tout préparé.

F... se trouve en effet déjà dans l'état mental spécial que nous venons de noter lorsqu'il est introduit, au cours de la matinée du 12 octobre dernier, dans le cabinet du Dr B... A cette sorte de malaise intellectuel dont il souffre déjà viennent s'ajouter chez lui le souci de bien exprimer ses plaintes, l'ardent désir de convaincre l'expert de leur bien-fondé ; ils sent en effet que cette expertise est pour le succès de ses revendications d'importance capitale, que d'elle dépend la réussite des projets d'avenir qui sont déjà arrêtés dans son esprit et qu'il est tout prêt à réaliser s'il obtient la rente tant convoitée. Il n'est pas jusqu'à la vue d'appareils compliqués de radioscopie et de radiographie et à l'application qui en est faite sur lui par M. le Dr B... qui n'agissent à ce moment sur son imagination.

L'examen médical, les pratiques de radioscopie, l'expert lui-même enfin vont désormais constituer le thème sur lequel une psychose latente jusque-là chez l'accidenté va se donner libre cours.

C'est aux pratiques auxquelles l'expert a eu recours que désormais F... attribue ces troubles cénesthopathiques plus ou moins vagues qu'il ressentait jusque-là. Et sur cette idée maîtresse va s'échafauder progressivement, mais assez rapidement, tout un système de convictions délirantes auquel notre malade reste encore aujourd'hui inébranlablement attaché. M. le Dr B... lui ayant fait ingérer, en vue de pratiquer l'exploration radioscopique de l'estomac, une certaine dose de carbonate de bismuth, il est convaincu que l'ex-

©BIUM

pert, payé par la Compagnie d'assurances, a voulu par le moyen de cette pilule, comme il dit, l'empoisonner, lui communiquer la syphilis, ou bien la phtisie. « Si je n'avais pas été soigné, dit-il, je serais devenu poitrinaire et serais mort au bout de six mois. » Cette pilule lui a pourri le sang. Le but de l'expert et de la Compagnie est, sinon de le faire périr tout de suite, du moins, puisqu'il est impossible qu'elle se dérobe à l'obligation de lui payer une rente, de lui communiquer une maladie mortelle à brève échéance.

Les effets de la pilule sont multiples. Dès son retour chez lui, il se sent tout drôle, il a un mauvais goût dans la bouche, il perd l'appétit, il a l'intérieur de la gorge comme électrisé ; quelques jours plus tard, il sent tout à coup comme une flamme qui vient du creux de l'estomac et remonte jusqu'au cœur, déterminant de fortes palpitations et de l'oppression : « Quand je me couchais sur le dos, j'étouffais, et quand je me dressais sur mon séant, je retrouvais ma respiration. » Il passe la nuit à souffrir et à se lamenter et vers 5 heures du matin, n'en pouvant plus, il va chercher le maire de L..., se plaint à lui du Dr B..., et, se croyant sur le point de mourir, lui recommande sa femme et son enfant.

A partir de ce moment, son exaltation semble avoir été en grandissant ; il déclare qu'il tuera le Dr B... et se suicidera ensuite ; il réclame une contre-expertise et un nouvel examen radioscopique, il ne cesse de gémir sur le sort de sa femme et de sa petite fille, que son accident va priver de pain parce qu'il ne pourra plus travailler. « Heureusement que j'ai un bon beau-père », ajoute-t-il en se jetant au cou de celui-ci pour l'embrasser. Mais ses récriminations visent surtout l'expert qui est l'auteur de tous ses maux. Il retourne le voir, lui demande des explications sur ce qu'il lui a fait absorber, et finalement lui reproche de l'avoir empoisonné. « A ce moment, dit F..., il est devenu tout drôle, ce qui montre bien que mon accusation était bien fondée. »

Puis, se rappelant que le jour de l'expertise il a aperçu un homme rôder près de la maison de l'expert, il affirme que cet homme est un agent de la Compagnie

©BIUM

d'assurances venu pour s'entendre avec le praticien contre lui. Il interprète ainsi après coup dans un sens erroné et délirant les faits les plus simples.

Peu à peu, son activité cérébrale délirante s'attaquant, par une méditation rétrospective, à des faits plus anciens, en arrive à découvrir à l'accident même dont il a été victime des causes mystérieuses qu'il n'avait pas soupçonnées jusqu'ici. Il s'aperçoit alors que son accident n'était « pas naturel », que l'explosion de la meule de polissage est le résultat d'un sabotage dirigé contre lui par un camarade d'atelier avec lequel il s'était disputé quelque temps auparavant.

Enfin, son état d'exaltation devient tel qu'on est obligé de le conduire à l'hôpital de C..., où, placé en cellule, il devient bientôt tout à fait furieux, et d'où il est évacué sur l'asile de Prémontré.

A son arrivée dans cet établissement, il est encore très exalté et très irritable. Les premières questions que nous lui posons provoquent de sa part un flot de récriminations débité avec colère et au milieu desquelles il est difficile de démêler, au premier abord, ce qui peut être vrai de ce qui n'est qu'idées maladives. Il est la victime du Dr B... et de la Compagnie d'assurances ; on voulait lui faire avoir des pissements de sang ; s'il a tout brisé à l'hôpital de C..., ce sont eux qui l'y ont forcé ; on a voulu l'électrocuter, on l'a dit devant lui ; on a essayé de l'endormir par l'hypnotisme et le spiritisme, mais ce sont eux qui se sont endormis. Il ressent des odeurs qui viennent de la fameuse pilule qu'il sent là, dit-il, en indiquant le creux épigastrique. Il exige que nous en constations la présence dans son estomac. Si nous ne la constatons pas, c'est mauvaise volonté de notre part. Mais il la sent bien, lui, elle lui pèse sur l'estomac et détermine chez lui de la constipation ; on peut percevoir dans son haleine l'odeur du bismuth. Dans la suite, son exaltation se calme, il cesse de se plaindre des effets de la pilule, il devient docile et cherche même à s'occuper de façon raisonnable. Mais il suffit de lui poser des questions sur son accident et sur les suites de l'expertise à laquelle il a été soumis pour se convaincre que ses idées délirantes n'ont pas changé. Et devant le Dr B..., le 24 mars, F... soutient

©BIUM

les mêmes idées et renouvelle ses récriminations, il ne fait même aucune difficulté pour reconnaître qu'il avait eu l'intention de le tuer à coups de revolver, puis de se suicider ensuite.

En résumé, F... est atteint d'une psychose nettement caractérisée par les symptômes élémentaires suivants : des illusions, des interprétations délirantes, des troubles de la sensibilité générale, un délire de persécution systématisé déterminant chez lui de l'irritabilité et des réactions dangereuses. Et le symptôme qui domine l'état psychopathique que nous venons d'exposer est ce qu'on appelle, en médecine mentale, l'interprétation délirante, c'est-à-dire un raisonnement de nature pathologique par lequel le malade tire d'une donnée exacte des conséquences illogiques se rapportant à sa personne. Nous définissons donc la psychose dont F... est atteint : un délire systématisé de persécution à base d'interprétations délirantes.

Quel rôle a pu jouer le traumatisme du 27 juillet 1911 dans l'éclosion de cette psychose? Diverses considérations, à savoir que ce traumatisme n'a pas porté précisément sur le crâne, qu'il n'a été accompagné d'aucun phénomène cérébral immédiat, qu'en particulier il n'a pas déterminé de coma, nous permettent déjà de regarder ce rôle comme secondaire et tout occasionnel.

Mais il y a plus, et à elle seule, la notion de la nature de la psychose dont nous avons diagnostiqué la présence chez F... va nous permettre d'établir que le traumatisme n'a pu exercer qu'une influence restreinte sur son apparition. La folie d'interprétation est, en effet, une entité morbide de nature essentiellement constitutionnelle, c'est-à-dire qui plonge ses racines au plus profond de la constitution psychique individuelle. L'aptitude à manifester cette variété spéciale de psychopathie, loin d'être commune, n'est, au contraire, le fait que de certains sujets héréditairement prédisposés. Et il est de notion classique que les sujets qui en sont atteints ont toujours présenté, avant de verser dans la folie, une constitution psychique spéciale que l'on caractérise en psychiatrie d'un mot spécial, la constitution paranoïaque : ils étaient soupçonneux, orgueilleux, méfiants, ombrageux, emportés.

©BIUM

Est-ce le cas pour F... et présentait-il, lui aussi, avant de devenir aliéné, cette constitution paranoïaque? Cela est, sinon tout à fait certain, du moins très probable.

D'après M. le Maire de L..., d'après ses patrons, F... était, en effet, de caractère vif et susceptible ; son beau-père reconnaît, lui aussi, qu'il était habituellement vif et prompt à se mécontenter. Enfin, l'accidenté lui-même, interrogé sur ses rapports avec ses camarades d'atelier, se plaint qu'il était mal vu d'eux parce qu'il venait de Paris. Depuis son arrivée à L..., il y avait — c'est sa propre expression — des coups de langue derrière lui, on lui lançait des pointes, on disait qu'il était venu pour faire du tort aux ouvriers, on le traitait d'arsouille, etc. Il semble donc bien — sans que, répétons-le, nous puissions avoir une certitude sur ce point — que, avant la maladie actuelle, le caractère de F..., sans offrir, à proprement parler, rien d'anormal, présentait pourtant déjà quelques particularités, susceptibilité, propension aux récriminations, qui devaient imprimer leur cachet à la psychose actuelle.

Enfin, avons-nous dit, ces sujets sont héréditairement prédisposés. F... n'échappe pas à cette loi. Bien que nous n'ayons sur son hérédité psychopathique que des renseignements forcément très incomplets, nous avons pu savoir cependant de lui-même que son père, F... (Victor), était mort vers l'âge de trente à trente-cinq ans, à l'asile Sainte-Anne, à Paris, alors que notre malade avait huit ans seulement. Ce renseignement nous a été confirmé en partie par l'épouse et le beau-père de F..., qui nous ont déclaré que son père, couvreur de son état, avait présenté des troubles mentaux à la suite d'une chute faite du haut d'un toit. D'après d'autres renseignements, F... (Victor), père de notre malade, était alcoolique. D'ailleurs, nous le répétons, l'étude des caractères mêmes de la psychose dont l'état mental de F... nous offre le tableau suffit à elle seule à en affirmer la nature constitutionnelle et héréditaire, indépendamment de toute notion concernant les antécédents pathologiques héréditaires et personnels du malade.

Si donc le traumatisme a exercé quelque influence sur l'apparition de la psychose, cette influence doit être

©BIUM

considérée comme ayant été minime, indirecte et secondaire. Le traumatisme n'a pu jouer que le rôle d'une occasion banale à l'égard d'une psychose toute prête à éclore dans un cerveau prédisposé.

Nous conclurons donc :

1° F... est atteint de délire systématisé de persécution à base d'interprétations délirantes ;

2° Cet état n'est certainement pas la conséquence *directe* de l'accident dont il a été victime le 27 juillet 1911 ;

3° L'accident n'a pu que révéler une prédisposition héréditaire nettement établie

Vers l'époque où fut rédigé ce rapport, l'état mental de F... commença à s'améliorer ; il se montra plus accessible au raisonnement, soutenant de jour en jour plus mollement les convictions délirantes qu'il avait jusque-là soutenues avec acharnement, consentant même petit à petit à émettre quelques doutes à leur sujet. Cette amélioration ne cessa de faire des progrès, et, bien qu'il ne fût pas possible de s'assurer si la guérison était complète, car F... ne reconnaissait pas formellement le caractère morbide des idées de persécution qu'il avait manifestées, et se dérobait lorsqu'on l'interrogeait à ce sujet, néanmoins, après bien des hésitations, nous lui accordâmes sa sortie le 26 octobre 1912.

D'après des renseignements récents, la guérison s'est maintenue. Depuis quinze mois qu'il est rentré chez lui, « F..., nous écrit son médecin, est absolument normal, du moins en apparence. Il n'a jamais reparlé de ses idées délirantes, mais serait seulement de temps en temps encore un peu exalté. »

Revenons maintenant sur la question du diagnostic. C'est bien, comme nous le disons dans notre rapport, celui de psychose d'interprétation qui s'impose, mais on a déjà pu se rendre compte, par l'exposé que nous venons de faire, qu'il ne peut pas être question du

©BIUM

délire d'interprétation essentiel, type Sérieux et Capgras. Chez notre malade, le début est trop rapide ; le délire éclate presque brusquement, arrive d'emblée à son maximum de développement, et, bien loin de progresser et de s'étendre indéfiniment, ne fait au contraire, une fois installé, que régresser lentement mais régulièrement jusqu'à la guérison.

Il ne peut donc être question ici que d'une psychose interprétative aiguë dont il reste à déterminer la nature. Une intoxication chronique doit-elle être mise en cause ici ? Certes, nous savons de source sûre que F..., sans faire de grands excès alcooliques, buvait comme boivent beaucoup de jeunes ouvriers, peut-être un peu plus que la moyenne. Néanmoins, l'absence constatée par nous chez F.... de tout signe somatique objectif et subjectif d'intoxication éthylique, jointe à l'absence dans le domaine mental de toute idée délirante de jalousie, nous porte à limiter le rôle de l'alcool chez notre malade à celui d'appoint. Et en définitive, notre observation nous semble bien plutôt rentrer dans les cas décrits par Sérieux et Capgras sous le nom de psychose interprétative aiguë des dégénérés, dont Sérieux et Libert (1) ont rapporté récemment des exemples et qui ne sont, en d'autres termes, que des cas de délires d'emblée des dégénérés à forme interprétative.

Et voici en somme, comment, selon nous, devrait se résumer l'histoire de notre malade : il nous apparaît comme un dégénéré héréditaire plus ou moins alcoolisé qui, à la suite d'une forte émotion déterminée par un violent traumatisme, présente d'abord pendant quelques temps l'état connu depuis la description de Brissaud sous le nom de sinistrose : idée fixe de l'incapacité de

(1) Sérieux et Libert. *Les psychoses interprétatives aiguës symptomatiques*. Rapport au III[e] Congrès international de neurologie et de psychiatrie. Gand, 1913.

travail et du droit à l'indemnité, maux de tête, irritabilité. Mais chez ce dégénéré héréditaire, les choses n'en restent pas là, et sous l'influence de l'émotion provoquée par une expertise dont il sent que dépend le succès de ses revendications, éclate un délire dont l'expertise et l'expert lui-même constituent précisément le thème.

Au point de vue médico-légal, nous ajouterons les réflexions suivantes. Si, étant donné le caractère forfaitaire de la loi, il ne doit pas être, en général, selon la plupart des auteurs, tenu compte de l'état antérieur du blessé, cette abstraction de l'état antérieur a, comme Brissaud (1) l'a fait remarquer, des limites et comporte des exceptions dans les cas notamment où, comme dans celui-ci, la prédisposition a fait presque tout et où l'accident n'a joué que le rôle d'une cause occasionnelle. Encore, dans le cas présent, l'accident n'a-t-il rempli ce rôle qu'indirectement, puisque l'émotion qui a fait éclater la psychose nous a paru être celle causée par les examens de la première expertise bien plutôt que l'émotion déterminée par l'accident lui-même. D'ailleurs, les juges, en demandant expressément à l'expert « si l'état actuel a été la conséquence *directe* de l'accident », lui simplifiaient sur ce point sa mission.

(1) V. la charmante leçon de Brissaud sur l' « état antérieur » dans les accidents du travail. *Progrès médical*, 1908, p. 173.

©BIUM

Revue critique

LES THÈSES DE MÉDECINE MENTALE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE LYON
AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1912-1913

Par le Dr Frantz ADAM
Médecin adjoint des asiles.

I. — *Aliénation mentale et divorce*, par le Dr JANNEL. — L'auteur s'est proposé de résumer la question et de montrer par quelques exemples les imperfections de la loi actuelle. Il a été guidé dans son travail par le Dr Jacquin, dont il a fréquenté le service à l'asile des femmes à Bourg.

En France, l'aliénation mentale ne fut considérée comme cause de divorce que de 1792 à l'an III. En 1884, lors du vote de la loi Naquet, l'amendement Guillot, qui plaçait la folie au nombre des causes permettant de demander le divorce, ne fut pas pris en considération.

En Suisse, en Bulgarie, en Suède, en Allemagne, au Portugal depuis la Révolution, à Monaco et dans la plupart des Etats d'Amérique, l'aliénation est, dans certaines conditions de durée, ou en cas d'incurabilité, une cause de divorce.

Or il est intéressant de noter que dans ces pays, cette cause est peu invoquée à l'appui d'une demande de séparation (en moyenne trois fois pour 100 divorces). En France, de 1793 à l'an III, sur 5.994 divorces prononcés, 14 seulement le furent pour cause de démence.

Jannel démontre avec observations à l'appui que certains magistrats, partisans du divorce, usent d'arti-

CBIUM

fices plus ou moins spécieux pour libérer un conjoint sain de son conjoint aliéné, tandis que d'autres, adversaires de la dissolution du mariage, refusent à un mari dont la femme est enceinte des œuvres de son amant une séparation légale, sous prétexte que l'épouse est aliénée, quoique non internée, et par conséquent irresponsable.

C'est de l'incohérence ! Pour remédier à cet état de choses, l'auteur demande que l'aliénation soit une cause de divorce à condition :

Qu'elle ait débuté avant l'âge de cinquante-cinq ans ;

Qu'elle ait motivé un internement d'une durée ininterrompue d'au moins cinq années ;

Qu'elle ait entraîné l'impossibilité de la vie en commun et toute perspective de rétablissement de cette vie commune ; qu'elle n'ait pas été le résultat de la faute du conjoint sain.

L'expertise nécessaire serait confiée à trois aliénistes dont le médecin traitant ; elle serait contradictoire si l'une des parties l'exigeait.

Le lecteur, raisonnant avec ses sentiments personnels, approuvera ou rejettera les conclusions de ce travail, qui reste dans son ensemble très intéressant.

II. — *Contribution à l'étude de l'enfance coupable*, par le Dr André Fribourg-Blanc, élève de l'Ecole de santé militaire. — Le professeur Etienne Martin a su obtenir de la Commission de surveillance des prisons de Lyon la création d'un service spécial pour les détenus âgés de moins de seize ans. Tous ces enfants sont logés dans le même couloir, ils y sont soumis au régime de l'isolement cellulaire, qui leur évite des promiscuités funestes. Ils reçoivent chaque jour la visite d'un instituteur qui complète leur instruction et rédige sur chacun d'eux une petite observation sociale.

Ils sont examinés au point de vue médical et psychologique par M. Etienne Martin, professeur de médecine légale et ancien médecin de Saint-Jean-de-Dieu, et par des stagiaires bénévoles.

Les magistrats lyonnais ont reconnu l'utilité de cette organisation et ils demandent maintenant au professeur Martin de rédiger sur chaque sujet une fiche qui l'accompagnera devant le tribunal : elle doit contenir

©BIUM

tous les renseignements propres à éclairer l'opinion du juge.

Ce sont ces enfants que Fribourg-Blanc a étudiés. Il résulte de ses recherches que le nombre des individus de moins de seize ans écroués à Saint-Paul est en croissance continue depuis 1900 (58 en 1900 contre 150 en 1912). Ils sont presque tous fils d'alcooliques ou de tuberculeux (souvent on rencontre l'alcoolisme chez le père et la tuberculose chez la mère d'un même individu). Beaucoup présentent des stigmates physiques de dégénérescence. On retrouve chez eux par la mensuration des segments anthropométriques les anomalies de rapports signalés par Vermalle chez les adultes.

Ces sujets, qui appartiennent en général à des familles très prolifères, comptant de cinq à huit enfants, ont pour la plupart été élevés dans des conditions déplorables.

Les trente-deux observations de Fribourg-Blanc sont intéressantes par l'étude des antécédents divers et de la constitution physique et mentale des sujets. Je reprocherai cependant à l'auteur d'avoir fait la part trop belle à ce qu'il appelle « les phénomènes épileptisants surajoutés... »; il n'a en tout cas pas démontré d'une façon indiscutable l'existence de ces phénomènes.

Quant aux mesures prophylactiques proposées pour enrayer la criminalité juvénile, on ne saurait trop les approuver.

III. — *Etude statistique de la criminalité juvénile en France*, par le Dr JACQUETTY, élève de l'Ecole de santé militaire. — Le travail du Dr Jacquetty comprend deux parties. La première étude, purement statistique, amène l'auteur aux constatations suivantes :

La criminalité des mineurs qui ont moins de seize ans reste stationnaire en ce qui concerne les crimes contre les personnes; elle diminue pour ce qui est des crimes contre les propriétés (fausse monnaie, faux en écriture, incendies...); mais elle augmente si on considère les délits (vols, mendicité, vagabondage...). Les suicides et la prostitution sont en accroissement marqué aussi bien chez les mineurs dont nous venons de parler que chez ceux de seize à vingt ans. Chez ceux-ci, la criminalité est à peu près stationnaire, mais les délits

©BIUM

deviennent avec les années de plus en plus fréquents.

Ayant constaté ces faits, l'auteur consacre la deuxième partie de son travail à en rechercher les causes, qui tiennent toutes dans ces quelques mots : grande ville, faux ménages, misère, promiscuité, crise de l'apprentissage, et par-dessus tout alcoolisme.

IV. — *Contribution à l'étude des othématomes chez les aliénés*, par le Dr Carlot. — L'auteur a abordé un sujet déjà souvent traité. On peut diviser sa thèse en deux parties.

La première (40 pages, 9 chapitres) est consacrée à ce que l'on nomme en style de journalisme médical une revue générale de la question, revue générale d'ailleurs intéressante.

La seconde partie (15 pages) comprend les observations au nombre de quinze, elles aussi : neuf d'entre elles ont été prises par l'auteur à l'asile de Dijon depuis 1910. Malheureusement, et c'est le principal reproche que je ferai au Dr Carlot, aucune de ces observations ne met en valeur les causes des accidents dont il s'agit, et cette deuxième partie se termine sans résumé, sans conclusions tirées de ces observations. Il eût cependant été intéressant de faire remarquer que dans six des cas observés, les deux oreilles avaient été atteintes; que dans l'un de ces six cas il s'agissait d'une malade alimentée à la sonde, ce qui pourrait, à mon avis, expliquer l'apparition des hématomes; qu'une autre des malades observées était une délirante chronique, etc. Enfin l'auteur, qui a consacré un chapitre de sa thèse aux différents modes de traitement à appliquer aux hématomes, aurait encore pu nous dire quels étaient ceux qu'il avait expérimentés et quel était celui qui avait sa préférence.

V. — *L'alcoolisme du jeune soldat. L'acte délictueux et son expertise médico-légale*, par le Dr Grimal, élève de l'Ecole de santé militaire. — 43 p. 100 des crimes ou délits commis dans l'armée le sont sous l'empire de l'alcool. Les auteurs de ces crimes sont ordinairement des individus tarés, fils eux-mêmes d'alcooliques; la responsabilité de ces délinquants est loin d'être entière. Ils doivent, dit l'auteur, être défendus par l'expert au nom de l'armée, souvent coupable de ne les avoir point

©BIUM

dépistés ; au nom de la société civile, dans laquelle ils se conduisent souvent d'une façon normale ; au nom de la morale, car s'ils sont punis d'une façon injustifiée au régiment, on les rend tarés et diminués à leur famille ; au nom de la science, enfin puisque ce sont des malades.

Le meilleur moyen de les défendre, c'est de les empêcher de boire en leur évitant les tentations dangereuses. En plus de ce procédé général, il y aura lieu de créer toute une organisation qui sera telle que tout soldat arrivant au corps soit accompagné d'un dossier (avec renseignements, arbre généalogique, etc.), qui permettra de dépister les tares héréditaires ou acquises de chacun.

Les alcooliques seraient classés en inutilisables, auxquels l'accès du milieu militaire sera interdit, et en utilisables qui seront pendant leur service placés sous la surveillance plus spéciale des médecins et des chefs.

D'autre part, toute faute grave entraînant la comparution devant le conseil de guerre provoquerait une expertise qui serait confiée à des médecins militaires spécialisés.

La première faute serait punie, en cas de responsabilité reconnue, de la peine intégrale, mais avec application de la loi Bérenger.

En cas de récidive, on placerait le délinquant, après un nouvel examen médical et suivant le cas, dans un asile, dans un asile-prison ou dans une prison. Ces établissements seraient organisés selon les principes du régime cellulaire.

VI. — *Les états seconds dans l'armée*, par le Dr M. Camors, élève de l'Ecole de santé militaire. — Ayant observé, chez un engagé volontaire, plusieurs crises nerveuses, dont quelques-unes furent suivies de fugues, l'auteur a recherché des cas de somnambulisme ambulatoire chez les soldats. Il a réuni un certain nombre d'observations beaucoup trop incomplètes, à mon avis, pour permettre de conclure à la nature pithiatique des accidents observés.

Du reste, Camors étudie surtout la question au point de vue statistique, administratif et médico légal.

« Les états seconds semblent ne pas exister parmi les officiers et les sous-officiers ; seuls les simples sol-

©BIUM

dats paraissent en présenter, et, parmi ces derniers, les engagés volontaires sont en majorité.

« La valeur de ces soldats est minime.....

« Il est de toute importance de discuter le diagnostic de simulation.....

« Le rôle du médecin consiste à protéger l'armée contre ces non-valeurs... et à protéger ces malades contre les rigueurs disciplinaires.

« Leur responsabilité est nulle pour les actes commis en état second, atténuée pour les actes commis en période d'existence normale. »

VII. — *Thèse sur quelques guérisons de Lourdes (des pseudo-tuberculoses hystériques)*, par Mme Jeanne Bon. — Mme Bon a présenté successivement deux thèses à la Faculté de Lyon, la première, dont je viens d'énoncer le titre, ayant été refusée par le jury. Je ne crois pas manquer à la courtoisie confraternelle en parlant de cet échec, puisque l'auteur en a fait part au public en publiant son travail. Quand on ne lit que le titre et les conclusions de cette thèse, on saisit très aisément que l'auteur a voulu affirmer ceci : beaucoup de malades guérissent à Lourdes ; ces malades, a-t-on prétendu, sont en général atteints de pseudo-tuberculose hystérique ; or, aujourd'hui, on nie l'existence de la pseudo-tuberculose hystérique, donc il faut chercher une autre explication.

Je dois avouer que si l'on passe à la lecture de la thèse, on éprouve une déception.

Le premier chapitre est consacré à des considérations de philosophie médicale ; mention y est faite de quelques grandes erreurs de grands hommes, afin de démontrer que personne n'est infaillible.

Le second chapitre est intitulé : « Les théories modernes sur l'hystérie » ; il n'y est nulle part question des pseudo-tuberculoses hystériques.

Les chapitres III et IV ont pour but de prouver, avec chiffres à l'appui, que beaucoup de médecins, et des plus éminents, vont observer les faits de Lourdes et que beaucoup de ces faits demeurent inexpliqués.

Le chapitre V porte comme titre : « La tuberculose à Lourdes ». Il contient dix-huit observations très intéressantes, je dirai même passionnantes. Malheureuse-

©BIUM

ment, il n'en est pas une que l'auteur revendique comme personnelle ; si d'aucunes portent le nom des observateurs qui les ont prises, beaucoup n'ont pas d'indication d'origine et ne sont que de simples résumés. Certaines datent de 1889, d'autres de 1892 et 1893. Aucune n'est commentée.

« Il est des plus intéressants pour le médecin, écrit Mme Bon, de se rendre un compte aussi exact que possible de l'état psychologique du malade... » (page 106). Or, il ne ressort pas, de la lecture des observations, qu'un seul des malades dont il s'agit ait été observé par l'auteur. Qui plus est..., le lecteur ne pourrait même pas affirmer, en fermant l'ouvrage, que Mme Bon soit allée à Lourdes !

Je suis obligé de conclure que cette thèse désobéit aux lois de la méthodologie.

VIII. — *Des troubles psychiques d'origine thyroïdienne, spécialement par intoxication médicamenteuse*, par le Dr Jeanne Bon. — Ayant observé, dans le service du professeur Roque, un cas de délire aigu avec hallucinations visuelles, nettement secondaire à une intoxication thyroïdienne, Mme Bon a recherché dans la littérature des cas analogues ; elle a pu en rassembler une dizaine.

L'expérience a démontré que chez les animaux, l'alimentation thyroïdienne occasionnait des accidents divers dès qu'elle dépassait un certain degré. Ces expériences se sont trouvées réalisées chez les sujets qui abusent de la médication thyroïdienne dans le but de lutter contre un embonpoint qu'ils jugent inesthétique. Inutile de dire que ce sont surtout des femmes qui deviennent victimes de cette thérapeutique, qu'elles adoptent sans consulter leur médecin.

Les troubles observés sont le plus souvent des accès confusionnels avec hallucinations de la vue ; ces accidents, essentiellement curables, disparaissent quelques jours après la suppression du médicament.

La conclusion pratique de ce travail est que la dose moyenne de thyroïdine à employer, en cas de nécessité, est celle qui correspond à 1 gramme de glande fraîche ; l'auteur conseille même d'employer tout simplement la glande fraîche elle-même. Il est utile d'intercaler des

©BIUM

périodes de repos entre les périodes de traitement (dix jours de traitement, puis cinq jours de repos) et de surveiller le sujet de très près, surtout au début.

Cette thèse, très intéressante, débute par une étude des troubles hypo, hyper ou dysthyroïdiens non médicamenteux.

IX. — *Revue sur le traitement chirurgical de l'épilepsie dite « essentielle »*, par le Dr Jean Terracol, élève de l'Ecole de santé militaire. — Le travail du Dr Terracol intéressera certainement beaucoup de lecteurs des *Annales*. En voici les conclusions :

Du traitement chirurgical appliqué à la cure de l'épilepsie « essentielle », il faut retenir en pratique deux séries d'interventions :

Les unes tendent à apporter dans l'encéphale des modifications de circulation et de nutrition, à supprimer ou à modifier le cours de la conductibilité réflexe : ce sont les opérations pratiquées sur le sympathique.

Les autres cherchent à supprimer la lésion anatomique elle-même, soit par l'excision (Horsley-Krause), soit par le massage cérébral (Bircher), sinon à agir sur l'un des facteurs présumés principaux : l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, méthode de Kocher, méthode d'Alexander.

Il y aurait lieu d'employer ces méthodes systématiquement chez les épileptiques dont la maladie n'est pas influencée par le bromure. Dans les cas rebelles, le traitement chirurgical permet d'obtenir des améliorations dans 20 p. 100 des cas environ ; c'est beaucoup si l'on songe à la lamentable vie qui attend les épileptiques et à la lourde charge sociale que constituent ces non-valeurs. De plus, nous pensons que l'intervention peut parfois permettre au bromure d'agir là où il n'agissait pas.

Quand, on est décidé à intervenir, il faut sérier les interventions et ne pas hésiter à les employer l'une après l'autre : sympathicectomie bilatérale, opération de Kocher, etc.

Ce ne sera peut-être pas de la chirurgie brillante, dit en terminant Terracol, c'est à coup sûr de la chirurgie peu dangereuse actuellement, et peut-être utile parfois, cela suffit à la légitimer.

©BIUM

X. — *Contribution à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale*, par le Dr P. ROCHAIX, interne à l'asile de Bron. — La thèse de Rochaix est de beaucoup la plus importante de toutes celles qui ont été soutenues devant la Faculté de Lyon au cours de la dernière année scolaire. Ses 360 pages en font un véritable traité auquel de nombreuses et consciencieuses observations donnent un caractère clinique.

La première partie est consacrée à l'historique de la question.

L'auteur aborde ensuite l'étude étiologique et pathogénique des psychoses puerpérales ; cette deuxième partie comprend sept chapitres qui mettent en valeur l'importance des prédispositions héréditaires ou acquises, des infections, des auto-intoxications gastro-intestinales, hépatiques et rénales, de l'épuisement et du traumatisme que réalise l'accouchement surtout dans les cas de dystocies. S'appuyant sur différents travaux et sur une observation personnelle, Rochaix montre que dans la grossesse des glandes closes peuvent être mises en déséquilibre fonctionnel, et il attribue certains états vésaniques à des troubles thyroïdiens, hypophysaires, ovariques, placentaires ou adrénaliens, apparaissant au cours et à l'occasion de la grossesse. Les exointoxications, l'alcoolisme surtout, favorisent l'éclosion des psychoses.

Les troubles mentaux d'origine puerpérale doivent être classés suivant la période de leur apparition : grossesse, accouchement, post-partum, lactation. Après avoir analysé les troubles mentaux appartenant plus particulièrement à telle ou telle période, Rochaix entreprend de grouper en un tableau synoptique les principales formes cliniques des psychoses qu'il étudie. Ce sont la confusion mentale et accessoirement la mélancolie qui surviennent le plus fréquemment ; chez les héréditaires, apparaissent surtout les accès de manie et de mélancolie ou des délires plus ou moins cohérents ; souvent aussi on observe des états mixtes dans lesquels la confusion mentale est la signature de la toxi-infection ; enfin, des démences précoces profitent d'une confusion puerpérale pour éclater.

Pour établir le pronostic, il faut tenir compte de la nature du terrain et de la gravité de l'infection.

©BIUM

Le traitement sera prophylactique, étiologique et symptomatique.

XI. — *La peur et les états qui s'y rattachent dans l'œuvre de Maupassant*, par le Dr Robert Hollier, élève de l'Ecole de santé militaire. — Je ne saurais terminer cette revue sans dire quelques mots du travail très intéressant dont je viens de donner le titre. L'œuvre de Maupassant renferme de nombreux cas de peur; d'après Hollier, l'écrivain n'a décrit que cette peur instinctive héréditairement transmise dont l'origine nous échappe, et qui n'est probablement que le reliquat de peurs ancestrales qui furent nécessaires à la conservation de l'espèce; c'est ce que Grasset a décrit sous le nom de peur polygonale.

Il existe aussi, dans l'œuvre de Maupassant, de nombreux cas de phobies; celles-ci sont associées par le romancier à d'autres troubles mentaux tels que : états anxieux, états hallucinatoires, obsessions.

Certaines de ces pages constituent des observations cliniques qui feraient bonne figure, ainsi que l'a déjà dit Lagriffe, dans des traités didactiques.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1914

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

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

MM. Beaussard, Dupouy et Mignard, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. Ritti, secrétaire général, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance; il fait hommage à la Société d'un ouvrage en deux volumes qu'il vient de publier, intitulé : *Histoire des travaux de la Société médico-psychologiques et Eloge de ses membres.*

M. LE PRÉSIDENT adresse ses remerciements à M. Ritti et lui exprime tous ses regrets de le voir retenu loin de la Société pour une indisposition aussi longue.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Sur les maladies nerveuses et mentales chez les ecclésiastiques et les religieuses catholiques*; par M. Alexander Pilcz;

2° *De l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumatique*; par MM. R. Massalongo et Gasperini.

Rapports de candidature.

M. JUQUELIER. — Le Dr Georges Collet, ancien interne de l'asile du Rhône et des asiles de la Seine, médecin des asiles publics et actuellement co-directeur de la Maison de santé de Fontenay-sous-Bois, a demandé

©BIUM

à faire partie de la Société à titre de membre correspondant.

Votre Commission, composée de MM. Blin, Dupain et Juquelier, rapporteur, est heureuse de proposer à vos suffrages un collègue particulièrement désigné par son activité scientifique à prendre part à nos travaux.

Les publications du Dr Collet sont nombreuses ; elles se recommandent toutes à l'attention des lecteurs par une précision scrupuleuse dans l'exposé des faits autant que par la logique et la clarté des déductions ; les observations recueillies et rédigées par cet auteur sont toujours des documents de poids au cours des discussions nées des problèmes complexes de la pathologie mentale ; je n'en veux comme preuve que l'intérêt apporté par la Société médico-psychologique à sa séance d'octobre 1906, à l'exposé par M. Collet d'un cas de *paralysie générale pouvant être considéré comme étant d'origine traumatique.*

Devant notre Société, le Dr Collet avait déjà exposé, en collaboration avec notre président actuel, M. Vigouroux, de qui il était alors l'interne, une communication portant sur un cas de *troubles mentaux par intoxication oxycarbonée.*

Un article intitulé *Hypocondrie et lésions viscérales* (*Arch. gén. de méd.*, 1905), de nombreuses et intéressantes présentations à la Société anatomique résultent en outre de cette collaboration ; enfin, c'est à l'asile de Vaucluse, dans les deux services de MM. Blin et Vigouroux, que le Dr Collet réunit les éléments de sa thèse consacrée à l'étude des *Evasions chez les aliénés*, et renfermant un nombre important d'observations personnelles. Dans ce même ordre d'idées, l'auteur a publié dans la *Revue de psychiatrie* de janvier 1907 une étude sur les malades qu'il a appelés les *Evadés à l'intérieur* (aliénés considérés comme évadés alors qu'ils se trouvent cachés dans l'asile) : l'attention du personnel des asiles ne saurait être trop attirée sur les faits de ce genre qui, méconnus, peuvent avoir de très graves conséquences.

Avant de terminer cette rapide revue des œuvres du Dr Collet, signalons les incursions autorisées de notre confrère dans des domaines autres que celui de la psy-

©BIUM

chiatrie. Nous lui devons, en effet, une série d'études sur la *Médecine des accidents du travail* que les experts consultent toujours avec fruit, et une adaptation française, parue en 1910, de la 3e édition de la *Pratique de l'hydrothérapie*, de S. Baruch (de l'Académie de New-York). En accueillant le Dr Georges Collet, la Société médico-psychologique associera à l'ensemble de ses travaux un collaborateur des plus distingués et des plus utiles. Votre commission vous prie instamment de vous prononcer dans ce sens.

M. le Dr Collet est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. Boissier. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Pactet, Capgras et Boissier, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature au titre de membre associé étranger de M. Mario Baccelli, médecin du manicome de Côme. Les 12 mémoires envoyés par le Dr Baccelli dénotent chez leur auteur de grandes qualités de psychiatre et de chercheur de laboratoire. Une grande part y est faite à la pellagre; notre confrère italien fut, en effet, à Brescia, chargé du laboratoire pellagrologique. Il a poursuivi l'étude de la fixation du complément chez les pellagreux, de la maïs-précipitine dans le sérum de ces malades, de la lutte contre la pellagre, enfin de l'examen des maïs et polentas pellagrogènes. Il a étudié l'action de certains médicaments neurosédatifs, recherché des indices opsoniques et divers séro-diagnostics; il s'est longuement occupé de la rigidité musculaire. En médecine légale, il a examiné la question délicate du témoignage des enfants; enfin, en psychiatrie pure, ses recherches ont porté sur la psychose maniaque dépressive et sur certaines particularités de la démence précoce, notamment sur le tic aérophagique.

M. Mario Baccelli occupe donc un rang très honorable parmi nos brillants et laborieux collègues italiens et sa place est marquée parmi nous.

M. le Dr Baccelli est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

M. Juquelier. — Vous avez confié à une Commission composée de MM. Chaslin, Marchand et Juquelier, rapporteur, le soin d'examiner les titres et travaux de

©BIUM

M. le Dr Ferdinand Cazzamalli, médecin adjoint du manicome provincial de Côme, qui sollicite d'être admis parmi nous comme membre associé étranger.

A l'appui de sa demande, notre confrère nous soumet une série d'intéressantes publications ayant trait à la psychiatrie ou à la pathologie générale dans ses rapports avec la psychiatrie.

Deux d'entre elles, par leur importance, méritent de retenir tout particulièrement notre attention. L'une, en collaboration avec le Dr D. Carbone, est une contribution expérimentale à l'étude de l'étiologie de la pellagre ; l'autre est constituée par une série de recherches sur la circulation chez les déments précoces. A la suite de nombreuses applications sphygmomanométriques et par la comparaison d'un grand nombre de tracés sphygmographiques, l'auteur s'est efforcé de déterminer les caractères les plus constants de la pression artérielle chez les déments précoces. Cette pression est souvent inférieure à la normale ; souvent aussi, elle est asymétrique aux deux radiales ; par contre, le nombre des pulsations est augmenté, le dicrotisme est fréquent, etc.

Un autre travail du même auteur, publié dans la *Rivista di psicologia* de 1913, est consacré au sténomètre de Paul Joire et au parti qu'on peut tirer de cet appareil pour le diagnostic des maladies nerveuses et mentales. Toutes les œuvres du Dr Cazzamalli ne font que commenter de nombreuses recherches personnelles, observations cliniques ou expériences de laboratoire ; elles se recommandent par des qualités de méthode et de précision qui désignent leur auteur à vos suffrages et votre Commission vous propose de nous associer le Dr Cazzamalli.

M. le Dr Cazzamalli est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

M. Leroy. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Trénel, Truelle et Leroy, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr Emilio Padovani, médecin en chef du manicome provincial de Ferrare (Italie), qui pose sa candidature en qualité de membre associé étranger de notre Société.

Notre confrère est un laborieux qui, bien que jeune, a déjà un passé scientifique important. Ancien interne de

©BIUM

la clinique des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Padoue, dirigée par le professeur Belmondo, il a été successivement médecin assistant de l'asile provincial des aliénés de Pesaro, puis, après concours, médecin assistant de l'asile provincial des aliénés de Ferrare, dont il est depuis trois ans médecin en chef.

M. Padovani a publié de nombreux travaux concernant la clinique psychiatrique, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la thérapeutique. Tous témoignent de son érudition et dénotent un esprit chercheur, aimant les malades et préoccupé d'améliorer leur état.

Citons parmi les principaux :

Au point de vue psychiatrique et psychologique :

Contribution à l'analyse méthodique des fonctions psychiques dans les états démentiels. Recherches de psycho-pathologie dans une période de très longue rémission de paralysie générale.

Les tests mentaux dans la pratique psychiatrique et médico-légale.

Les rémissions et intermissions dans la paralysie générale.

De la fortune de la théorie de W. James en Europe.

G. de Maupassant et le suicide. Contribution à la contribution du suicide dans la paralysie générale.

Les réflexes vasculaires chez les normaux et les aliénés.

Au point de vue sociologique :

Les conditions de l'assistance des aliénés en Belgique.

Des conditions sanitaires de l'émigration italienne transocéanique : 1° conjonctivite granuleuse; 2° tuberculose; 3° aliénation mentale.

De l'épilepsie et de l'alcoolisme dans l'émigration italienne transocéanique.

Récentes études sur les rapports de l'émigration et de la folie.

Au point de vue thérapeutique :

De l'action hypnotique et sédative de l'adaline.

Du traitement bromuré et du régime déchloruré dans l'épilepsie.

Des théories psychiatrico-gynécologiques de M. le professeur Bossi.

©BIUM

Action sédative et antiépileptique du luminal sur quelques aliénés.

Tels sont, Messieurs, brièvement exposés, les travaux scientifiques de M. le Dr Padovani. Ils sont de telle nature que votre Commission vous propose son admission dans notre Compagnie au titre de membre correspondant étranger. Nous nous serons ainsi adjoint un nouveau collègue des plus distingués.

M. le Dr Padovani est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

La revision de la loi sur les aliénés au Sénat. — Définition des termes : affection mentale, aliénation mentale.

M. René Charpentier. — Messieurs, consultée par M. le Sous-Secrétaire d'Etat au ministère de l'Intérieur sur le sens respectif des termes « aliénation mentale » et « affection mentale », et sur la portée et les conséquences de la substitution des mots « affection mentale » aux mots « aliénation mentale » dans la rédaction de la proposition de loi actuellement en discussion devant le Sénat, la Société médico-psychologique a, dans sa dernière séance, nommé une Commission chargée de préparer une réponse à cette importante question.

Votre Commission, composée de MM. Arnaud, Blin, Colin, Fillassier, Klippel, Marchand et René Charpentier, après avoir pris connaissance des lettres de M. le Sous-Secrétaire d'Etat, vous propose la réponse ci-après.

Ces lettres sont au nombre de deux. La première, datée du 2 février 1914, est conçue en ces termes :

Paris, le 2 février 1914.

Monsieur le Président,

Le Sénat est actuellement saisi d'une proposition de loi relative au régime des aliénés, dont la discussion a donné lieu à un échange d'observations, sur le point de savoir si la loi de 1838, qui vise les personnes atteintes « d'aliénation mentale », devait être étendue à toutes celles qui sont atteintes « d'affections mentales ».

©BIUM

Lorsqu'il s'agit d'édicter des prescriptions légales qui touchent de si près à la liberté individuelle, il importe de mesurer aussi exactement que possible les conséquences des innovations proposées, et les termes employés présentent une extrême importance.

Les mots « affections mentales » ont évidemment un sens beaucoup plus compréhensif que les mots « aliénation mentale », et si leur portée n'en était pas nettement précisée et délimitée, des abus seraient à redouter.

Le Gouvernement attacherait beaucoup de prix à connaître l'opinion des aliénistes et des neurologistes sur la différence de terminologie signalée, et j'ai pensé que la Société médico-psychologique voudrait bien lui apporter son concours pour lui permettre d'indiquer au Sénat, lors de la seconde lecture du projet modifiant la loi du 30 juin 1838, quel est le sens respectif des expressions « affections mentales » et « aliénation mentale », et à quelles maladies bien définies l'une ou l'autre se rapporte.

Je serais heureux de recevoir, dans un délai aussi rapproché que possible (sous le timbre : Cabinet du sous-secrétaire d'Etat), l'avis que la Société médico-psychologique aura bien voulu formuler sur ce point particulièrement important et délicat, et je vous en remercie à l'avance très vivement.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le Sous-Secrétaire d'Etat,

R. PÉRET.

La seconde, datée du 12 février, a pour but de limiter et de préciser la question qui nous est posée. En voici le texte :

Paris, le 12 février 1914.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

A la date du 2 février courant, j'ai eu l'honneur de vous demander, au sujet du projet de loi concernant les aliénés, voté par le Sénat en première lecture, de vouloir bien provoquer l'avis de la Société que vous présidez sur la portée et les conséquences de la substitution dans ce texte, à l'expression de « malades aliénés », de celle de « malades atteints d'affection mentale », dont il conviendrait, en tout cas, de préciser la signification pratique.

La discussion du projet de loi devant être reprise très prochainement au Sénat, le Gouvernement serait heureux d'avoir, dans un délai aussi rapproché que possible, l'avis que vous

©BIUM

voudrez bien lui faire parvenir sur ce dernier point, sans qu'il soit nécessaire que vous appeliez la Société à se prononcer sur l'ensemble du projet.

En vous remerciant du concours que vous voudrez bien prêter au Gouvernement, dans cette circonstance, je vous prie, Monsieur le Président, d'agréer l'assurance de ma haute considération.

Pour le Ministre de l'Intérieur :

Le Sous-Secrétaire d'Etat,
R. PÉRET.

Messieurs, votre Commission vous propose la réponse suivante :

« L'*aliénation mentale* a été définie par le législateur lui-même, à l'article premier de la Proposition de loi sur le régime des aliénés, dans les termes suivants :

« Les personnes atteintes d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile... »

« Cette définition nous paraît excellente.

« Quant à l'expression « *affection mentale* », elle est d'une imprécision telle qu'elle nous paraît devoir disparaître de la loi et être remplacée partout où elle s'y trouve par les mots « aliénation mentale » ou « aliénés ».

« Par exception, dans la phrase citée plus haut, de la proposition de loi, les mots « affections mentales » devraient être remplacés par les mots « troubles mentaux ». Exemple :

« Article premier. — « L'assistance et les soins nécessaires aux *aliénés* sont obligatoires. » « Les personnes atteintes de *troubles mentaux* qui compromettent l'ordre public... »

DISCUSSION

M. GILBERT BALLET. — La Société pourrait être surprise d'apprendre que depuis sa dernière réunion une nouvelle lettre du ministre a quelque peu modifié la question qui lui a été soumise. En réalité, le ministre

©BIUM

a consulté, le 7 février, l'Académie de médecine sur la portée et les conséquences des mesures proposées dans la nouvelle loi ; la Société médico-psychologique à qui les dates de ses réunions ordinaires n'avaient pas permis de répondre déjà à la lettre qui lui avait été préalablement adressée a également reçu la seconde.

M. H. Colin. — La commission que la Société a chargée de répondre à la première question du ministre vous a proposé une réponse très courte et qui me paraît suffisante même à l'heure actuelle. En demandant que les mesures de la nouvelle loi s'appliquent aux seuls aliénés, et en mettant hors de cause les malades atteints de troubles mentaux qui ne sont pas des aliénés, nous évitons à ces derniers les inconvénients qu'on paraît redouter pour eux. Nous pourrions donc nous contenter d'avoir indiqué les caractères sociaux de l'aliéné.

M. Gilbert Ballet. — La consultation actuelle, remarquons-le tout d'abord, aurait dû précéder les discussions parlementaires. Puisque enfin les parlementaires s'avisent qu'on eût dû commencer par recueillir l'opinion des sociétés compétentes, et que le Gouvernement a bien voulu suivre cette indication tardive, il faut, je crois, dans l'intérêt des malades (et il se trouve que nos intérêts moraux sont ici les mêmes que ceux des malades), ne pas nous limiter trop strictement à ne répondre qu'à la question posée et nous efforcer d'éclairer le législateur.

M. Colin a tout à fait raison quand il dit que nous ne devons pas sortir des termes d'une définition de l'aliéné envisagé au point de vue social ; mais en montrant qu'à côté des aliénés il y a d'autres groupes de psychopathes ayant besoin de nos soins, et à certains égards non de surveillance, mais de protection, nous entendons ne pas abandonner ces malades, à qui nous devons nos conseils et le fruit de notre expérience, et ne pas limiter notre rôle à la surveillance des malades socialement dangereux.

M. Arnaud. — Lorsque la commission, dont je fais partie, s'est réunie, elle n'avait sous les yeux que la première lettre du ministre. C'est à l'unanimité qu'elle a décidé de vous proposer la réponse que vient de nous

©BIUM

lire M. René Charpentier ; mais actuellement, nous ne sommes peut-être pas tous du même avis.

M. COLIN. — Il est à craindre que le législateur s'alarme si on lui propose des mesures visant d'autres malades que les aliénés. C'est pourquoi la commission nous a proposé de dire au ministre : « Légiférez pour les aliénés et laissez les autres malades atteints de troubles mentaux hors de discussion. » Mais je suis tout à fait d'accord avec M. Ballet lorsqu'il insiste sur la nécessité de soigner ces derniers malades et lorsqu'il revendique pour nous l'honneur de les traiter et de les conseiller.

M. GILBERT BALLET. — Ce qu'il faut craindre, c'est que le législateur veuille appliquer la mesure de l'internement judiciaire à tous les malades qui sont actuellement dans les asiles, or nous sommes tous d'accord pour admettre que cela serait inutile.

M. CHASLIN. — Il est certain que les malades dont il serait nécessaire de faire maintenir l'internement par le tribunal — malades dangereux, ou constamment protestataires, suivant l'expression de M. Ballet — sont des exceptions dans nos services.

M. VIGOUROUX. — Si j'ai bien compris M. Gilbert Ballet, il pense que des mesures judiciaires devraient s'appliquer à un nombre restreint des aliénés actuellement internés. Mais M. Ballet admet que des mesures administratives très analogues à celles que prescrit la loi de 1838 sont nécessaires pour le maintien dans nos services de tous les autres malades.

M. GILBERT BALLET. — Certainement. Les dispositions actuelles de la loi de 1838 sont excellentes. Je trouve cependant que le placement volontaire — libre entrée et libre sortie — est une innovation heureuse du projet de loi que nous discutons, et pour en revenir à ce projet, je crois que nos explications pourront peut-être éclairer ceux qui vont le voter et éviter l'adoption de dispositions qui nous semblent fâcheuses.

M. DUPRÉ. — L'organisation de la surveillance judiciaire des aliénés est une grosse réforme; les frais devant en résulter seront considérables, et je ne crois pas qu'une pareille mesure soit votée sans un nouvel examen approfondi du texte.

©BIUM

M. Colin. — La Chambre, devant qui reviendra le projet du Sénat peut modifier le projet, comme le Sénat avait déjà profondément modifié le texte proposé par M. Dubief.

M. Gilbert Ballet. — Il faut cependant se méfier d'un vote enlevé par surprise et sans discussion.

M. le Président propose une nouvelle réunion de la Commission, à la suite de laquelle la Société, réunie en séance extraordinaire, prendra une décision définitive.

Une séance supplémentaire est fixée au 3 mars.

La séance est levée à 6 h. 15.

Les Secrétaires de séances,
J.-M. Dupain et P. Juquelier.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 3 MARS 1914

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

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

Correspondance.

M. Ritti, secrétaire général, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La revision de la loi sur les aliénés au Sénat. — Définition des termes : affection mentale, aliénation mentale.

M. René Charpentier, rapporteur de la Commission, donne lecture de son rapport :

Messieurs, après avoir étudié à nouveau les termes d'une réponse à faire à M. le Sous-Secrétaire d'Etat au ministère de l'Intérieur sur la question posée à la Société par les lettres du 2 et du 12 février 1914, votre Commission vous propose la réponse suivante :

« L'aliénation mentale a été définie par le législateur lui-même, à l'article premier de la proposition de loi sur le régime des aliénés dans les termes suivants :

©BIUM

Les personnes atteintes d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile.

Cette définition nous paraît bonne. A ces malades pourraient s'appliquer, en même temps que l'assistance obligatoire, les formalités proposées par le rédacteur du projet de loi.

En dehors de ces sujets atteints d'aliénation mentale, il est des malades, non aliénés, mais atteints d'affections mentales diverses, présentant des troubles mentaux variés, auxquels devraient s'appliquer des mesures d'assistance, exclusives de toutes mesures judiciaires.

Les conséquences du choix de l'une ou de l'autre de ces expressions pour la rédaction de la proposition de loi peuvent être ainsi résumées :

La première expression « aliénation mentale » si elle était seule employée dans la loi, ne permettrait pas d'étendre l'action de cette loi aux malades atteints de troubles mentaux mais non aliénés.

La seconde expression « affections mentales », si elle était employée seule dans la loi, telle qu'elle résulte du projet actuellement en discussion aurait, pour conséquence d'étendre à des malades non aliénés, atteints de troubles mentaux légers et variés, des mesures judiciaires, restrictives de la liberté individuelle, que personne ne peut songer à leur appliquer.

M. Gilbert Ballet. — J'accepte la définition que vous donnez de l'aliénation mentale, tout en émettant le regret que cette définition implique que nous mettons dans le même groupe les malades dangereux pour la société et ceux qui ne sont dangereux que pour eux-mêmes. Je répète qu'il me paraît inutile et nuisible d'appliquer des mesures judiciaires à certains malades tels que le mélancolique qui est simplement dangereux pour lui-même.

M. Pactet. — L'observation clinique nous montre cependant que souvent les mélancoliques sont amenés par leur complexus délirant à commettre des actes dangereux pour les autres : suicide collectif, etc.

©BIUM

M. GILBERT BALLET. — Cela est vrai; mais il me semble néanmoins que la loi doit prévoir des mesures différentes pour les uns et pour les autres de ces malades. Les uns, aliénés dits criminels, par exemple, sont un danger permanent pour la sûreté sociale et des mesures d'ordre judiciaire me paraissent tout indiquées pour eux, tandis que pour les autres des mesures administratives analogues à celles de la loi du 30 juin 1838 me semblent très suffisantes.

M. COLIN. — J'appuie la remarque de M. Pactet. Je me proposais de le faire lorsqu'il a pris la parole. Je disais à la dernière séance que notre Société n'était pas chargée de faire les lois et de se substituer ainsi au Parlement. Nous n'avons donc pas à nous prononcer sur le fond même du projet pas plus que sur l'intervention de la magistrature dans les placements. On nous demande tout simplement de définir deux expressions, ce qui déjà est assez malaisé. C'est pourquoi je prie la Société d'adopter le texte qui lui est proposé par sa Commission.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Il serait possible d'indiquer la distinction proposée par M. Gilbert Ballet d'une façon plus explicite dans la seconde partie du premier paragraphe en le rédigeant de la manière suivante.

Je reprends la lecture des articles de la réponse qui doit être faite à M. le Ministre. Premier paragraphe : L'aliénation mentale a été définie par le législateur lui-même à l'article premier de la proposition de loi sur le régime des aliénés dans les termes suivants : « Les personnes atteintes d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile ».

Cette définition nous paraît bonne. A ces malades s'appliqueraient l'assistance obligatoire et, en même temps : aux uns (malades dangereux simplement pour eux-mêmes), les formalités administratives actuellement existantes et seules légitimes dans ce cas, et aux autres, les formalités que nécessiterait leur caractère d'aliéné protestataire ou dangereux.

©BIUM

M. COLIN. — Je ne puis croire que la Société médico-psychologique consente à accepter un texte aussi contraire aux données de la clinique. Je suis certain qu'aucun de nos collègues ici présents ne voudrait prendre la responsabilité de certifier qu'un malade n'est dangereux que pour lui-même, risquant ainsi de recevoir des événements un cruel démenti. C'est pourquoi je déclare qu'en tout cas, je voterai contre le texte.

Ce premier paragraphe de la réponse est mis aux voix et adopté, à l'unanimité des votants moins deux voix contre.

M. le RAPPORTEUR reprend à nouveau la lecture du deuxième paragraphe :

« En dehors de ces sujets atteints d'*aliénation mentale*, il est des malades, non aliénés, mais atteints d'*affections mentales* diverses présentant des troubles mentaux variés, auxquels devraient s'appliquer des mesures d'assistance exclusives de mesure judiciaire. »

Ce deuxième paragraphe est adopté à l'unanimité des votants (deux abstentions).

Lecture du troisième paragraphe :

« Les conséquences du choix de l'une ou de l'autre de ces expressions pour la rédaction de la proposition de loi peuvent être ainsi résumées : La première expression « aliénation mentale » si elle était seule employée dans la loi, ne permettrait pas d'étendre l'action de cette loi aux malades atteints de troubles mentaux et non aliénés. La seconde expression « affections mentales », si elle était employée seule pour la rédaction de la loi telle qu'elle résulte du projet actuellement en discussion, aurait pour conséquence d'étendre à des malades non aliénés, atteints de troubles mentaux légers et variés, des mesures judiciaires, restrictives de la liberté individuelle, que personne ne peut songer à leur appliquer. »

Ce troisième paragraphe est adopté à l'unanimité des votants (deux abstentions).

Sur la proposition de M. PACTET et de l'assentiment général une considération suivante est ajoutée :

« Du reste la Société médico-psychologique considère que les dispositions de la loi du 30 juin 1838 qui, déjà, fait intervenir d'une façon régulière l'action de la magi-

©BIUM

strature, garantissent complètement la liberté individuelle, et qu'il suffirait, pour protéger la société avec plus d'efficacité, d'ajouter à cette loi des mesures judiciaires concernant les aliénés dits criminels. »

La Société décide que le texte du rapport de la Commission, avec la modification adoptée en séance sera adressé à M. le ministre de l'Intérieur.

La séance est levée à 5 h. 15.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale.

Séance du 16 *février* 1914.

I. — *L'aliénation mentale chez les employés de chemin de fer et de compagnies de transport en commun. Un danger public.* — M. *Pactet* présente un paralytique général dont l'affaiblissement intellectuel incline à la démence et chez qui le début de la maladie remonte à plus d'un an.

Or, ce malade, chauffeur au chemin de fer de l'Etat, a continué à circuler sur une locomotive jusqu'à la fin du mois de septembre dernier. C'est à la suite d'une attaque apoplectiforme, survenue alors qu'il était en service sur la machine, que le mécanicien le fit porter malade.

Il est permis, en présence de ce cas, qui ne constitue pas un fait isolé, de se demander si l'administration des compagnies de chemins de fer attache au diagnostic précoce des maladies mentales chez ses agents tout l'intérêt qu'exigerait le souci bien entendu de la sécurité des voyageurs.

Il présentera d'autres malades appartenant aux compagnies, qui permettent de répondre à cette question par la négative.

MM. *Dabout*, *Briand*, *Vigouroux*, *de Clérambault*, *Trénel*, *Marie*, *Leroy*, prennent tour à tour la parole sur cette importante question et la Société décide de la maintenir à l'ordre du jour.

II. — *Paralytiques généraux traités par la voie intracranienne. Présentation de malades.* — Les quatre malades présentés par MM. *A. Marie*, *Levaditi* et *de Martel* ont été traités par trépanation bilatérale au niveau de la région pariétale, avec injection de sérum de lapin salvarsanisé et contenant

©BIUM

les anticorps suivant la méthode préconisée antérieurement (1). Les malades sont entièrement guéris de la double opération et n'offrent aucun trouble moteur spécial; ils semblent sensiblement améliorés au point de vue physique. La parésie faciale chez l'un d'eux, l'exophtalmie gauche chez l'autre, ont complètement disparu.

Aucun trouble mental appréciable chez le plus amélioré, et chez lequel d'ailleurs la maladie était moins avancée, mais qui avait un délire de grandeur exubérant avec des impulsions de suicide.

En plus de ces cas, six autres ont été opérés et traités pour la plupart à une phase bien plus avancée de la maladie. Les résultats enregistrés chez ces derniers sont moins favorables, quoique assez encourageants en ce sens que la maladie ne s'est pas aggravée du fait de l'opération ni depuis. Un seul a présenté un ictus léger deux mois après l'intervention; l'examen du liquide rachidien, pratiqué plusieurs semaines après le traitement, ne montrait pas encore de changement en ce qui concerne l'albumodiagnose, la lymphocytose et le Wassermann. Une observation prolongée est évidemment nécessaire pour de tels cas.

III. — *Délire ambitieux et tabès. Présentation de malade.* — M. *Juquelier* montre une malade de quarante-deux ans, atteinte de délire ambitieux et de persécution. Les idées ambitieuses dominent, le système est niais mais cohérent, des interprétations rétrospectives empêchent de déterminer exactement les débuts des troubles mentaux; la malade est bien orientée, se tient correctement, et si elle est de faible niveau intellectuel, elle ne présente pas d'affaiblissement notable; il n'existe pas chez elle d'hallucinations auditives, mais il paraît exister des hallucinations visuelles.

Elle est, en outre, atteinte de tabès, dont l'étiologie habituelle est affirmée par la notion d'une fausse couche vers l'âge de vingt-deux ans et par le caractère positif de la réaction de Wassermann; de nombreux actes déraisonnables ont marqué les dernières semaines qui ont précédé l'internement, et l'auteur se demande si, malgré l'impression résultant d'un premier examen, il ne faut pas établir une relation de cause à effet entre le délire et le tabès, et ranger cette malade au nombre des sujets atteints d'association tabéto-paralytique.

(1) *Société de Biologie*, 14 décembre 1913 et février 1914.

©BIUM

M. *Leroy* rapporte une observation analogue à propos de laquelle il est dans le même embarras.

M. *Briand*, qui a noté, lors du passage à l'admission, les hallucinations visuelles, croit que le tabès et le délire n'évoluent pas isolément.

M. *Laignel-Lavastine* insiste sur la nécessité de l'examen du fond de l'œil chez une tabétique qui délire et qui paraît avoir des hallucinations de la vue.

IV. — *Etat circulaire chez une paralytique générale. Présentation de malade.* — La malade de MM. *Leroy* et *Beaudoin*, âgée de trente-trois ans, est atteinte de paralysie générale classique. L'intérêt du cas réside dans l'existence chez cette femme d'un état circulaire. Tantôt la malade se montre excitée, euphorique, érotique comme la plupart des paralytiques généraux, tantôt au contraire elle offre un aspect déprimé avec prostration extrême, semi-mutisme et refus d'aliments. Enfin, dans un état intermédiaire, cette femme reste calme, plutôt inhibée.

Le plus intéressant est la succession régulière de ces différentes phases, dont la durée pour chacune ne dépasse pas deux ou trois jours. On peut même voir le changement se produire dans la même journée.

V. — *Un cas d'exhibitionnisme associé à l'inversion sexuelle. Présentation de malade.* — MM. *Marcel Briand* et *J. Salomon* présentent un malade atteint de débilité mentale et qui s'est, depuis l'âge de quinze ans, nettement révélé comme inverti sexuel. Secondairement, apparurent chez lui des impulsions à l'exhibitionnisme. Conformément à l'état constitutionnel du malade, ces impulsions érotiques ne se manifestent que lorsque le sujet se trouve en présence d'individus de son sexe.

Les auteurs rappellent combien il est fréquent d'observer les signes de saturnisme chez les exhibitionnistes, ils en apportent un nouvel exemple.

VI. — *Sarcome du corps calleux chez un délirant interprétateur. Présentation de photographies.* — M. *Baracoff*, qui communique ce cas, formule les conclusions suivantes :

Les tumeurs du corps calleux se caractérisent :

1° Par une augmentation graduelle des symptômes de la maladie ;

2° Par le défaut ou par une manifestation très atténuée des symptômes des tumeurs cérébrales en général ;

3° Par un désordre profond de l'intelligence. Le malade est

©BIUM

stupide, soporeux. Il a des troubles de la parole qui ne sont pas d'origine aphasique;

4° Par des manifestations hémiparésiques qui sont d'ordinaire plus prononcées d'un côté que de l'autre et qui n'apparaissent pas d'emblée des deux côtés;

5° Par le défaut des manifestations maladives du côté des nerfs craniens.

Séance supplémentaire du 27 *février* 1914.

Revision de la loi de 1838. *Définition des termes affection mentale, aliénation mentale.* — M. *Vigouroux*, président. — Dans la séance du 16 février, la Société a nommé une Commission composée de MM. Pactet, Marie, H. Colin, chargée d'étudier les réponses qu'il conviendrait de faire à la demande de M. le Ministre de l'Intérieur, sur le sens qui doit être attribué aux expressions : affections mentales, aliénation mentale.

D'autres sociétés ont été consultées en même temps que la nôtre. Je donne la parole à M. Colin, secrétaire général, pour qu'il vous communique les lettres de M. le Ministre de l'Intérieur et le texte des réponses qui ont été faites par les Sociétés de Médecine légale, de Neurologie et de Psychiatrie, qui ont eu l'occasion de se réunir avant la Société clinique de Médecine mentale.

M. *Henri Colin*, secrétaire général, après avoir donné lecture des lettres de M. le Ministre de l'Intérieur adressées à la Société (voir plus haut, pages 337 et 338), dit :

La première Société qui fut saisie de la question par son bureau, celle, du reste, qui devait l'être avant toutes les autres, eu égard à son ancienneté, à sa réputation mondiale, à la spécialisation des membres qui la composent, fut la Société médico-psychologique. Une Commission d'études a été nommée par elle, mais le rapport sera lu seulement le 3 mars prochain, la Société médico-psychologique ayant décidé de tenir à cet effet une séance spéciale (1).

Par contre, la Société de Médecine légale de France a déjà envoyé sa réponse, à laquelle s'est ralliée la Société de Neurologie. Nous la reproduisons ci-dessous :

(1) Voir plus haut, p. 337.

©BIUM

Société de Médecine légale de France et Société de Neurologie.

Réponse à une question posée par M. le Ministre de l'Intérieur à l'occasion du projet de réforme de la loi de 1838. — *Question.* — A propos de la loi sur le régime des aliénés actuellement en discussion devant le Sénat, le Ministre de l'Intérieur demande à la Société de Médecine légale « de lui apporter son concours pour lui permettre d'indiquer au Sénat, lors de la seconde lecture du projet modifiant la loi du 30 juin 1838, quel est le sens respectif des expressions *affection mentale* et *aliénation mentale*, et à quelles maladies bien définies l'une ou l'autre se rapporte, car si la portée de ces mots n'était pas nettement précisée et délimitée, des abus seraient à redouter ».

Pour répondre à la question posée et tout en désirant ne pas s'écarter des termes de cette question, la Société estime cependant nécessaires quelques observations et remarques préalables sans lesquelles les définitions qu'on lui demande seraient pour le législateur insuffisamment claires.

La loi en discussion, dans l'esprit de ceux qui la proposent, doit avoir un double caractère : elle doit être une *loi d'assistance* pour les psychopathes (1) ayant besoin de soins, et une loi de *protection sociale* contre les psychopathes dangereux.

Elle vise dès lors en fait trois catégories de malades :

1° Des malades à traiter, non protestataires, représentant, si l'on en juge par la population actuelle des asiles, de 80 à 95 p. 100 de la totalité des malades internés ;

2° Des malades à traiter, mais protestataires (2) [protestataires cohérents et habituels] ;

3° Des malades dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes (psychopathes dits criminels, psychopathes non criminels, mais reconnus dangereux, et à placer d'office si la famille, incapable de les soigner, ne les place pas spontanément).

La loi qu'on prépare ne peut pas ne pas établir de distinction

---

(1) Le terme « psychopathe » est synonyme de celui de « malade atteint d'affection mentale ».

(2) Un malade « protestataire » est celui qui proteste d'une façon cohérente et habituelle contre son isolement nécessaire.

©BIUM

entre ces trois catégories de malades qui, se comportant différemment, ne sauraient être passibles des mêmes mesures.

Ponr ceux du premier groupe, elle doit édicter de simples mesures d'assistance, exclusives de toute mesure judiciaire.

Pour ceux du deuxième et du troisième groupe, les mesures d'ordre judiciaire sont légitimes, l'autorité judiciaire ayant seule qualité pour priver de sa liberté un malade dangereux parce que dangereux, ou pour imposer l'isolement nécessaire à quelqu'un qui, inconscient de sa situation par suite de trouble psychique, refuse de se laisser soigner.

Un malade *simplement assisté* ne peut être désigné sous le nom d'*aliéné*, un aliéné étant un malade à l'égard duquel il y a lieu de prendre des mesures administratives ou judiciaires visant l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Donc, le terme *aliéné* doit être réservé aux psychopathes de la deuxième et de la troisième catégorie, quels que soient d'ailleurs les établissements (publics, privés ou particuliers) où ils seront soignés.

Il ne saurait être employé pour désigner les malades du premier groupe, qu'ils soient placés dans des établissements publics ou privés ou dans des installations particulières, en vertu d'un placement demandé ou d'un placement volontaire, ce dernier terme étant pris dans le sens où l'entend l'article 11 du projet sénatorial.

Pour ces derniers malades, qui sont le très grand nombre, une autre appellation est nécessaire, quelles que soient la forme et la nature du trouble ou de la maladie psychique dont ils sont affectés (excitation maniaque ou dépression mélancolique, confusion mentale, délire aigu ou chronique, systématisé ou non, obsessions, tendances impulsives, perversions instinctives, et troubles de la conscience, attaques convulsives, intoxications aiguës ou chroniques dues à des affections cérébrales ou se traduisant par des perturbations du psychisme) : ce sont des malades *atteints d'affections mentales ou psychiques*, *non des aliénés*. Ils ne sont susceptibles de devenir des aliénés que le jour où une réaction accidentelle (acte violent) ou durable (état dangereux habituel, état protestataire) aura nécessité, par l'application de mesures judiciaires ou administratives, le passage du premier groupe au deuxième ou au troisième.

Donc, tous les malades visés par la loi sont des malades atteints d'*affections mentales ou psychiques*. Un très petit nombre seulement méritent la qualification d'aliénés, ceux à

©BIUM

l'égard desquels devront être ou auront été prises des mesures spéciales propres, soit à protéger la société (malades dangereux), soit à légitimer la privation de la liberté individuelle (malades protestataires).

La loi nouvelle (double loi de protection sociale et d'assistance) ne peut donc être appelée loi relative aux aliénés, mais *loi relative aux malades atteints d'affections mentales ou psychiques*, étant entendu qu'elle vise deux catégories différentes de malades, ceux atteints d'affections mentales simples et ceux devant être tenus pour aliénés.

On ne doit pas perdre de vue, d'ailleurs, que si les établissements publics ou ceux faisant fonction d'asiles publics sont appelés, en leur double qualité d'établissement d'assistance et d'établissement pour malades dangereux, à recevoir à la fois des malades atteints d'affections mentales (malades du premier groupe) et des malades aliénés (malades du second et du troisième groupe), il se rencontrera certainement des établissements privés pour malades payants, ou des installations particulières ne recevant que des malades du premier groupe. Il n'est pas nécessaire de faire ressortir les inconvénients qui résulteraient, par suite de la confusion des termes, de la confusion de ces établissements ou installations avec ceux destinés à accueillir ou à garder, en même temps que les malades du premier groupe, ceux du second et du troisième. Les établissements actuellement dits *ouverts* doivent rester des établissements ouverts où l'on n'entrera et d'où l'on sortira librement, et où ne seront reçus ou gardés ni les malades placés d'office, ni les aliénés protestataires.

Ces derniers malades ne seraient admis que dans les maisons dites fermées qui accepteraient de garder et de soigner, en même temps que des malades atteints d'affections mentales en général, ceux soumis aux formalités judiciaires leur imprimant le caractère d'aliéné.

La Société de Médecine légale, désireuse de se renfermer dans la limite des questions qui lui sont posées par le Gouvernement, estime qu'elle n'en sort pas en appelant son attention sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que le législateur comme le magistrat ne tinssent qu'un compte secondaire des termes « affection mentale » ou « aliénation mentale ».

Il lui a semblé que pour la netteté de la rédaction et la facilité d'application de la loi, il y aurait lieu de se préoccuper surtout dans le texte de cette dernière du fait objectif juridique-

©BIUM

ment saisissable, le *caractère dangereux ou non*, *protestataire ou non*, du malade affecté de trouble psychique.

Résumé et conclusions. — 1° Le mot *affection mentale* est un terme général servant à désigner toutes les variétés de troubles psychiques.

2° L'aliénation mentale est l'état de toute personne atteinte d'affection mentale qui compromet l'ordre public ou est dangereuse pour elle-même ou pour les autres.

3° Pour les personnes qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour l'ordre public ou la sûreté des personnes et ne sont pas protestataires, il convient de se borner à des soins et en outre à des mesures d'assistance s'il s'agit d'indigents.

Pour les autres (malades dangereux ou protestataires), il est nécessaire de prendre en plus des mesures de protection légale. »

La Société de psychiatrie, tout en se ralliant au texte voté par les deux Sociétés précédentes, a cependant apporté quelques modifications ainsi que vous allez pouvoir vous en rendre compte.

Société de psychiatrie.

« *Réponse à une question posée par M. le ministre de l'Intérieur à l'occasion du projet de réforme de la loi de* 1838. — *Question.* — A propos du projet de loi sur le régime des aliénés actuellement en discussion devant le Sénat, le ministre de l'Intérieur demande à la Société de psychiatrie « de lui apporter son concours pour lui permettre d'indiquer au Sénat, lors de la seconde lecture du projet modifiant la loi du 30 juin 1838, quel est le sens respectif des expressions *affection mentale* et *aliénation mentale* et à quelles maladies bien définies l'une ou l'autre se rapporte, car si la portée de ces mots n'était pas nettement précisée et délimitée, des abus seraient à redouter ».

Pour répondre à la question posée et tout en désirant ne pas s'écarter des termes de cette question, la Société estime cependant nécessaires quelques observations et remarques préalables sans lesquelles les définitions qu'on lui demande seraient pour le législateur insuffisamment claires.

Elle croit devoir observer tout d'abord que les expressions en question visent plutôt des malades que des maladies, un malade affecté de la même maladie pouvant être, suivant le degré et la forme de celle-ci, considéré suivant les cas, tantôt comme

©BIUM

atteint d'affection mentale, tantôt d'aliénation mentale, ces mots étant pris dans le sens que nous allons préciser.

La loi en discussion, dans l'esprit de ceux qui la proposent, doit avoir un double caractère : elle doit être une *loi d'assistance* pour les psychopathes (1) ayant besoin de soins, et une loi de *protection sociale* contre les psychopathes dangereux.

Elle vise dès lors en fait trois catégories de malades :

1° Des malades à traiter, non protestataires ;

2° Des malades à traiter, mais protestaires (2) [protestataires cohérents et habituels] ;

3° Des malades dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes (psychopathes dits criminels, psychopathes non criminels mais reconnus dangereux et à placer d'office si la famille, incapable de les soigner, ne les place pas spontanément).

La loi qu'on prépare ne peut pas ne pas établir de distinction entre ces trois catégories de malades qui, se comportant différemment, ne sauraient être passibles des mêmes mesures.

Pour ceux du premier groupe, qui ne comprend pas seulement, mais comprend entre autres les malades admis par placement volontaire au sens de l'article 2 du projet de loi, elle doit édicter de simples mesures d'assistance, exclusives de toute mesure judiciaire.

Pour ceux du 2e et 3e groupe, les mesures d'ordre judiciaire sont légitimes, l'autorité judiciaire ayant seule qualité pour priver de sa liberté un malade dangereux, ou pour imposer l'isolement nécessaire à quelqu'un qui, inconscient de sa situation par suite de trouble psychique, refuse de se laisser soigner.

Un malade *simplement assisté* ne peut être désigné sous le nom *d'aliéné*, un aliéné étant un malade à l'égard duquel il y a lieu de prendre des mesures visant l'ordre public et la sûreté des personnes, ou à qui, qu'il soit dangereux ou non, il y a lieu d'imposer, dans son intérêt, un isolement dans lequel il proteste.

Donc le terme *aliéné* doit être réservé aux psychopathes de la 2e et 3e catégorie, quels que soient d'ailleurs les établisse-

(1) Le terme « psychopathe » est synonyme de celui de « malade atteint d'affection mentale ».

(2) Un malade « protestataire » est celui qui proteste, d'une façon cohérente et habituelle, contre son isolement nécessaire pour cause de trouble mental.

©BIUM

ments (publics, privés ou particuliers) où ils seront soignés.

Il ne saurait être employé pour désigner les malades du premier groupe, qu'ils soient placés dans des établissements publics ou privés ou dans des installations particulières, en vertu d'un placement demandé ou d'un placement volontaire, ce dernier terme étant pris dans le sens où l'entend l'article 2 du projet sénatorial.

Pour ces derniers malades, une autre appellation est nécessaire, quelles que soient la forme et la nature du trouble ou de la maladie psychique dont ils sont affectés, ce sont des malades *atteints d'affections mentales ou psychiques*, non des aliénés. Ils ne sont susceptibles de devenir des aliénés que le jour où une réaction accidentelle (acte violent démontrant une modification de l'état mental) ou durable (état dangereux habituel, état protestataire) aura nécessité, par l'application de mesures spéciales, le passage du premier groupe au 2e ou au 3e.

Donc, tous les malades visés par la loi sont des malades atteints d'*affections mentales*.

Un petit nombre seulement méritent la qualification d'aliénés, ceux à l'égard desquels devront être ou auront été prises des mesures spéciales propres soit à protéger la société (malades dangereux), soit à légitimer la privation de la liberté individuelle (malades protestataires).

Il convient d'ajouter que parmi les malades du premier groupe il peut s'en rencontrer pour qui, par suite de circonstances particulières (nécesssité de gérer directement un avoir et incapacité de le faire du fait du trouble mental, insuffisance de l'aide familial ou autre pour remplir convenablement et opportunément cette gérance), une décision administrative ou judiciaire s'impose dans des cas spéciaux pour sauvegarder les intérêts matériels. Ceux-là aussi deviennent de fait des malades dits « aliénés », sans toutefois que les mesures prises à leur égard puissent légitimer l'internement par mesure judiciaire s'ils ne rentrent ni dans le 2e groupe (aliénés criminels et dangereux), ni dans le 3e (malades protestataires).

De ce qui précède, il résulte que la loi nouvelle (double loi de protection sociale et d'assistance) ne peut plus être appelée loi relative aux aliénés, mais *loi relative aux malades atteints d'affections mentales ou psychiques*, étant entendu qu'elle vise deux catégories différentes de malades : ceux atteints d'affections mentales simples et ceux pouvant être tenus pour aliénés.

On ne doit pas perdre de vue d'ailleurs que si les établisse-

©BIUM

ments publics ou ceux faisant fonction d'asiles publics sont appelés, en leur double qualité d'établissements d'assistance et d'établissements pour malades dangereux, à recevoir à la fois des malades atteints d'affections mentales (malades du premier groupe) et les malades aliénés (malades du second et du troisième groupe), il rencontrera certainement des établissements privés pour malades payants, ou des installations particulières ne recevant que des malades du premier groupe. Il n'est pas nécessaire de faire ressortir les inconvénients de divers ordres qui résulteraient, par suite de la confusion des termes, de la confusion de ces établissements ou installations avec ceux destinés à accueillir ou à garder en même temps que les malades du premier groupe, ceux du second et du troisième. Les établissements actuellement dits *ouverts* doivent rester des établissements ouverts où l'on entrera et d'où l'on sortira librement, et où ne seront reçus ou gardés ni les malades placés d'office ni les aliénés protestataires.

Ces derniers malades ne sont admis que dans les maisons dites fermées qui accepteront de garder et de soigner, en même temps que des malades atteints d'affections mentales, ceux soumis aux formalités judiciaires leur imprimant le caractère d'aliéné.

La Société de Psychiatrie, désireuse de se renfermer étroitement dans la limite des questions qui lui sont posées par le Gouvernement, estime qu'elle n'en sort pas en appelant son attention sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que le législateur comme le magistrat ne tinssent qu'un compte secondaire des termes *affection mentale* ou *aliénation mentale*.

Il lui a semblé que pour la netteté de la rédaction et la facilité d'application de la loi, il y aurait lieu de se préoccuper surtout dans le texte de cette dernière du fait objectif juridiquement saisissable, le *caractère dangereux ou non, protestataire ou non*, du malade affecté de trouble psychique, fait objectif qui détermine la nécessité de la *contrainte*. Or, là où il n'y a pas nécessité de contrainte, il n'y a pas indication à une mesure judiciaire, réserve faite pour les mesures destinées à protéger les intérêts matériels, qui doivent d'ailleurs rester indépendantes et distinctes des mesures judiciaires relatives à l'internement.

Résumé et conclusions. — 1° Le mot *affection mentale* est un terme général servant à désigner toutes les variétés de troubles mentaux.

©BIUM

2° Parmi les affections mentales, les unes demandent exclusivement des soins et, pour les indigents, des mesures d'assistance analogues à celles que reçoivent les malades dans les hôpitaux ordinaires; les autres nécessitent en outre des mesures de protection légale par suite des réactions que présentent les malades (réactions dangereuses pour les autres et pour l'ordre public, état protestataire) et aussi par suite de l'incapacité où se trouvent ceux qui en sont atteints d'exercer les actes de gérance de leurs biens, si ces actes ne peuvent être accomplis dans des conditions de garantie suffisante pour d'autres personnes que celles administrativement ou judiciairement désignées. Ce sont ces dernières qui correspondent aux états dits d'aliénation mentale ».

M. *Henri Colin*. — Je dois, maintenant, en ma qualité de rapporteur de la Commission nommée par la Société clinique de médecine mentale et composée de MM. Marie, Pactet, Henri Colin, vous donner connaissance des conclusions auxquelles nous nous sommes arrêtés et les soumettre à votre approbation.

Permettez-moi, auparavant, de vous faire, aussi brièvement que possible, un exposé de la question.

On nous demande de définir les termes affection mentale, aliénation mentale. Je crois qu'il faut se méfier des définitions médicales, d'abord parce qu'une définition scientifique est nécessairement imprécise, du fait même que la science est toujours en voie de transformation, condition essentielle du progrès ; en second lieu, parce qu'il est tout au moins inutile, sinon dangereux, de proclamer cette imprécision devant des profanes qui sont portés à tirer de là des conclusions aussi dangereuses qu'erronées. A ce point de vue, la médecine est peut-être, de toutes, la plus imprécise des sciences, et ce qui caractérise le médecin digne de ce nom, c'est le fait de pouvoir se reconnaître dans un dédale de symptômes semblables, communs à des états morbides multiples, mais dont l'association servira à différencier telle ou telle maladie.

Or, une loi n'est pas un traité de médecine, une loi doit viser des cas déterminés. C'est pourquoi il est nécessaire d'éviter, dans un texte de loi comme celui qui nous occupe, toute définition : il en résulte, pour le législateur, l'obligation absolue de se placer uniquement au point de vue social.

J'ai l'honneur de faire partie de la Commission nommée par la Société médico-psychologique aux fins d'étudier la question

©BIUM

qui vous est soumise, et, sans préjuger des conclusions qui seront adoptées, il m'est permis de dire ici que mes collègues et moi, nous avons été unanimes à penser que le législateur lui-même avait très heureusement défini dans l'article 1er de la loi, la catégorie de malades auxquels elle devait s'appliquer.

« Art. 1er. — Les personnes atteintes d'affections mentales qui compromettent l'ordre public et qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile. »

Nous pourrions nous en tenir là si, dans les résolutions votées par d'autres sociétés et dont vous venez de prendre connaissance, on ne voyait apparaître des préoccupations très éloignées de l'objet qui motive cette discussion.

M. le professeur Ballet saisit en effet cette occasion pour nous faire part de ses idées personnelles sur la façon dont il convient d'assister les aliénés. Il repousse l'intervention de la magistrature pour le placement de ces malades, et, de plus, il insiste sur la nécessité de soigner dans des asiles ouverts, dans des maisons de santé ouvertes, les aliénés inoffensifs, les psychopathes.

Je n'aime pas beaucoup ce mot de psychopathes, qui, sous un vocable nouveau et en même temps barbare, désigne des malades qui sont connus depuis bien longtemps : les plus belles observations du genre se trouvent dans Esquirol et Marc.

Ils sont inoffensifs, dites-vous, ces obsédés, même lorsqu'il s'agit d'obsédés homicides, ces mélancoliques à idées de suicide, ces paralytiques généraux dont la bienveillance est proverbiale, ces déments séniles, ces vieillards affaiblis et retombés en enfance. Quelle grave erreur ! Rappelez-vous Henriette Cornier, observée par Marc, et plus récemment Jeanne Weber. Voyez ces mélancoliques qui ne se contentent pas de se tuer, mais entraînent dans la mort leur mari ou leur enfants, ces paralytiques généraux qui étouffent leur voisin de lit, dont les cris les gênent, en leur enfonçant dans la bouche des morceaux de journaux, ces déments séniles qui tuent leur fils — tel le père de Fragson — ou mettent le feu à la maison, sans raison, parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils font. En réalité, on ne peut prévoir quand ces gens prétendus inoffensifs deviendront dangereux, bien mieux, les plus dangereux des aliénés.

M. le professeur Ballet me paraît s'être laissé entraîner par le sentiment. Il nous a parlé récemment, à la Société médico-

©BIUM

psychologique, de la tare qui s'attache à l'asile d'aliénés actuel, il a même ajouté que les médecins aliénistes avaient le droit de voir leur revenir tous les psychopathes et non pas seulement les seuls aliénés.

Hélas! ceci évoque en moi des souvenirs déjà lointains. C'était en 1893, au Congrès de La Rochelle. Un des collègues les plus séduisants de M. Ballet, le professeur Brissaud, nous vantait les mérites de la fusion de la neurologie et de la psychiatrie et j'étais un de ses plus chauds partisans. L'alliance se fit, la clientèle devint commune aux uns et aux autres; mais en 1900 — année d'exposition — reparut la scission entre les deux spécialistes : il y eut un Congrès de neurologistes et un Congrès d'aliénistes. Passons. Aussi bien, mon titre de médecin aliéniste me suffit amplement et je suis certain qu'il en est de même pour mes collègues. Il y a trente ans que j'entends parler de la transformation de nos asiles en hôpitaux ordinaires. Pour ma part, je n'en vois pas l'utilité. Bien plus, je suis l'adversaire résolu des services d'hôpitaux ordinaires ouverts aux aliénés si ces services ne sont pas placés sous la direction d'un aliéniste de carrière, assisté d'un personnel expérimenté. Lorsque ces conditions seront réalisées, il y aura tout avantage à réserver dans les hôpitaux de certains centres, comme le demande M. le sénateur Genoux, des locaux destinés à hospitaliser les aliénés avant leur transfert à l'asile, et où les malades atteints de délires transitoires pourront être soignés. Mais si les soins sont donnés par les médecins et le personnel habituels de l'hôpital, non seulement des aliénés se trouveront dans ces locaux beaucoup plus mal qu'à l'asile — il nous serait facile de citer des exemples à Paris même — mais encore ils feront courir à l'entourage les plus grands dangers, témoin cet individu mis en observation à l'hôpital de Nevers et qui — il y a quelques semaines — s'évadait après avoir tué l'infirmier qui le surveillait. A la suite de cet événement, les médecins de l'hôpital ont résolu de ne plus admettre d'aliénés dans leur salle et de les laisser à l'asile.

Excusez cette digression, je reviens à la thèse de M. Ballet. En ce qui concerne l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés, pas plus que M. Ballet, pas plus, du reste, que les magistrats, à qui on fait un cadeau peu enviable, je ne la considère comme absolument nécessaire, mais, d'autre part, cette intervention ne me choque pas outre mesure. Le Tribunal civil intervient dans mille circonstances de notre vie

©BIUM

courante sans que personne y trouve à redire. Et si cette intervention est de nature — comme c'est le cas — à rassurer l'opinion publique, toujours soupçonneuse lorsqu'un individu a été privé de sa liberté pendant un certain temps, surtout si cet individu est riche ou jouit d'une certaine notoriété, je n'y verrais que des avantages.

Car enfin, il faut bien le dire, pour les aliénés, pour les malades qui nous occupent, le maître de l'heure, ce n'est pas le magistrat, c'est le médecin.

C'est le certificat médical qui est la base de toutes les procédures d'internement. Les conséquences sont faciles à déduire. Si cet individu n'est ni aliéné, ni dangereux, le médecin ne rédigera pas de certificat d'internement et l'enverra se faire soigner dans un hôpital ou dans une maison de santé ouverte. S'il est aliéné, le médecin le fera interner dans un asile ou dans une maison de santé fermée.

Serait-ce donc qu'il y a autre chose, et que certaines maisons de santé ouvertes renferment un bon nombre d'aliénés? Quoi de plus légitime, dans ce cas, que de les faire rentrer dans la légalité comme cela se passe en Italie, d'après les prescriptions de la loi nouvelle.

A ce point de vue, les dispositions de la loi soumise au Sénat sont à l'abri de toute critique; elles auront pour résultat de faire cesser certains scandales du genre de celui-ci. Vers 1886, un inspecteur général des services administratifs, en visitant un hôpital de Maine-et-Loire tenu par des religieuses, pénétra, par hasard, dans un local qui rappelait à s'y méprendre les quartiers d'aliénés avant la réforme de Pinel. C'étaient, en effet, des aliénés qui se trouvaient placés là par leur famille, sans formalités administratives, et sans que les religieuses fussent autorisées à les recevoir. L'inspecteur fit un rapport aussi véhément que circonstancié au préfet et au ministre de l'Intérieur. Trois ans se passèrent et le même inspecteur général eut l'occasion de revenir au même endroit. Il eut la surprise de voir que rien n'avait été changé. Nouvelle enquête, nouveau rapport, et comme résultat l'autorisation donnée aux religieuses de continuer leur exploitation.

A mon avis, la loi que vient de voter le Sénat est, dans ses grandes lignes, une loi excellente. Elle établit le principe de l'obligation des soins à donner aux aliénés.

Le grand tort de ses adversaires est de juger cette loi du point de vue de Paris. Or, Paris n'est pas la France, pas plus

©BIUM

que la représentation de Paris au Parlement n'est la représentation de la France.

Paris a ses hôpitaux, ses asiles, ses maisons de santé multiples, ses œuvres d'assistance de tout genre.

Au contraire, que se passe-t-il en province? Nous savons que les aliénés indigents sont internés le plus tard possible, lorsque la mesure est devenue indispensable, pour ne pas grever le budget de leur commune. J'ai fait interner ainsi à Gaillon une idiote qui contaminait tous les soldats de la garnison : j'ai souvent conté le cas de deux autres malheureux, deux enfants idiots, incendiaires, condamnés pour outrages à la pudeur, et que le maire ne voulait pas consentir à faire hospitaliser par mesure d'économie.

Au point de vue même du genre de malades que l'on rencontre dans les asiles de province, je fais appel aux souvenirs de ceux de mes collègues qui connaissent ces asiles pour en avoir été les médecins. Ils ne me contrediront pas si je dis que l'on y voit des aliénés et rien que des aliénés.

C'est pour cela que je vous propose, au nom de votre Commission, de laisser de côté le terme *affection mentale* et de nous en tenir à l'expression *aliénation mentale* telle qu'elle est définie à l'article premier de la loi, qui pourrait être rédigé ainsi :

« ARTICLE PREMIER. — *L'assistance et les soins nécessaires aux aliénés sont obligatoires.*

« *Les personnes atteintes de troubles mentaux qui compromettent l'ordre public, ou qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres, doivent être soignées et gardées dans des établissements spéciaux, lorsqu'elles ne peuvent être soignées et gardées à domicile.* »

Quant aux malades atteints d'affections mentales simples, aux nerveux, ils me paraissent relever des lois d'assistance ordinaire.

M. *Legrain.* — Peut-être pourrait-on donner, pour répondre à la question qui nous est posée, une définition « relative » à l'usage du législateur. Voici celle que j'ai préparée :

« La folie est celle qui nécessite et justifie la mise d'un malade sous tutelle et protection ».

M. *H. Colin.* — La définition de M. Legrain me paraît beaucoup trop vaste et par cela même dangereuse. On pourrait faire rentrer sous cette rubrique les prodigues, par exemple, et tous les individus qui sont dotés d'un conseil judiciaire.

©BIUM

M. *Juquelier*. — J'ajouterai que dans cette définition il n'y a rien de médical ; il conviendrait tout au moins d'ajouter à la suite de « protection » le mot « traitement », et de dire la mise d'un malade sous tutelle, protection et traitement.

M. *Truelle*. — Je vais examiner la portée et les conséquences de la substitution du terme *affection mentale* à celui de : *aliénation mentale*.

Ces deux termes ne sont pas synonymes.

Le premier est purement médical ; il est largement compréhensif et s'applique à toutes les perturbations mentales, quels que soient leur origine, leur nature, leur degré, leurs manifestations et leurs conséquences.

Le second est plus restrictif : il ne s'applique qu'à une partie des individus atteints d'affections mentales ou qu'à un moment passager ou durable de l'évolution de ces affections. Il a plutôt un caractère social que médical. Il envisage les affections mentales uniquement au point de vue de leurs conséquences.

Il n'est donc pas sans importance d'employer indifféremment l'une ou l'autre expression. Tout en respectant l'idée humanitaire qui peut disposer certains à préconiser la substitution, dans la loi en préparation, du terme *affection mentale* à celui d'*aliénation mentale*, on ne saurait oublier la différence de signification qui vient d'être exposée. Une loi concernant les individus atteints d'affections mentales serait nécessairement très différente d'une loi sur les aliénés.

Or, il apparaît que le but poursuivi par le législateur, comme celui d'ailleurs atteint en 1838, vise bien plutôt cette dernière catégorie d'individus que la première.

Sans doute, et c'est là un progrès précieux, la loi en préparation sera, plus encore que la loi de 1838, une loi d'assistance et de préservation individuelle en même temps qu'une loi de défense sociale. Il ne semble pas toutefois qu'elle puisse étendre ses prescriptions coercitives ni même ses mesures tutélaires à tous les individus atteints d'affections mentales, sans distinction, ni à tous les moments de ces affections mentales.

Voici, par exemple, un individu atteint de folie intermittente : dans l'intervalle, souvent très long, de ses accès d'excitation ou de dépression, il ne cesse pas d'être en puissance de cette affection mentale qu'est la folie intermittente, et pourtant il ne viendra à l'idée de personne de dire qu'il est en ce moment aliéné. C'est là un cas extrême.

©BIUM

Voici un simple déprimé, un neurasthénique, un hypocondriaque léger, un obsédé mitigé, un phobique banal comme il en existe même parmi ceux qui remplissent les plus hautes fonctions sociales ; ils sont tous atteints d'affections mentales, mais ce ne sont pas des aliénés ; et on ne saurait évidemment prendre à leur égard les mêmes mesures législatives qu'envers les délirants caractérisés à réactions actuellement ou virtuellement dangereuses.

Voici encore un vieillard ou un paralysé, légèrement affaibli intellectuellement, à la mémoire quelque peu défaillante, ou même un simple aphasique ; tous ceux-là aussi sont atteints d'affections mentales ; ce ne sont pas, au sens administratif ou législatif du mot, des aliénés.

Mais que ces mêmes intermittents soient en crise, que ces mêmes déprimés, hypocondriaques, obsédés ou neurasthéniques fassent un pas de plus dans leur affection mentale et présentent des idées de suicide, des tendances automutilatrices, ou des impulsions agressives ou délictueuses ; que chez ces mêmes affaiblis de l'intelligence, la démence progresse et qu'ils deviennent incapables de se diriger, de discerner et d'éviter un danger, qu'ils aient des accès de confusion, des poussées d'excitation et de turbulence, au cours desquels ils troublent l'ordre public ou risquent d'incendier leur domicile, ou que tout simplement ils deviennent, du seul fait de leur incapacité à se diriger, une charge pour leur famille, ou une proie trop facile à tous les appétits déchaînés autour d'eux, et voilà ces mêmes malades atteints des mêmes affections mentales devenus des aliénés.

Après un échange d'observations entre MM. Pactet, Legrain, Trénel, Halberstadt, M. Juquelier propose le texte suivant, qui est adopté par la *Société clinique de médecine mentale* :

« L'expression *affection mentale*, dont le sens est plus étendu et aussi moins précis que celui de l'expression *aliénation mentale*, désigne l'aliénation mentale et aussi d'autres états morbides caractérisés par des troubles mentaux.

« Doivent être considérées comme aliénées les personnes atteintes d'affections mentales :

« 1° Qui compromettent l'ordre public ;

« 2° Qui sont, ou peuvent devenir dangereuses pour elles-mêmes ou pour les autres ;

« 3° Qui, incapables de se diriger correctement ou de subvenir à leurs besoins, n'acceptent cependant pas de leur entou-

©BIUM

rage immédiat ou de l'assistance publique la surveillance et les soins que leur état rend absolument nécessaires.

« Seuls, les aliénés, à l'exclusion des autres malades frappés de troubles mentaux, doivent être l'objet de mesures légales restrictives au point de vue de la liberté individuelle.

« La substitution de l'expression affection mentale à l'expression aliénation mentale pourrait avoir pour conséquence d'étendre abusivement ces mesures. Il y a donc lieu d'éviter une telle substitution.

« Cependant, les malades atteints d'affections mentales en général, et non plus seulement les aliénés, méritant d'être assistés, la loi pourrait étendre, en spécifiant nettement le caractère exceptionnel de cette mesure, le bénéfice du placement personnel ou volontaire à toutes les affections mentales.

« En ce qui concerne en effet les indigents, et si l'on fait abstraction de quelques services hospitaliers des grandes villes, les asiles d'aliénés sont actuellement les seuls établissements d'assistance aux affections mentales en général, et rien ne s'oppose à ce que des personnes atteintes d'affections mentales, mais non aliénées, soient traitées dans les asiles :

« Si elles le désirent,

« Si elles entrent librement,

« Si leur séjour dans l'établissement est médicalement justifié,

« Et si elles sortent librement, même non guéries, à la seule condition qu'elles ne soient pas dangereuses, l'opposition du médecin traitant à la sortie d'un malade qui s'est placé lui-même devant toujours faire l'objet d'une enquête immédiate et soigneuse, analogue à celle qui aboutit au placement d'office. »

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

De l'emploi des réflexes associatifs moteurs comme procédé objectif de recherches dans la neuro-pathologie et la psychiatrie cliniques ; par le prof. Bechterew. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, t. V, fasc. 3, avril 1911.

La psychologie qu'on pourrait appeler subjective, cherche à pénétrer la vie intérieure par auto-observation, et, quand il s'agit de tierces personnes, par interrogation, observation de la mimique, de la respiration, du pouls, etc. Le procédé est imparfait, et d'ailleurs inapplicable aux animaux, aux enfants qui ne parlent pas encore, aux aliénés. Il faut recourir dans ces cas à la méthode psychologique objective, qui, si elle ne révèle pas les états de conscience du sujet observé, permet du moins de fixer les rapports qui existent entre les excitations extérieures de l'organisme et ses réactions. C'est là l'objet de la psychologie objective ou psycho-réflexologie, qui étudie les réflexes neuro-psychiques. Les lois de ces réactions compliquées peuvent être établies avec la même précision que celles des phénomènes d'excitation et d'inhibition de l'appareil neuro-musculaire.

Des deux groupes qui constituent les réactions neuro-psychiques (réflexes associatifs sur le terrain des réflexes ordinaires par association avec d'autres excitations extérieures — réflexes d'associations organiques ou individuelles sur le terrain des réactions suscitées par une excitation interne quelconque), l'auteur n'étudie que le premier. Il conduit ses expériences en utilisant les réflexes moteurs. Il provoque les réflexes associatifs en associant à l'excitation génératrice d'un réflexe moteur ordinaire une autre excitation. Après un certain nombre d'associations il obtient le réflexe moteur au moyen de l'excitation associée qui serait incapable de le produire d'emblée. C'est là ce qui constitue le réflexe associatif moteur, réflexe qui, par sa répétition, arrive à se différencier, de façon à n'être plus produit que par une certaine combinaison d'associations. La diffé-

©BIUM

renciation peut s'adapter aux diverses qualités de l'association (force, dimension, topographie de l'excitation), et la stabilité du réflexe peut varier suivant les mêmes conditions. Avec la destruction de la zone motrice correspondante, le réflexe disparaît.

L'auteur insiste sur la nécessité de fixer la limite inférieure de l'excitation, c'est-à-dire l'excitation minima qui produit le réflexe associatif, parce que l'étude du seuil de ce réflexe permet de faire des comparaisons instructives entre les états normaux et les états pathologiques. Il paraît dès à présent établi que ce seuil du réflexe coïncide avec le seuil de la sensation qui produit l'excitation ; et, comme le réflexe associatif moteur est indépendant de l'attitude personnelle du sujet, la méthode est susceptible de donner des indications précieuses chez les aliénés incapables de s'expliquer clairement, elle permettra, par exemple, de constater si les excitations arrivent aux centres corticaux.

Le Dr Crecker a constaté ainsi la production des réflexes associatifs moteurs par excitation cutanée dans la catatonie et dans l'état de stupeur. Dans ces cas, et dans tous les états psychosiques où les autres moyens de constater l'intégrité des voies réflexes font défaut, l'utilité de la réflexologie est évidente. Elle donnera de précieuses indications dans différents états pathologiques (lésions capsulaires, corticales, pyramidales, intercentrales, etc.). Enfin, la coïncidence du seuil du réflexe associatif moteur avec le seuil de la sensation permettra de mesurer, par un procédé objectif, la valeur subjective de certains phénomènes dont l'estimation nous échappait jusqu'alors. Ainsi, estime l'auteur, la psychologie subjective se trouve reliée par un pont solide à la méthode nouvelle qu'il appelle psychologie objective, et dont le vrai nom serait celui de psycho-réflexologie.

A. Adam.

Treatment by hypnotism and suggestion, or psychotherapeutics (Traitement par l'hypnotisme et la suggestion, ou psychothérapie) ; par le Dr C. Lloyd Tuckey ; 1 vol. in-8° de 431 pages ; 6e édition, Londres, 1913.

J'ai déjà annoncé ici même la quatrième édition de ce livre en 1902 et la cinquième en 1907 ; et voici que je dois présenter

©BIUM

la sixième aux lecteurs des *Annales*; c'est assez dire combien il a de succès auprès du public de langue anglaise.

Disciple de Liébault, à qui son ouvrage est dédié, M. Lloyd Tuckey, après un rapide exposé historique, aborde le côté pratique de l'hypnotisme dans une suite de chapitres consacrés à l'action de l'esprit sur le corps, aux principaux points de la doctrine du précurseur de Nancy, aux applications thérapeutiques de la méthode, à l'examen des problèmes que soulève le sommeil provoqué, à l'étude des troubles nerveux qui sont justiciables de l'hypnose et de la suggestion. Un long chapitre est consacré à la relation des cas les plus remarquables des guérisons qu'il a obtenues au cours de sa longue pratique. Quelques passages jugés inutiles ont été supprimés; les acquisitions nouvelles ont été enregistrées; sur de nombreux points, l'auteur a fait appel à son expérience de trente ans pour enrichir le contenu de son ouvrage.

Grâce à la collaboration de M^me^ le D^r^ Constance Long, présidente de l'Association des femmes médecins, qui a fait une étude spéciale des théories de Freud et de leur application à la thérapie des psychonévroses, l'auteur a inséré, dans cette nouvelle édition, un chapitre spécial sur la psycho-analyse. Bien que les psychoanalystes ne recourent qu'exceptionnellement au sommeil provoqué, le but de leur méthode, qui est de faire revivre des états de conscience oubliés, a assez d'analogie avec celui de l'hypnose, pour qu'il y ait intérêt à rapprocher les deux procédés.

L'hypnothérapie paraît florissante en Angleterre. En peu d'années, des cliniques se sont ouvertes à Londres et à Liverpool pour le traitement psychique des indigents; une société médico-psychique s'est fondée qui compte déjà 150 membres. Mais ce qui le prouve plus que tout le reste, ce sont les six éditions successives du livre de M. Lloyd Tuckey. Espérons, quoi qu'il en dise, que celle-ci ne sera pas la dernière.

A. Cullerre.

Les phénomènes dits de matérialisation; par M^me^ Juliette Alexandre-Bisson; 1 vol. in-8° de 312 pages avec 165 fig. et 36 planches. Paris, F. Alcan, 1913.

Dans ce livre, d'évidente bonne foi, l'auteur expose en détail les observations qu'il a faites pendant quatre ans avec le

©BIUM

médium Eva C..., sur les phénomènes de matérialisation. Les précautions les plus minutieuses ont été prises pour empêcher toute supercherie. Les effets produits ont été contrôlés par la photographie, et les images ainsi obtenues illustrent à profusion la très intéressante relation que nous donne Mme Bisson de ses expériences.

Ces phénomènes, dont il n'est plus permis de se moquer depuis les observations de W. Crookes, d'Aksakof et de Charles Richet, sont parmi les plus singuliers de la métapsychie. N'étant point familier avec ce genre d'études, j'emprunte au Dr de Schrenck, de Munich, qui a pris part à beaucoup des expériences de Mme Bisson, l'interprétation qu'il en donne et qui est la suivante: « Par un processus biologique inconnu, il se dégage du corps du médium une matière, tout d'abord à demi liquide, qui possède certaines des propriétés d'une substance vivante, notamment celle du changement de consistance, du mouvement et de la prise d'une forme définie... Il y a évidemment, dans cette substance, une faculté transcendante de former artificiellement des images optiques, et de leur donner l'aspect de visages, à l'instar de la sculpture et du dessin. » Et il ajoute : « Nous avons établi des faits, mais nous ne sommes pas à même d'en comprendre et d'en expliquer la moindre part. »

Tout cela est bien troublant. Gardons-nous, toutefois, d'une incrédulité systématique, pour qu'on ne nous applique pas la parole d'Hamlet: « Le ciel et la terre, Horatio, cachent plus de mystères que n'en rêve votre philosophie. »

A. Cullerre.

The presidential address delivered at the opening meeting of the section of psychiatry of the royal society of medicine on october 22, 1912. (Discours présidentiel prononcé à l'ouverture de la section de psychiatrie de la société royale de médecine, 22 octobre 1912); par le Dr Sir Georges H. Savage. Brochure de 14 pages, Londres, 1913.

Dans ce discours, le Dr Savage, faisant appel à sa longue expérience, s'efforce d'embrasser le passé, le présent et l'avenir de la science psychiatrique. Il rappelle l'œuvre de Bevan Lewis, de Wiglesworth, de Crichton Browne, de Terrier, de Maudsley, de Hack Tuke, dont le *Dictionnaire psychologique*, injustement

©BIUM

oublié, contient cependant tant de choses que les jeunes s'imaginent chaque jour découvrir. Il critique les idées de Freud et sa méthode, s'élève contre le danger de trop multiplier les syndromes et les appellations sous lesquelles on désigne les nouvelles *Entités*; constate l'utilité des travaux de Weismann et de Mendel pour la connaissance des lois de l'hérédité morbide. Il conclut en signalant les progrès de la psychologie expérimentale et leur importance au point de vue de l'étude des troubles mentaux, à la condition, toutefois, que l'on reste circonspect et que l'on sache attendre.

A. CULLERRE.

Three months without and three months with a social service worker in the mental clinic at the Boston dispensary (Trois mois avec et trois mois sans la collaboration du service social, à la clinique mentale du dispensaire de Boston), par le Dr C. Vernon Briggs. Rapport présenté à l'*American medico-psychological Association*, mai 1912.

Depuis quelque temps, on multiplie, dans une direction scientifique, les efforts en vue de prévenir la folie. A la clinique mentale de Boston, le médecin aliéniste est assisté d'un *collaborateur social* dont le rôle est d'étudier la condition et les ressources des malades, l'influence du milieu sur la genèse de leurs troubles mentaux, et de suggérer les mesures nécessaires à la guérison et à la préservation des malades. Le rôle d'un tel agent, les statistiques le démontrent, a des conséquences intéressantes. Le nombre de ces collaborateurs devrait être multiplié. L'auteur est d'avis : 1° qu'ils pourraient diminuer le nombre des admissions hospitalières en provoquant, dès les premiers symptômes, le traitement rationnel du mal; 2° préserver les membres de l'entourage des accidents de même nature; 3° diminuer le nombre des récidives et des réadmissions.

A. CULLERRE.

Critique of impure reason (Critique de la raison impure); par le Dr Frédérick Lyman-Wells, médecin de Mc Lean Hospital, Waverley, Mass. Extrait de *The Journal of abnormal psychology*, juin-juillet 1912.

Sous ce titre à jeu de mots, l'auteur expose brièvement les raisons pour lesquelles la doctrine freudienne de la psycho-

©BIUM

analyse n'a pas, sous sa forme présente, à attendre un accueil sympathique de la part d'une psychologie prudente et éclairée.

Il est permis, en effet, de douter que cette méthode soit réellement susceptible de prouver ce qu'elle prétend prouver dans ses applications à la psychologie normale, celle des rêves, par exemple.

Où s'arrêter dans le choix des associations d'idées qui doivent conduire au résultat? Quant au rôle fantastique que Freud fait jouer à la sexualité dans les psychonévroses il est loin d'être démontré et les investigations de cette nature peuvent n'être pas sans inconvénient chez les gens qui se complaisent dans ces idées et y puisent une excitation de mauvais aloi.

A. Cullerre.

Ecce Mulier ou l'éternelle blessée; par le Dr J. Miclesco, 1 vol. in-12. Paris, G. Ficker, 1911.

Notre confrère indique lui-même dans les premières lignes de son introduction le but de son ouvrage. « Des faits dolosifs, pleins d'horreurs et de lamentations, dont j'ai été souvent le témoin au cours de vingt années de pratique de l'art médical, m'ont incité à poursuivre de près, en pleine indépendance et avec énergie, les études sur la question sexuelle. En me basant sur cette longue enquête, je suis arrivé à connaître les fautes, les abus, les crimes, qui sont commis journellement par la société au nom de la morale en général et de la morale sexuelle en particulier. Aussi j'estime ne pas avoir le droit de garder pour moi seul le résultat de mes observations. » Et les sujets qu'il traite sont des plus passionnants au point de vue sociologique, mais aussi des plus difficiles à résoudre pratiquement : c'est toute la physiologie de l'amour et sa législation sociale avec ses imperfections et son arbitraire. Il étudie successivement l'affinité sexuelle dans les deux sexes, l'inégalité de la loi opprimant la fille et absolvant le fils, les conséquences d'une résignation forcée chez la vieille fille et son droit à l'amour, l'amour légal et l'amour naturel, la situation de l'Eglise en face du problème sexuel, les différentes morales, théologique et épicurienne, les paradoxes de l'union conjugale, le droit à l'avortement, la légitimité du refus de la maternité, l'influence de la misère sociale sur la procréation et la physiologie de la fécondation. C'est, en un mot, toute la vie humaine.

Roger Dupouy.

©BIUM

La prohibicion en la lucha contra el alcoholismo. Sus progresos (La prohibition dans la lutte contre l'alcoolisme ; ses progrès), par le Dr Victor Delfino. Dans la *Semana medica*, n° 23, 5 juin 1913, p. 1315.

La prohibition totale est le système qui répond le mieux, dans la lutte contre l'alcoolisme, aux exigences de l'hygiène et de la morale, et représente la seule mesure vraiment efficace de thérapeutique sociale. C'est la prohibition légale que poursuit dans tous les pays l'*International prohibition federation* fondée au Congrès antialcoolique de La Haye en 1911, et dont le Comité exécutif comprend, parmi ses membres, M. Delfino pour la République Argentine, et le Dr Legrain pour la France. L'auteur expose les résultats déjà satisfaisants obtenus dans divers pays dans le sens de l'interdiction légale plus ou moins complète des boissons alcooliques. Il attribue les progrès effectués à l'active propagande de l'*International prohibition federation*, et termine son article en énumérant les arguments juridiques et sociaux qui justifient la prohibition.

L. Arsimoles.

The advancement of psychological medicine (Le progrès de la médecine psychologique) ; par le Dr Frédéric Lyman Wells ; brochure de 10 p., janvier 1913.

L'enseignement et la recherche sont deux voies parallèles sur lesquelles avance la science. Mais pour enseigner, encore faut-il avoir appris quelque chose : à l'heure actuelle, la médecine psychologique peut encore se faire cette objection. Cette science, pour progresser, devra s'appuyer, d'un côté sur la clinique aidée des méthodes expérimentales, de l'autre sur l'étude de la personnalité et de la psychogénèse. Ses sources sont, d'une part, les laboratoires des Universités ; de l'autre, les cliniques hospitalières. Il serait prématuré d'espérer de ces disciplines de précieuses acquisitions pour la psychologie normale ; il n'est uniquement question que de psychologie patho logique.

A. Cullerre.

©BIUM

State control of State hospitals libraries (Contrôle de l'Etat sur les bibliothèques des hôpitaux d'Etat) ; par Edith Catheleen Jones, bibliothécaire de Mc Lean Hospital, Waverley, Mass. (Extrait de l'*American Journal of Insanity*, avril 1912.)

On ne saurait blâmer les Etats de l'Union de ne pas fournir une bibliothèque à chacun de leurs hôpitaux, dont le nombre peut être très élevé (onze en Massachusetts et seize en New-York). Certains Etats ont trouvé une solution économique du problème en fondant une bibliothèque circulante. L'auteur expose comment doit fonctionner une telle institution sous le contrôle d'une commission d'Etat, et s'élève, en passant, contre le préjugé administratif (qui n'est pas particulier à son pays), d'après lequel les aliénés sont incapables de toute activité intellectuelle et n'ont pas besoin de livres.

A. CULLERRE.

A note on the pronostic value of hallucinations in the manic-depressive psychoses (Note sur la valeur pronostique des hallucinations dans les psychoses maniaques-dépressives) ; par le Dr Edmond M. Pease, médecin de Mc Lean Hospital, Waverley, Mass. (Extrait de l'*American Journal of Insanity*, juillet 1912).

Des statistiques fournies par l'auteur, il résulte que les hallucinations, chez les individus atteints de psychose maniaque-dépressive, sont un symptôme favorable au point de vue du pronostic. Ces cas sont un peu plus nombreux, fournissent un peu plus de guérisons et un peu plus de rechutes. Mais l'auteur n'est pas affirmatif et admet que des statistiques plus nombreuses pourraient infirmer ces résultats.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CHARLES H. NORTH. Thirteenth annual report of the medical superintendent of the Dannemora state hospital, for the year ending september 30, 1912. 22 pages in-8°, s. l. n. d.

SIMONIDE VLAVIANOS. L'alcoolisme. 32 pages in-8°. Extrait de la *Revue psychiatrique et neurologique*. Athènes, 1910.

©BIUM

— Génie et folie. 17 pages in-8°. Extrait de la *Revue psychiatrique et neurologique*. Athènes, 1911.

— Titres et travaux scientifiques. 37 pages in-8°. Extrait de la *Revue psychiatrique et neurologique*. Athènes, 1912.

J. Roux. Les névroses post-traumatiques. Hystérie, neurasthénie, sinistroses. Préface du professeur J. Teissier. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné, des *Actualités scientifiques*. Paris, J.-B. Baillère et fils, 1913.

Leo Jacobson. Klinik der Nervenkrankheiten. Ein Lehrbuch für Aerzte und Studierende. Préface par le prof. G. Klemperer. 1 vol. in-folio de 488 pages avec figures dans le texte. Berlin, Auguste Hirschwald, 1913.

E. Coulonjou et A. Condamine. Rapport médical de l'asile de Bassens (Savoie) pour l'année 1912. 44 pages in-8°. Chambéry, 1913.

Julius Donath. Die Entstehung der salzlosen Diät in der Behandlung der Epilepsie. 12 pages in-8°. Extrait de la revue *Epilepsia*, vol. IV.

— Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox. 18 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1913.

G. Antonini. L'evoluzione della tecnica e dell' organizzazione manicomiale. Contributo alle questione dell' assistenza degli alienati in provincia di Milano. 40 pages in-8° avec figures. Extrait de *L'atualita medica*. Milan, 1913.

— Cenni storici sull' assistenza manicomiale in Italia. 62 pages in-8°. Extrait des *Quaderni di Psychiatria*, 1913.

E. Régis. Précis de psychiatrie. 5e édition, entièrement revue et corrigée. 1 vol. grand in-8° cart. de 1230 pages, de la *Collection L. Testut*. Paris, Octave Doin et fils, 1914.

Revista de la Sociedad de Psiquiatria, Neurologia y medicinal legal. Trabajos presentados durante el segundo año de funcionamiento, 1912. 89 pages in-8° avec planches. Buenos-Aires, 1913.

Lucien Lagriffe. Le XXIIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Le Puy, août 1913, 56 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, août-septembre 1913.

Toulouse et Puillet. Guérison rapide des psychoses aiguës sous l'influence d'injections sous-cutanées d'oxygène. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Psychiatrie*, août 1913.

Jose Ingenieros. Criminologia. 1 vol. in-8° de 386 pages de la *Biblioteca cientifico-filosofica*, Madrid, Daniel Jorro, 1913.

J. Abadie. Le mouvement psychologique. Les fumeurs d'opium. 28 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, numéro d'août-septembre 1913.

©BIUM

Arsimoles et Halberstadt. Les troubles mentaux séniles et préséniles. Revue générale. *Paris Médical*, 20 septembre 1913.

Fr. del Greco. La mentalità degli anormali psichici. 16 pages in-8°. Extrait de *Il Manicomio*, 1912.

— Misticismo e delinquente ed eroi politici. Nota di psicologia anormale. 20 pages in-8°. Extrait de la *Revista di Psicologia*, 1913.

— Il largo giro di applicazioni della psicologia morbosa ed il vario giudizio degli nomini colti. Proluzione. 24 pages in-8°. Extrait de *Il Manicomio*, 1913.

Franz Nissl. Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischen Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Erster Band. Heft 1. 91 pages in-8° avec 34 figures. Berlin, Julius Springer, 1913.

Marcel Briand et Vinchon. Utilisation de deux débiles pour commettre des escroqueries et des tentatives de chantage dans les milieux religieux. 14 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, janvier 1913.

— Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques. 10 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, février 1913.

Albrecht Wetzel et Karl Wilmanns. Verbrechertypen. Geliebtenmörder. 101 pages in-8°. Berlin, Julius Springer, 1913.

Jean Vinchon. Le catalogue de « l'Enfer » de la Bibliothèque nationale. 4 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Psychiatrie*, avril 1913.

Paul Courbon. Le syndrome atavisme ou zoanthropoïdisme mental. 8 pages in-8°. Extrait du *Compte rendu du XXII^e Congrès des aliénistes et neurologistes*, tenu à Tunis en 1912. Paris, Plon-Nourrit et C^ie^, 1913.

Camille de Bast. Les asiles d'aliénés et les établissements de bienfaisance. Discours prononcé au Sénat belge dans la séance du 25 août 1913. 54 pages in-8°. Gand, Imprimerie Jules Duvivier, 1913.

Report of the Committee on applied eugenics, presented to the American medico-psychological Association. June 10-13, 1913. 6 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*, juillet 1913.

A. Lacassagne. Les dernières années et la mort de Jean-Jacques Rousseau. 64 pages in-8° avec quatre illustrations, un autographe et un tableau généalogique. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, octobre-novembre 1913.

Pennsylvania hospital. Annual report of the department for the insane, for the year ending fourth month twenty-fourth

©BIUM

nineteen hundred and thirteen. 31 pages in-8° avec planches. Philadelphia, Penna, 1913.

P.-L. Ladame. Les travaux récents des auteurs allemands sur l'homosexualité. 35 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, octobre et novembre 1913.

Frederic Lyman Wells. Experimental pathology of the higher mental processes. 12 pages in-8°. Extrait de *The psychological bulletin*, juin 1913.

— The principle of mental tests. 7 pages in-8°. Extrait de *Science*, 22 août 1913.

— Review of « The interpretation of dreams ». 5 pages in-8°. Extrait de *The Journal of Philosophy and scientific Methods*, septembre 1913.

— On formulation in Psychoanalysis. 13 pages in-8°. Extrait de *The Journal of abnormal Psychology*, octobre-novembre 1913.

F. Tissot. Rapport médical et Compte rendu administratif de l'asile d'Auch. 52 pages in-8°. Auch, Imprimerie Bouquet et C^ie^, 1913.

Henri Damaye et Jules Marangé. Hérédo-syphilis; arriération intellectuelle congénitale transformée en paralysie générale. 7 pages in-8°. Extrait de *L'Echo médical du Nord*, 26 octobre 1913.

R. Benon. Grippe et asthénie périodique, *Gazette des hôpitaux*, 31 octobre 1912.

— Enervement, anxiété périodiques, névroses de l'estomac. *Gazette des hôpitaux*, 21 janvier 1913.

— La Psychiatrie. *Gazette des hôpitaux*, 2 avril 1913.

— Les névroses traumatiques. *Gazette des hôpitaux*, 30 août et 6 septembre 1913.

R. Benon et P. Froger. Du délire chez les enfants. 10 pages in-8°. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1912.

R. Benon et P. Denès. Manie chronique. 5 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 1913.

R. Benon et H. Cier. La forme asthénique de la paralysie générale. 10 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, 10 août 1913.

R. Benon et A. Legal. Etude clinique de la démence épileptique. 52 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Médecine*, 10 septembre 1913.

Max Fischer. Jahresbericht der grossherzoglich badischen Heil und Pflegeanstalt Wiesloch für die Jahre 1911 und 1912. 45 pages in-8°. Carlsruhe, 1913.

André Collin. Le développement de l'enfant. Retard

©BIUM

simple essentiel et précocité de l'enfant de deux à quatre ans. Préface du Dr Lesage.1 vol. in-8° de 220 pages, avec tableau dans le texte. Paris, Octave Doin et fils, 1914.

Samuel Garnier. Une épouse conjugicide au point de vue médico-légal. 26 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, octobre-novembre 1913.

Victor Delfino. El tabaquismo, factor de degeneracion. Su difucion en la Republica Argentina. *Gaceta medica del Sier Granada*, numéro du 25 septembre 1913.

F.-L. Arnaud. L'anarchie psychiatrique. 11 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, août 1913.

F. D'Hollander. Recherches anatomiques sur les couches optiques. La topographie des noyaux thalamiques. 55 pages in-8°, avec planches. Bruxelles, Goewaere, 1913.

A. Lacassagne. Jeux floraux de la comtesse Mathilde, 1913. Rapport sur le concours pour l'Eglantine d'Or. 13 pages in-8°. Lyon, A. Rey, 1913.

Johannes Bresler. Die deutschen Volks-Nervenheilstätten im Jahre 1913. 26 pages in-4°. Extrait du *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1913.

Worcester state hospital papers 1912-1913. Offered in compliment to Dr Hosea Mason Quinley on the event of his retirement pour the Superintendency after 20 years of service. 198 pages in-8° avec planches. Baltimore, 1913.

Julius Donath. Technik, diagnostischer und therapeutischer Wert der Lumbalpunktion. 19 pages in-8°. Extrait de *Sammlung klinischer Vorträge*. Leipzig, Joh. Ambrosius Barth, 1913.

— Die neue Behandlungweise der Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse. 6 pages in-8°. Extrait de *Therapie der Gegenwart*, novembre 1913.

Juliette Alexandre Bisson. Les phénomènes dits de matérialisation. Préface du Dr J. Maxwell.1 vol. in-8° de 313 pages avec planches hors texte et figures dans le texte. Paris. Félix Alcan, 1914.

G. Bergonzoli. Note statistiche e relazione sul Manicomio provinciale di Pavia in Voghera nell' anno 1912. 38 pages in-folio, s. l. n. d.

Evangelische Heilanstalt für weibliche Gemütskranke Riehen. Dreizehnter Jahresbericht (1. September 1912 *bis* 31. August 1913). 23 pages in-8°. Bâle, 1913.

Théodore Rybakow. La cyclophrénie (psychose circulaire). 182 pages in-8° en langue russe. Moscou, 1914.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de février 1914 : M. le Dr Pélissier, médecin directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée), est nommé médecin en chef de l'asile de Nantes, en remplacement de M. le Dr Biaute, décédé;

M. le Dr Frantz Adam, reçu au concours de l'adjuvat de 1913, est nommé médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. le Dr Allaman, décédé.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : M. le Dr Alombert-Goget, médecin en chef de l'asile de Marseille, est promu officier de l'Instruction publique.

— *Faculté de Médecine de Lille* : M. le Dr Raviart, agrégé de la Faculté, est nommé professeur de clinique psychiatrique.

— *Ecole de Médecine de Nantes* : M. le Dr Pélissier, médecin en chef de l'asile, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1913-1914, d'un cours de clinique annexe des maladies mentales.

CONCOURS DE 1914 POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS ET POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS DE MÉDECIN D'ASILES PRIVÉS

Par arrêté du ministre de l'Intérieur, le nombre des postes de médecin adjoint d'asiles publics mis au concours a été fixé à dix.

Ce concours s'est ouvert le 9 mars 1914 et s'est terminé le 20 mars.

Vingt-cinq candidats s'étaient fait inscrire; vingt et un se sont présentés aux épreuves. Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite, aux emplois de médecin adjoint des asiles publics :

1° M. Logre, médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police;

2° M. Demay, interne de l'asile de Villejuif;

3° M. Libert, interne de l'asile de Maison-Blanche;

©BIUM

4° M. Petit, interne de la Maison nationale de Charenton;
5° M. Vinchon, interne de l'asile Sainte-Anne;
6° M. Usse, interne de la Maison nationale de Charenton;
7° M. Le Savoureux, interne de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police;
8° M. Salomon, interne de l'asile Sainte-Anne;
9° M. Rochaix, de la Faculté de Lyon;
10° M. Bessière, interne de l'asile Sainte-Anne;
Pour les asiles privés, M. Marmier, interne de l'asile de Ville-Evrard.

PROJET DE CRÉATION D'UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DES ALIÉNÉS A L'ASILE SAINTE-ANNE

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris, consulté par le ministre de l'Instruction publique sur le projet de création par le Conseil général de la Seine d'une chaire de clinique chirurgicale des aliénés à l'hospice clinique Sainte-Anne, vient de refuser la création demandée. La délibération s'appuie sur les motifs suivants :

« Considérant que le traitement chirurgical des malades atteints d'affections mentales ne correspond qu'à des indications de chirurgie générale, mais n'a pas de bases scientifiques au point de vue psychiatrique;

« Qu'une chaire de clinique des maladies nerveuses ne pourrait fonctionner dans des conditions scientifiques satisfaisantes qu'associée à la chaire de clinique neurologique, dans le même hôpital, et comme partie solidaire d'un même enseignement;

« Qu'une telle chaire ne correspond pas aux besoins actuellement pressants de notre enseignement scientifique et professionnel, et que, par contre, depuis longtemps, le Conseil de la Faculté déplore, dans le cadre de ses chaires magistrales, des lacunes regrettables. »

AU SUJET DE L'EXAMEN MENTAL DES DÉTENUS ET DE LEUR PLACEMENT DANS LES ASILES.

Les *Annales* ont publié, dans leur dernier numéro, une circulaire de M. le Garde des Sceaux, ministre de la Justice, relative à l'examen mental des détenus.

Un drame qui vient d'avoir lieu à l'hôpital de Nevers, coïncidence curieuse, au moment précis où allait parvenir aux autorités locales chargées de l'appliquer ladite circulaire, indique combien étaient nécessaires des instructions précises, au sujet

©BIUM

de l'examen des détenus manifestant des troubles mentaux par un médecin spécialisé dans ces affections, de préférence, et si possible, par un médecin d'asile, en tout cas par un médecin « autre que celui de la prison », et au sujet de l'interdiction de placer ces détenus en observation dans les hôpitaux « en raison de l'impossibilité d'y assurer la surveillance nécessaire ».

Voici les faits rapportés d'après les journaux locaux les mieux renseignés : un nommé Fabre Robert, inculpé de vols qualifiés, était détenu à la maison d'arrêt de Nevers, en vue de sa prochaine comparution aux assises de la Nièvre, quand il présenta des accidents qualifiés de « léthargiques » par un médecin non spécialiste des maladies mentales et fut, sur le diagnostic de ce praticien, placé en observation à l'hôpital de Nevers. Là, des mesures de précaution qu'on eût pu croire suffisantes furent cependant prises : le prévenu avait été placé dans le cabanon dit des aliénés. L'autorité judiciaire, à qui cette léthargie paraissait à bon droit suspecte, avait laissé placer par le service pénitentiaire local des chaînes aux pieds de l'inculpé et celui-ci était en outre attaché aux deux bras avec des courroies en cuir, qui servent à l'hôpital de Nevers de moyen habituel de contrainte pour les aliénés (car à Nevers, comme dans beaucoup d'autres villes, les conditions où se trouvent les aliénés qui séjournent à l'hôpital sont des plus primitives, et, à les connaître, on ne se douterait guère que plus d'un siècle s'est écoulé depuis la réforme de Pinel). Le 4 février dernier, alors que Fabre était déjà à l'hôpital depuis plusieurs jours, l'autorité judiciaire commit le médecin-directeur de l'asile d'aliénés de la Charité à l'effet d'examiner le prévenu, de concert avec le médecin légiste du parquet.

Il était demandé aux deux praticiens de faire connaître si, à leur avis, Fabre serait en état de comparaître le 9 février suivant devant la Cour d'assises. Le jour même, à la suite de cet examen, le médecin aliéniste adressait à l'autorité judiciaire, en son nom et en celui de son confrère, un rapport concluant à des présomptions très sérieuses de simulation. Malheureusement les autorités compétentes n'eurent pas le temps de prendre les mesures que comportait ce diagnostic, car le soir même, dans la nuit du 4 au 5 février, Fabre parvenait à se débarrasser de ses liens, à se faire ouvrir la porte du cabanon, puis, armé d'une tige de fer, en frappait son gardien, achevait de le tuer en sectionnant la gorge de l'infirmier avec le propre couteau de ce dernier, puis, après avoir repris possession de ses effets laissés en vrac à la porte du cabanon, s'évadait en s'appropriant le porte-monnaie de la victime. Fabre fut repris peu après, réintégré en prison et soumis à une nouvelle instruction sous inculpation de meurtre.

©BIUM

La presse, reflet de l'opinion publique, se plut unanimement à opposer, dans un parallèle à l'avantage du premier, le médecin aliéniste qui avait flairé la simulation, au médecin non spécialisé, qui avait conclu à la « léthargie ». Elle ne manqua pas de critiquer le placement à l'hôpital, erreur initiale, dont diverses administrations, qui n'en pouvaient mais, furent tour à tour présentées comme responsables. Le public ne pouvait, en effet, savoir que des cas de ce genre, de pratique, somme toute, assez fréquente, n'avaient point encore fait l'objet d'une réglementation précise et n'avaient pas été encore soumis par des instructions étroites à une procédure déterminée. Telle était pourtant la vérité au moment du meurtre commis par Fabre.

La circulaire du 25 janvier 1914 est donc venue combler une regrettable lacune. Les circonstances de l'affaire Fabre nous ont paru suffisamment démonstratives à ce sujet pour que nous ayons cru devoir les signaler.

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS ET LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE

Sous ce titre, *La Prensa*, de Buenos-Aires, a publié, dans son numéro du 25 janvier 1914, un article susceptible d'intéresser les lecteurs des *Annales* par les critiques formulées contre le régime de liberté abusive existant en République Argentine, et les éloges qu'il adresse au projet de réforme de la loi de 1838. En voici la traduction :

« Les débats qui se sont déroulés en décembre dernier au Sénat français sur le projet de réforme de la loi de 1838 sur le régime des aliénés nous fournissent l'occasion de rappeler que chez nous, ce problème se présente dans des conditions plus mauvaises que celles qui déterminent la réforme en France.

« A diverses reprises, en effet, la presse s'est occupée de dénonciations graves touchant la séquestration de personnes internées sans motif dans les établissements destinés à la guérison des maladies mentales. Par bonheur, ces séquestrations n'ont pas été fréquentes ; mais il suffit que soit possible une dénonciation de ce genre (sans préjuger de sa confirmation), pour penser que la réglementation en cette matière pâtit de graves défauts.

« Ces défauts sont tels que l'on peut dire, en réalité, que cette réglementation est inexistante.

« Les dispositions du Code civil n'ont pas et ne peuvent avoir ce caractère : logiquement, en légiférant sur la forme sous laquelle doit être déclarée la démence, on part de ce principe que c'est par ses effets qu'elle se détermine légalement. Par conséquent, restent exclues des prévisions du Code les

©BIUM

formalités nécessaires pour interner les déments dans les maisons de santé.

« Malheureusement, nous n'avons même pas, sur ce point, une loi comme celle qui est en vigueur en France depuis 1838, quelque défectueuse qu'elle soit ; l'absence de législation a créé une liberté pour ainsi dire absolue, puisqu'elle permet de renfermer une personne quelconque dans les établissements d'aliénés, même dans les établissements privés ouverts, sans autorisation gouvernementale, avec le seul certificat d'un médecin particulier.

« Ce système est la négation des garanties individuelles ; il doit suffire qu'on ait la perspective d'abus pour qu'on le corrige et que l'on édicte une réglementation appropriée.

« L'idéal de justice qui a toujours animé la France républicaine a dirigé la lutte dans ce sens dès la première moitié du siècle passé. Le 6 avril 1837, La Rochefoucauld-Liancourt abordait la tribune du Parlement pour signaler quelques-uns des défauts de la loi en préparation, défauts que corrige le projet discuté en décembre dernier. Entre autres mesures, ce député demandait que l'on prît quelques précautions pour empêcher que n'importe qui pût retenir, ne fût-ce que pendant quelques heures, des personnes supposées aliénées ; et il ajoutait qu'il avait entendu avec surprise le rapporteur affirmer qu'il était impossible d'interner comme aliénées des personnes qui ne le sont pas, « car je suis monté à cette tribune, disait-il, pour « ce seul motif que je connais personnellement des séques- « trations de ce genre ».

« L'expérience a démontré le bien-fondé de ces craintes par la séquestration, sans intervention judiciaire, de personnes à l'égard desquelles on procédait ainsi pour cette seule raison (comme on l'a ironiquement rappelé) qu'un médecin avait baptisé leur état mental d'un nom très scientifique.

« L'opinion publique en France n'a cessé de protester contre cet état de choses, qui était une atteinte formelle à la liberté ; et le projet de loi voté il y a quelques années par la Chambre des députés a été discuté au Sénat, disions-nous plus haut, dans sa dernière session.

« L'absence de réglementation qui existe chez nous, sur une matière qui touche à la liberté individuelle, rend opportun de rappeler quelques-unes des considérations que l'on vient d'exposer au Parlement français.

« Le rapporteur a développé éloquemment les motifs de la réforme : « Je ne crois pas, messieurs, a dit le sénateur « Strauss, qu'il y ait une mesure plus grave que celle de « l'internement définitif des aliénés. Cette mesure crée l'inca- « pacité et prive une personne de sa liberté. Comment ne pas « recourir au maximum de garanties pour éviter les erreurs,

©BIUM

« pour prévenir les abus, si rares soient-ils? » « En pareille « matière, ajoutait-il dans une autre partie de son discours, « nous ne devons pas laisser la moindre part à l'erreur, à la « suspicion ou à la fraude; nous devons donner le maximum « de garanties à la liberté individuelle. »

« Ces paroles s'inspirent du nouvel esprit de justice incorporé depuis longtemps dans toutes les institutions, mais qui s'était arrêté à la porte des asiles, dans lesquels il entrera avec la réforme.

« Le projet en discussion contient des précautions de toutes sortes afin d'atteindre complètement le but poursuivi. Parmi ses innovations fondamentales, notons la large intervention du pouvoir judiciaire, et les mesures édictées pour éviter les séquestrations arbitraires dans les domiciles privés ; l'une des dispositions qu'il convient de mentionner (en raison de l'abandon où cette question est laissée dans notre pays) est celle en vertu de laquelle nul ne peut fonder ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du gouvernement et sans remplir certaines conditions fixées.

« Nous nous sommes étendus sur ce sujet parce que, alors que nous combattons la doctrine qui prétend nous incorporer telles quelles les institutions de l'étranger, nous croyons au contraire que, sur des questions où il n'y a pas de divergences possibles (telles que les garanties de la liberté individuelle), il y a lieu de stimuler nos législateurs par l'exemple du Parlement français, dont les membres interviennent dans les débats ou les suivent avec le plus grand intérêt et sont d'accord avec l'opinion publique qui leur a signalé un vice fondamental dans la législation en viguenr.

« Sur tout ce qui a trait aux maladies mentales, les lois argentines ne sont pas en rapport avec les progrès de la science qui, au nom des principes d'humanité, réclame une intervention décidée de l'Etat.

« Les détenus dans les prisons, par exemple, ne sont pas soumis, comme l'a montré ce journal, à l'examen approfondi qui serait nécessaire pour éviter des condamnations injustes, et pour empêcher cette énormité que des individus atteints d'aliénation mentale demeurent dans les prisons au lieu d'être conduits dans les asiles ; et quand nous parlons des établissements pénitentiaires, nous n'excluons pas les prisons militaires : car si l'on ne peut, faute d'examen, citer des cas concrets d'erreurs dans l'application de peines ou de mesures disciplinaires, cela ne prouve pas qu'elles n'existent pas ; comme on l'a dit au Sénat français à propos des prisons militaires, l'anomalie mentale est difficile à établir et se dissimule jalousement.

« La négligence démontrée par l'absence de ces investigations

©BIUM

est également mise en lumière, quoique en sens inverse, par l'absence de législation sur les établissements spéciaux d'aliénés, avec les dangers qui en résultent pour la liberté individuelle, dangers que nous avons fait connaître.

« La nécessité pour les pouvoirs publics de se préoccuper de ces questions est évidente. La tâche est rendue aisée par les enseignements législatifs que nous recevons de l'étranger; il faut donc espérer que, dans la prochaine session parlementaire, le gouvernement soumettra aux Chambres un projet de loi sur le régime des aliénés ».

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

INSTABILITÉ CHORÉIFORME

ET INSUFFISANCE THYROIDIENNE

PAR LES DOCTEURS

A. RÉMOND (de Metz) et Roger SAUVAGE

Professeur des maladies mentales à la Faculté de médecine mentale de Toulouse. — Chef de clinique

La « danse de Saint-Guy » des anciens auteurs, soumise à l'analyse clinique, fut démembrée successivement en divers groupes dont la chorée essentielle, chorée de Sydenham, chorée mineure, chorée vulgaire, demeure la plus intéressante tant par son individualité clinique bien caractérisée que par la multiplicité des théories pathogéniques auxquelles elle a donné lieu.

Mais pour avoir été scindé en éléments nombreux et distincts : maladie des tics, chorée hystérique, hémi-

©BIUM

chorée, etc., le tronc commun grossièrement édifié par l'observation populaire semble reconquérir en certaine manière droit de cité, quelques-uns d'entre ces états morbides isolés étant susceptibles de relever de causes identiques, prouvant ainsi que la personnalité clinique d'une affection n'est pas la garantie de sa spécificité pathogénique.

C'est ce que tendent à prouver les observations qui suivent, lesquelles mettent encore en évidence ce fait capital, à savoir que l'intoxication, quelle que soit son origine, est en plus étroite parenté avec le système nerveux qu'avec tout autre département de l'organisme.

Observation I. — J. M. V., dix ans, se présente à la consultation le 23 décembre 1912.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme. A eu la coqueluche.

Bonne santé habituelle : intelligence vive, bon élève. La maladie a débuté il y a deux ans. L'enfant, pour une légère aute, reçut une gifle dans l'œil gauche. *Ce léger choc parut ui produire une vive émotion*; le jeune malade était peut-être à ce moment en état de moindre résistance; il dut garder le lit deux jours. Sa famille affirme « qu'il eut de la fièvre ».

Depuis cette époque, l'enfant a changé. Il est devenu peu à peu inattentif et turbulent. Son excitation motrice a crû à un point tel qu'on a dû lui faire quitter l'école. Après une amélioration légère, il y a quelques mois, les symptômes d'instabilité physique et intellectuelle ont réapparu avec une intensité plus grande. Actuellement, l'enfant ne tient pas en place. Il va d'une chaise à l'autre, s'assied, se relève, remue jambes, bras et tête d'une manière désordonnée; par instants, il a même de la peine à marcher et trébuche.

Il fait des grimaces, clignote, baisse la tête, tire la langue.

Il parle peu et difficilement. Il est nécessaire de répéter la question et de le secouer pour le faire répondre. Son œil ne se fixe jamais sur un objet.

Examen physique. — Palais ogival. Ventre gros.

©BIUM

Réflexes tendineux normaux. Réflexes pupillaires également. Réflexes cutanés diminués.

Les testicules ont un développement très faible. Ils ne sont guère plus gros qu'un grain de maïs; le gauche est le plus volumineux.

Le lobe médian du corps thyroïde se montre hypertrophié, légèrement d'ailleurs.

Pouls très lent chez un enfant de cet âge, 80 pulsations. Impulsion cardiaque vive. Légère arythmie. On fait une piqûre de thyroïdine.

Le 4 *janvier*. La famille a cru constater une légère amélioration.

Le 9 *janvier*, nouvelle piqûre. Le corps thyroïde a manifestement diminué de volume.

Le 16 *janvier*, nous recevons une lettre de la famille qu nous annonce que l'enfant est de plus en plus calme et semble vouloir guérir.

Le 19 *janvier*, l'enfant s'avance spontanément vers nous, enlevant sa casquette, il nous déclare qu'il est mieux. Les mouvements choréiques ont considérablement diminué d'intensité. Il est plus adroit. La famille espère lui faire reprendre l'école le mois prochain, si le mieux continue.

L'état mental lui-même est amélioré; l'enfant est moins capricieux.

Le corps thyroïde est manifestement diminué de volume.

L'arythmie persiste, mais les mouvements cardiaques sont plus rapides, 96 pulsations.

Le 22 *janvier*. Le mieux va s'accentuant; l'enfant ne remue presque plus. Les testicules semblent avoir grossi.

Observation II. — Fonn... (Juliette), quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Tante présente des crises d'épilepsie jacksonienne.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs en bonne santé. La mère n'a jamais fait de fausse couche.

Antécédents personnels. — Jusqu'à quatre mois, l'enfant fut normale. Rien à signaler comme affection de l'enfance. A marché à seize mois.

A quatre mois, elle commença à s'agiter, à sauter, incessamment; il est impossible de la faire tenir en place. Peu de temps après, elle eut des crises convulsives. Parfois, c'est un seul côté ou un seul bras qui se contracte, présente quelques mouvements choréiques.

©BIUM

Les crises ne s'espacent que sous l'influence du bromure. Elles ne réapparaissent alors que tous les deux mois. En dehors de l'action bromurée, on les voit réapparaître tous les huit jours.

L'enfant ne parle pas : elle ne sait dire que quelques mots, et répète à chaque instant un mot formé par elle, sans signification, qu'on pourrait écrire « acquarail ». La première syllabe est très accentuée, quelquefois criée. Il arrive d'ailleurs souvent à la malade de pousser des cris inarticulés au milieu de son agitation.

Elle ne joue pas avec ses camarades, mais s'amuse seule constamment, avec un morceau de treillis de fil de fer qu'elle tord sans cesse.

Le *corps thyroïde* est très volumineux, le lobe gauche et le lobe médian sont surtout hypertrophiés.

Voûte légèrement ogivale.

Pouls ralenti, 80 pulsations.

Matité hépatique normale.

Enfant bien musclée.

Abolition des réflexes rotuliens des deux côtés ; sensibilité normale.

Le 12 *décembre* 1912. Piqûre de thyroïdine Byla, 1 centicube.

Le 14 *décembre*. Nouvelle piqûre.

Le 20 *décembre*. On ramène l'enfant qui est plus calme, mais a un peu perdu l'appétit. Elle a eu deux crises légères.

Le 30 *décembre*. L'enfant a retrouvé l'appétit. Le corps thyroïde a considérablement diminué de volume ; c'est le lobe droit qui est maintenant le plus saillant.

L'enfant est très calme, « méconnaissable », au dire de l'entourage. Elle écoute les observations qu'on lui fait. Il semble qu'elle s'essaie à parler par instants.

L'agitation a considérablement diminué.

3 *janvier*. On donne depuis huit jours de la thyratoxine. L'agitation a un peu reparu mais moins forte que les premiers jours.

13 *janvier*. La thyratoxine a été suspendue après dix jours de traitement. Deux jours après sa suspension, l'enfant a présenté une légère crise convulsive puis est redevenue très calme, très aimable et très douce. Ce matin, en arrivant à Toulouse, après trois heures de chemin de fer, crise convulsive légère, caractérisée par un redressement de tout le corps après quelques contractions mal définies. L'enfant durant sa crise est pâle. Elle n'urine pas, elle ne bave pas. Elle n'a pas pleuré, contrai-

©BIUM

rement à ce qui se passe d'habitude. Mais elle demeure fatiguée et n'a pas voulu manger.

On reprend de la thyratoxine à la dose de deux pastilles pour augmenter d'une tous les trois jours jusqu'à quatre par jours.

20 *janvier*. L'enfant a encore présenté quelques crises convulsives légères. Mais l'agitation est considérablement calmée. Le corps thyroïde n'est presque pas perceptible. L'enfant a changé d'aspect : son visage s'est amenuisé, son regard est plus vif, et elle s'essaie à parler. Les battements cardiaques se sont nettement accélérés, 110-120. Légère arythmie.

Observation III. — G..., entre à la clinique le 27 novembre 1913.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants. Père gastropathe. A conçu cette enfant vers soixante ans. Le grand-père de celui-ci avait, à la soixantaine, présenté un ictus à la suite duquel on dut l'interner pour troubles mentaux. Il vécut seulement quelques jours à l'asile.

Pas d'autres nerveux dans la famille.

Antécédents collatéraux. — Un frère et une sœur bien portants. Un frère a eu sept enfants ; cinq sont vivants.

Antécédents personnels. — Venue à terme après accouchement favorable. Nourrie par sa mère. Pas de maladie grave de l'enfance, pas de convulsions. Rougeole bénigne. Réglée à quinze ans, très régulièrement, toujours, sauf il y a trois ans, présenta à ce moment une ostéite du talon. Les règles furent suspendues (une seule période menstruelle absente). De tout temps, la malade a présenté une irritabilité particulière au moment de ses règles.

Depuis six ans environ, elle présente une hypertrophie thyroïdienne très marquée. Il y a trois ou quatre ans, on lui fit prendre sans succès, du corps thyroïde de mouton. On ne constata point d'amélioration sensible.

Mariée depuis deux ans et demi. Depuis son mariage, diminution du corps thyroïde.

Pas de fausse couche, pas de grossesse; bonne santé habituelle.

Généralement constipée, sauf en période menstruelle. Le retour des règles amenait une débâcle (la veille ou l'avant-veille de l'apparition des menstrues).

Caractère vif. Un peu difficile. Excellent cœur. Légèrement puérile au point de vue affectif : « Quand on promet, il faut

©BIUM

tenir, dit son mari, sans cela elle boude ». Emotive, peureuse. Ne paraît pas avoir eu de choc émotif ces temps derniers.

Il y a un mois et demi, fut obligée de se surmener. Cette fatigue ne s'accompagna pas de diminution d'appétit, mais fut suivie d'amaigrissement. Intelligence plutôt vive.

La malade se trouvait au déclin de sa période menstruelle (règles particulièrement abondantes), lorsque apparut, le 24 novembre 1912, un état d'agitation qui croît jusqu'à présenter, au bout de deux jours, le tableau suivant, observé le 28.

La malade ne tient pas en place ; elle marche en titubant, en sautillant, semble toujours prête à perdre l'équilibre, se retourne vivement et exécute un mouvement de rotation rapide (trois-quarts de tour environ), saute sur le rebord d'une fenêtre, sur un coin de table, sur une chaise, s'assied, se lève, se rassied.

Ses jambes sont alors vivement projetées et rétractées, tantôt l'une, tantôt l'autre, sans règle.

Les membres supérieurs, le tronc et la tête participent à cette agitation pour leur propre compte et dans un style varié par ses éléments, quoique uniforme dans leur succession.

Au tronc, ce sont des mouvements de contorsion, de salutation et de redressement, voire d'hyperextension.

La tête pivote autour du cou suivant des lois analogues tandis que les mains, alternativement, se portent vers les cheveux qui tombent en avant, désordonnés, pour les relever de chaque côté, indéfiniment.

Le facies de la malade exprime tour à tour la peur, l'étonnement, la quiétude avec la joie. Cette mimique est appropriée aux paroles que la malade marmotte ou crie. « — J'ai peur »... le feu... la fumée... l'incendie... sont des mots que l'on saisit aisément dans une logorrhée presque incessante, assez décousue dans la suite des idées quoique cohérente dans la formation de celles-ci.

Par instants, la malade paraît s'excuser : « C'est plus fort que moi, je ne puis pas rester tranquille... mon mari me le disait... ». Vivement sollicitée, elle répond toujours. Elle est désorientée. Elle ne se souvient ni de l'année ni du mois courants, ne se rappelle pas son âge ; par contre, elle donne avec précision, vivement et sans chercher, la date de son mariage. Elle ne sait pas où elle est et ne s'en inquiète pas. Elle croit être chez le Dr X... (son médecin habituel) pour se faire soigner.

Le lendemain de son entrée, la malade ignore depuis quand elle est en observation.

©BIUM

Examen physique. — *Réflexes pupillaires*. Normaux.
Réflexes abdominaux. Normaux.
Réflexes plantaires. Rétraction violente du pied ou bien pas de réaction. Les mouvements continus empêchent de se rendre compte.
Réflexes patellaires. Très difficiles à rechercher à cause des mouvements et de la contracture.
Sensibilité superficielle. La piqûre amène des mouvements de défense avec ou sans mimique émotive, suivant l'intensité.
Sensibilité profonde. La sensibilité ovarienne paraît plus marquée que le reste de la sensibilité viscérale.
Hypertrophie thyroïdienne très marquée. Pas d'exophtalmie. Pas de tremblement.

Examen fonctionnel. — *Poumons*. Paraissent normaux.
Cœur. Impulsion vive et rapide, 110-120.
Voies digestives. Langue à peine saburrale. Foie dans ses limites normales.
Urines. Ni sucre ni albumine.

Le 27 *novembre*. Piqûre d'hyoscine à 6 h. 1/2 du soir. 8/10 de centicube d'une solution à 0,008.

L'agitation ne se calme que le 28 au matin, où la malade dort quatre heures. Au réveil, elle a réapparu, légèrement atténuée. Régime lacto-végétarien.

29 *novembre*. Même état. L'impulsion cardiaque est vive et cependant le pouls semble petit, faible : 120. Température, 37,5.

30 *novembre*. L'agitation motrice est un peu calmée; les mouvements des membres inférieurs sont moins fréquents.

Le corps thyroïde semble avoir diminué de volume. Il n'est pas fait de mensuration.

La malade est encore désorientée. Elle ne paraît que fort peu préoccupée de savoir où elle se trouve. Parle toujours beaucoup et très vite. Les phrases se succèdent sans ordre logique apparent, après de courts silences, durant lesquels la malade regarde de droite et de gauche, préoccupée évidemment d'illusions ou hallucinations, surtout visuelles.

2 *décembre*. La malade est plus calme au point de vue moteur. Seule, elle demeure quelques instants immobile, ou du moins dans une immobilité relative. Mais dès qu'on s'approche d'elle, l'agitation reparaît, à peine moins intense que les premiers jours.

Elle nous reproche d'être venu faire des « simagrées » dans

©BIUM

la lucarne du bec de gaz qui éclaire sa chambre. Elle nous décrit, par mots entrecoupés, des hallucinations ou illusions de la vue : « Des gens sont venus dans la cour... » La malade est docile, elle se laisse pratiquer une piqûre de thyroïdine (thyroïdine Byla, 1 centicube). Ses lèvres portent plusieurs larges croûtelles noires qui ont suivi l'application de vaseline sur ses lèvres gercées. Sur sa joue gauche apparaît un petit furoncle.

5 *décembre*. L'agitation motrice s'est, depuis la veille, complètement calmée. La malade cause raisonnablement, mais il existe une amnésie complète datant de son entrée à l'hôpital. Elle ne se souvient pas depuis combien de jours elle est hospitalisée, ni le jour courant, ni pourquoi on l'a amenée. Elle convient qu'elle a dû être malade.

L'évocation du souvenir de sa famille, qui n'avait provoqué deux jours plus tôt aucune réaction psychique, amène des larmes à ses yeux. Elle les refoule, bien qu'avouant qu'elle a envie de pleurer. Elle ne veut pas pleurer. A la question « Voulez-vous voir votre mère? » elle répond affirmativement. Mais elle ne veut pas voir son mari. Assurément, elle tient rancune aux siens de l'avoir écartée d'eux et de n'être point venus la voir. Nous lui expliquons que c'est par notre ordre qu'ils se sont abstenus. Elle paraît suivre assez bien notre raisonnement, mais son regard est dépourvu de toute aménité.

Elle se plaint de ressentir dans toute la jambe droite, quand elle veut la remuer, « comme un poids de caoutchouc ». Elle souffre de la cuisse : cela n'a rien de surprenant. Elle présente au niveau de la face externe de la cuisse et de la fesse droite, une poussée furonculeuse intense; on peut compter une dizaine de pustules. Nouvelle piqûre de thyroïdine.

6 *décembre*. La malade est plus gracieuse. Elle sourit à une plaisanterie. Sous l'aisselle gauche, elle montre un gros furoncle qu'elle rend responsable d'une sensation spéciale, éprouvée dans son bras gauche, « il lui semble tordu ».

7 *décembre*. On l'autorise à voir sa mère. Crise de larmes. Très affectueuse vis-à-vis de sa mère. Après un moment d'entretien avec celle-ci, elle réclame son mari. Elle le reçoit d'abord un peu froidement, se laisse néanmoins caresser, puis s'enquiert de sa famille, après quelque résistance à entendre parler, résistance traduite par quelques gestes d'agacement, léger haussement d'épaule, froncement de sourcils, suivis d'un léger sourire incrédule.

©BIUM

Nous croyons avoir eu l'explication de cette attitude par les mots suivants, recueillis de la bouche de la malade : « Je croyais qu'on m'avait laissée, que c'était fini. » — Pourquoi pensiez-vous cela? — « On me l'avait dit, je crois... je l'avais entendu... il y avait des gens qui étaient venus là, dans la cour... je ne sais pas... j'ai peut-être rêvé. »

9 *décembre*. L'amélioration s'est encore accentuée. Le corps thyroïde est manifestement diminué de volume. On fait prendre à la malade de la levure de bière.

11 *décembre*. La furonculose s'atténue. Mais il existe une constipation opiniâtre depuis trois jours. Lavement. Nouvelle piqûre de thyroïdine.

20 *janvier*. La malade a reçu trois piqûres de thyroïdine. Elle est tout à fait bien. Elle a pris un embonpoint remarquable. Ses menstrues ont manqué.

Le pouls est ralenti : 97 au lieu de 110-120. Plus aucune agitation.

Les trois observations qui précèdent ne sont point superposables et méritent que l'on recherche dans quel cadre nosographique on doit les faire rentrer.

En ce qui concerne la première, il s'agit d'une chorée classique, à point de départ émotif. Des cas de ce genre ont dès longtemps été décrits : Le rôle pathogène de l'émotion est admis par de nombreux auteurs.

Le troisième cas ne soulève pas non plus d'hésitation : il faut l'étiqueter « chorée hystérique » par ses caractères rythmique et saltatoire, en raison encore de l'allure spéciale du délire concomitant.

Quant au second cas il est plus complexe : si, depuis longtemps, il est reconnu que le myxœdème peut accompagner une hypertrophie thyroïdienne — hyperplasie glandulaire signifiant alors hypothyroïdie — il est généralement admis que le myxœdémateux est un être mou, apathique et asthénique ; il ne nous est point encore arrivé de voir décrite une idiotie myxœdémateuse accompagnée, comme l'idiotie simple l'est quelquefois, de symptômes moteurs choréiformes.

©BIUM

L'agitation motrice est plutôt considérée actuellement comme un signe d'hyperthyroïdie.

Nous devons à la vérité de dire qu'il ne s'agit pas à proprement parler chez notre fillette de « chorée ». Les mouvements sont en général coordonnés, l'enfant est plutôt « remuante » « tracassière » « turbulente ». Le caractère choréique a seulement tendance à se préciser quand l'enfant est retenue, contrariée, empêchée d'exécuter un acte qu'elle est sur le point d'accomplir. L'arythmie est à signaler comme symptôme choréique, ainsi que chez notre premier malade.

Cette enfant est une instable. L'état psychique des malades de cette nature a été qualifié par certains auteurs de « chorée mentale ». Cette épithète nous paraît d'autant plus justifiée que nous avons pu observer un enfant qui, dans l'intervalle de crises nettement choréiques, alternant avec des crises de rhumatisme articulaire aigu, présentait à un degré plus ou moins élevé, mais toujours évidente, une incapacité absolue à rester en place et à prêter attention.

En résumé, voici trois observations dans lesquelles l'état morbide, caractérisé par l'instabilité motrice et intellectuelle, cède à la médication opothérapique thyroïdienne, justifiée par la présence d'une anomalie de la glande.

Le premier enseignement à tirer de cet ensemble de faits découle de leur énoncé même : il est possible de calmer certaines formes d'agitation par la médication endocrinique.

Nous sommes autorisés à conclure encore, remontant de l'effet à la cause, que cette instabilité motrice était sous la dépendance de troubles des glandes à sécrétion interne.

Mais pour élargir un peu plus le champ d'action des hormones, nos constatations ne jettent point une lumière

©BIUM

nouvelle sur les mystérieuses propriétés des glandes qui les sécrètent... bien au contraire.

Considérez notre jeune femme : elle était maigre, présentait de la tachycardie ; nous lui donnons de l'extrait thyroïdien, elle engraisse et son cœur se ralentit.

Sous l'influence de la même médication, notre fillette de quatre ans maigrit et son cœur s'accélère. Chez la première, le corps thyroïde diminue relativement peu de volume ; chez la seconde, il disparaît jusqu'à devenir à peine perceptible.

Les caractères discordants de notre seconde observation méritent un essai d'explication pathogénique.

On connaît les phénomènes de tétanie observés chez les animaux parathyroïdectomisés, on sait les bénéfices de l'opothérapie parathyroïdienne dans la tétanie clinique.

L'extirpation de la thyroïde amène une hypertrophie des parathyroïdes et réciproquement. Le suc parathyroïdien a donné des succès dans le traitement du goitre exophtalmique, alors qu'il augmente le myxœdème.

L'extirpation préalable de la thyroïde rend moins violente la tétanie observée par parathyroïdectomie ultérieure.

Il est possible, d'après ces données, de concevoir le myxœdème comme une hypothyroïdie avec hyperparathyroïdie, la tétanie étant réalisée par la formule inverse.

Et il est non moins aisé d'admettre, à titre d'hypothèse, la possibilité d'une hypothyroïdie coïncidant avec une hypoparathyroïdie, réalisant ainsi un syndrome mixte où l'excitation et les convulsions trouveraient place à côté de certains symptômes de myxœdème. Ce serait le cas de notre malade.

Mais comment expliquer alors les effets calmants du seul traitement thyroïdien ? Nous ne pouvons que faire

©BIUM

appel à cette constatation empirique du « coup de fouet » donné aux fonctions endocrines générales par l'opothérapie uniglandulaire.

D'ailleurs là, les crises convulsives ont diminué d'intensité chez notre jeune malade, elles n'ont pas disparu, et nous nous proposons d'étudier sur leur marche les effets de l'extrait parathyroïdien.

Parallèlement à l'amélioration de l'état moteur, nous avons obtenu une amélioration de l'état mental.

Nos observations ne font que confirmer les recherches de Léopold Lévy et de H. de Rothschild qui ont traité avec succès par cette méthode des enfants arriérés ; elles prouvent, une fois de plus, que les sécrétions internes exercent sur le cerveau une action profonde et de tous les instants.

Les recherches de notre élève et ami, le Dr Soula, commencent à pénétrer le mécanisme de cette action, en montrant comment la castration ralentit les échanges azotés dans la substance cérébrale.

Là est une première justification de ce que nous disions au début de cet article, de la sensibilité extrême du système nerveux vis-à-vis de l'intoxication, qu'elle soit d'origine externe ou interne.

Mais nous en trouvons une seconde dans l'analyse de notre premier cas ! Ici, une émotion a provoqué les symptômes choréiques.

Or, n'est-il point démontré que l'émotion peut, de toutes pièces, créer un syndrome basedowien ? Jaboulay n'a-t-il pas pratiqué dans ces cas la sympathectomie ?

Nous n'avons pu savoir s'il y avait eu, chez notre malade, apparition simultanée du goitre et de l'état choréique, mais les effets régressifs du traitement thyroïdien nous autorisent dans une certaine mesure à l'admettre.

La corticalité cérébrale n'a-t-elle pas été ici primiti-

vement provocatrice de l'auto-intoxication dont elle a, par la suite, supporté les effets nocifs?

Nous touchons ici à une question fort délicate et fort obscure que nous sommes sur le point de développer ailleurs, à savoir les relations des états émotifs et des fonctions endocrines.

Mais nous ne voudrions cependant pas conclure en quelques lignes sans rappeler que cette même observation eût été, aux temps héroïques où le professeur Charcot dirigeait l'école de la Salpêtrière, considérée comme l'histoire d'une hystérie traumatique.

Actuellement, ce retour aux notions alors si formellement codifiées par le grand neurologue nous permet de prévoir le jour peut-être prochain, où la physiologie pathologique des glandes à sécrétion interne viendra constituer une pathogénie plus précise à toute une série de faits dont on n'avait alors su grouper que les éléments cliniques.

©BIUM

CONTRIBUTION
AU
DIAGNOSTIC DES ÉTATS MIXTES
DE PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE

Par le Dr Paul COURBON
Médecin de l'asile d'aliénés d'Amiens.

Sentir et penser, telles sont les deux opérations qui résument toute la vie intellectuelle de l'homme. Quoi qu'il fasse, ses actes ne font qu'exprimer des sensations (1) ou des idées, si bien que l'affectivité, l'idéation et l'expressivité ou psychomotilité sont les trois aspects sous lesquels le psychisme de l'individu se révèle tout entier.

L'affectivité pourrait se définir la faculté d'éprouver du plaisir ou de la douleur, ou, en termes plus vulgaires, la possibilité, pour l'humeur, de passer de la gaîté à la tristesse. La tonalité de l'humeur est sous la dépendance de deux facteurs : l'un intrinsèque au sujet, de beaucoup plus important; l'autre extrinsèque, n'ayant qu'une influence accessoire.

Le premier n'est autre que l'état cénesthésique; c'est-à-dire le sentiment mal défini qui résulte de l'exercice général de toutes les fonctions de l'organisme : fonctions végétatives, musculaires et intellectuelles. Le bien-être que procure une bonne digestion, celui que donne la marche, celui qui naît du travail de

(1) Sensations est pris ici dans le sens d'états affectifs.

©BIUM

l'esprit sont autant d'exemples de l'intervention particulière à chacun de ces éléments dans l'édification du sentiment cénesthésique. Mais dans cette collaboration, c'est aux fonctions végétatives, c'est-à-dire à celles qui, présidant au métabolisme cellulaire, assurent l'existence même, que revient la part prépondérante. La vie affective, en effet, se développe bien avant la vie représentative, et Ribot a démontré qu'il est des états affectifs purs de tout élément intellectuel.

Le facteur extrinsèque est constitué par l'ensemble des circonstances indépendantes du sujet, du fonctionnement de son organisme et qui néanmoins agissent sur lui, lui impriment une modification agréable ou pénible : les causes de chagrin, de joie, la mort d'un être cher, un succès, etc. L'importance de ce facteur est secondaire; il n'a sur l'individu qu'une influence indirecte par les perturbations qu'il peut produire sur les fonctions, qui seules conditionnent véritablement l'état cénesthésique dont l'état affectif n'est que l'extériorisation.

L'idéation est la faculté de penser, de concevoir des idées. En vertu de ce que nous avons dit plus haut, il doit y avoir un certain rapport entre l'état de cette fonction et celui de l'affectivité. Et il en est habituellement ainsi. La tristesse de l'humeur entrave la pensée et, inversement, la difficulté de penser, l'effort intellectuel stérile amènent la tristesse. Une telle interprétation suffit, sans faire appel à l'envie, à expliquer en grande partie la maussaderie de certains ratés.

L'expressivité ou psychomotilité peut se définir la faculté d'extérioriser, de rendre perceptibles à autrui ses propres états affectifs ou intellectuels. La mimique et le langage sont les deux modes qu'elle emprunte ; et le système musculaire est indispensable à son exercice. Ici encore, il y a généralement parallélisme entre l'état

©BIUM

de cette fonction et celui de l'affectivité. Les grandes douleurs sont muettes et paralysent ; d'autre part, le silence et l'immobilité ne tardent pas à être douloureux pour celui à qui on les impose.

Des considérations précédentes, on peut conclure qu'une solidarité fonctionnelle doit unir les trois modes de l'activité psychique, chez l'être normal : toute modification de l'un entraînant une modification parallèle des deux autres. L'observation montre qu'il en est généralement ainsi.

Les états de gaîté se présentent avec les caractères suivants : exaltation du sentiment personnel ou hyperthymie, exaltation qui est l'essence même de toute gaîté (affectivité), stimulation des processus psychiques (idéation), exubérance du langage et des gestes (psychomotilité). Quand on est gai, on pense avec plus d'aisance, on a plus de verve ; les gestes sont plus nombreux, plus vifs, plus variés. Les mouvements d'extension en rapport avec l'affirmation du moi prédominent (1), indiquant l'exagération de l'effort pour la vie. Il y a volubilité et sonorité de la parole.

Les états de tristesse présentent les caractères opposés : diminution du sentiment personnel ou hypothymie, diminution qui est l'essence même de toute tristesse (affectivité), frénation des processus psychiques (idéation), restriction du langage et des gestes (psychomotilité). Quand on est triste, on pense avec difficulté, on a l'esprit éteint, les gestes sont plus rares, plus lents, plus monotones. Les mouvements de flexion en rapport avec l'amoindrissement du moi prédominent, indiquant l'affaiblissement de l'effort pour la vie. Il y a paresse de la parole et extinction de la voix.

Ce parallélisme se maintient dans beaucoup d'états

(1) Dromard. *La mimique chez les aliénés.*

©BIUM

pathologiques. Les états maniaques sont constitués par une exaltation du sentiment personnel allant de la simple gaîté à la colère furieuse, une stimulation des processus psychiques allant de la simple excitation intellectuelle jusqu'à la fuite d'idées, une exubérance du langage et de la mimique allant de la légère loquacité et de la gesticulation jusqu'à la logorrhée et l'agitation. De même, les états mélancoliques sont formés par une diminution du sentiment personnel allant de la simple paresse intellectuelle jusqu'à l'anidéation, une restriction du langage et des gestes allant du silence et de la dépression jusqu'au mutisme et à la stupeur.

Mais il est des cas de plus en plus connus où il y a rupture de ce parallélisme entre les états de l'affectivité, de l'idéation et de la psychomotilité du même individu. Et cela, sans qu'il y ait désagrégation démentielle ni obtusion confusionnelle. A côté des états maniaques et mélancoliques, il y a des états mixtes maniaco-mélancoliques (1). Le mécanisme psychologique qui leur donne naissance peut s'expliquer de la façon suivante :

L'activité générale qui anime l'être humain se répartit en trois territoires : celui des fonctions végétatives, qui, sous l'innervation du grand sympathique, assure les échanges nutritifs ; celui des fonctions mus-

(1) Ces états mixtes, ou *Mischzustände* des auteurs allemands Weygandt, Pilcz, Kraepelin, ont été décrits en France par Deny et Camus, *in La psychose maniaque dépressive*, Baillière, 1907 ; — Antheaume, *in* Rapport sur les psychoses périodiques. Congrès de Genève, 1907; — Courbon, *in* Etats mixtes de psychose maniaque dépressive ; manie dépressive et manie taquine. *Encéphale*, juin 1909. — Ballet, *in* Congrès des aliénistes et neurologistes de Nantes, août 1909. — Nouet et Trepsat, *in* Etats mixtes de psychose maniaque dépressive, manie coléreuse. *Journal de Neurologie*, février 1910. — Kahn et Guichard. Manie akinétique. *Soc. psychiatrie*, octobre 1910. — J. Halberstadt, *in* Stéréotypies dans un cas de stupeur maniaque, et, Sur un état mixte pseudo-circulaire. *Encéphale*, 1910, t. I et II.

©BIUM

culaires, qui, sous l'innervation des nerfs craniens et rachidiens, donne la locomotion, la mimique et la voix; celui des fonctions idéatives, qui, sous la dépendance plus immédiate des organes des sens et du cerveau, assure la pensée et le fonctionnement de ses différents rouages : associations d'idées, mémoire, jugement, etc. Ces deux dernières fonctions ont pour but la vie de relation, tandis que les premières ont pour mission l'entretien de la vie végétative.

Or, si, chez l'individu parfaitement équilibré, toutes ces fonctions concourent à l'édification de l'état affectif, qui n'est, nous l'avons vu, que l'extériorisation de l'état cénesthésique, la part la plus effective revient aux fonctions végétatives. Cela est si vrai que, pour beaucoup d'auteurs, le terme cénesthésie est synonyme de sensations viscérales, et que l'on peut trouver des cas de joie purement passive, c'est-à-dire dépourvue de tout concomitant moteur ou idéatif [Mignard] (1).

Si bien que l'on peut dire que le plus souvent l'état affectif reflète l'état des fonctions organiques, comme le mouvement reflète celui des fonctions musculaires et l'idéation celui des fonctions idéatives.

Les variations du débit de l'influx nerveux portant sur les trois sphères : organique, musculaire, idéative, donnent les états maniaques et mélancoliques.

Les états mixtes résultent des variations localisées à une ou à deux seulement de ces sphères. Nous nous sommes efforcés, dans un article critique sur l'asthénomanie (2), de développer cette conception. Nous voudrions ici insister sur le diagnostic différentiel des états mixtes de folie maniaque dépressive dont nous rapportons deux observations.

---

(1) Mignard. La joie passive. *Thèse*, Paris, 1909.
(2) Courbon. Asthénomanie et psychose maniaque dépressive. *Revue de psychiatrie*, août 1912.

©BIUM

OBSERVATION I. — *Psychose maniaque dépressive. — Accès successifs de stupeur maniaque, de manie taquine, de manie et de mélancolie.*

O.... (Louise), dix-neuf ans, domestique, entre à l'Asile le 20 décembre 1910.

A la visite, la malade est étendue dans son lit, inerte, ne bougeant pas, promène un regard morne sur l'interrogateur et garde un silence presque invincible. A aucune des questions concernant son identité, les motifs de sa présence ici, son état maladif, elle ne fait de réponse, même pas par signes. Cependant, comme on insiste pour savoir son nom, elle dit, mais sans qu'une mimique joyeuse accompagne le jeu de mots de sa réponse : « Ote-toi de là. » Puis, comme exténuée par l'effort, elle se retourne en soupirant contre la muraille.

A force d'insistance pour savoir la date de sa naissance, elle répond, mais avec lenteur, comme si cela la fatiguait extrêmement : « Dix-huit quatre-vingt-onze. » Et c'est tout ce qu'on peut en tirer. Son masque est sans expression, mais l'œil, quoique atone, semble observer ce qui se passe.

23 *décembre*. — Depuis son entrée, est restée couchée, a refusé de répondre aux questions ; semble cependant suivre avec assez d'intérêt la conversation des médecins. A eu un clignement de l'œil à constater la déception de l'interne qui avait parié avec son chef de la faire parler. Ne s'alimente que très difficilement.

30 *décembre*. — Même état depuis cinq jours, est alimentée à la cuiller, ne cause ni ne bouge ; reste enfouie sous ses couvertures, mais suit des yeux les allées et venues des malades et du personnel, a eu un sourire imperceptible devant le dégoût d'une infirmière au lit d'une gâteuse.

Il faut la conduire aux W.-C., sans cela elle va sous elle.

1er *janvier* 1912. — A mangé seule aujourd'hui ; s'est levée spontanément pour aller aux W.-C., mais toujours silencieuse, et revient vite se coucher. Observe toujours du coin de l'œil ce qui se passe autour d'elle.

2 *janvier*. — Ce matin, a pleuré un peu. A la visite, ne répond rien, ne dit rien, mais regarde en souriant ; imperceptiblement, parfois surtout en voyant un interne faire un faux pas.

3 *janvier*. — Hier soir, a brusquement jeté en riant son assiette de pommes de terre dans la salle, mais sans rien dire, et est aussitôt retombée dans son immobilité habituelle.

©BIUM

6 *janvier*. — Hier, agitée tout l'après-midi, chantait, causait, riait sans descendre de son lit, emmêlait ses draps et couvertures. Contraste frappant de cette agitation sur place avec son inertie ordinaire ; elle restait habituellement couchée, ne s'asseyant que pour manger.

9 *janvier*. — Depuis deux jours, toujours debout, se promène partout, se cache derrière les baignoires, mais ne dit pas un mot, ne chante pas. Elle fait des gestes de menace, des grimaces, met du désordre sur les tables en regardant d'un air narquois les infirmières.

17 *mars*. — Depuis deux mois, agitation continuelle, mais toujours silencieuse. Elle a le génie du mal, insulte ses compagnes et ses gardiennes ; ouvre les fenêtres derrière les malades frileuses, ouvre les robinets, tire les rideaux, défait les lits ; mange et dort bien. Regarde ironiquement tout le monde. Ne cause, ni ne répond, ni ne crie. On avait recommandé la veille à une infirmière de ne pas vider le crachoir d'une malade qui toussait, elle n'a rien de plus pressé que d'aller le jeter par la fenêtre.

20 *mars*. — Se décide à répondre. « Quel jour est-ce? — Je ne sais. — Depuis combien de temps êtes-vous ici? — Le temps passe vite quand il est bien employé. — A quoi l'employez-vous? — A ce qui me passe par la tête. — Quel jour est-ce? — Jeudi (exact) de mars du dix-huit onze. — Quand êtes-vous née? — Le 15 juin 1891. — Où sommes-nous? — A l'asile de Dury. — Qu'y fait-on? — Il y a potage le soir. — D'où êtes-vous? — De mon pays. — Où demeurez vous? — Je demeure où je reste. — A quoi servent toutes les feuilles de papier sur lesquelles vous écrivez? Où sont vos parents? » Elle cesse de répondre et pleure, puis se remet à sourire en disant avoir un frère âgé de treize ans (exact).

8 *mai*. — Depuis un mois et demi, état maniaque véritable avec chant, cris, gesticulations. A eu la visite de sa famille hier, a causé sensément et a pleuré. Ce matin demande à travailler, est parfaitement orientée.

Mais grande paresse du langage et lenteur des réponses, demande à quitter le lit où elle s'ennuie.

9 *mai*. — A travaillé avec goût, conduite normale, conversation parfaitement sensée.

23 *mai*. — Parfaitement normale,

2 *juin*. — Interrogée, répond : Oui, je me souviens d'avoir jeté une assiette, non de pommes de terre, mais de carottes,

©BIUM

dans la salle, parce que l'idée m'en vint tout d'un coup. Je n'aime pas beaucoup les carottes. Je me cachais derrière la porte des bains parce que je n'aimais pas prendre des bains si longs. ça m'ennuyait. J'embêtais les voisines pour me distraire ; je regardais les gens en m'en moquant, c'est vrai, c'était mon caractère alors. Je répondais ironiquement parce que je trouvais que Monsieur m'ennuyait et m'interrogeait sur des choses qu'il devait savoir. » Se rappelle toutes les places occupées par elle dans le service et les événements qui se déroulèrent.

6 *juillet*. — Guérison persiste. La malade est douce, polie, pleine de réserve sans obséquiosité, travaille à la couture et au ménage. A été régulièrement réglée pendant son séjour.

23 *juillet*. — Sort guérie.

Obs. II. — *Psychose maniaque dépressive. — Accès d'inhibition maniaque, de dépression avec fuite d'idées, de manie et de mélancolie. — Onirisme confusionnel surajouté.*

B.... Jeanne, vingt-deux ans, entre à l'Asile le 21 mars 1912.

Antécédents. — A été opérée, il y a dix-huit mois, d'une néphrectomie pour tuberculose rénale. Fut victime, il y a quatre ans, d'une tentative de viol sur une route.

21 *mars*. — A l'interrogatoire, on obtient les réponses suivantes, prononcées sur un ton monotone, sans le moindre mouvement et sans autre geste que celui de se protéger la tête avec les bras comme si la malade était exténuée et souffrait de céphalalgie. « Je m'appelle B... ou C... (ses noms de femme et de fille), comme vous voudrez. Etes-vous le Dr Ch... ou le chirurgien, ou le dentiste? Est-ce sœur Claire ou Alphonsine, cette infirmière ; c'est peut-être sœur Suzanne. Oh! non, pas de clefs, surtout dans mon dos, pour saigner du nez. Oh! il fait des courants d'air ici, c'est trop fort, ça sent mauvais ici, avec toutes ces femmes. Oh! quelle belle bague elle a, cette infirmière, elle est fiancée. Mais où est M. Durand, il est à Glimont et à Eraine. Oh! le poison, la jacinthe, la morphine, les nocturnes, je n'en veux plus. J'ai les dents sales, elles sont noires, il faudrait une brosse. Je ne sais pas où je suis, je cherche, je dois être à Dury pour soigner les malades. On m'a opéré d'un rein tuberculeux. Le 23 août, je suis entrée à la clinique, on m'a opérée le 2 septembre; je suis sortie le 20 octobre, jour où est née Elvire : elle vit encore si elle n'est pas brûlée, car il y a des cendres ; son père a eu l'honneur de

©BIUM

mettre le feu à sa grange, il y a quelques années. Je n'ai pas d'almanach pour en savoir la date. On sonne (exact). Mademoiselle, allez donc ouvrir, au lieu de rester là plantée. »

Température 39°8, facies un peu vultueux, sueurs, langue et dents fuligineuses.

Soif et manque d'appétit.

23 *mars*. — Même état. Toujours de la fièvre, urines rares, albumineuses. A toutes les questions posées répond seulement en se plaignant de la gorge et de la tête et reste la tête tournée contre la muraille. A force d'insistance, on obtient quelques réponses, mais sans aucun geste et toujours sur le même ton monotone. « Je suis ici depuis un jour ou deux, au pavillon de chirurgie. Je ne peux plus endurer tout cela, j'aime mieux être visitée par n'importe quel docteur. Oh! on tire sur mes oreilles, on m'a retiré les brillants qu'on m'avait donnés. Oh! mes lèvres me font mal. » A notre demande adressée à une infirmière pour savoir ce que fait la malade en notre absence, elle s'écrie : « J'aurais bien voulu savoir coudre et broder » ; puis elle prend l'attitude d'une personne qui souffre et pousse des cris : « Oh! j'ai eu peur d'un individu qui m'a arrêtée sur une route le 10 avril ou de mai, il y a quatre ans. Il a voulu me voler sur la route de Moreuil. Je suis partie à quatre heures, j'ai rencontré le chantre avec sa dame et sa petite fille, puis une auberge, puis la campagne. Il y a quatre ans en 1909 cela fait l'année que je suis née en 1883, l'année de l'exposition de Paris, mais non à Paris, je suis née. Il y a trois ou quatre jours que je suis ici, je suis partie en voiture avec papa et mon mari; on a arrêté à l'octroi; ici c'est Dury, mais plutôt Dusefeld de Villers que je veux dire. Oh! c'est pour les fous et je ne suis pas folle. Oh! mon pauvre cœur s'il savait soupirer tout seul. »

On panse une malade dans le lit voisin ; vite elle s'écrie : « Oh! je voudrais bien une pauvre pensée quand je serai morte ou sauvage. Mais c'est mon cousin ce Monsieur (l'interne), je te reconnais bien, tu es grossi Julien, tu es donc garçon boucher, boulanger, charcutier. » (Elle regarde son tablier blanc.)

25 *mars*. — Se plaint de souffrir de la gorge, de son estomac qui ne fonctionne plus, des reins. Depuis hier, passe son temps à parler toute seule, à répondre aux malades qui délirent, se lève pour partir dans sa famille, dit en regardant le cou d'une voisine excessivement maigre : « Je n'ai pas besoin de salières ni de tabatières (elle rit). Oh! mais je n'y comprends

©BIUM

rien : cette demoiselle là-bas est méchante (une agitée), elle boude toujours. Ça ne me dérange pas d'être opérée. Je veux être visitée avant d'être violée, parce qu'il n'y a que mon mari qui m'ait eue. Je veux être visitée passée à la cystoscopie. On peut regarder si j'ai de l'échauffement dans le derrière (elle rit), me regarder la langue et les dents qui signifient la soif. On m'a fait de faux papiers (une voisine déploie un journal en lançant des injures). Tout même c'est impossible je montrerai la place sur la route, on a fui à travers champs (elle pleure presque).

« Oh! vous pouvez prier le bon Dieu (une bonne lave le parquet), mais je n'ai pas de livre, il faut dormir, je me souviens être venue ici quand j'étais petite fille, il y avait des balançoires. Je peux faire votre lit comme une autre. Oh! ça me tire, on m'arrache les cheveux, je n'ai aucune salive. Pourquoi m'appelle-t-on voleuse (une voisine avait traitée de voleuse l'infirmière qui lui enlevait son assiette), je n'ai volé personne, et pourquoi m'appelle-t-on mulâtre (elle a le teint bronzé), ça ne me dérange pas de mourir puisqu'on m'a enlevé un rein. Mon frère Marcel a reçu un coup sur la tête, le médecin l'a sauvé (elle pleure). Pourquoi feu (une malade a éternué), qui veut-on tuer, ne me faites pas de mal, j'ai peur. » Boit son lait, se gargarise très bien. Inertie musculaire et mimique. Oscillations de l'humeur entre la gaieté et la tristesse. Onirisme et fuite d'idées. Fausses reconnaissances.

26 *mars*. — « Bonjour Monsieur. J'ai la main sur le cœur parce que j'y ai un anévrisme, depuis que j'ai eu peur (elle sourit). J'ai mal au ventre depuis que j'ai eu peur sur la route de Mareuil, depuis que mon cœur bat. Vous avez froid aux mains. » Puis répond avec lenteur et des soupirs comme une personne très fatiguée : « Je suis à Dury, où on met les fous parce que j'ai été attaquée il y a quatre ans sur la route de Mareuil. » Puis elle se remet à divaguer sur son passé, gardant les yeux mi-clos, comme somnolente. Elle a toujours de la fièvre au-dessus de 38°5 depuis son entrée. Urines troubles : beaucoup de phosphates et d'urates. Elle s'alimente très difficilement.

3 *avril*. — Même état, ne dit rien, ne répond pas. Sa température est au-dessous de 38 degrés.

13 *avril*. — Malade va mieux, prend des douches froides tous les matins. L'état saburral a disparu ; n'a plus de fièvre ni d'onirisme ; répond ironiquement, mais sensément, à tout. Urines claires sans albumine.

©BIUM

27 *avril*. — Amélioration progresse lentement, ne divague plus, se lève et s'occupe un peu dans le quartier.

29 *avril*. — Elle refuse d'aller voir son mari au parloir et est un peu triste.

7 *mai*. — Malade était revenue à la normale. Avant-hier dimanche, on l'a conduite au parloir, son mari lui fit une scène, la prétendant paresseuse et non malade. Depuis, elle est tout à fait mélancolique, pleure, refuse de se nourrir, a des accès d'anxiété, on doit l'alimenter à la sonde.

11 *mai*. — Depuis le 8 mai, s'était remise au travail, causant et se comportant sensément, a rechuté ce matin, refuse de se lever, ne répond pas, pleure.

13 *mai*. — Ce matin, s'est levée, travaille, mais à l'écart, ne cause avec personne, n'a l'air de s'intéresser à rien, cependant répond avec un sourire imperceptible quoique d'une voix excessivement lente.

« Je suis triste parce que je couds sans dé, parce que je ne suis pas rigolade. Je ne mangeais pas parce que je n'avais pas faim. Je n'avais pas faim parce que j'étais ennuyée. Parce que je ne vois pas mon enfant », finit-elle par avouer, après s'être fait arracher les autres réponses et avoir essayé d'échapper à cet aveu par quelques tentatives ironiques, comme celle contenue dans sa réponse concernant le dé à coudre.

22 *mai*. — Malade travaille, coud, fait le ménage, a une conduite normale, mais ne cause pas du tout et fait des niches pendant les repas. Elle verse du lait dans son assiette sale et rit parce qu'on ne pourra pas la forcer à boire ce dernier verre de lait. Il faut, en effet, beaucoup insister pour la faire s'alimenter. Le soir, elle jette son œuf dans son lait pour faire croire qu'elle ne le mange pas; puis l'absorbe en éclatant de rire, mais sans rien dire.

Ses rares réponses sont toujours sensées; mais elle est habituellement silencieuse et docile; sa conduite est toujours adaptée aux circonstances : elle travaille et soigne les malades.

30 *mai*. — Depuis quelques jours, tout à fait normale, gaie, aimant à causer, à danser le dimanche, à courir aux heures de récréations. Travaille fort bien, a beaucoup engraissé.

31 *mai*. — Hier soir, brusquement et sans motifs, devient profondément triste, refuse de manger, ne dit plus un mot, se terre dans un coin, pleure. Ce matin, a refusé de se lever et de manger, ne répond pas.

1er *juin*. — De nouveau normale et travailleuse et gaie.

©BIUM

3 *juin*. — Ecrit une lettre très affectueuse aux siens, demandant des nouvelles de son enfant, mais se plaignant de la brutalité de son mari au parloir.

3 *juillet*. — Depuis quatre semaines, tout à fait normale et sensée, a fait la paix avec son mari, lui envoie une lettre aimable. Elle avoue avoir eu des difficultés avec lui, qu'il est violent, mais qu'il est son mari, qu'elle doit le supporter, qu'il est bon au fond.

19 *juillet*. — L'amélioration persiste : quelques petits mouvements d'humeur, quelques moments de découragement, mais vite réfrénés. Elle est bonne travailleuse, cause sensément sur tout, écrit des lettres affectueuses aux siens. Sort guérie le 29 juillet.

L'histoire de la première malade prouve qu'il s'agissait chez elle de psychose maniaque dépressive. Elle a parfaitement guéri, conservant le souvenir des troubles pathologiques qu'elle présenta, de tous les événements qui s'accomplirent autour d'elle pendant sa maladie. Examinée dans les derniers mois de son séjour à l'asile et avant sa convalescence, elle offrit tout le tableau de la manie. Mais au début, son apparence était tout autre et faisait penser à la démence précoce. En effet, on notait une suspension apparente de toute activité spontanée, abolissant non seulement la vie de relation, mais atteignant encore la vie végétative. Etendue dans son lit, elle ne réclamait rien, ne répondait à rien, ne faisait ni geste ni mouvement, ne se levait pour aller à la selle que si on l'y conduisait, ne mangeait et buvait que si on lui introduisait les aliments dans la bouche.

Cependant, malgré cet envahissement général de toutes les fonctions physiologiques par l'inertie, il n'y avait pas suppression complète de toute vie intellectuelle. La rupture des liens avec le monde extérieur n'était pas aussi totale qu'elle le paraissait. Une certaine mobilité du regard, le pétillement dont il s'éclairait à l'occasion d'un événement plaisant (faux pas

©BIUM

d'une infirmière, grimace d'une malade, embarras du médecin devant le mutisme qu'elle lui oppose), la cocasserie des ébauches de réponse qu'on lui arrachait parfois, réponses sinon exactes, du moins adaptées à la question, prouvaient que les perceptions étaient beaucoup moins troublées qu'il ne le semblait. C'est en nous basant sur ces considérations que nous avons, dès le début, éloigné l'hypothèse de la démence, affirmant que cette suspension de toute activité idéative et psychomotrice coïncidait avec une humeur ironique, en un mot, que l'on était en présence d'un état mixte de psychose maniaque dépressive, ou, pour mieux dire, en présence d'un accès de stupeur maniaque. Les mêmes remarques s'appliquent à l'accès de manie taquine qu'elle présenta ultérieurement du 8 janvier au 20 mars.

Pour la seconde malade, le premier diagnostic qui se présentait à l'esprit devant une femme néphrectomisée, atteinte de fièvre et d'embarras gastrique avec albuminurie, était celui de confusion mentale. Cependant, dès l'abord, il était permis de penser que, dans le complexus symptomatique qu'elle offrait, la confusion mentale ne jouait qu'un rôle relativement restreint, et cela précisément à cause de la multiplité des réactions adaptées aux perceptions extérieures que l'on notait. A côté de la reviviscence de plusieurs scènes de sa vie passée : le viol, l'opération, un voyage d'enfance, l'incendie d'une grange, etc., constitutive de l'onirisme confusionnel, il était toute une longue suite d'associations d'idées qu'un lien affectif réunissait aux événements et aux objets extérieurs qui leur donnaient naissance.

Les réflexions provoquées par la vue de la bague d'une infirmière, par le coup de sonnette, par la conversation des médecins entre eux, par l'éternuement ou le délire d'une voisine, par le passage des infirmières, par les besognes accomplies dans la salle : pansements,

©BIUM

nettoyage, etc., étaient toutes adaptées aux circonstances tantôt avec ironie, tantôt avec tristesse.

Ces signes-là, joints à une orientation assez bonne, nous permirent d'attribuer son inertie à une autre cause que la simple fatigue de son état physique et de porter le diagnostic de psychose maniaque dépressive conjointement à celui de confusion fébrile.

L'état mixte d'inhibition maniaque alterna dans les premiers jours avec celui de dépression avec fuite d'idées. L'évolution vint nous donner raison, puisque, après la guérison de l'état physique, l'onirisme disparut, tandis que les accès de mélancolie vraie, de manie et d'états mixtes continuèrent à se dérouler.

Malgré la divergence des tableaux cliniques donnés par ces deux malades : l'une atteinte d'inhibition maniaque, l'autre de stupeur maniaque et de dépression avec fuite d'idées, un même signe se rencontre chez toutes les deux. C'est la conservation des communications avec le milieu extérieur, se traduisant par une certaine adaptation des réactions aux perceptions venues de ce milieu. Et c'est la constatation de ce phénomène qui nous a principalement aidé à rejeter dès le début le diagnostic de démence et de confusion.

En effet, un des caractères communs à la manie et à la mélancolie, caractère sur lequel on ne saurait trop insister et que l'on ne trouve pas dans les autres psychoses généralisées (confusion et démence), est la persistance des liens entre le malade et le milieu où il vit. Sauf dans les cas d'extrême agitation ou de stupeur, on peut toujours déceler soit dans le langage du malade, ce qui est facile, soit dans sa conduite ou sa mimique, ce qui demande parfois une très grande perspicacité, un certain degré d'adaptation aux circonstances. Cette adaptation est marquée au coin de l'ironie ou de la colère dans la manie ; à celui de l'humilité, de l'indi-

©BIUM

gnité ou de l'angoisse dans la mélancolie ; mais du moins donne-t-elle la preuve que le sujet a la perception de la réalité extérieure.

En d'autres termes, le pouvoir d'observation, c'est-à-dire la capacité de remarquer ce qui se passe autour de soi, est toujours plus ou moins conservé dans la manie et la mélancolie. Au sens étymologique du mot, ces malades sont beaucoup moins aliénés, c'est-à-dire bien moins devenus étrangers au monde que ne le sont le dément et le confus. Tandis que l'ahurissement du confus et l'indifférence du dément élèvent entre eux et la réalité comme un écran plus ou moins opaque, plus ou moins étanche, le maniaque et le mélancolique continuent toujours dans une certaine mesure à communiquer avec l'extérieur. Leur moi, pourrait-on dire, ne perd pas complètement pied sur la réalité.

Ce caractère est évident pour la manie. Le maniaque, selon la formule de Magnan (1), est tout au dehors, il est en communication constante avec le monde extérieur, dit Anglade (2). « On peut saisir, écrit Foville (3), un certain rapport entre ce que ces malades disent et ce qu'ils ont entendu immédiatement auparavant. Tantôt c'est un mot qui vient d'être prononcé et dont le sens provoque une idée instantanément traduite en vociférations violentes, tantôt ce n'est pas le mot mais sa simple assonance qui, par une sorte de calembour, sert de point de départ à un nouvel ordre d'idées et de propos. Ces idées ne sont point dissociées, loin de là ; la faculté d'association persiste, mais elle s'exerce si rapidement que l'esprit du malade arrive d'emblée par un seul bond à une conclusion à laquelle l'homme sain

(1) Magnan. *Leçons cliniques*, 1893.
(2) Anglade. Manie in *Traité de Gilbert Ballet*.
(3) Foville. Art. *Manie* du Dictionnaire de Jaccoud.

©BIUM

ne serait parvenu qu'après des transitions plus ou moins longues. »

Ce même caractère se rencontre, mais sous une forme bien différente, dans la mélancolie. Assurément il ne saurait s'agir là de cette mobilité d'esprit à qui rien n'échappe; mais pour concentré, pour replié qu'il soit sur lui-même, le mélancolique n'en conserve pas moins sur le monde extérieur un accès beaucoup plus considérable qu'il semblerait tout d'abord. Si le maniaque remarque tout, le mélancolique ne laisse pas passer ce qui peut l'intéresser, et il sait bien puiser dans la réalité les éléments nécessaires à la justification de sa douleur morale. Son attention, Masselon (1) y a insisté avec raison, n'est pas abolie, mais elle se borne à recueillir les faits capables de confirmer son délire. Maniaque et mélancolique subissent donc l'influence du milieu qui les entoure ; mais tandis que l'instantanéité de la réaction permet à l'observateur de constater immédiatement l'effet de cette influence chez l'un, il se manifeste chez l'autre à une échéance parfois si éloignée qu'il passe inaperçu. L'interprétation délirante est monnaie courante en mélancolie (2); mais les conclusions qu'elle produit ne sont avouées que bien longtemps après par le malade. Cependant l'examen attentif de sa conduite aurait bien souvent permis de les dépister avant l'aveu.

En somme, *perméabilité de l'intelligence du malade au monde extérieur avec réactions adaptées aux perceptions*, tel est le caractère commun à la manie et à la mélancolie sur lequel nous insistons aujourd'hui. Dans la première, la réaction est adaptée, mais empreinte d'ironie ou de colère, comme on doit s'y attendre par

(1) Masselon, *Psychologie des mélancoliques*.

(2) Voir à ce sujet la curieuse observation d'un mélancolique interprétant, in *Revue de psychiatrie*, 1913 : Interprétations délirantes et perceptivité cénesthésique, par P. Courbon.

©BIUM

suite de l'hyperthymie du malade. Dans la seconde, la réaction est également adaptée, mais empreinte d'humilité, d'indignité ou d'angoisse comme l'exige l'hypothymie du sujet. La vue des clefs du surveillant le fait comparer à saint Pierre par un maniaque qui le traite de renégat et l'injurie en imitant le cri du coq. Un mélancolique, au contraire, demande dans quel cachot on va l'enfermer, ou bien, s'il garde le silence, l'effroi de son visage, une larme, un simple frisson trahissent le sentiment qui l'agite.

Les états mixtes étant formés par la juxtaposition des symptômes de manie et des symptômes de mélancolie doivent forcément présenter le caractère commun aux deux affections que nous venons de décrire. *Adaptation hyper ou hypothymique des réactions aux perceptions extérieures indiquant la persistance des liens entre le malade et la réalité extérieure*, tel est le signe dont la découverte permet le diagnostic. Il faut donc le rechercher soigneusement et bien moins par l'interrogatoire, qui est souvent un acte de suggestion inconsciente exercé par le médecin sur le malade, que par l'examen indirect de celui-ci.

Pour cela, on multipliera les objets de perception autour de l'aliéné sans l'avertir ni l'interroger et on notera non seulement ses paroles, mais ses actes, ses gestes, le moindre de ses mouvements, le plus imperceptible froncement de son visage, le plus léger clignement de ses paupières ou de ses lèvres, et jusqu'au rythme de sa respiration ou de son cœur. Mais c'est surtout l'étude de son regard, la direction et l'expression de ses yeux lorsqu'il ne se croit pas observé, qui peuvent être du plus grand secours.

Les conversations tenues comme par mégarde au pied du lit du malade, les cris ou les actes des voisins, les bruits venus du dehors, les personnes qui traversent

©BIUM

la salle, les faits qui s'y passent, les meubles qui s'y trouvent, le tintement d'une sonnette, la saveur des aliments, l'odeur des médicaments, etc., en un mot les impressions de toutes sortes qui peuvent frapper les sens du malade sont, pour un observateur perspicace, autant de coups de sonde, lui permettant d'apprécier le degré de perméabilité au monde extérieur présenté par le sujet et de se prononcer par conséquent pour ou contre l'état mixte de psychose maniaque dépressive.

Dans la démence et la confusion mentale, en effet, les communications entre le malade et le monde extérieur sont complètement coupées, ou bien, quand elles existent, elles ne comportent pas cette adaptation des réactions aux perceptions. Celles-ci peuvent bien réveiller des souvenirs, déclancher un automatisme subconscient, mais elles ne provoquent pas comme dans la psychose maniaque dépressive un enchaînement d'idées, sinon logiques du moins reliées entre elles par un lien affectif et adéquat à l'objet. Il y a onirisme, mais non repartie ironique ou humble à l'excitation venue du dehors. Le confus, pour prendre l'exemple dont nous nous sommes servis plus haut, regardera les clefs d'un air ahuri, les manipulera comme pour chercher à comprendre ; le dément n'y arrêtera pas son regard indifférent. Ou bien ils se mettront à divaguer au hasard des reviviscences d'images, de scènes déjà vécues, de souvenirs que la vue du trousseau de clefs aura fait surgir. Ce sera du délire de rêve, ce ne sera pas une interprétation du fait perçu. La lecture de notre deuxième observation permet de distinguer les réactions oniriques confusionnelles et les réactions hyperthymiques ou hypothymiques maniaco-mélancoliques, la malade étant atteinte simultanément de confusion mentale et de psychose maniaque dépressive.

Le signe sur lequel nous insistons ici est la condition

©BIUM

même de celui de la diamnèse, ou conservation du souvenir des divers épisodes survenus pendant la maladie et par conséquent il ne se rencontre pas dans la confusion mentale qui laisse toujours, après guérison, une amnésie plus ou moins complète de la période morbide. Il est également symptomatique de la persistance de la curiosité du sujet pour ce qui l'entoure, et par conséquent ne saurait exister dans la démence dont l'indifférence est le symptôme essentiel. De là sa valeur pour le diagnostic des états mixtes.

©BIUM

CONSIDÉRATIONS BIOLOGIQUES

SUR

L'HÉRÉDITÉ DANS LES MALADIES MENTALES

Par le Dr Victor DEMOLE

Médecin assistant à l'asile de Bel-Air.

De tout temps les médecins ont scruté les antécédents héréditaires des aliénés dans l'espoir d'y trouver des éclaircissements sur la cause des maladies mentales. Hélas ! jusqu'ici les recherches sont restées infructueuses ; une seule constatation a été faite : la transmission de père en fils soit de la maladie, soit d'une prédisposition à la contracter.

« L'hérédité des maladies mentales, dit Lucas, est d'une observation presque aussi ancienne que celle de la maladie », et Foville prétend qu' « il n'est pas de maladie dans laquelle l'action de l'hérédité soit mieux démontrée ». Ne dirait-on pas, à entendre ces auteurs compétents, que l'hérédité des maladies mentales est l'évidence même, et qu'il suffit d'effleurer la psychiatrie pour en être convaincu ? Ce n'est cependant pas le cas. En colligeant les avis d'observateurs tout aussi compétents, on s'aperçoit vite qu'il importe de faire de nombreuses restrictions, car si l'hérédité paraît manifeste, elle est cependant loin d'être absolue ; et encore, il suffit de pousser jusqu'aux chiffres, de consulter les statistiques, pour verser aussitôt dans le scepticisme, car les résultats de tous ces savants travaux varient dans des proportions fantastiques : 4 à 90 p. 100. Même

©BIUM

dans la dernière décade du siècle passé, Hutchinson (1), se basant sur les statistiques des asiles allemands, anglais et américains, admet 22 p. 100 de maladies mentales héréditaires ; trois ans plus tard, Briscoe (2) affirme que ce chiffre est beaucoup trop bas et qu'il convient de l'élever à 90 p. 100.

Aujourd'hui cependant, la grande majorité des psychiatres estime entre 70 et 80 p. 100 la part qui incombe à l'hérédité dans les maladies mentales, chiffres concordants qui témoignent probablement d'une précision plus grande dans les recherches, et d'une entente sur les symptômes considérés, comme morbides. Mais ces chiffres absolus n'ont cependant pas grande valeur. Les statistiques comparées, comme celles de Koller (3) et Diem (4), établies sur les malades et la population saine d'une même contrée, sont bien plus significatives : Koller, sur 370 malades et 370 personnes saines, a trouvé 76,8 p. 100 d'antécédents héréditaires familiaux chez les premiers et 59 p. 100 chez les seconds, et Diem, dans une statistique scrupuleuse établie sur 1.150 personnes saines et 1.850 malades de l'asile du Burghölzli (Zurich), arrive à des chiffres voisins : 66,9 p. 100 d'antécédents chez les normaux et 78,2 chez les aliénés. L'hérédité directe se rencontre chez 33 p. 100 des normaux et 50 p. 100 des malades, l'hérédité indirecte est au contraire plus élevée chez les normaux que chez les malades : ce qui revient à dire que sur 1.000 personnes prises au hasard dans la population, 331 seulement appartiennent à des familles exemptes de toute tare, 669 par contre ont des antécédents familiaux chargés.

(1) Hutchinson. *Med. News*, 13, 1, 1892.
(2) Briscoe. *Journ. of ment. Science*, oct. 1895.
(3) Koller. *Arch. f. Psychiatrie*, XXVII.
(4) Diem. *Arch. f. Rassen und Gesellschaftsbiol.*, 1905.

©BIUM

On voit que les antécédents héréditaires directs et indirects sont loin d'être le triste apanage des malades; on les rencontre fréquemment dans la population saine, mais toutefois dans des proportions moins élevées que chez les aliénés. Il existe donc de nombreuses familles en parfaite santé dans lesquelles éclatent subitement des cas de maladies mentales, et d'autre part on voit des familles tarées donner naissance à des individus parfaitement sains d'esprit.

Comment expliquer ces cas paradoxaux?

« Paradoxaux en apparence seulement, affirment quelques chercheurs biologistes; sous un masque anarchique, la répartition des caractères pathologiques s'effectue cependant selon des lois immuables et bien établies. » Suivons ces chercheurs sur le terrain fertile dont ils tirent leurs arguments, et voyons s'il est possible de profiter de ces connaissances pour l'appréciation des statistiques et des théories touchant l'hérédité dans les maladies mentales.

*
* *

Gregor Mendel est un moine naturaliste qui vivait au siècle dernier dans le couvent des Augustins de la petite ville autrichienne de Brünn; en étudiant les hybrides de quelques végétaux, il arriva à la conviction que les caractères des parents se répartissent chez les descendants selon certaines proportions rigoureusement définies, et publia dans le Bulletin d'une société scientifique un mémoire qui malheureusement passa inaperçu. En 1906 seulement, trois biologistes exhumèrent ces travaux remarquables et les présentèrent au troisième Congrès d'hybridation de Londres; à partir de ce jour, les questions si obscures de l'hérédité sortirent du domaine spéculatif et entrèrent dans la

©BIUM

voie de l'expérimentation. Voici l'expérience fondamentale du génial observateur :

Après mûres réflexions, Mendel choisit le pois comme plante d'expérience, parce que cette légumineuse pousse rapidement, donne de nombreuses graines et présente l'avantage d'être hermaphrodite vraie, c'est-à-dire qu'elle s'autoféconde, et ceci avant que la fleur ne soit ouverte, ce qui exclut toute possibilité d'immixtion étrangère.

Il cultiva diverses races de pois pendant plusieurs générations pour s'assurer qu'il se trouvait en présence de lignées pures, et quand il eut acquis cette conviction, il entr'ouvrit avant la maturité plusieurs fleurs de pois donnant des graines vertes, coupa leurs étamines et les féconda avec du pollen recueilli sur des pois à graines jaunes. Le résultat fut surprenant : toute la génération de graines ainsi obtenues était de couleur uniformément jaune. Mises en terre ces graines donnèrent des plantes que Mendel abandonna à l'autofécondation naturelle, et à la maturité il recueillit 8.023 graines, dont 6.022 jaunes et 2.001 vertes, soit une proportion de 3 à 1. Au cours des générations suivantes, il remarqua que les 2.001 graines vertes donnaient naissance à des lignées pures de plantes à graines toujours vertes ; par contre sur les 6.022 graines jaunes un tiers seulement donna naissance à des lignées pures de plantes à graines toujours jaunes, les deux autres tiers produisirent des générations dans lesquelles les pois jaunes et verts se rencontraient toujours dans la proportion de 1 à 3. Les mêmes expériences, répétées sur des plantes différant non plus par la couleur des graines, mais par la coloration des fleurs, confirmèrent les résultats obtenus. Mendel conclut donc en formulant cette loi : A la première génération tous les hybrides ressemblent à un des parents, tandis

©BIUM

qu'aux générations suivantes ils se dissocient suivant des proportions définies, en individus ressemblant soit à l'un, soit à l'autre des parents.

L'hérédité mendelienne n'est point particulière aux pois, elle régit également la répartition des caractères dans diverses espèces végétales et animales. On a même rapporté des cas fort intéressants de transmission de particularités psychologiques et d'instincts modifiés : on sait que le crapaud accoucheur se reproduit habituellement sur terre ; pendant l'accouplement la femelle pond ses œufs que le mâle féconde et enroule autour de ses pattes ; après plusieurs jours de soins, il se rend enfin dans l'eau où les larves éclosent. Or en modifiant les conditions dans lesquelles vivent ces batraciens, on est arrivé à faire pondre la femelle directement dans l'eau. Si l'on croise une de ces femelles modifiées avec un mâle normal, tous les descendants de la première génération sont normaux, tandis qu'à la deuxième génération un quart des femelles reproduit le caractère de la « grand'mère ». De même si l'on croise les souris valseuses des Japonais avec nos souris d'Europe, la première génération des descendants est parfaitement tranquille, tandis que dans la deuxième génération un quart des individus sont valseurs.

Une particularité morphologique ou fonctionnelle peut donc, après un temps de latence, réapparaître subitement chez un rejeton éloigné ; son aspect de caractère acquis peut alors donner le change sur ses origines. Cette particularité invisible qui ne se révèle qu'au cours des générations ultérieures est dite « récessive » (couleur verte dans l'exemple des petits pois) et le caractère manifeste que les hybrides de la première génération tiennent de leurs parents est dit « dominant » (couleur jaune).

Ces notions ont trouvé de multiples applications en

©BIUM

physiologie et pathologie humaines. Quelques auteurs ont expliqué par les lois de Mendel la répartition de la couleur et de la forme des cheveux, de la pigmentation de l'iris et de la peau. A leur avis diverses malformations (bec-de-lièvre, polydactylie, hypertrichose) et de nombreuses maladies suivraient en tous points l'hérédité mendelienne ; telles la neurofibromatose, l'amyotrophie Landouzy-Dejerine, la chorée, l'asthme héréditaire, le daltonisme, le nystagmus, l'épilepsie, l'affaiblissement intellectuel, diverses psychoses et la surdi-mutité.

Toutefois, si séduisantes que soient ces interprétations, elles résistent difficilement à une critique serrée. Mendel a posé comme principe fondamental qu'en matière d'études sur l'hérédité, il ne faut considérer que les individus prolifiques, dont l'ascendance est parfaitement connue. Or ces conditions capitales font défaut chez l'homme ; les antécédents héréditaires plus ou moins bien établis ne remontent guère qu'à deux ou trois générations, et il y a toujours insuffisance numérique de descendants.

On a du reste cité de nombreux cas d'hybrides animaux et végétaux qui sont récalcitrants aux lois de Mendel ; il en est par exemple qui ne se dissocient point, comme les mulâtres dont la peau est un mélange de blanc et de noir ; d'autres présentent des caractères dominants transitoires comme les hydrides du chardonneret et du serin, qui ressemblent uniquement au chardonneret pendant leur jeunesse et plus tard à leurs deux parents.

Il est d'observation courante de voir des enfants ressembler d'abord à leur mère, puis être envahis par les caractères physiques et psychiques paternels. Enfin en botanique, on connaît aujourd'hui plusieurs modes d'hérédité n'ayant rien de commun avec le mendelisme,

©BIUM

tels le type à dominance incomplète et le zeatypus, dont les descendants hybrides ont un aspect intermédiaire.

Il est possible qu'un jour on démontre chez l'homme l'existence d'une hérédité particulière, semblable au mendelisme ou différente absolument. Quoi qu'il advienne, les efforts des mendelistes n'auront pas été inutiles : ils ont ouvert les recherches sur nombre de faits intéressants et souligné *la valeur de l'hérédité discontinue*. Forts de ces conclusions, sachons nous montrer prudents en matière de statistique où sans cesse nous sommes exposés à confondre l'atavique et l'acquis, ou *vice versa*.

Est-il possible qu'au sein d'une espèce bien étudiée, apparaissent tout à coup des rejetons porteurs de caractères nouveaux et transmissibles héréditairement?

« Mais naturellement, répondront les partisans de la théorie des mutations dont Hugo de Vries est le chef; c'est même là un procédé général d'évolution. Les espèces ne se créent pas, comme on l'enseigne, par transitions imperceptibles; elles naissent brusquement par variation discontinue. » Voilà bien une étrange théorie! Certes, mais elle repose sur des faits avec lesquels il faut compter.

Un des plus anciens est la brusque apparition du fraisier monophylle (1719), caractérisé par sa feuille simple et unifoliolée, qui naquit d'un plant de *Fragaria vasca*, dont la feuille présente trois folioles. Depuis 1886, de Vries cultive au jardin botanique d'Amsterdam des milliers de plantes de l'espèce *Œnothera Lamarkiana;* or, en quinze ans, cet éminent botaniste recueillit douze formes aberrantes dans ses semis. En 1895, par exemple, apparut une nouvelle espèce, baptisée aussitôt *Œnothera gigas*, car elle possède une tige deux fois plus grosse que la plante dont elle est issue, ses entre-nœuds sont plus courts, sa grappe florale plus compacte, ses

©BIUM

fleurs plus grandes, ses feuilles plus larges, ses fruits plus trapus, ses graines plus grosses. Tous ces caractères ont été intégralement transmis aux descendants.

D'autres botanistes ont obtenu expérimentalement des modifications de l'espèce en injectant des solutions de divers sels dans les ovaires ou en exposant le pollen aux rayons X. Blaringhem, en tourmentant des maïs, a obtenu trois nouvelles espèces élémentaires, dont l'une, le *zea maïs precox*, mûrit ses épis jusque dans le Sud de la Suède, là où l'espèce dont elle est issue ne fructifie pas. A différentes époques, les races de nos animaux domestiques donnèrent spontanément naissance à de nouvelles variétés ; ainsi sont apparus les bœufs sans cornes, les chiens bassets, les porcs solipèdes ; et de nos jours il est des observateurs consciencieux qui, de temps en temps, saluent parmi les insectes l'apparition d'une nouvelle variété.

Aucun psychiâtre n'ayant jusqu'ici fait appel à cette théorie pour expliquer la brusque apparition d'une psychose chez les descendants d'une famille saine, nous nous abstiendrons de toute critique : nous ferons cependant remarquer que si des caractères dits normaux peuvent apparaître spontanément, il n'est pas impossible qu'il en soit de même pour certains caractères pathologiques. Du reste, les sélectionneurs ont remarqué de tous temps que les faits d'hétérogénèse coïncident parfois avec l'apparition d'un cortège d'anomalies.

Il existe un étrange moyen de faire réapparaître des caractères ancestraux dans une lignée pure : c'est de croiser entre eux des types très voisins ; par exemple le croisement de deux pois de senteur à fleurs blanches, apparemment identiques, sauf en ce qui concerne la forme des grains de pollen, donne des descendants à fleurs pourpres, caractère atavique reproduisant la couleur rouge des ancêtres sauvages originaires de Sicile.

©BIUM

L'expérience montre que ces caractères (blanc et rouge) sont dissociables, et qu'il y a de nouveau réversion pour une partie des descendants ; déjà à la deuxième génération, sur seize individus on en compte sept de colorés et neuf de blancs.

Ce curieux phénomène porte le nom de *cryptomérie* ; on l'a constaté tant chez les animaux que chez les végétaux. Or, les familles humaines ne diffèrent pas plus entre elles que les variétés animales considérées ; ce qui se passe chez les unes a donc très probablement lieu chez les autres. Il est donc nécessaire de calculer avec la cryptomérie dans les recherches sur l'hérédité ; judicieusement considérée, elle peut conduire à des résultats intéressants ; négligée, elle est probablement une importante cause d'erreurs.

Au cours de ces dernières années, plusieurs expérimentateurs ont obtenu la parthénogénèse expérimentale en soumettant des œufs d'Echinodermes, de Mollusques et d'Amphibies à divers agents chimiques, physiques ou mécaniques ; et Hertwig (1), tout récemment, vient d'obtenir le même résultat en diminuant la vitalité du spermatozoïde. Voici en quelques mots le résumé de ses expériences : Si l'on expose les spermatozoïdes de grenouille à l'action des rayons du radium et qu'ensuite on les mette en présence d'œufs vierges et sains, on observe sur les produits de la fécondation des malformations d'autant plus accentuées que les spermatozoïdes ont été plus longtemps irradiés ; enfin une longue exposition aux rayons prive les spermatozoïdes de leur pouvoir fécondant. Mais si, en général, il y a proportionnalité entre la durée d'irradiation et l'intensité des malformations, en poussant l'irradiation au delà d'un certain seuil, la proportion se renverse

(1) *Sciencia*, vol. XII, n° XXVI, 6, 1912.

©BIUM

brusquement et l'on obtient des produits absolument indemnes ne différant des têtards normaux que par une légère diminution de taille. Pour expliquer ces faits en apparence paradoxaux, Hertwig a recours à la parthénogénèse. Tant que le spermatozoïde, fait-il observer, n'est que médiocrement lésé, la fécondation a lieu; le pronucleus mâle s'unit au pronucleus femelle, sa chromatine altérée se répand dans toutes les cellules de l'embryon, perturbe les processus d'accroissement et, par là, engendre des monstruosités. Au contraire, si la faculté de multiplication de la chromatine mâle a été détruite par l'irradiation, le spermatozoïde pénètre bien dans l'œuf, mais est incapable de s'unir au pronucleus femelle; il joue alors le rôle d'agent provocateur de la parthénogénèse comme les agents chimiques, physiques et mécaniques des expériences relatées.

Hertwig est arrivé à démontrer l'exactitude de ses vues théoriques en débitant les œufs parthénogénétiques en coupes sériées sans lacunes. On y voit le spermatozoïde à l'intérieur de l'œuf, mais ne prenant aucune part au développement, et on le retrouve à divers stades relégué dans quelque coin de blastomère, à l'état de corps étranger.

Dans un article fort intéressant, Ives Delage, après avoir relaté et critiqué les expériences de Hertwig, se livre à quelques inductions hardies touchant la parthénogénèse humaine; l'avis de l'éminent biologiste est tout à fait opportun dans une revue consacrée à la psychiatrie où les questions d'hérédité sont à l'ordre du jour; je le cite donc textuellement (1) : « Ce que Hertwig a constaté pour le radium et le bleu de méthyle doit être vrai sans doute, comme il l'a lui-même suggéré, pour

(1) La parthénogénèse peut-elle exister dans l'espèce humaine? *Biologica*, n° 29, 1913.

©BIUM

une foule de poisons, et l'on voit maintenant quelle voie nous conduit à envisager la possibilité d'une parthénogénèse dans l'espèce humaine.

« Les poisons ne manquent pas que l'homme absorbe, volontairement ou contre son gré, et dont l'action se manifeste sur les éléments sexuels et sur les embryons auxquels ils donnent naissance : au premier rang vient l'alcool, auquel on peut ajouter la morphine, la cocaïne, peut être la nicotine, et aussi le virus syphilitique, et bien d'autres. Il n'est pas absurde de supposer que ce qui s'est passé avec les grenouilles de Hertwig puisse se produire aussi chez l'homme.

« Pour fixer les idées, prenons l'alcool comme exemple : modérément lésé par ce poison, le spermatozoïde se prête à l'amphimixie, influence l'ensemble des cellules de l'embryon et détermine des malformations plus ou moins accentuées ; profondément altéré par ce même poison, il se refuse à l'amphimixie et détermine à la manière d'un agent banal un développement parthénogénétique.

« Comme chez la grenouille, cela se pourrait reconnaître à ce que le produit, quoique peut-être faible et de médiocre venue, serait entièrement indemne de la tare du père et, d'ailleurs, dépourvu de tout caractère de la lignée paternelle.

« Le cas où c'est l'œuf qui a été irradié, et où la fécondation a été effectuée par le spermatozoïde sain, est entièrement symétrique du précédent, et tout ce qui a été dit de ce dernier peut s'appliquer à lui, sauf les réserves suivantes. A la limite, quand le noyau ovulaire, profondément altéré, ne prend plus aucune part à l'évolution ultérieure, c'est le noyau spermatique qui constitue à lui seul le noyau de l'œuf qui évolue : on dit alors qu'il y a parthénogénèse mâle.

« Ainsi il n'est pas impossible qu'il existe dans l'espèce

©BIUM

humaine des individus parthénogénétiques, produits de parthénogénèse mâle ou femelle, que peut-être nous croisons dans la rue sans nous douter de l'extraordinaire singularité de leur origine, et cela parce que cette singularité ne se révèle pas par des caractères évidents et d'interprétation facile.

« C'est par l'observation attentive des cas susceptibles de présenter cette éventualité que l'on pourra arriver à se former une opinion sur ce sujet. Il y a là un travail hautement intéressant, digne d'exciter le zèle des biologistes. C'est surtout aux médecins, et en particulier à ceux qui soignent une même famille pendant plusieurs générations et connaissent à fond l'histoire nosologique de tous ses membres, qu'il appartient de faire ce travail. J'ose espérer qu'il tentera certains d'entre eux, et que, quelque jour, des observations positives viendront dire si les prévisions que je formule ici sont ou non justifiées. »

Delage cite encore à l'appui de ces ingénieuses inductions quelques rares cas de fécondation d'ovules par des espèces éloignées, dont les produits absolument normaux appartiennent à l'espèce pure de la mère.

Nous pourrions encore parler de l'influence exercée par une première fécondation sur les produits des fécondations ultérieures dérivant d'autres générateurs(imprégnation) et consacrer quelques lignes à la polyspermie, c'est-à-dire la pénétration de plusieurs spermatozoïdes dans l'œuf, d'où résultent les accidents de diplogénèse; mais ce sont là des phénomènes fort rares qui ne nous retiendront pas.

Du reste, ce que nous avons dit de la biogénie suffit amplement, nous semble-t-il, pour faire comprendre que l'hérédité n'est pas une, mais complexe, multiple; que chaque modalité de transmission peut jouer son rôle, tantôt isolément, tantôt concurremment avec d'autres;

©BIUM

si bien que dans les recherches héréditaires, en négligeant quelqu'une de ces modalités, nous nous exposons à de graves erreurs, et en les envisageant toutes, nous risquons de calculer avec celles qui ne sont pas en jeu.

N'est-il pas oiseux de discuter quand nous en sommes souvent à ne pouvoir distinguer entre acquis et héréditaire? Car, du fait qu'une particularité pathologique se retrouve chez les parents, on ne peut conclure avec certitude à une transmission, et l'absence d'antécédents ne signifie pas qu'un caractère soit acquis; il peut fort bien s'agir de cryptogénèse ou de caractères longtemps récessifs. Par exemple, lorsque nous attribuons à l'alcoolisme du père l'hystérie, l'imbécillité ou la dipsomanie des enfants, ne commettons-nous pas une erreur? N'est-il pas plus sage de considérer ces caractères morbides, à la manière de Morel, comme les manifestations diverses d'une tare dégénérative, tare soumise peut-être à l'hérédité mendelienne, récessive chez les uns (grands-parents) et dominante chez les autres (père et enfants)?

On le voit, le problème de l'hérédité est obscur et d'une complexité déconcertante. Les faits innombrables sont disparates, les causes d'erreur multiples, les déductions contradictoires; certes, nous sommes convaincus qu'un déterminisme rigoureux régit la distribution des caractères, mais nous ignorons les lois de cette répartition. Aussi demeurons-nous dans la situation embarrassante des météorologistes qui ont à leur service des explications ingénieuses pour chaque phénomène, mais sont néanmoins incapables de prédire à coup sûr la pluie et le beau temps. Faut-il en déduire que nos connaissances biogéniques sont inutiles ? Quelques-uns peuvent le penser ; nous croyons, au contraire, que ces connaissances ont une grande valeur, car en nous faisant toucher du doigt notre faiblesse, elles nous

©BIUM

empêchent de nous bercer d'illusions : nous ignorons l'essentiel de l'hérédité, et en matière de statistique, les causes d'erreur sont nombreuses ; de plus, l'interprétation personnelle joue un rôle regrettable dans la conduite et la conclusion des travaux. En veut-on une preuve accablante ?

L'hérédité alcoolique, qu'on a coutume de présenter comme l'évidence même, vient d'être mise en doute, que dis-je, niée par un des maîtres de la statistique, Pearson, le directeur du Laboratoire d'Eugénique de Londres (1). Ses patientes recherches sur les rapports entre l'alcoolisme des parents et la santé physique et morale des enfants qui en sont issus l'ont amené à des conclusions « qui heurtent complètement celles auxquelles avait conduit l'observation courante. Les enfants des alcooliques se sont trouvés, par comparaison avec les enfants des personnes n'abusant pas de la boisson, dans une situation physique et mentale plutôt meilleure : on trouve parmi eux moins souvent l'épilepsie et la tuberculose, et plus souvent une bonne acuité visuelle. Sous le rapport de l'intelligence, de la dégénérescence psychique, on n'aperçoit aucune différence notable entre les deux groupes comparés. Et Pearson conclut que l'abus de l'alcool n'est pas la cause de la dégénérescence mentale, mais qu'il en est, au contraire, l'effet. Ce n'est pas parce qu'on boit qu'on crée une race de dégénérés, c'est parce qu'on appartient à une souche en voie de dégénérescence que l'on boit (2). »

Chiffres discordants, opinions diverses !

En conséquence, il importe de n'accorder qu'une maigre créance aux auteurs qui, s'appuyant sur des sta-

(1) *Eugenic's Laboratory Memoirs*, 1910-1913.

(2) Ed. Claparède. *La protection des dégénérés et l'Eugénique*, 1913. VII[e] rapport de la Société genevoise de Patronage des Aliénés.

tistiques, même étendues, assignent aux ascendants directs et collatéraux la part respective qui leur incombe dans l'hérédité des maladies mentales ; et ne faut-il pas se montrer plus prudents encore à l'égard des théoriciens qui édifient sur ces bases fragiles ?

La portée qu'on accorde volontiers à ces travaux est certainement surfaite. Tous ne considèrent, en effet, que la transmission des particularités morbides et négligent complètement leur acquisition ; ils se désintéressent par conséquent de la connaissance des causes morbifiques et de leur mécanisme d'action, qui sont la pierre angulaire de la pathologie.

©BIUM

Revue critique

LES NÉVROSES POST-TRAUMATIQUES

Par le Dr Paul VOIVENEL

L'ouvrage que nous allons étudier et analyser en détail est un livre posthume (1). Son auteur, le Dr Roux, est mort depuis plus de trois ans ; cependant, dit le professeur J. Teissier, les pages qu'il a consacrées aux névroses post-traumatiques sont d'une « actualité prenante », « à l'heure où toutes les questions relatives à la législation des accidents du travail se posent avec une nécessité impérieuse, et soulèvent les problèmes sociaux les plus graves, où la tâche de l'expert, soucieux d'être juste, apparaît comme de plus en plus délicate, placé qu'il est entre des intérêts opposés, mais également respectables, au lendemain surtout du Congrès de Düsseldorf ».

Le livre du Dr J. Roux est divisé en cinq chapitres consacrés : I à l'historique, II à l'hystérie traumatique, III à la neurasthénie traumatique, IV aux encéphalopathies consécutives à la commotion cérébro-spinale, V à la sinistrose, psychose de revendication.

Il nous montre d'abord la lutte entre deux doctrines : d'un côté l'affirmation qu'il n'y a, dans les troubles nerveux post-traumatiques, *rien de spécial*, *rien d'organique*, mais qu'il s'agit purement et simplement d'hystérie, et d'une hystérie que rien ne distingue

(1) Joanny Roux. Les névroses post-traumatiques. Hystérie, neurasthénie, sinistrose. Préface du professeur J. Teissier. 1 vol. in-18 cartonné, des *Actualités scientifiques*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1913.

©BIUM

de celle qui a une autre origine ; d'autre part la croyance en une *maladie toute spéciale*, probablement *de nature organique*, la névrose traumatique.

Le Dr Roux nous fait voir combien fut exagéré, jusque vers 1900, le triomphe de l'hystérie, de la neurasthénie et de l'hybride hystéro-neurasthénie ; puis combien peu à peu ces conceptions se sont émiettées, combien l'hystéro-neurasthénie a passé de vie à trépas et combien il faut désormais ne diagnostiquer qu'à bon escient, l'hystérie et la neurasthénie post-traumatiques.

* * *

Le chapitre II sur L'HYSTÉRIE TRAUMATIQUE est très substantiel ; s'occupant d'abord de la nature et pathogénie de l'hystérie, l'auteur dit : « Ne devront être admis comme accidents hystériques que ceux susceptibles d'être reproduits par la simulation », « l'hystérie tout entière n'est que simulation ». Cette conception, si elle n'est pas tout à fait celle de Babinski, est directement inspirée de ses travaux. Roux ajoute : « La mentalité hystérique est une mentalité de dépendance, de servage ». Il ne l'a jamais vue chez un homme libre, maître de ses destinées.

« Il y a plusieurs façons de se comporter, dans l'état de dépendance et de servage. Il y a d'abord ceux qui acceptent et se résignent : ils ne nous intéressent pas. Il y a ceux qui cherchent à en sortir par la culture de soi, le travail, de justes revendications, parfois la révolte et la violence. Il y a enfin ceux qui s'adaptent et veulent de cet état tirer le meilleur profit, par la ruse sournoise, le mensonge, la simulation, tout cela, bien entendu, instinctivement, plus ou moins inconsciemment, sans l'avoir raisonné. Pour peu que l'hérédité ait mis en eux la faculté de simuler, ils feront sûrement des hystériques. Enfants, ils mentiront, pleureront, accuseront des souffrances imaginaires pour se faire gâter. Adolescents, ils dissimuleront leurs sentiments réels, feront parade de ceux qu'ils n'ont pas, se livreront à des démonstrations affectueuses à tort et à travers, imiteront dans leur entourage tout ce qu'ils croient de nature à les rendre sympathiques ou intéressants. A cela, en

©BIUM

dehors même des avantages qu'ils peuvent en attendre, ils prendront goût. Comme, d'ailleurs, ils ont acquis peu à peu une virtuosité spéciale, ils se comportent ainsi tout naturellement, sans effort ; ils connaissent alors le plaisir de tromper, de mystifier, et partout de se croire supérieurs à ceux qu'ils trompent et mystifient. Enfin la répétition amène ses effets habituels ; ils s'identifient tellement à leur rôle qu'ils ne savent plus qu'ils en jouent un.

« *L'Hystérie est dès lors définitivement constituée.* »

L'auteur fait remarquer que l'hystérie ainsi comprise n'est pas une maladie. C'est une faculté spéciale, une manière d'agir résultant d'une certaine structure des centres, un type particulier d'humanité. L'hystérique n'est pas plus malade qu'Inaudi, le calculateur prodige, que tels génies musicaux invraisemblablement précoces, que le juif au nez crochu, que tel Mongol aux pommettes saillantes.

Après cet intéressant préambule, l'auteur précise ce que l'on peut observer en matière d'hystérie traumatique.

Tout d'abord le traumatisme ne crée pas l'hystérie, il est l'occasion qui fait apparaître une manifestation.

On pourra observer comme manifestations : des crises, des paralysies, des contractures, certains mouvements anormaux, des anesthésies. des hyperesthésies, peut-être des troubles psychiques.

Les crises sont assez rares. Si le blessé a, autour de lui, un *cas* à imiter, il imite ; sinon *il imagine* sa crise, dont peu à peu il perfectionnera la *technique*.

Les paralysies sont fréquentes. Simulées, quoique inconscientes, elles sont impuissantes : 1° à diminuer le tonus ; 2° à produire des troubles trophiques ou vasomoteurs ; 3° à modifier les réflexes tendineux (il faut, ici, tenir compte, de ce que Babinski a appelé les « réflexes tendineux illégitimes ») ; 4° à modifier le réflexe crémastérien ; 5° à réaliser des paralysies dissociées ; 6° à supprimer le signe de Hosslin ; 7° à supprimer les mouvements associés des muscles soi-disant paralysés ; 8° enfin, presque toujours à la paralysie se superpose une anesthésie complète, ayant les mêmes limites. Dans son raisonnement un peu simpliste, l'hys-

©BIUM

térique s'imagine que les deux troubles doivent aller de pair.

Les contractures. L'auteur en fait un diagnostic symptomatique complet, trop connu pour que nous insistions.

Les troubles de la sensibilité. Il n'y a pas à s'en occuper. Il n'y a pas à les rechercher, puisque leur valeur comme stigmates est nulle et qu'en les recherchant on risque fort de les créer. *En quelques années, ils auront disparu de la symptomatologie.*

Les mouvements anormaux, quoique extrêmement variables selon ce que le malade trouve à imiter ou imagine, sont rangés par l'auteur en trois groupes : les tremblements, les myoclonies et les spasmes.

L'auteur insiste ensuite sur l'impossibilité d'épuiser la symptomatologie de l'hystérie traumatique, car *chaque hystérique réalise une symptomatologie qui lui est propre, au hasard de ce qui lui est suggéré, de ce qu'il trouve à imiter ou imagine.*

* * *

Le chapitre III est consacré à la NEURASTHÉNIE TRAUMATIQUE. Rappelant ce que Charcot a improprement appelé les *stigmates* de la neurasthénie, l'auteur dit qu'aucun n'est pathognomonique et que *leur ensemble seul est caractéristique.* Pour que le diagnostic soit légitime, il faut que le syndrome soit au complet.

Il y a dans la neurasthénie un état mental spécial, mais qui, à lui seul, n'est nullement caractéristique. Il se retrouve dans la psychasthénie, dans la mélancolie, dans certaines formes de délire hypocondriaque.

« C'est pour avoir oublié tout cela qu'on a étendu démesurément le domaine de la neurasthénie. On est allé jusqu'à créer des neurasthénies locales, des neurasthénies monosymptomatiques, à baser même ce diagnostic sur la simple affirmation du malade assurant souffrir en un point sans que rien ne justifie cette douleur; ce fut la *topoalgie*. Arrivée à ce degré de confusion, la neurasthénie n'existe plus : c'est un simple mot destiné à tirer d'embarras, en face d'un malade qui se plaint de n'importe quoi, le médecin qui n'a pu découvrir la cause de ses plaintes. »

©BIUM

A côté des symptômes subjectifs, l'auteur donne une extrême importance aux *signes objectifs* qui sont de trois ordres : indices généraux de nervosisme et d'émotivité; troubles de la nutrition; hypotonie généralisée. Il termine cet exposé en disant : « *Il n'y a pas de neurasthénies localisées, pas de neurasthénies mono-symptomatiques, pas de neurasthénies sans phénomènes objectifs.* »

Parmi les éléments pathogéniques de la neurasthénie traumatique, l'auteur considère : l'ébranlement physique, le shock nerveux émotif, le trouble moral résultant des suites légales ou autres.

Au sujet du rôle de l'émotion (l'émotion shock ou les petites émotions successives), comme Janet, l'auteur admet qu'il y a une identité presque complète entre les maladies déterminées par la fatigue et les maladies déterminées par l'émotion, et que « l'émotion est dans son ensemble une dépression de la tension psychologique accompagnée de dérivation, déterminée par l'insuffisance de l'adaptation et par les efforts impuissants pour y remédier ».

Cette façon d'envisager la pathogénie de la neurasthénie nous explique très bien certaines particularités depuis longtemps signalées : l'apparition des phénomènes souvent après plusieurs semaines, plusieurs mois même, lorsque les suites de l'accident ont pu avoir leur retentissement émotif répété; la guérison rapide si fréquente après la solution du procès.

L'auteur insiste sur le diagnostic d'avec les *méiopragies organo-traumatiques* dans lesquelles la « perte de l'entraînement » explique la précipitation apparente des déchéances organiques.

Quant à l'*hystéro-neurasthénie*, J. Roux prétend ne l'avoir presque jamais rencontrée.

« Quoi de plus commode? Le blessé accuse des souffrances dont on ne sait pas la cause? Bien : neurasthénie! On cherche des stigmates : on les trouve, puisqu'on les crée. Parfait : hystéro-neurasthénie! Voyez comme c'est simple. »

* * *

Le chapitre le plus original du livre de J. Roux est

©BIUM

consacré à l'étude des *encéphalopathies consécutives à la commotion cérébrale.*

« Les faits que nous rangerons sous ce titre, dit-il, ont été décrits pour la plupart en France au chapitre de l'hystéro-neurasthénie, en Allemagne, sous le nom de névrose traumatique, confondus dans les deux pays avec ceux que nous avons classés aux deux chapitres précédents et ceux que nous décrirons au chapitre suivant. »

Le trouble morbide dont il s'agit ici s'individualise par ses lésions, ses symptômes, son évolution et même son traitement.

L'auteur étudie le mécanisme de l'action nocive du traumatisme sur la masse encéphalique. Les lésions peuvent aller jusqu'à la contusion cérébrale. Il serait sans doute désirable de pouvoir distinguer les lésions purement mécaniques, conséquences directes et immédiates du traumatisme, des lésions réactionnelles qui leur succèdent. Mais, d'une part, les premières peuvent être extrêmement minimes, difficiles à distinguer des altérations *post-mortem* produites simplement par l'extraction du cerveau ; d'autre part, les secondes existent déjà une heure après le traumatisme. »

L'auteur, dans les altérations microscopiques consécutives à la commotion cérébro-spinale, souligne quelque chose de spécial, qui est : *l'importance des lésions réactionnelles secondaires par rapport aux lésions primaires purement mécaniques.* « Ces dernières sont toujours minimes, au point qu'elles ont longtemps passé inaperçues et que, maintenant encore, elles sont très mal déterminées ; les premières, au contraire, ont été signalées dès les premiers travaux sur le railway-spire, Au début, elles traduisent simplement l'effort de l'organisme sur la réparation. Très souvent, cet effort aboutit, et c'est pour cela que tant de commotions cérébro-spinales guérissent sans laisser de traces. Parfois, au contraire, loin d'aboutir à la réparation, elles provoquent de nouvelles et plus étendues dégénérations nerveuses, celles-ci amenant à leur tour d'autres réactions interstitielles, dans un cercle vicieux fatal, dont l'aboutissant final est la déchéance démentielle. »

La symptomatologie est étudiée très en détail par

©BIUM

l'auteur. Au début, c'est le tableau bien connu de la commotion cérébrale, puis apparaissent des symptômes graves: de la céphalée, des étourdissements, des troubles intellectuels. Le médecin traitant pense à la neurasthénie. C'est la phase des lésions réactionnelles.

Les symptômes cardinaux sont au nombre de trois :

a) Les *troubles intellectuels* qui vont du simple engourdissement de la pensée à l'aliénation mentale simulant la démence paralytique; assez souvent on observe « l'amnésie traumatique » dans laquelle le blessé ne se rappelle ni l'accident ni les faits qui l'ont précédé, forme d'amnésie qui n'appartient ni à la neurasthénie, ni à la sinistrose ;

b) La *céphalée* qui est continue, gravative, occupant tout le crâne, donnant au malade la sensation que sa tête va éclater;

c) Les *étourdissements* bien étudiés par Vibert.

Les symptômes accessoires sont : l'*insomnie*, causée surtout par la céphalée, une *perte générale des forces*.

La *marche* est souvent hésitante ; les *réflexes tendineux*, très variables, sont généralement diminués dans la première période, exagérés dans la seconde.

Le *réflexe plantaire*, lorsqu'il se fait en extension, chose tout à fait exceptionnelle, est un signe de premier ordre,

Le *tonus musculaire* n'est jamais diminué comme chez les neurasthéniques.

On observe assez souvent des *crises épileptiques* ou de l'*épilepsie localisée*.

La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est toujours absente, ce qui est un symptôme capital qui « suffit à distinguer le syndrome que nous étudions des cas où une symptomatologie peu différente répond à des lésions purement inflammatoires, traumatiques (méningites secondaires, fractures du crâne infectées, etc.) ou non (syphilis cérébrale, tuberculose, paralysie générale vraie). La ponction lombaire s'impose d'autant plus qu'elle est utile *dans tous les cas à toutes les périodes*.

Dans l'évolution de ces cas : la *solution du procès, l'obtention d'une rente plus ou moins forte n'a qu'une influence très minime, presque nulle sur la guérison*.

©BIUM

Cela seul suffirait presque à distinguer ces malades des hystériques et des neurasthéniques.

L'évolution est : ou la guérison, ou l'état stationnaire, ou l'aggravation. Dans certains cas, l'évolution est progressive et aboutit rapidement à un état voisin de la démence. Le malade ressemble alors à un examen *superficiel* à un paralytique général. Mais, avec Koppen, l'auteur différencie ces *déments post-traumatiques* des paralytiques généraux. Il y a ralentissement des processus intellectuels, impuissance à fixer les impressions nouvelles, paresse de la mémoire, apathie ; mais la démence n'atteint jamais le haut degré qu'elle a dans la paralysie générale. La véritable différence est dans l'état émotif qui n'est jamais gai, expansif, mégalomaniaque, comme dans la paralysie générale dont on ne trouve pas non plus de signes somatiques.

*
* *

Le cinquième chapitre traite de la *sinistrose, psychose de revendication*. L'auteur en fixe bien les limites pour éviter qu'elle ne prenne une place trop grande, et qu'après n'avoir parlé que d'hystéro-neurasthénie, on ne jure que par la sinistrose.

Il montre fort joliment comment se constitue peu à peu cette véritable psychose, maladie mentale, psychose de revendication, *délire systématisé*, absolument semblable à celui qui se développe chez les dégénérés, sous la seule influence de l'hérédité.

L'auteur admet qu'une certaine *prédisposition* est « extrêmement probable ». Etudiant le rôle des *certificats médicaux*, il n'est pas de l'avis de Forgue et Jeanbrau qui conseillent de mettre à la fin, « sauf complications », formule suggestive. *A l'origine de toute sinistrose il y a un certificat officieux*. Puis vient l'action de la misère, facteur de neurasthénie ou de révolte. L'auteur estime qu'il faut reviser la loi de 1898 qui, « par certaines de ses dispositions, a créé toute une pathologie spéciale ».

Enfin, J. Roux étudie, à côté de la sinistrose pure, la sinistrose associée soit aux lésions traumatiques, soit aux méiopragies organo-traumatiques.

©BIUM

* * *

Tel est, aussi fidèlement exposé que possible, ce petit livre bien composé, excellemment écrit, que nous nous excusons de n'avoir pu résumer au moment où le si actif directeur des *Annales médico-psychologiques*, le Dr Ritti, nous l'avait envoyé. Il jette un jour précieux sur des questions de pathologie très actuelles et essentiellement transformables.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 MARS 1914.

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

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

MM. Ducosté, Duhem, Dupouy, Mignard, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

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

3° Des lettres de MM. Baccelli, Cazzamalli et Padovani, qui remercient la Société de les avoir élus membres associés étrangers.

La correspondance imprimée comprend :

Un exemplaire du compte rendu de la cérémonie de félicitations adressées à M. le Dr Régis par ses collègues, ses amis et ses élèves, à l'occasion de sa nomination de professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales.

Congrès international de neurologie, de psychiatrie et de psychologie, de Berne.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la lettre suivante :

Paris, le 11 mars 1914.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Le Comité d'organisation du Congrès international de neurologie, de psychiatrie et de psychologie, qui siégera à Berne,

©BIUM

du 7 au 12 septembre 1914, désirant obtenir le concours des médecins et savants français, a demandé à la Société de neurologie de Paris de s'occuper de la formation d'un Comité français de propagande.

La Société de neurologie de Paris a cru pouvoir se charger de ce soin, en ce qui regarde les neurologistes français. Mais pour la désignation des représentants de la psychiatrie et de la psychologie françaises, elle a cru devoir laisser ce choix aux Sociétés compétentes.

Le Comité d'organisation du Congrès de Berne ayant le désir de publier très prochainement la liste des membres du Comité français de propagande, je vous serai infiniment obligée de vouloir bien désigner les membres de votre Société qui voudront faire partie de ce Comité français de propagande et d'en adresser la liste dans le plus bref délai au Comité d'organisation du Congrès de Berne (secrétaire général, Dr Schnyder, 31, rue Monbijou, Berne.)

Veuillez agréer, monsieur le Président, avec tous mes remerciements l'expression de mes sentiments distingués.

Le Président : Mme DÉJERINE.

M. H. COLIN. — Peut-être avons-nous le droit d'être surpris que la Société médico-psychologique n'ait pas été directement invitée par nos collègues suisses à prendre part aux premiers travaux du prochain Congrès international. Nous avons cependant des membres correspondants en Suisse. Cette observation ne vise en rien la Société de neurologie.

M. VIGOUROUX. — Elle doit la viser d'autant moins que la Société de neurologie s'en remet à nous du soin de désigner des psychiatres ; le secrétaire général de cette Société, notre très distingué confrère M. Meige, m'a d'ailleurs expliqué que nous ne devons voir là aucun désir d'exclusion, en ce qui nous concerne de la part des organisateurs du Congrès.

M. ARNAUD. — A la Société de psychiatrie, la même observation a été faite ; toutefois nous avons pensé que nous devions immédiatement désigner des représentants pour le Comité de propagande.

M. H. COLIN. — La question n'a pas tout à fait la même importance pour la Société de psychiatrie et pour la Société clinique de médecine mentale (où elle a aussi été examinée), que pour la Société médico-psycholo-

BIUM

gique, vieille de soixante ans et universellement connue. Cette remarque faite, je ne m'oppose pas à ce que certains d'entre nous soient désignés pour participer aux travaux de préparation du Congrès de Berne.

La Société décide de désigner ses membres titulaires et plus spécialement son bureau, pour faire partie du Comité de propagande.

Comment caractériser et définir la démence,

par MM. E. Toulouse et M. Mignard.

Il semble que le sort de certaines conceptions, en médecine mentale, soit de se préciser à une certaine époque, puis de prendre une valeur que l'on n'avait pas jusque-là aperçue, de servir de base aux classifications, enfin de développer une telle extension que leur intérêt taxonomique disparaît et qu'elles deviennent de simples notions de psychopathologie ou de physiopathologie générale.

Il en aurait été ainsi du concept de dégénérescence. Le travail de Genil-Perrin (1) tend du moins à le démontrer. Il semble qu'il doive en être de même du concept de démence.

Il est important ds s'arrêter quelque peu sur cette « question de mots », car les confusions de termes sont cause que l'on ne s'entend point. Du reste, de nombreux aliénistes, en particulier M. Arnaud, ont montré la nécessité de définir certaines locutions, pour pouvoir s'accorder sur les troubles qu'elles représentent.

Dans les discussions qui ont eu lieu au sujet de la démence précoce, par exemple, les partisans de la doctrine de Kraepelin pensent à la psychose hébéphréno-catatonique, soutiennent qu'il s'agit d'un syndrome nettement caractérisé, dont le pronostic est généralement très fâcheux, dans l'état actuel de nos connaissances. Les adversaires de cette conception répliquent qu'il ne s'agit point d'un affaiblissement primitif de

(1) Genil Perrin. *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, 1913.

©BIUM

l'intelligence proprement dite, et que ce syndrome se développe surtout chez des dégénérés, c'est-à-dire chez des sujets prédisposés. Un troisième groupe, prenant le mot de démence dans le sens qu'il a acquis au siècle dernier, réserve la dénomination de démence précoce aux états d'apparente imbécillité ou idiotie acquise à la période de la puberté. Ne se pourrait-il pas que chacun eût raison à son point de vue personnel, et que toute la discussion ne provînt que de l'ambiguïté du terme employé?

Le mot de *démence*, dans son sens étymologique, ne signifie pas autre chose que « privation d'esprit ». Cela ne nous en apprend guère plus que la locution populaire. « Il a perdu la tête », dit-on, en parlant d'un aliéné. Bien entendu, l'on ne prend pas ces termes dans un sens absolu ; ce sont des images assez grossières et d'usage familier. On ne pense pas que l'individu ait réellement perdu l'esprit, non plus que « la tête », car, en présence d'un corps vivant, on peut toujours soupçonner l'existence d'une réaction mentale quelconque, ne serait-ce que le sommeil ou le coma. On veut simplement dire que le malade ne possède plus sa pensée normale, qu'il ne dirige plus volontairement ses actes, ses paroles, l'évocation de ses souvenirs. C'est ainsi que les journalistes parlent indifféremment de « démence », qu'il s'agisse d'excitation maniaque, de mélancolie, de délire confus ou systématisé, ou de paralysie générale. Rappelons que ce sens est le sens juridique, établi par la loi, Il correspond à peu près en extension à celui d'aliénation mentale.

Chez nos grands aliénistes français, le mot de démence n'eut pas au début un sens beaucoup plus défini. Seulement, comme l'on isola d'abord les espèces de folie les plus lucides, les plus aiguës, les moins définitives, les plus systématiques, en un mot les plus immédiatement intéressantes, la démence resta une classe de déchet, où s'accumulèrent surtout les espèces les plus chroniques, les plus stupides, les plus incohérentes, les plus obtuses, bref les moins curables et les moins curieuses, tout au moins à un examen superficiel.

Ainsi, au bout d'un certain temps, une classe se

©BIUM

trouva constituée avec les déchets de toutes les autres classes, classe qui rappelle un peu la classe des « vermes » de l'ancienne zoologie, où se rencontraient tous les animaux dont l'on était en peine de trouver ailleurs la place, et qui se ressemblaient vaguement entre eux par une pauvreté d'organisation apparente, due plutôt à l'infirmité des moyens d'investigation qu'à leur propre structure intime, si bien qu'avec les progrès de l'observation, la classe des « vermes » se trouva démembrée d'une façon tout à fait inattendue.

Si nous ne nous trompons pas dans nos prévisions, c'est un sort bien analogue que l'avenir réserve à la classe des démences.

Quoi qu'il en soit, les cas qui étaient rangés dans cette dernière présentaient grossièrement quelques analogies, en ce sens précisément qu'ils étaient les plus incurables, les plus apparemment amorphes, les plus pauvres en manifestations déterminées et connues de la vie psychique, de telle sorte que peu à peu, le mot de démence prit le sens d'appauvrissement psychique, de faiblesse acquise des fonctions mentales.

Or, dans quel ordre pouvait-on le mieux apprécier cette faiblesse que dans l'ordre intellectuel? Les phénomènes affectifs, ou, pour parler la langue de la philosophie de l'époque, les manifestations de la sensibilité sont choses bien variables, susceptibles, même à un grossier examen, de fréquentes suspensions et de fréquentes reprises; ils prêtent peu à l'évaluation en images quantitatives. Il en est de même de la volonté, dont la défaillance semble se traduire par une *apparente* multiplication des systèmes psychiques. L'intelligence, au contraire, avec sa naturelle richesse en hypothèses, le mécanisme délicat de ses vérifications, son indépendance relative — bien relative, il est vrai — mais enfin tout au moins apparente, des troubles émotionnels, l'abondance de ses données mnémoniques, semblait être le terrain de choix pour l'étude des démences. C'est ainsi que le mot de démence tendait à prendre le sens plus précis d'affaiblissement de l'intelligence proprement dite, lié ou non à d'autres troubles mentaux. Ce fut Esquirol qui trancha la question avec sa comparaison célèbre; car une image frappante a toujours été le plus

©BIUM

fort argument en faveur d'une théorie même scientifique. L'image se grave, reste dans l'esprit, et la pensée dont elle est le signe finit par être admise sans discussion.

Lorsque Esquirol eut déclaré que « l'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre; l'idiot a toujours vécu dans l'infortune et dans la misère (1) », il avait consacré la nouvelle signification du mot démence, celle que nous appellerons, pour l'opposer à l'ancienne, la signification étroite, signification qui pouvait acquérir une précision plus considérable, mais non pas une direction nouvelle. Nous croyons en marquer l'aboutissant le plus exact en définissant la démence — toujours dans ce sens étroit, bien entendu — un état mental chronique, caractérisé essentiellement par l'affaiblissement de la spontanéité intellectuelle.

C'est qu'en effet la conception d'Esquirol prêtait encore à confusion. Inconsciemment fidèle à certaines conceptions associationnistes qui tendaient à prédominer chez les médecins, Esquirol juge volontiers de l'intelligence par la mémoire et voit surtout dans l'idiotie la privation de certaines connaissances qui n'auraient pas pu rester gravées dans le souvenir. Aussi, et par symétrie, a-t-on souvent été tenté de caractériser la démence par la perte de ces mêmes notions qui auraient constitué « les biens » dont pouvait jouir autrefois le fameux « riche devenu pauvre. » Ainsi l'on pouvait aboutir à une conception qui eût confiné la démence dans les limites de l'amnésie.

Mais ce fait ne s'est pas encore produit — malgré de nombreuses confusions — et nous ne pensons pas qu'il doive se produire, pour deux raisons différentes, l'une historique, l'autre clinique et psychologique, qui tendent à éliminer les défaillances de la mémoire des déficits apparents de l'intelligence.

Le premier de ces faits, le fait historique, c'est précisément le grand développement de l'étude des amnésies et la précision de leurs diverses variétés. Comme nous l'avons dit, la démence se comporte, ou plutôt

(1) Esquirol. *Maladies mentales*. Ch. Idiotie.

SBIUM

s'est comportée jusqu'à ces dernières années, comme une classe de débarras, d'où l'on différencie, au fur et à mesure, des cas particuliers. Les amnésies, étant précisées, tendent à sortir des démences, sous peine, pour les aliénistes, de voir se confondre ce qu'ils ont eu déjà autant de peine à différencier.

Le deuxième fait, clinique et psychologique, celui-là, c'est qu'en réalité il est très dangereux de confondre les individus plus ou moins privés de mémoire avec ceux dont l'intelligence est défaillante. Le fait est particulièrement marqué lorsqu'il s'agit des aphasiques, dont la mémoire verbale est plus ou moins troublée ou pratiquement diminuée; et l'on sait les graves conséquences qu'amène la confusion de l'aphasie avec la démence. Sur ce point spécial, nous renvoyons à la thèse très documentée de Brissot (1). Notre collègue conclut que l'aphasique est un infirme, un blessé du cerveau, un cérébral, mais qu'il n'a pas forcément perdu son intelligence, sa spontanéité intellectuelle, qu'il n'est pas un dément, ni un affaibli intellectuel proprement dit. Ici Brissot paraît en contradiction avec Moutier qui relève chez l'aphasique dit sensoriel un affaiblissement léger des facultés intellectuelles. Mais il n'est pas difficile de voir que la contradiction est surtout dans les termes, Moutier ayant à notre avis le tort de désigner par les mots affaiblissement intellectuel ce qui n'est, en réalité, que de la confusion paramnésique. On comprend la gravité de cette distinction et son importance au point de vue de la valeur des dispositions testamentaires, par exemple, qu'un aphasique non dément a pu se déterminer à prendre.

Mais ce que nous venons de dire pour les aphasies est en réalité valable pour toutes les amnésies et pour tous les défauts de mémoire ou de notions habituelles. Il est évident qu'un individu qui ne possède pas certaines connaissances usuelles a de fortes chances pour être peu développé intellectuellement. Et cependant, comme l'ont fort bien démontré Puillet et Morel (2), il faut

(1) Brissot. *L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies*, 1910.

(2) Puillet et Léon Morel. *Journal de psychologie*, 1913.

©BIUM

encore ici discuter et distinguer. Quel est l'instituteur qui confondrait le défaut de mémoire et le défaut d'intelligence? Certains enfants font preuve d'un esprit actif et profond pour leur âge, qui ont cependant beaucoup de peine à apprendre la table de Pythagore, et d'autres récitent à première vue une fable par cœur, qui sont incapables de la comprendre. Or, l'intelligence, c'est avant tout la faculté qui nous permet de comprendre; et le pédagogue sait fort bien ne pas la confondre avec la mémoire, bien que celle-ci soit fort utile à l'exercice de celle-là. L'aliéniste ne doit pas être inférieur au puériculteur et ne pas prendre pour une démence l'amnésie ou l'absence des notions usuelles — car celle-ci peut avoir bien des causes, outre celle que nous venons d'envisager, dont l'une, et non des moindres est le défaut d'instruction.

Si l'on accepte ce point de vue, il semble bien que l'on doive abandonner certaines habitudes de la psychiatrie moderne, par exemple celle qui consiste à déterminer un état démentiel par la simple application de quelques tests arithmétiques. Il est des esprits fort distingués qui n'ont qu'une connaissance assez vague de la table de multiplication.

Comme nous venons d'éliminer les amnésies de cette conception bien déterminée de la démence, il semble que l'on soit en droit aussi d'en éliminer les défaillances de l'attention ou aprosexies. Ce n'est pas que l'attention ne puisse défaillir chez le dément, ni même qu'elle n'y soit habituellement défaillante, ainsi d'ailleurs que la mémoire et tous les processus mentaux. Nous voulons dire simplement que cette aprosexie ne saurait caractériser la démence. Et les raisons en sont de deux espèces. Les premières, historiques, proviennent de ce fait que les défaillances de l'attention, parfaitement étudiées, ont un rôle bien défini dans nombre de maladies non démentielles, auxquelles elles donnent parfois une fausse apparence de démence. Les secondes, cliniques et psychologiques, se recommandent de cette considération qu'en réalité l'on ne saurait confondre l'attention avec l'intelligence, bien que celle-là soit indispensable pour l'étude de celle-ci. L'instituteur sait parfaitement faire la différence entre l'enfant d'intelli-

©BIUM

gence faible qui, malgré une attention soutenue, ne parvient pas à bien comprendre, et l'enfant très intelligent qu'une étourderie continuelle empêche de bien profiter de ses leçons. Là encore l'aliéniste ne doit pas, nous semble-t-il, se montrer inférieur au pédagogue ; il doit savoir distinguer l'intelligence de l'attention et l'aprosexie de la démence.

Il est vrai, nous le savons, que les troubles de l'attention sont manifestes dans les états de faiblesse congénitale de l'intelligence. Si bien que M. Sollier a pu voir dans le déficit de l'attention une constante dont l'évaluation présente le plus grand intérêt dans l'étude de l'idiotie. Mais si l'attention est troublée dans les états de faiblesse intellectuelle, congénitale ou acquise, elle ne l'est pas de telle manière que l'étude de son trouble *actuel* soit suffisante pour expliquer le déficit apparent de l'intelligence ; sinon nous n'aurions pas affaire à une démence ou à une imbécillité, mais à une pseudo-démence, à une pseudo-imbécillité, comme l'on en observe, par exemple, au cours des états confusionnels. Ainsi limitée, la question reste entière de savoir si ce ne sont pas précisément les troubles de l'attention qui ont amené à la longue la suspension des fonctions intellectuelles ou leur manque de développement. Il nous suffit de rechercher, pour délimiter à ce point de vue l'imbécillité ou la démence, si les troubles *actuels* de l'attention sont oui ou non suffisants pour expliquer la faiblesse *actuelle* des fonctions intellectuelles.

Il semble donc que la démence, prise dans le sens spécial d'affaiblissement intellectuel, doive être uniquement caractérisée par la défaillance habituelle de l'imagination, du jugement, du raisonnement, non que ces fonctions puissent être les seules touchées dans la démence, mais parce que leur lésion constatée est seule nécessaire et suffisante pour l'affirmer. Elle est nécessaire, soit ; mais est-elle suffisante, et ne devons-nous pas encore préciser ?

Certains aliénistes affirment parfois la démence lorsqu'ils peuvent constater quelque absurdité dans les réponses du sujet. Ces absurdités, même fréquentes, bien qu'elles établissent une forte présomption en faveur de la démence, ne nous paraissent pas devoir

©BIUM

emporter le diagnostic. Que l'on nous permette encore une comparaison tirée de l'état normal. Les individus très passionnés, qui sont parfois fort intelligents, sont exposés à commettre, dans leur emportement, des actes et à dire des paroles parfaitement absurdes. De même, les confus et les délirants, et même, parmi ceux-ci, les plus systématiques, disent souvent, fréquemment, habituellement, des absurdités qui n'empêchent point que l'on s'aperçoive, par ses éclairs inattendus, que leur intelligence est conservée. Les phénomènes de contrôle qui caractérisent la raison ne font pas l'intelligence tout entière, et c'est à la partie la plus spontanée, la plus intuitive de cette dernière, que paraît se limiter le concept de démence, lorsqu'on veut le définir par la pauvreté intellectuelle.

Pour prendre la question par un autre point, il semble qu'une grande quantité de jugements et de raisonnements exacts puissent être conservés, et qu'il soit permis cependant d'affirmer la démence, lorsque ces jugements et ces raisonnements sont « automatiques », selon un vocable dont on a sans doute un peu abusé, ou pour mieux dire, habituels. Un paralytique général, ancien comptable, fera, sans se tromper, des calculs très compliqués ; un médecin, de la médecine ; un logicien, de la logique ; cela ne prouve rien. Ce qu'il faut, pour prouver le maintien de l'intelligence, c'est l'acte d'invention originale, d'imagination réellement créatrice, d'intellection vraiment nouvelle et spontanée. Aussi, avons-nous coutume, pour nous assurer de l'état intellectuel vrai, de demander au sujet ce qu'il ferait dans telle ou telle occurrence nouvelle, car à cela, sans doute, il a peu réfléchi.

La démence est donc caractérisée, dans ce sens étroit, cela s'entend, par la perte de la spontanéité intellectuelle. En effet, nous ne saurions trouver d'autre désignation pour cette perte ; et, d'autre part, elle suffit, nous semble-t-il, à constituer la démence, à la condition cependant d'être déterminée par la durée et dans le temps.

Et d'abord, il faut que cette perte soit durable et pratiquement définitive. Nous ne saurions dire « absolument » définitive. C'est qu'en effet, à suivre de très

©BIUM

près les phénomènes les plus apparemment démentiels, l'on observe dans bien des cas des variations très curieuses. Nous nous permettons de renvoyer les personnes que cette question intéresserait au livre de MM. Joffroy et Mignot sur *la Paralysie générale*.

L'un de nous a eu l'occasion d'examiner récemment un paralytique général qui, à la suite d'une période d'excitation, donnait des signes d'affaiblissement intellectuel pur et simple. Les hypothèses étaient pauvres, les jugements faibles, les raisonnements piteux. Peu après, le malade faisait une rémission au cours de laquelle ces symptômes d'affaiblissement intellectuel disparurent presque complètement. Au cours d'une rechute, il semble avoir donné, d'après les dires de sa femme, les signes d'une démence très profonde, car il avait désappris de parler et de manger et était devenu gâteux; or, les fonctions mentales se sont plus ou moins rétablies et lui ont même permis d'exercer quelque temps un métier. La démence, l'affaiblissement intellectuel, n'étaient donc point si profonds qu'ils paraissaient, et pourtant ils étaient cliniquement indiscernables des défaillances plus durables qu'ils simulaient.

Nous savons bien que l'on explique ces cas par un état de confusion stupide, qui voisine de plus ou moins près avec la démence. Aussi bien, ne croyons-nous pas que, même entre la confusion et celle-ci, l'on puisse établir de cloisons étanches. Il suffit de savoir pratiquement les distinguer dans la plupart des cas, et c'est à quoi nous nous sommes appliqués. Mais avant d'aborder cette question, il nous reste encore à délimiter la démence par son apparition dans le temps. A quel âge devient-on dément?

La question paraît oiseuse et réserve pourtant bien des périls. En fait, et théoriquement, l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale, ne sont, suivant un mot expressif qui a bien mérité sa fortune, que des démences très précoces. Une fièvre typhoïde, une maladie des méninges, frappant un individu qui a parcouru déjà les principales étapes de son développement intellectuel, pourront amener des lésions du cerveau qui conditionneront à leur tour l'apparition d'une démence, tandis que les mêmes lésions, produites dans le jeune âge,

©BIUM

entraveront le développement intellectuel et détermineront pour l'avenir le syndrome de l'idiotie, de l'imbécillité ou de la débilité mentale. Et cependant, l'agénésie congénitale, preuve d'un processus dégénératif, déterminera le même syndrome. Si bien, qu'au point de vue de la pathologie théorique, un individu sera un méningitique chronique, c'est-à-dire, semblerait-il, un dément, qui, au point de vue de la clinique, de la psychologie, de la physiologie, sera un idiot ou un débile. Et que ferons-nous alors des sujets dont le développement fut, au sens propre, arrêté « dans l'œuf », puisqu'une infection intra-utérine de la mère peut enrayer à jamais un développement normal, sans qu'il y eût pour cela un processus dégénératif? Aussi bien, faut-il, à notre avis, abandonner ces considérations schématiques et ne plus faire de l'idiotie, de l'imbécillité, de la débilité mentale, des infirmités forcément congénitales et « dégénératives », mais de ranger sous ces dénominations tous les arrêts de développement intellectuel. C'est pourquoi nous pensons que l'on doit donner l'époque de la puberté, comme limite entre la démence et les états que nous venons de considérer, et dire qu'au delà de cet âge, un processus de déchéance intellectuelle amène à la démence, et qu'en deçà, il détermine l'idiotie et l'imbécillité. (Toulouse et Marchand.)

Nous définirons donc la démence, dans le sens bien précis que nous établissons en ce moment, une déchéance habituelle, constante et chronique de la spontanéité intellectuelle, survenant au milieu d'autres symptômes variés et non nécessaires de troubles mentaux, et établie après l'enfance. Telle est la définition nette e claire de la démence ainsi qu'elle semblait devoir s'établir, si l'on avait continué à suivre la conception esquissée par Esquirol, selon des précisions que pouvaient lui fournir les travaux de ses successeurs.

Or, depuis quelques années, il semble que des confusions se produisent et qu'un autre sens, tout différent, du mot démence, tende de plus en plus à prévaloir. Ce nouveau sens, qui est le sens large, est parfaitement légitime, à condition qu'il ne soit pas confondu avec le sens étroit que nous venons d'examiner, principalement

pour son pronostic. Aussi est-il bien nécessaire de le définir, lui aussi, avec une plus grande précision.

Voici comment Kraepelin s'exprime au sujet d'un représentant typique de la fameuse « démence précoce » : « ...Il entend et comprend très bien ce qu'on lui dit, mais n'y attache aucun intérêt et, sans essayer de réfléchir, il se borne à répondre ce qui lui passe par l'esprit... » Et plus loin : « Cette absence de réaction si spéciale et si marquée à toute espèce d'impression coïncidant avec la conservation de l'intelligence et de la mémoire, voilà la caractéristique de la maladie que nous étudions (1). » Il n'y a donc pas de doute, la « démence précoce » de Kraepelin n'est point pour son auteur une démence au sens que l'école française attachait à ce mot depuis Esquirol ; on pourrait même soutenir qu'elle est caractérisée par un état opposé. Aussi bien, n'y eût-il pas eu de malentendu, si les disciples français de Kraepelin n'eussent pas voulu voir avant tout dans cette affection ce qu'ils appellent un affaiblissement *intellectuel* précoce. Or, c'est précisément là ce qui n'est point dans la psychose hébéphrénique, qui est essentiellement caractérisée par l'incohérence affective. Et de là provient le malentendu.

Nous avions conscience de ce malentendu lorsqu'en 1908 nous avons les premiers, croyons-nous, saisi nos confrères de cette question, dans notre article sur la confusion et la démence (2). L'un de nous avec Damaye, abordant une question voisine, s'était déjà demandé : « La démence vésanique est-elle une démence (3) ? Régis considérait la psychose hébéphrénique « comme un état de transition critique, mais non fatal, entre une confusion mentale aiguë qui a tardé à guérir et une démence post-confusionnelle incurable (4) ». Nous avons voulu élargir le débat ; nous nous sommes demandé ce qu'étaient, à proprement dire, la confusion et la démence, de ma-

(1) Kraepelin. *Introduction à la psychiatrie clinique*. Trad. Devaux, p. 31.
(2) Toulouse et Mignard. Confusion ou démence ? Le problème. *Revue de psychiatrie*, août 1908.
(3) Toulouse et Damaye. *Revue de psychiatrie*, 1905.
(4) Régis. *Manuel de psychiatrie*, 7e édit., p. 320.

©BIUM

nière à pouvoir ensuite trouver, en toute connaissance de cause, la place de l'affection étudiée. C'est ce travail d'analyse, continué depuis dans divers articles, qui nous a conduits à définir la conception étroite de la démence telle que nous venons de l'exposer (1). Nous avons cru pouvoir affirmer que la psychose hébéphrénique n'est point essentiellement une démence dans ce sens très spécial et très nettement défini (2). Quant à savoir ce qu'elle serait, nous ne voulons pas aujourd'hui aborder cette question.

Mais il nous semble que depuis le moment où cette démonstration a été faite, les idées d'ensemble tendent à se transformer au sujet de la démence en général ; les auteurs qui gardent le nom de démence précoce à la maladie que nous étudions, abandonnent le sens du mot démence qui tendait à devenir traditionnel dans l'école française depuis le siècle dernier, et adoptent une signification plus vaste qui commence à être voisine de la signification toute primitive encore conservée dans le peuple et chez les magistrats.

Cette signification nous paraît être la suivante : la démence, au sens large du mot adopté par certains auteurs modernes, signifierait tout simplement une altération plus ou moins globale ou même localisée des fonctions mentales, telle qu'en pratique et en moyenne l'activité du sujet qui en est atteint semble donner de moins bons résultats que celle d'un sujet normal. Nous n'analyserons pas les nombreuses études qui paraissent procéder d'une conception de ce genre ; il nous suffira de citer le récent et important travail de MM. Ballet et Genil-Perrin sur l'examen clinique du fond mental chez les déments (3).

MM. Ballet et Genil-Perrin suivent pour l'examen psychologique des déments une méthode très analogue dans son organisation essentielle à celle que nous avions

(1) Toulouse et Mignard. *Revue de psychiatrie*, passim 1908-1912.

(2) M. Mignard. La psychose dyspathique. *Encéphale*, août 1912.

(3) Ballet et Genil-Perrin. L'examen clinique du fonds mental chez les déments. Communication à la Société de psychiatrie, janvier 1914. *Encéphale*, 10 février 1914.

©BIUM

préconisée dès 1909 pour la discrimination des états confusionnels et des états démentiels (1). Seulement ils ne se posent pas le problème que nous nous posions et ne prennent pas la précaution que nous avions prise, de ne point attribuer à la démence et de réserver pour la confusion toutes les influences qui peuvent dépendre du trouble d'une fonction d'application, l'autoconduction.

Ils mettent, au contraire, sur le même plan l'attention, la mémoire, ce qu'ils appellent l'association, qui comprend l'imagination active, le jugement et le raisonnement, enfin l'affectivité et l'activité. Pour chacune de ces fonctions mentales, ils donnent au sujet une note ou deux si la fonction leur paraît vraiment trop complexe. De l'ensemble de ces notes, ils tirent leurs conclusions sur l'état démentiel du sujet.

Or, à aucun moment, ils ne donnent le moyen de distinguer les troubles de l'affaiblissement. Il suffit, semble-t-il, que le sujet n'accomplisse pas correctement, normalement les applications habituelles de ces fonctions mentales pour qu'il puisse être considéré comme un dément.

« A propos de la mémoire, par exemple, disent les auteurs (2), nous donnons quatre notes : une indiquant l'état du stock des souvenirs anciens et une seconde le stock des souvenirs récents ; une troisième note représente la capacité de fixation et une quatrième la facilité d'évocation.

« Nous donnons également deux notes pour l'affectivité : une pour les sentiments égoïstes, l'autre pour les sentiments altruistes ; deux notes pour l'attention : une pour l'attention spontanée et une pour l'attention soutenue ; deux pour l'association des idées et le jugement ; une pour la cohérence et une pour la rapidité ; nous cotons enfin d'une façon globale l'activité par une seule note. »

Ces notes une fois obtenues, les auteurs dressent des tableaux, une couleur étant attribuée à chacun des

(1) Toulouse et Mignard. Confusion mentale et démence précoce ? La méthode. *Revue de psychiatrie*, janvier 1909.

(2) *Op. cit.*, p. 128.

©BIUM

points de vue qu'ils viennent d'envisager, et la hauteur de la colonne qu'elle colore étant déterminée par la note atteinte, de pure évaluation d'ailleurs, comme ils le reconnaissent très sagement. Ils arrivent ainsi à dresser des schémas très caractéristiques de la paralysie générale, de la démence sénile, de la démence précoce.

Mais ne pensent-ils point que l'on pourrait aller plus loin encore et dresser de la même manière et sans rien modifier à leur technique, des tableaux de la valeur « démentielle », ou soi-disant telle, de la mélancolie, de la manie, du délire systématisé, et, mieux encore, de la confusion mentale primitive ?

Si l'on s'en tient en effet à la valeur pratique et immédiate de la moyenne des réponses des malades (ce qui est le procédé de Revault d'Allonnes, que suivent les auteurs, contrairement à notre méthode qui ne tient compte que des meilleures réponses), ne donnera-t-on pas une note inférieure à l'affectivité du mélancolique trop monotone, à son intelligence trop lente ; à l'attention du maniaque trop mobile ; au jugement du délirant parfois absurde et irrationnel ; enfin à la plupart des fonctions chez les confus qui les utilisent si mal — à cause, croyons-nous, des troubles essentiels de l'autoconduction ?

Evidemment, ce n'est point là l'intention de MM. Ballet et Genil-Perrin ; mais nous voulions seulement montrer la tendance qu'ils manifestent à prendre le mot démence dans un sens si large que les caractéristiques qu'ils recherchent pourraient s'étendre à toute l'aliénation mentale, et sûrement d'abord à tous les états confusionnels.

Le sens du mot démence pourrait même finir par avoir une extension plus vaste que celui d'aliénation, car bien des amnésiques ne sont pas considérés comme des aliénés ; or, il faudrait sans doute les traiter comme des déments, si cette caractérisation très large était adoptée.

Ainsi il nous semble que l'on est arrivé au point où l'on doit choisir entre le sens large du mot « démence » et son sens étroit et précis. Mais, dans un cas comme dans l'autre, la démence ne semble plus offrir les éléments nécessaires à la base d'une classification.

©BIUM

Dans le sens étroit et délimité que nous lui avons attribué, la démence devient un simple symptôme de grande défaillance psychique, telle qu'elle apparaît parfois dans le cours, mais le plus souvent à la fin, de bien des états graves. Si bien qu'elle est un élément de pronostic, et non plus de diagnostic. Ce signe serait à comparer, pour les maladies à symptômes mentaux, à celui de la cachexie, pour les maladies à symptômes physiques. Or, la cachexie est un aboutissant de maladies bien diverses, elle ne peut servir à les classifier. Il en est de même, nous semble-t-il, de la démence, lorsqu'on la prend au sens étroit du terme.

Si on la prend dans son sens large, elle devient à peu près synonyme d'aliénation mentale plus ou moins chronique et saurait encore moins servir de notion capitale pour la distinction et l'étude des cas de pathologie mentale. Nous sommes fortifié dans cette opinion par le fait que M. Ballet arrive, semble-t-il, à des conclusions analogues, puisqu'il a, croyons-nous, rangé le terme de démence, privé de qualificatif, parmi ceux que l'on doit proscrire.

Mais, nous dira-t-on, il ne suffit pas de détruire. Si nous ne faisons plus de la démence une conception centrale pour l'étude des maladies mentales, nous perdons l'appui d'une notion mal définie, peut-être, mais qui nous est, pratiquement, d'une certaine utilité.

Aussi bien ne nous défendons-nous point de vouloir porter à la place qu'elle tend à occuper dans la psychiatrie moderne une autre notion mieux étudiée, dont l'application nous semble devoir être plus féconde en résultats.

Cette notion est tirée de l'étude de la confusion mentale, qui, par sa généralité, sa variabilité, et la parenté de ses divers symptômes avec ceux que l'on observe dans les diverses maladies mentales, nous semble devoir tenir la place centrale dans l'étude des psychoses. Elle nous paraît devoir montrer des réactions générales de la mentalité aux conditions défavorables qui la troublent, si bien que les signes plus particuliers des autres affections mentales n'en seraient que des spécialisations. D'autre part, la substitution de la notion de trouble, plus ou moins chronique, à celle d'affaiblissement théo-

©BIUM

riquement définitif d'emblée, nous paraît à la fois plus positive et plus satisfaisante, plus en rapport avec les principes dynamiques qui transforment à l'heure actuelle les sciences et la psychologie.

Mais, nous dira-t-on encore, vous allez tomber vous-mêmes sous la critique que vous avec adressée aux théoriciens de la démence, et que Genil Perrin avait objectée aux théoriciens de la dégénérescence. La confusion mentale primitive et les confusions symptomatiques sont des maladies bien définies. Votre syndrome confusionnel, qui servirait de base à la classification, va s'enfler de telle sorte qu'il deviendra méconnaissable. Puis il perdra de son intérêt et tombera au rang d'une pure notion de psychopathologie générale.

C'est précisément parce que la maladie, découverte par Delasiauve et isolée par Chaslin, est suffisamment définie et que nous agissons en connaissance de cause, que nous espérons mieux de nos conceptions. La dégénérescence n'était point une maladie précise, la démence non plus. Et d'autre part il est très difficile de dire si elles interviennent ou non dans la plupart des maladies mentales. De là, pensons-nous, l'origine de nombreux malentendus. La confusion mentale proprement dite est au contraire mieux limitée ; le syndrome confusionnel est, par contre, très général. Aussi nous semble-t-il qu'il n'y a point de malentendu possible. La notion de l'inflammation, qui domine la pathologie générale et sert à caractériser un grand groupe de maladies, a bien été tirée de certaines espèces pathologiques particulières. Elle ne leur a pas fait perdre leur individualité.

Mais ce n'est pas ici le lieu de discuter nos opinions sur la théorie confusionnelle des psychoses. Nous traiterons ce sujet dans d'autres circonstances ; et nous espérons d'ailleurs pouvoir faire à la Société, avant la fin de l'année, l'hommage d'un travail d'ensemble sur cette question. Nous voulions seulement proposer à votre appréciation le délicat et, croyons-nous, capital problème suivant : Est-ce dans son sens le plus large, est-ce dans son sens le plus étroit que l'on doit comprendre le terme de démence? Nous croyons, en effet, avoir démontré que l'on ne peut logiquement tenir que l'une ou l'autre de ces deux positions. Nous serions

©BIUM

heureux que notre travail pût provoquer une discussion d'ensemble d'où pourrait, croyons-nous, jaillir quelque lumière sur nombre d'importantes questions. Car beaucoup d'entre elles ne se posent, en réalité, que parce qu'on ne s'entend pas sur la signification des mots les plus usités en médecine mentale.

Discussion

M. Piéron. — Lorsqu'il s'agit de jeunes sujets, le diagnostic entre l'imbécillité et la démence est parfois difficile : les auteurs ont ici esquivé la difficulté en décidant que la puberté servirait de limite. Ne pensent-ils pas qu'il y ait parfois intérêt à poser beaucoup plus tôt le diagnostic de démence, c'est-à-dire à apprécier que chez un enfant de six ans, par exemple, frappé à cet âge de méningo-encéphalite, cet accident entraîne non seulement un arrêt du développement psychique mais encore régression ?

M. Mignard. — Ce recul n'est pas douteux et théoriquement M. Piéron a raison ; mais, cliniquement, les sujets auxquels il fait allusion sont des idiots ou des imbéciles plus que des déments.

M. Marchand. — C'est pour cette raison purement clinique qu'il a paru bon de déterminer une limite en deçà de laquelle l'état mental du sujet évoque l'idée d'imbécillité ou d'idiotie, et non celui de démence, même si un certain déficit s'est produit.

M. Lwoff. — Je ne sais pas si la tentative de MM. Toulouse et Mignard peut aboutir à un résultat pratique. Sans doute, nous attachons au mot démence le sens général d'un affaiblissement marqué de l'intelligence, mais le qualificatif qui suit importe surtout : la démence paralytique et la démence sénile ne se ressemblent pas.

M. Mignard. — L'observation que fait M. Lwoff montre qu'il comprend le mot démence dans son sens le plus large.

M. Truelle. — J'estime, comme les auteurs, qu'il y a le plus grand intérêt à définir exactement le terme démence (ce n'est pas d'ailleurs le seul terme en psychiatrie qui devrait être défini). Je leur demanderai

©BIUM

seulement quelques précisions sur les moyens pratiques d'apprécier la diminution de la spontanéité intellectuelle.

M. Dupouy. — D'autant que ce qu'on peut appeler spontanéité intellectuelle est très diminuée chez les confus et chez les mélancoliques. J'entends bien que les auteurs doivent ajouter que ce déficit est définitif chez les déments ; mais n'y a-t-il pas, indépendamment de ce symptôme, une note générale d'affaiblissement de l'ensemble des facultés qui permet d'affirmer la démence malgré les différences existant entre les démences, et qui nous fait dire que tel malade est un dément avant que nous ayons posé le diagnostic de paralysie générale ou d'hébéphrénie?

M. Mignard. — M. Dupouy admet donc que le mot démence doit être employé dans un sens étroit. C'est également notre manière de voir ; et le problème étant ainsi envisagé, on se rend vite compte de la difficulté de donner les caractères du syndrome. C'est ce que nous avons essayé de faire, mais nous avons surtout voulu laisser la discussion ouverte.

M. Arnaud. — La notion de la démence que nous devons à Esquirol et à sa comparaison classique et frappante n'était peut-être pas d'une précision absolue : elle était cliniquement suffisante. Il est fâcheux que depuis quelques années, ce mot tende à prendre dans le langage des aliénistes, le sens vraiment trop vague d'état chronique, qu'il a par exemple dans le Code ; à cet égard, la communication de MM. Toulouse et Mignard est fort intéressante, parce qu'elle veut nous ramener à plus de précision.

M. Piéron. — La question est de savoir si le mot démence possède un sens précis, ou si nous pouvons lui conférer un sens conventionnel et différent de son sens primitif, en adjoignant à ce terme un qualificatif quelconque. Bien des discussions concernant la démence précoce n'ont eu d'autre origine qu'une confusion dans ces termes.

M. Trénel. — L'usage impose souvent de telles dérogations au sens primitif des mots, et nous sommes impuissants à lutter contre l'usage. En pathologie, les termes qui, comme le mot démence, ont à la fois un sens

©BIUM

général et des applications particulières sont nombreux. On dit en général un érythème, une éruption érythémateuse : l'érythème polymorphe est une maladie spéciale.

M. MIGNARD. — Encore y a-t-il dans tous ces cas le caractère commun d'une éruption rouge.

Existe-t-il de la démence (au sens étroit de syndrome d'affaiblissement intellectuel) chez tous les déments précoces et chez tous les déments vésaniques?

La Société décide de maintenir cette question à l'ordre du jour.

Epilepsie mentale pure,

par M. le Dr POROT (de Tunis).

Le nombre des faits publiés à ce jour ne laisse aucun doute sur la réalité des équivalents mentaux du mal comitial, de l'épilepsie mentale pure, entrevue par Trousseau et affirmée par Morel en 1869.

On ne saurait contester à de pareils accidents leur nature, leur spécificité comitiale, quand on retrouve en eux les caractères généraux des manifestations épileptiques : début brusque, durée relativement courte, périodicité dans le retour, reproduction identique sous la même formule à chaque accès, amnésie totale au réveil, enfin, influence suspensive remarquable du bromure sur leur apparition.

Tous ces caractères se retrouvent dans l'observation que nous rapportons ici :

Mme R... (Louise), âgée de cinquante-quatre ans, est amenée à l'Hôpital français le 7 janvier 1914, dans l'après-midi; elle est calme, marche, mais paraît totalement inconsciente; son activité mentale n'est pas suspendue, mais elle donne l'impression d'être dans un état second, paraissant ignorer où elle est et avec qui elle est en contact; elle se laisse déshabiller, coucher, ne causant pas, capable de mouvements spontanés, coordonnés et adaptés, obéit aux ordres que lui donnent les infirmières, mais incapable, disent ces dernières, de tenir une conversation sensée.

Vers 10 heures du soir, elle se lève, se dirige vers la porte

©BIUM

de la salle, cherche, dit la garde de nuit, à se reconnaître, demandant : « Où suis-je? Qu'ai-je fait? » On lui explique qu'on vient de l'amener à l'hôpital, qu'il fait nuit, qu'elle doit se recoucher et dormir, ce qu'elle fait docilement.

Le lendemain, à la visite, la malade confirme ses impressions de réveil soudain dans un endroit qu'elle ne connaissait pas et où elle est tout étonnée de se trouver. Elle a une amnésie totale et absolue, n'a gardé aucun souvenir de ce qui s'est passé, des trajets qu'elle a faits, des personnes qui l'ont amenée à l'hôpital.

Nous apprenons que l'accès s'est produit de la façon suivante : cette femme, qui était placée comme domestique, s'est mise subitement, à 10 heures du matin, à chanter et à rire, a pris un enfant confié à ses soins, voulant le coucher, disant qu'il en était l'heure; sa patronne essaie de l'en dissuader, mais s'aperçoit bientôt qu'elle est totalement « égarée ». Elle continue ses manifestations absurdes, prend du linge de cet enfant pour le laver et le plonge dans une casserole de lait.

On avertit le mari de la malade, qui vient la chercher et l'emmène à la maison, puis, devant la persistance de son trouble mental, l'amène à l'hôpital.

L'interrogatoire de la malade et du mari complètent les renseignements. Cette femme, née en Suisse, fille unique, n'a aucun antécédent nerveux dans sa famille; elle est venue jeune en France et a toujours été placée comme cuisinière, dans ces dernières années à Paris, où ses talents professionnels étaient fort appréciés et lui assuraient de très bonnes places. Mariée depuis vingt-deux ans, elle n'a jamais eu ni enfants ni fausses couches; ménopause à cinquante ans. Elle est très sobre. Elle dit n'avoir jamais été malade; étant jeune, elle se rappelle qu'on lui a signalé qu'elle parlait souvent en dormant. Depuis quelques années, ajoute son mari, cet accident a reparu; elle a même parfois de l'agitation nocturne, mais sans jamais avoir quitté son lit.

Elle n'est que depuis deux mois en Tunisie, où elle a suivi son mari. Mais celui-ci nous apprend que, depuis trois à quatre ans, elle est sujette à des crises du genre de celle qui l'a amenée à l'hôpital. Ces crises sont parfois provoquées par des contrariétés, mais souvent surviennent sans causes. Ce sont de « brusques accès de folie », suivant l'expression du mari, survenant soudainement en plein travail; tout à coup, elle se met à chanter, frappe dans ses mains, ou bien se livre à des actes ou des gestes extravagants : « parfois, elle prend un livre sur une table, le met sur sa tête et fait le tour de la maison en chantant », ou bien « elle prend une feuille de papier simple et s'obstine à vouloir la dédoubler ».

Elle a eu ainsi, à la connaissance de son mari, quatre à cinq

crises par an. Ces crises sont toujours très courtes, durent de cinq à dix minutes; seule la dernière crise a fait exception à cette règle et a duré une douzaine d'heures. Un autre domestique de la maison a toutefois raconté qu'il avait vu la cuisinière prendre, deux ou trois fois, de petits accès dans ces derniers temps, mais toujours très courts.

Un des caractères sur lesquels insiste beaucoup son mari, c'est la perte complète que la malade a du souvenir de ces crises; elle-même le confirme. Amnésie totale avec réveil généralement brusque et complet. Il signale aussi que, pendant ces crises, sa femme devient « pâle et très blanche ».

Autre point signalé par le mari : lors des premières crises, il conduisit sa femme à la consultation de l'hôpital Beaujon. On prescrivit du bromure à la malade; « lorqu'elle restait un certain temps sans en prendre, les crises étaient beaucoup plus rapprochées ».

Jamais le mari n'a remarqué et jamais on ne lui a signalé qu'il y ait eu la moindre crise convulsive, diurne ou nocturne; pas de diurèse nocturne.

L'examen du système nerveux ne révèle aucune modification des réflexes, aucune atteinte oculo-pupillaire. Pas de céphalées. Aucun signe somatique. Rien dans les urines. Pas de fièvre. Appareil circulatoire normal.

L'état mental ne paraît pas atteint habituellement chez la malade. Elle répond avec calme, lucidité, n'est nullement désorientée; peut-être son intelligence a-t-elle un peu baissé, nous dit-on, mais elle garde toutes ses capacités professionnelles, et cet affaiblissement intellectuel est difficilement décelable par l'examen.

Voilà un cas où il paraît difficile de poser un diagnostic autre que celui d'épilepsie mentale. Ces soudaines éclipses de la conscience, dégageant un état second, absurde, légèrement maniaque (rire, chant, agitation), de courte durée, se terminant brusquement avec amnésie totale, ne sauraient rentrer dans aucun autre cadre nosologique.

Celui des *folies transitoires* de Krafft-Ebing ne forme pas un groupe autonome (Vallon, *Congrès d'Angers*, 1898) et renferme précisément quelques faits d'épilepsie mentale.

Parler de troubles circulatoires cérébraux n'apporterait aucune précision au diagnostic et serait en contradiction avec l'intégrité du cœur et des vaisseaux.

On pourrait penser à des manifestations prodromiques

©BIUM

d'une psychose d'involution présénile ou d'une encéphalopathie organique, en rapport ou en coïncidence avec la ménopause. C'est poser le problème du pronostic et de l'avenir de cette malade.

Or, nous n'avons, pour le résoudre, aucune autre donnée que celle fournie précisément par ces crises, qui ont été pendant quatre ans et sont encore l'unique manifestation morbide, aussi bien dans le domaine physique que mental.

Aussi, en attendant, croyons-nous devoir ranger ce cas dans le groupe des *épilepsies mentales*, en le considérant comme une épilepsie mentale *pure*, puisqu'il n'y a jamais eu encore de manifestation motrice.

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires de séances,

J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale.

Séance du 16 *mars* 1914.

I. — *L'aliénation mentale chez les employés de chemins de fer. Présentation de malade.* — M. *Pactet* présente un malade, employé de l'une des grandes compagnies de chemins de fer, qui est entré dans son service à la suite de tentatives de suicide accomplies sous l'influence d'un délire mélancolique.

Cet agent, qui avait été bloqueur pendant quatre ans, présentait, au cours de la dernière année où il occupa cet emploi, l'état mental si bien décrit par Lasègue sous le nom de mélancolie perplexe. Il était constamment assailli de scrupules au sujet de son service, se demandant sans cesse s'il n'aurait pas dû arrêter un train au lieu de lui donner la voie libre, ou inversement.

Promu ensuite à la fonction d'aiguilleur, il fut pris, à la suite d'une réprimande d'un de ses chefs, de délire mélancolique avec idées de persécution, de culpabilité et de suicide.

Il n'en continua pas moins son service encore pendant plus de six semaines, jusqu'au jour où une tentative de suicide qu'il fit à son domicile, en se tranchant la gorge avec un rasoir, l'obligea à l'interrompre.

Les réactions auxquelles ce malade était exposé, du fait de son délire, constituaient un danger permanent pour la sécurité des voyageurs, soit qu'il se suicidât dans sa cabine d'aiguilleur, soit que, ses idées de culpabilité le poussant à accomplir des actes répréhensibles — ainsi qu'il le faisait souvent dans le service — il perturbât la circulation du train et occasionnât un accident, pour s'attirer le châtiment qu'il croyait avoir mérité.

©BIUM

MM. *Dabout, Truelle, Briand, Vigouroux* présentent diverses observations.

M. *Henri Colin* saisit l'occasion que lui offre le cas présenté par M. Pactet pour montrer l'inanité des distinctions qu'on a proposé d'établir dans la loi nouvelle, à la Société médico-psychologique et ailleurs, entre les malades dangereux seulement pour eux-mêmes et les malades dangereux pour les autres.

Voici un homme qui se montre à nous comme un mélancolique, scrupuleux à l'excès, poursuivi par la crainte de faire du mal à son prochain. Sous l'influence de ses idées délirantes, il fait des tentatives de suicide. A le considérer au simple point de vue clinique, c'est un type d'aliéné dangereux seulement pour lui-même.

Mais si l'on se place au point de vue social, il nous apparaît, en raison de la fonction qu'il occupe, comme le plus dangereux des aliénés, puisque, étant en plein délire, il tient dans sa main la vie de centaines de personnes.

M. *le professeur Régis.* — M. Pactet lit, au nom de M. le professeur Régis, une note sur l'aliénation chez les mécaniciens et chauffeurs des compagnies de chemins de fer. M. Régis rapporte quatre observations d'agents des compagnies qu'il fut appelé à examiner à l'occasion d'accidents survenus dans le service et qui étaient la conséquence des troubles mentaux dont ils étaient atteints. Dans deux cas, il s'agissait de paralysie générale ; dans le troisième, d'un délire hallucinatoire ; dans le quatrième, de troubles cérébraux avec étourdissements et vertiges imputables à la prosclérose de l'âge critique chez l'homme. Enfin, une cinquième observation a trait à un pilote paralytique général.

M. Régis pense qu'il conviendrait de placer les médecins des compagnies de chemins de fer dans la catégorie des médecins qui devraient posséder une connaissance suffisante des maladies mentales et le prouver au moment de leur nomination.

II. — *Confusion mentale avec crises convulsives. Présentation de malade.* — M. *Capgras* montre une malade qui, à trente-cinq ans, n'a jamais eu de crises convulsives.

A la suite d'hémorragies de la délivrance, avec aménorrhée persistante depuis lors, elle présente une diminution progressive de la mémoire et de l'apathie. Au bout de deux ans, survient un état de confusion mentale avec désorientation complète, délire onirique professionnel, agnosie, aphasie et apraxie idéatoire, dysarthrie. Depuis six mois sont survenues des crises

©BIUM

convulsives peu fréquentes, et dans l'intervalle des crises, de nombreuses secousses myocloniques. Diminution de la force musculaire, troubles de l'équilibre, marche légèrement ébrieuse. Pas de troubles des réflexes ni de la sensibilité. Pas de troubles oculaires. Pas de lymphocytose. Wassermann négatif. Urines normales. Pas de vomissements ni de céphalée. Il s'agit d'une épilepsie symptomatique vraisemblablement d'une lésion cérébrale dont il serait prématuré de préciser la localisation.

III. — *Accès confusionnel chez une femme épileptique. Présentation de malade.* — MM. *Leroy* et *Beaudoin* présentent une femme de quarante-neuf ans qui, depuis l'âge de quarante-deux ans, est sujette à des crises comitiales, grands accès et vertiges. A la suite de plusieurs crises atténuées, cette malade a eu un accès délirant confusionnel, dont le contenu, d'après les renseignements obtenus et les souvenirs de la malade, apparaît comme fait d'idées de persécution.

En l'absence de symptômes extracomitiaux, les auteurs portent le diagnostic d'épilepsie essentielle à forme tardive, après avoir fait remarquer la difficulté du diagnostic au moment de l'accès délirant.

JOURNAUX ITALIENS

Archivio di Antropologia criminale, psichiatria, medicina legale e scienze affini.

ANNÉE 1909.

I. — *Essai anthropologique sur la main*; par les Drs Cevidalli et Benassi (numéro de janvier). — On sait qu'un organe est d'autant plus sujet à des anomalies que sa fonction est plus hautement différenciée. La main est certainement l'organe qui, chez l'homme, présente le fonctionnement le plus complet. Des longues études qu'ils ont poursuivies, les auteurs ont tiré un certain nombre de conclusions qui tantôt confirment et tantôt infirment ce qu'avaient fait connaître les nombreux anthropologistes qui avaient, avant eux, abordé cet intéressant problème. Les lignes papillaires des pulpes digitales sont, comme l'on sait, extrêmement variées, et tandis qu'elles sont relativement simples chez les sujets normaux et relativement symétriques chez eux, elles atteignent, chez les aliénés et les

©BIUM

dégénérés, un degré extrême de complexité et d'asymétrie. Chez les femmes, le polymorphisme et l'asymétrie sont moins grandes. La forme en arc se rencontre dans le sexe féminin assez fréquemment; parfois, on trouve chez l'homme les formes en oignons et triangulaires qui sont de règle chez les singes.

La transmission héréditaire des empreintes digitales, quoique fréquente, n'a rien d'absolu. Les plis palmaires présentent plus fréquemment des variétés anormales chez les aliénés que chez les normaux. Les auteurs ont isolé quelques types nouveaux qu'ils désignent sous les noms de forme de passage, forme angulaire, pli diagonal, pli cubital latéral extrême. Ils ont insisté sur le rapport qui existe entre la distance des plis proximal et moyen avec la longueur de la paume de la main. Chez les normaux, les lunules des ongles sont plus fréquentes et plus grandes que chez les aliénés, chez les hommes que chez les femmes. Les leuconychies sont plus fréquentes chez les normaux que chez les aliénés, malgré l'avis contraire de certains anthropologistes. L'index est généralement plus long chez la femme que l'annulaire, chez les aliénés que chez les normaux. Si l'on appelle indice $\frac{\text{largeur} \times 100}{\text{longueur}}$ on a, en moyenne, le tableau suivant :

	Hommes.	Femmes.
Normaux.	49,42	46,40
Phrénasthéniques . . .	47,96	49,42
Epileptiques	48,17	47,40
Déments précoces. . .	47,65	46,18
Périodiques	»	46,92

II. — *Rapport médico-légal sur l'affaire Guido Casale*; par les Drs Bellisari, Audenino, Pietra Paoli, Saporito et Montesano (numéro de janvier). — Le 30 août 1905, on trouve inanimé, à son domicile, Bianchi, avocat. La tête est déchirée par une blessure affreuse. Pour cet assassinat, on arrêta un viveur pérugin, Casale. Cet individu, né en Amérique de deux détraqués, était depuis son enfance d'un caractère bizarre, indiscipliné et instable. Sa vie avait été assez décousue : inculpé de deux vols, il avait été relaxé faute de preuves. Resté veuf très jeune, il avait, pour hériter de sa femme, commis une escroquerie avec la complicité d'un prêtre de ses amis. C'est à l'occasion des poursuites qui lui furent alors intentées qu'il fit la connaissance de Bianchi, qui plaida pour lui. Il se faufila,

©BIUM

non sans habileté, dans l'entourage de son défenseur, devint l'amant de la maîtresse de ce barbon ; c'est alors que pour payer un nommé Carloli, il commit des faux. Il prétend que Bianchi lui avait promis de désintéresser ses victimes et que c'est pour cela qu'il se disputa avec lui, et, qu'aux cours d'une rixe, il le frappa mortellement. Le rapport des experts démontra l'impossibilité d'une pareille version. Comme signes d'anomalies, Casale présente une déviation du tourbillon de la chevelure à droite, de la plagiocéphalie avec plagioprosopie, voûte palatine ogivale, oreille de Wildermuth ; la main droite possède une éminence hypothénar de singe, le pouce gauche un vortex double, le gros orteil est opposable et l'envergure est de 20 centimètres plus grande que la taille ; différents troubles indiquent que cet individu est un hystérique et qu'il est dénué de sens moral. C'est un hystéro-épileptique hypnotisable auquel le remords est inconnu, et, d'après les experts, Casale se trouvait dans un état de moindre résistance morale au moment de son crime, il est donc en partie excusable.

III. — *Réflexions sur le procès Steinheil* ; par le Dr C. Lombroso (numéro de janvier). — La femme se modernise aussi bien pour le mal que pour le bien, et alors qu'il y a cent ans, pour 100 hommes accusés devant les tribunaux, il n'y avait que 8 à 10 femmes, aujourd'hui le nombre des accusées est de 20 à 25 p. 100. L'empoisonnement est un crime féminin, et Lombroso voit dans Mme Steinheil une héréditaire dégénérée et hystérique, criminelle née, appartenant au type assez rare qu'il a décrit avec Ferrero. Mme Steinheil, d'après le savant professeur de Turin, serait la fille d'une mère immorale et d'un père livré à tous les excès, elle serait atteinte de dégénérescence mentale et on remarquerait la saillie exagérée de ses pommettes et de ses mâchoires. Dès sa jeunesse, Mme Steinheil se serait fait remarquer par des flirts et quelque chose de plus, elle aurait même eu un enfant avant son mariage (nous nous étonnons de la facilité avec laquelle un homme aussi distingué que Lombroso admet, pour les besoins de son système, un fait au moins douteux).

Elle présentait, en outre, des accès hystéro-épileptiques et mangeait, paraît-il, à l'âge de la formation, des vers et de la terre. Ce qu'il y a de certain et ce qui est certainement pathologique, ce sont ses mensonges absurdes contre Wolf et contre Couillard, sa haine féroce contre un mari plus que complaisant et une mère qui certainement l'aimait. Comme les filles de la Renaissance, elle se posa en Egérie de personnages politiques,

©BIUM

et l'on vantait autour d'elle sa philanthropie et sa générosité. Lombroso admet, ce que les débats n'ont pas montré d'une façon péremptoire, que c'est elle qui a fait faire le coup par des complices, qui a éloigné le chien de garde, qui a volontairement trompé la police par des récits mensongers, dans le but d'hériter de sa mère, de se débarrasser d'un mari qu'elle détestait et d'épouser un bon provincial, riche, respecté et crédule, qui la prenait pour une ingénue.

Lombroso admet que la femme est toute portée au mensonge et à la ruse par sa constitution physiologique, qui l'oblige à une dissimulation périodique et aussi par le devoir de mère qui la contraint à donner à ses enfants certaines explications forcément mensongères.

IV. — *Enregistreur mental*; par le Dr Ducceschi (numéro de janvier). — Cet instrument, conçu dans les laboratoires de physiologie et de psychologie de Cordoba, dans la République Argentine, a pour but d'évaluer le travail mental fait dans l'unité de temps (cinq minutes) et de compter le nombre des erreurs commises. Il enregistre graphiquement la succession des opérations mentales élémentaires faites par le sujet, indique si elles sont exactes. C'est, en somme, une variété de la méthode des tests, employée concurremment avec la méthode de Marey. On connaît ainsi la durée de l'expérience, le nombre des opérations pendant l'unité de temps et l'influence des conditions permanentes ou accidentelles qui interviennent dans le psychisme du sujet, et enfin on peut se rendre compte de la variation du nombre des erreurs suivant les conditions de l'expérience.

V. — *Le premier asile criminel polaire de Drontheim;* par le Dr Ewese (numéro de janvier). — Bien que dès 1848, la loi norvégienne ait prescrit de séparer les fous criminels des autres aliénés, ce ne fut qu'en 1859 que l'on installa tant bien que mal à l'asile de Gaustad un quartier spécial pour ces sujets. Ce quartier mal installé et défectueux à tous les points de vue dura jusqu'à 1890. On le transporta alors dans un bâtiment provisoire, sorte de prison, et on le soumit à une réglementation spéciale sur les entrées et les sorties. Depuis 1898, la loi a réglé la condition des aliénés justiciables de cet asile. On y place, après avis du ministre de la Justice, les condamnés reconnus aliénés, les malades qui ont commis des crimes dans les asiles et ceux qui se montrent privés de sens moral et ne peuvent être gardés dans les asiles ordinaires. Le Code pénal

©BIUM

norvégien exige que l'on pose aux jurés d'assises une question relative à l'irresponsabilité des délinquants. L'asile de Drontheim présente encore aujourd'hui de nombreuses lacunes. Il contient 25 individus venus des prisons, 17 des asiles publics, 6 des maisons de santé privées et 2 acquittés comme irresponsables. Parmi ces pensionnaires, 5 malades des asiles avaient frappé les directeurs des établissements, 3 étaient dangereux pour la morale de leurs compagnons, 4 étaient des évadeurs, 2 des incendiaires, 1 avait eu des relations incestueuses avec sa propre fille. Le plus grand nombre était originaire de la ville et plus de la moitié de Christiania. Comme forme mentale : 26 déments précoces, 8 hébéphréniques, 9 paranoïdes et 8 catatoniques, 9 imbéciles, 3 idiots, 2 débiles intellectuels, 3 paranoïaques, 1 dément organique, 1 sénile, 2 épileptiques, 1 ivrogne et 2 psychoses maniaco-dépressives.

D'après Ewesen, ce seraient les hébéphréniques qui seraient les plus dangereux. L'asile d'aliénés criminels contient environ 5 p. 100 du nombre des aliénés norvégiens. Lorsqu'un malade peut être remis en liberté, le Directeur soumet sa proposition à la Commission de contrôle qui l'adresse au ministère de la Justice pour être soumise à l'office médical central qui, avant de décider, peut prendre l'avis de nouveaux experts. On voit combien cette procédure met à l'abri des sorties trop hâtives. Le service manque de chambres d'isolement, et jusqu'en 1901 les malades pouvaient encore y être enchaînés. Depuis lors les moyens de contention mécaniques ont été proscrits et très rarement on a recours à l'hyoscine. Une fois on a eu recours à la pompe à incendie pour calmer un furieux. Les malades sont employés à faire du filet, des matelas, des kaléidoscopes, des vêtements et des cartes postales. Une seule évasion en dix ans. Chaque malade coûte un millier de couronnes, soit 1.300 fr. environ d'entretien.

VI. — *Psychologie des tremblements de terre ;* par Paola et Cesare Lombroso (numéro de janvier). — Cet article a paru le 17 janvier 1909 dans *Le Figaro*. A la suite du cataclysme qui a fait en Italie 300.000 victimes, les auteurs ont étudié comment se sont comportés dans les premiers moments les survivants. Les uns se sont en partie rendu compte du malheur qui les frappait. J'ai vu, dit l'un, la fin du monde, le règne de la mort, etc.; les autres avaient perdu tout sentiment de pudeur ou de douleur physique ou morale et n'éprouvaient que le besoin irrésistible de courir nus ou en chemise, agissant

©BIUM

ataviquement comme leurs lointains ancêtres lorsqu'ils cherchaient à échapper à la morsure des fauves ou à l'incendie de la forêt. Beaucoup cherchaient de la compagnie, l'instinct de la conservation fut le plus vivace et beaucoup perchés sur des balcons, suspendus au troisième ou au quatrième étage des maisons, restèrent plusieurs jours dans une situation que les éboulements rendaient périlleuse et ce sans éprouver du vertige. Les enfants résistèrent mieux que les adultes : un enfant de quatre ans ne fut sauvé que le quatrième jour, il dormait en attendant son papa. Beaucoup d'hommes avaient perdu la notion du temps comme dans les empoisonnements. Les animaux semblent avoir senti l'approche du tremblement de terre plusieurs heures avant le cataclysme. Plusieurs personnes eurent des prémonitions, telles par exemple le fiancé de Domenica Scadaro et la femme du maire de Naples. Beaucoup perdirent le sens moral. On vit des jeunes filles chastes se livrer à des actes de lubricité, les hommes cherchaient par tous les moyens à se sauver en laissant sans secours les femmes et les enfants; mais beaucoup de mères firent l'impossible pour sauver leurs enfants. Un père de famille qui avait sauvé sa femme et deux de ses enfants, préféra périr que de laisser le troisième sans secours. Un enfant de douze ans resta jusqu'à ce qu'on vînt secourir ses parents. Un amputé sauva plusieurs personnes, etc. Dans ce pays mystique que sont la Calabre et la Sicile, on ne cessa de demander des prêtres et des ornements d'église pour pouvoir célébrer la messe. Mais ce qui est un signe des temps nouveaux, c'est l'élan de l'Univers pour secourir les victimes de tant de malheurs.

VII. — *La cyto-architecture corticale;* par le Dr Roncorini (numéro de janvier). — Le schéma de Brodmann est exact pour tous les placentaires et les marsupiaux, mais il n'indique pas les variations suivant les espèces et suivant les localisations. Or, à des fonctions diverses correspondent des structures différentes, c'est ainsi que Sherrington, après Hitzig, a constaté que la circonvolution prérolandienne était seule motrice, tandis que la postrolandienne (centrale postérieure des Allemands) n'était que sensitive. On sait aussi que Roncorini a modifié le schème de Meynert en considérant une couche granulaire profonde. Chez le nouveau-né, les cellules de névroglie sont fréquentes dans la couche n° 3 de Roncorini; la couche granuleuse superficielle manque dans la série animale, sauf chez les singes. Pour Roncorini, la couche ganglionnaire de Brodmann

©BIUM

appartient à la couche n° 5 et non à la couche n° 4 ; en somme, pour le professeur de Parme, les travaux les plus récents confirment sa manière de voir.

VIII. — *Hypertrichose faciale chez une démente* ; par le Dr Bravetta (numéro de janvier). — L'auteur a étudié au musée anatomique de l'asile de Monbello le masque d'une femme de trente-neuf ans, qui vint y mourir, en 1884, de démence paralytique ; cette femme présentait une barbe analogue à celle des singes anthropoïdes et une moustache très abondante rappelant les poils que le fœtus humain a autour de la bouche. Cette barbe que l'on doit considérer comme une anomalie réversive et par suite comme un signe de dégénérescence, devait exister dans les deux sexes, chez l'homme primitif. Aujourd'hui, on ne la trouve plus que chez les criminelles et les folles. Rappelons que Dupré a signalé la fréquence des femmes à barbe dans les services d'aliénés.

IX. — *Epilepsie endémique à Panama et ses rapports avec le béri-béri* ; par le Dr Paoli (numéro de janvier). — A Cheppe, sur la côte du Pacifique, il est rare de rencontrer un individu indemne d'épilepsie ; la maladie débute à tout âge, mais surtout chez l'homme vers quinze ans et chez la femme à la formation ou après la première grossesse. Les attaques sont typiques et l'intelligence ne paraît que rarement atteinte. Une observation typique fournie par l'auteur est celle d'un jeune homme de vingt-deux ans qui, quelques semaines après avoir été guéri d'une attaque de béri-béri, fut pris d'épilepsie.

X. — *Crâne de délinquant avec processus para-mastoïdiens* ; par le Dr de Blasio (numéro de mai). — On rencontre parfois, au voisinage des condyles occipitaux, des apophyses présentant ou non des surfaces articulaires, tantôt d'un côté et tantôt de l'autre ; elles sont décrites sous les noms des apophyses jugulaires, paracondyliennes, paraoccipitales, innominées, préoccipitales et pneumatiques ; elles étaient déjà connues de Meckel, de Cruveilher, de Henle, de Le Double, de Pozzi, de Penta ; leur volume est essentiellement variable et quelquefois elles s'articulent avec les apophyses transverses de l'atlas. Essentiellement variables suivant le sexe et la race. Les auteurs ont donné des chiffres très différents sur leur fréquence. La moyenne est de 8 p. 100. De Blasio ne les a trouvées qu'une fois sur 1.000 individus ; c'était chez un sujet camoriste depuis l'âge de quatorze ans, condamné pour vagabondage spécial, qui avait l'habitude de frapper ses protégées avec un couteau de boucher,

©BIUM

qui était en même temps un voleur, un faussaire et vraisemblablement un assassin, et mourut d'un coup de revolver. Son crâne est ultra-brachycéphale, mesognate brachystaphylin leptorrhinien, mésocéphale plagioprosope. En somme il s'agit d'un dégénéré dont l'indice céphalique était de 91,42.

XI. — *Nouvelles idées sur la pathogénèse de l'hystérie*; par le Dr Roncorini (numéro de mai). — Strumpell considère cette affection comme une déviation de l'activité cérébrale en rapport avec divers troubles de l'innervation somatique. Kraepelin voit dans l'hystérie des changements somatiques provoqués par des représentations de sentiments; Janet du rétrécissement du champ de la conscience; Babinski et Bernheim de la suggestion consciente ou inconsciente. D'après Babinski, les phénomènes dits hystériques appartiennent pour une part à des erreurs de diagnostic, par exemple les hémiplégies organiques méconnues ou encore de vulgaires tromperies ou des phénomènes d'émotion, et enfin à des troubles de suggestion ou pithiatiques. Dans ce dernier cas l'agent qui fait défait. Roncorini maintient la doctrine classique, car il ne s'explique pas comment des phénomènes purement suggestifs pourraient modifier les échanges organiques ou les réflexes; il n'est d'ailleurs pas prouvé pour le professeur de Parme que la suggestion puisse toujours la guérir et cette méthode de traitement ne guérit-elle pas des accidents neurasthéniques comme les phobies. La seule chose que l'on puisse affirmer dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que l'hystérie n'a pas encore de lésion connue et qu'elle présente les caractères généraux des troubles mentaux avec diminution des phénomènes de la conscience et exagération des manifestations subconscientes, mais il y a toute une série de signes qui ne relèvent pas de la psychologie.

XII. — *Etude psycho-pathologique sur Gœthe*; par le Dr Mariani (numéro de mai). — Il s'agit toujours de la question si controversée des rapports du génie et de la folie. Mariani pousse jusqu'aux dernières limites les théories de Moreau de Tours et de Lombroso et, s'appuyant sur certains passages de l'autobiographie de l'auteur de *Faust*, il voit chez l'illustre poète non seulement des signes de nervosisme mais des attaques de folie bien caractérisée; c'est peut-être aller un peu loin dans le domaine de l'exégèse. — Gœthe naquit en état d'asphyxie apparente, le 28 août 1749, à Francfort-sur-le-Mein, et le poète s'est livré à des études astrologiques sur l'état des

©BIUM

astres au moment de sa naissance, ce qui suffit à Mariani pour conclure à des troubles psychopathiques. L'enfance du poète allemand s'écoula dans la solitude et les rêvasseries; très jeune il fit des vers assez médiocres d'ailleurs et qu'il ressentait vaguement être tels, d'où soupçon de folie du doute. Vers quatorze ans, idylle purement platonique avec une certaine Marguerite, ce qui lui attira une histoire assez désagréable. Des jeunes gens parents de son amie qu'il avait eu le tort de fréquenter furent accusés de faux et Gœthe, quelque peu soupçonné d'être leur complice fut sévèrement interrogé par le conseiller Schneider et admonesté; il en résulta un état de tristesse très accusé dans lequel Mariani voit un accès de mélancolie anxieuse par choc émotionnel basé sur des interprétations délirantes. Ce qui est certain, c'est que le futur écrivain se désintéressa du couronnement de l'empereur qui, comme l'on sait, eut lieu à cette époque à Francfort-sur-le-Mein. Marguerite voulut régenter son jeune ami et lui en voulait d'être si froid, le roman s'arrêta là. A cette époque Gœthe eut semble-t-il de l'autoscopie et des hallucinations visuelles. Faut-il voir là un symptôme de folie? Nous renvoyons à Lélut pour l'étude de cette question si embarrassante. Parti pour l'Université, Gœthe fut surmené par l'étude de la philosophie et présenta des symptômes mélancoliques; il craignait d'avoir péché contre le Saint-Esprit, à la suite d'une hémorragie grave; il se plaignit que son estomac ne fonctionnait plus; il est hanté par la crainte de la mort, puis tout à coup il avale une arcane saline et il est guéri.

Evidemment, il s'agit de suggestion. Alors le voilà lancé dans l'étude de la chimie, de l'anatomie, nouveau roman d'amour avec la fille d'un maître de danse, nouveaux accidents mentaux, guérison. Gœthe pouvait se procurer des hallucinations à volonté et éprouva même des prémonitions. C'était certes nerveux, mais était-ce quelque chose de plus?

XIII. — *Pellagre, épilepsie, mérycisme;* par le Dr Muratori (numéro de mai). — Des accidents épileptiques ou tout au moins épileptiformes se présentent dans la pellagre. L'auteur a vu un pellagreux épileptique, âgé de cinquante-deux ans, qui avait une aura gustative; il ressentait au début de l'attaque une saveur âcre, puis du ptyalisme.

XIV. — *Vêtements de l'homme préhistorique;* par le Dr C. Lombroso (numéro de mai). — On a trouvé à Crétas, sur les bords de l'Ebre, une pictographie préhistorique. Devant un

©BIUM

homme parfaitement nu, ayant un pénis très long et des gros testicules, dansent sept femmes rappelant le type hottentot, couvertes de petits jupons et ornées d'ornements étranges : cornes, os et peaux. S'agit-il d'une danse magique? En tous cas, ce document heurte l'opinion de ceux qui croient que l'homme s'est vêtu longtemps avant la femme.

XV. — *Sur une forme très rare des plis plantaires (pieds en γ) et sur ses rapports avec les sillons des pieds;* par les Drs Trèves et Audenino (numéro de mai). — Chez un crétin et chez un criminel épileptique, on a rencontré cette forme bizarre; la profondeur même du pli indique qu'il ne peut s'agir d'une déformation due à la chaussure ou à d'autres circonstances extérieures, il s'agit d'un phénomène atavique qui rappelle une disposition du singe, que l'on rencontre surtout chez les idiots, les crétins et tous ceux qui ont une insuffisance congénitale de la fonction déambulatoire. On ne saurait confondre ces plis avec ceux qui peuvent résulter d'un amaigrissement rapide et qui sont fragmentaires, irréguliers et superficiels.

XVI. — *Argot des ramoneurs d'Intragua, Taron di Rūsca;* par le Dr Aly Belfadel (numéro de juillet). — Intragua est une localité de la Suisse italienne, dont les habitants partent chaque année comme ramoneurs en Piémont et en Ligurie; ils parlent un argot spécial qui présente des affinités linguistiques avec la plupart des langues vivantes et mortes et surtout avec les argots d'origine germanique et les patois juifs allemands. Quelques expressions aussi sont d'origine tzigane. On rencontre fréquemment dans ce parler des *s* prothétiques et des terminaisons italiennes. Citons quelques mots : burlasca, veut dire soldat; goza, femme; la brune, la nuit; et un grippa, gendarme.

XVIII. — *La délinquence précoce masculine*; par le Dr Avenali (numéro de juillet). — Le nombre total des individus analphabets est de 48,52 p. 100 pour l'Italie. L'auteur a étudié les causes de l'augmentation de la criminalité des garçons mineurs, à Rome, à la prison de Regina Cœli. La plupart de ces enfants ont des parents malades ou morts, quand ils en ont : sur 300 sujets, 150 avaient leurs parents vivants, 101 étaient enfants naturels ou orphelins de père ou de mère; 49 étaient orphelins ou complètement abandonnés. Parmi ceux qui avaient des parents, un très grand nombre étaient tuberculeux, paludéens, atteints de maladies du cœur, du foie (cirrhose) ou de

©BIUM

folie. Leurs antécédents judiciaires ne valaient pas mieux que leurs antécédents pathologiques : 112 de leurs parents avaient subi des condamnations pour vols, coups et blessures, outrages aux agents et même homicide, meurtre du conjoint ou parricide, sans compter ceux que le vagabondage spécial ou la prostitution amenaient devant les tribunaux. Les petits vagabonds sont les plus difficiles à corriger, c'est un point sur lequel j'ai insisté ailleurs. 38 p. 100 de ces enfants étaient malades, atteints de tuberculose, de folie, d'épilepsie vraie ou simulée, d'accidents méningés, de bosses et d'abcès froids ; 6 étaient atteints de maladies vénériennes ; 105 sur 300 avaient une constitution faible ; 69 seulement étaient classés comme robustes. L'âge moyen de ces détenus était de quatorze ans, onze mois, vingt-quatre jours. La plupart, suivant une expression célèbre dans la pègre parisienne, faisaient ce qui se trouvait ; un très petit nombre avaient des professions définies dont ils travaillaient plus ou moins régulièrement. Un très grand nombre étaient fils d'alcooliques, suivant une remarque de Paul Garnier. Beaucoup avaient des habitudes d'intempérance, la plupart étaient fumeurs et remplaçaient en prison le tabac par du crin végétal ; beaucoup étaient souteneurs et la plupart avaient des mœurs dépravées ou des habitudes contre nature.

Un très grand nombre étaient déjà des récidivistes. Le méfait le plus fréquent qui les amenait à la prison était le vol d'objets de nourriture ou de vêtements, 82,50 p. 100, 82,51 p. 100. On trouvait aussi l'outrage public à la pudeur, les coups et blessures, l'outrage aux agents, les menaces, le port d'armes prohibées, etc. Ces malheureux enfants paraissaient heureux d'être en prison pour y être nourris, manger de la viande une fois la semaine, avoir un lit propre, se baigner de temps en temps ; et, cependant, en Italie, les détenus ont toujours faim, le gouvernement n'allouant que 0 fr. 50 par jour pour leur nourriture. La plupart des enfants emprisonnés viennent des grandes villes où la police est mieux faite, moins tendre et les entraînements plus grands. Dans les campagnes et dans les petites villes, on traite volontiers le petit voleur par le mépris et une paire de gifles. Un quart de ces enfants n'a jamais mis le pied à l'école et beaucoup n'y ont guère été que pour la forme, très peu ont atteint la classe supérieure des écoles primaires. Il y a là toute une organisation à créer en Italie : mieux rétribuer les instituteurs, créer des écoles de demi-temps, des cours du soir, pousser les jeunes gens à

©BIUM

acquérir le certificat d'études en accordant le droit électoral à ceux qui l'obtiennent.

A un autre point de vue, les classes actuelles occupent les enfants pendant trop peu d'heures, les enfants indisciplinés causent trop de troubles dans les écoles. C'est pourquoi il faut tout d'abord classer les enfants retardataires, créer des cantines scolaires, des classes d'anormaux dans les écoles et réserver les asiles-écoles-internats pour les plus arriérés. Envoyer des enfants à peine tarés dans des établissements spéciaux, c'est les mettre hors la société et les faire traiter de fous ou d'idiots, comme cela se fait actuellement à Rome. Il faut aussi lutter contre l'abandon des enfants : l'enfance abandonnée est le microbe du monde criminel (Ferri). Punir et supprimer la mendicité des enfants, la location des enfants, tenir la main à l'interdiction des couteaux à virole et autres, que la loi défend en Italie, et éviter que le journal, le théâtre et le cinématographe fassent des piédestaux aux criminels. Au point de vue anthropologique, l'auteur considère les voleurs vulgaires, qui sont avant tout des craintifs, les coupeurs de bourses, qui se vantent de leurs exploits, et les escrocs comme essentiellement fuyants, les sexuels, qui n'avouent jamais, et les sanguinaires, qui sont surtout des violents. Tous répètent : « Je n'ai rien fait, je ne sais pas pourquoi on m'a arrêté. » L'argot de Rome appelle joyeux les coupeurs de bourse. D'après Abénali, le sexuel serait de complexion délicate et le sanguinaire aurait souvent une ride au milieu du front comme les bouledogues : c'est parmi eux que se recrutent à Naples les Camoristes. L'interrogatoire direct nous renseigne sur leur moralité et montre combien la morale leur est étrangère. Entre eux, ils parlent argot et certains gestes ont une signification convenue ; ils sont généralement assez adroits de leurs mains, fabriquent en mie de pain des objets plus ou moins artistiques. L'auteur a même étudié leur graphologie ; beaucoup ont l'habitude d'écrire ou dessiner partout sur les murs : un cœur percé d'un poignard, des dessins érotiques ou obscènes, des formules : « Vive la liberté, à bas les mouchards ! » Beaucoup ont des tatouages de même ordre. Les livres qu'on leur met entre les mains portent souvent des appréciations qui ne sont pas dénuées de bon sens. C'est ainsi par exemple qu'ils déclarent ne pas comprendre la Divine Comédie et accusent Silvio Pellico de n'être qu'un pleurnicheur. Il est évident que ni leur âge ni leur éducation antérieure ne leur permettent de comprendre les beautés de la grande littérature.

©BIUM

XIX. — *Les nouvelles formes du délit*; par le Dr C. Lombroso (numéro de juillet). — Tout se transforme ; les voleurs montrent eux aussi leur esprit d'association et de coopération. En Allemagne, il s'est formé une société en commandite par actions pour l'émission de fausses banknotes; ils sont 120 associés, tous célibataires; les Juifs sont exclus. Les cambrioleurs font faire leurs instruments sous la direction d'un ingénieur spécial à Sheffield, ils ont des inspecteurs qui étudient les lieux, nouent des relations avec les portiers et les domestiques, et leur donnent toutes les indications nécessaires.

On connaît en Amérique l'escroquerie formidable des Trusts, dont on n'arrête les auteurs que quand ils sont ruinés. Les assurances sont victimes d'une foule de malandrins ; un individu ne s'est-il pas fait couper les deux jambes pour désintéresser ses créanciers? A New-York, un nommé Trapain se procurait l'état civil de personnes malades ou âgées, faisait assurer ses complices sous leur nom, grâce à la complicité de deux médecins, et touchait les primes. On fit même mieux, on enterra un beau jour un mannequin en cire sous le nom d'un complice qui suivait le convoi. En Angleterre, certains escrocs se procuraient de vieux bateaux, réunissaient les plus mauvais équipages, et on arrivait ainsi à un naufrage pour lequel les compagnies payaient. On alla même jusqu'à percer les coques de certains navires pour les faire naufrager. Sur les bords de la Tamise, à Londres, on trouva des corps d'individus qui ne portaient aucune trace de violence. On observa que dans ces quartiers, on voyait plus d'ivrognes qu'autrefois ; on apprit bientôt que ces ivrognes étaient des cadavres portant lié aux tempes un masque humain finement modelé rempli de chloroforme à l'aide duquel on avait suffoqué la victime. On fait sauter les coffres-forts à l'aide de nitro-glycérine qu'on injecte dans la serrure avec une seringue et qu'on allume à distance avec une batterie de poche. En Amérique, au Colorado, on attaque les express à main armée. Les voleurs de valises foisonnent dans les gares, ceux de bicyclettes dans les cafés ; on vole même des automobiles. A Paris, des voleurs introduisent des gluaux dans les boîtes aux lettres pour s'emparer des mandats et des timbres et même surprendre des secrets qu'on peut exploiter. En Allemagne, on peut lire à la quatrième page des journaux des annonces dans ce genre : Femme bien constituée, trente ans, instruite, gaie, cherche intime amitié avec dame situation égale. — Dame élégante, jeune, recherche dame déjà âgée à cause de besoins

©BIUM

momentanés d'argent. — Etudiant demande à connaître vieux monsieur, envoyer photographie. Nous ne parlerons ici ni de l'escroquerie au mariage par agence, ni du coup du téléphone, ni des faux photographiés, ni des fausses clefs en aluminium, ni des perforateurs mus au pétrole, ni des viols commis pendant l'hypnose, et quoique la police ait inventé le télégraphe d'alarme, le bertillonnage, etc., dans un tiers des cas la police est impuissante à arrêter les criminels.

XX. — *Les délits et la névrose de Grete Beeger*; par le Dr C. Lombroso (numéro de juillet).—La fille d'un maire, âgée de vingt-deux ans, est accusée de vol, infanticide, avortement, escroquerie, tentative d'homicide, assassinat de son fiancé et faux testament : elle déroba 300 marks à son oncle et en accusa son amant Merker qu'elle poussait à supprimer une femme, témoin gênant. Elle entretient ce Merker, devient enceinte de ses œuvres à deux reprises et se fait avorter; son père lui fait des remontrances, elle cherche à se suicider; un beau jour d'avril 1907, elle se rend chez son fiancé, nommé P..., ingénieur, l'empoisonne avec du café où elle jette du cyanure et lui tire ensuite deux coups de revolver dans la bouche. Elle fabrique ensuite un faux testament et le crime étant découvert malgré ses précautions, elle raconte un roman-feuilleton au juge d'instruction : qu'elle a dit à son fiancé après lui avoir bandé les yeux : « Ouvrez la bouche », et qu'elle lui aurait ainsi tiré deux coups de revolver. Elle voulait, avec l'argent ainsi recueilli, épouser Merker, son digne amant. Ses antécédents n'étaient pas heureux. Sa bisaïeule mourut folle, sa mère était en prison pour diffamation, elle-même était hystérique, hydrocéphale, érotique et basedowienne; elle n'en fut pas moins condamnée et exécutée.

XXI. — *Les globules rouges à substances granulo-filamenteuses chez les épileptiques et dans quelques maladies nerveuses et mentales*; par le Dr Agosti (numéro de juillet). — L'alcalinité du sang est inférieure à la normale chez les épileptiques et les pellagreux; la densité de ce liquide est souvent augmentée dans l'épilepsie et diminuée dans la manie et la pellagre. Le pouvoir coagulant est généralement diminué dans l'épilepsie, le nombre des globules et leur taille sont assez variables : tantôt ils dépassent, tantôt ils n'atteignent pas la moyenne; il en est de même pour les globules blancs. L'éosinophilie est augmentée dans le crétinisme, la paralysie générale, elle est diminuée dans l'épilepsie. L'isotonie est diminuée dans la pellagre, l'épilepsie;

©BIUM

dans les autres formes elle paraît normale. Les globules rouges sont parfois altérés, tantôt ombiliqués et tantôt contiennent une substance qui se colore à froid par les réactifs basiques d'aniline. Cette dernière substance, qui se rencontre très faiblement chez le sujet normal (Demel), est fréquente dans les maladies et l'état embryonnaire. C'est ce que l'auteur appelle le corps (a) ou substance granulo-filamenteuse ; un corps (b) et colorable métachromatiquement par le bleu brillant de crésyl, c'est également une substance rare chez l'homme normal, mais fréquente chez l'embryon et dans les empoisonnements ; un corps (c) qu'on peut déceler par les couleurs communes d'aniline et qui semble dû à la déliquescence du noyau. Quelle est la valeur physiologique des corps (a) et (b) ? C'est ce que de nombreux physiologistes n'ont encore pu déterminer. Proviennent-ils de noyaux qui se dissocient, de l'hémoglobine qui s'altère ou du stroma lui-même ? On peut considérer des cas où les altérations du sang sont en relation de cause à effet avec les maladies mentales, ou des cas où il n'y a qu'une coïncidence, ou encore des faits dans lesquels une même cause produit à la fois et l'hématolyse et la psychose.

Benigni a montré l'influence de la crise d'épilepsie sur les éléments chromatophiles du sang dont le nombre diminue à chaque paroxysme. L'auteur a étudié six cas d'épilepsie essentielle et deux épilepsies symptomatiques, un hydrocéphale épileptique, deux cas d'alcoolisme psycho-sensoriel, trois névroses, une *myasthenia gravis* et une folie intermittente confusionnelle. Il s'est servi comme colorant du réactif de Demel qui est un mélange de bleu brillant, de crésyl, et de rouge neutre d'aniline. La première substance a donné des granulations très fines formant un réseau, la seconde des grains isolés de grosseur variable disséminés dans le protoplasma tantôt isolément et tantôt en petits blocs. Il n'a pas pu confirmer les travaux antérieurs, car il n'a pas trouvé de modification du chromatophilisme chez les épileptiques. Si ces expériences se confirmaient, il y aurait là un argument très sérieux contre l'assimilation de l'épilepsie aux intoxications exogènes.

XXII. — *Alcoolisme d'Etat* ; par les Drs Antonini et Lombroso (numéro de juillet). — Article d'une violence rare contre le parlementarisme. Les auteurs prétendent que les primes d'exportation et l'exemption de droits sur l'alcool dénaturé industriel aideront les fabricants à augmenter leur production et à substituer de plus en plus les boissons spiritueuses au vin

©BIUM

chanté par les poètes. Ils critiquent aussi une circulaire ministérielle qui, paraît-il, ordonnerait aux autorités d'accorder facilement la licence pour de nouveaux débits. Ils rappellent combien l'alcool est le pourvoyeur des hôpitaux, des asiles d'aliénés et des prisons.

XXIII. — *Sur un cas de suicide par coup de revolver dans l'oreille gauche* ; par le Dr Tirelli (numéro de juillet). — Dans une affaire de validité de testament, l'auteur a été amené à pratiquer l'autopsie deux ans environ après la mort d'un individu qui mourut cinquante-cinq heures après s'être tiré un projectile qui n'avait pas traversé le crâne, mais qui avait permis aux germes infectieux de pénétrer par blessure du rocher. Tirelli décrit avec soin la lésion du rocher au voisinage du trou déchiré antérieur et de la ligne pétro-squameuse, fait l'étude bactériologique, malacologique et zoologique des êtres vivants qu'il a trouvés dans le cadavre et en déduit quelques considérations médico-légales sur cette cause rare de mort par les plaies du crâne.

XXIV. — *Auto-accusation pendant un accès d'aliénation mentale par un individu inculpé d'homicide*; par le Dr Leppelli (numéro de juillet). — Régis classe les auto-accusations sous quatre chefs : *a*) Délits imaginaires; *b*) délit réel, mais qui nettement ne saurait être imputé au sujet ; *c*) délit réel dont le sujet pourrait être l'auteur ; *d*) délit réel commis par le sujet, mais dont il aggrave l'importance par ses dires. Le juge a pour mission de rechercher les preuves de la culpabilité de l'individu et bien souvent il considère l'aveu comme une preuve péremptoire.

Dans le cas présent, il s'agit d'un individu qui, étant ivre, aurait tué dans une rixe, pendant la soirée du 1er décembre 1907, un de ses cousins. A un premier interrogatoire, il affirme qu'il ne peut être l'auteur de la mort, puisque c'est d'un coup de couteau qu'est morte la victime et qu'il n'avait pour toute arme à ce moment qu'une faucille. On inculpe donc d'autres individus. Quelque temps après, il commence à avoir des hallucinations, il voit le diable, le spectre de son cousin, et se déclare à ce moment-là l'auteur du meurtre. Ses co-inculpés bénéficient d'un non-lieu. Chez lui les symptômes mélancoliques prennent de plus en plus de développement, les hallucinations deviennent plus fréquentes, on est obligé de l'interner. Après deux mois de traitement à l'asile, il guérit et, renvoyé sous l'inculpation d'homicide devant la cour d'assises de Brescia, grâce à la

©BIUM

démonstration scientifique du Dr Seppilli, il est acquitté. C'était un héréditaire dont le père était pellagreux.

XXV. — *Délit et moralité à Panama*; par le Dr Paoli (numéro de juillet). — La caractéristique des populations indigènes de cette partie de l'Amérique centrale, c'est l'apathie complète, l'indifférence absolue, la fréquence de l'anémie et de la dégénérescence. Les délits ne sont pas communs, le vol est rare, la vendetta inconnue; mais, ce qui est fort curieux, c'est l'amoralité sexuelle complète, la promiscuité qui règne sans partage. L'auteur a été frappé de voir fréquemment des fillettes d'une douzaine d'années aller acheter chez le pharmacien des préservatifs pour leur père; elles n'ignoraient point, paraît-il, l'usage de ces engins malthusiens.

XXVI. — *Cas de polymastie chez un sujet épileptique*; par le Dr de Alberti (numéro de juillet). — Les glandes mammaires dérivées du feuillet ectodermique sont toujours symétriques; elles peuvent être pectorales, abdominales ou inguinales; il y en a onze paires chez les insectivores, cinq chez les chiennes, quatre chez les chattes, deux ou une chez les ruminants; ce nombre est en relation avec celui des petits d'une même portée. Schulze a constaté chez l'embryon de porc de 15 milimètres une ligne de condensation épithéliale de chaque côté du tronc allant de l'aisselle à l'aine; il y aurait ensuite atrophie d'un certain nombre des éléments. D'après Williams, les ancêtres de l'homme auraient eu sept paires de mamelles, soit trois au-dessus et trois au-dessous des mamelles actuelles. De Alberti a trouvé chez un épileptique sourd-muet de quarante et un ans, présentant de nombreux signes de dégénérescence, une paire de mamelles supplémentaires située à sept centimètres au-dessous des mamelles normales avec une aréole de 7 millimètres de diamètre et un mamelon au milieu. Ces mamelles appartiendraient à la cinquième paire de Williams (vingt-septième cas connu).

XXVII. — *Un cas d'interruption de la scissure de Rolando chez un microcéphale sourd-muet*; par le Dr Rapi (numéro de juillet). — Ces faits sont rares : on ne les rencontre guère que chez les aliénés, bien qu'on l'ait trouvé sur le cerveau de Richard Wagner. Ils sont d'ailleurs d'une interprétation difficile, si l'on considère comme vraie la théorie de Retzius. Le crâne de ce sujet présentait de très nombreuses anomalies, microcéphalique, plagiocéphalique ; prognathisme des mâchoires; le cerveau ne pesait que 1.100 grammes; les lobes occipitaux

©BIUM

ne présentaient qu'un faible développement; les lèvres de la scissure de Sylvius écartées laissaient voir entre elles l'insula; le sillon de Rolando était fermé en bas comme de coutume par un pli fronto-pariétal qui embrassait l'origine des deux circonvolutions centrales, mais à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, le sillon lui-même était interrompu par un tractus anastomotique transverse fronto-pariétal. Le pli de Gratiolet manque au lobe pariétal, la scissure temporale supérieure est extrêmement profonde. Outre son faible niveau intellectuel et sa surdi-mutité, ce malade était un bizarre, un brutal et un obscène.

XXVIII. — *Mort de C. Lombroso.* — Le numéro de novembre de l'*Archivio* est consacré entièrement à la mémoire du professeur Cesare Lombroso. Il débute par une série de nécrologies publiées à l'occasion de cette mort dans la presse européenne, au parlement italien, au Conseil municipal de Turin, dans les Universités et dans les corps savants auxquels était agrégé l'illustre savant. Nous n'analyserons pas ces articles; nous nous contenterons de saluer la mémoire de l'homme qui a dépensé le plus pur de son activité pour le triomphe de ses idées, de celui qui, après Théophile Roussel, a fait reculer le fléau de la pellagre, de celui qui a, comme les philosophes d'autrefois, échafaudé un système qui, même pour ceux qui ne partagent pas ses idées, restera comme l'un des monuments de l'anthropologie à la fin du XIX^e^ siècle et au début du XX^e^. Le trait le plus saillant du caractère de l'illustre défunt est la facilité avec laquelle son âme vibrait pour le vrai, le beau et le bien, son amour des humbles, sa passion pour l'art et pour la liberté. Il connaissait et il aimait notre France, où il avait puisé les germes de sa doctrine. Nous présenterons ici nos respectueuses condoléances à sa famille, à M^mes^ Gina et Nina Lombroso et à M. le professeur Carrara.

XXIX. — *Vie de mon père;* par M^me^ Gina Lombroso (numéro de novembre). — D'origine juive, Cesare Lombroso naquit en 1836 à Vérone. Il était le second d'une famille de cinq enfants, riche, qui perdit bientôt sa fortune. De son oncle David Lévi il apprit à aimer la poésie; il fit ses études à Vérone à une époque où le culte des études classiques était plus respecté qu'aujourd'hui. A l'âge de quinze ans, il se lia d'amitié avec un savant illustre, Marzolo, qui lui apprit surtout que tout est dans tout et que la spécialisation scientifique est la négation de la science même. A seize ans, il commença ses

études médicales à Pavie; il les termina à Gênes (1859). Après la guerre de l'Indépendance, il commence d'enseigner à Pavie la médecine mentale, il avait le culte du vrai et du fait. En 1878, il quitte Pavie pour Turin; au début, le milieu lui était hostile, il lutta pour le triomphe de ses idées, mais peu à peu il sut attirer autour de sa chaire des disciples qui sont aujourd'hui des maîtres. Non seulement il eut comme élèves la plupart de ceux qui en Italie ont su acquérir une renommée mondiale dans la spécialité des maladies mentales et nerveuses, mais des historiens comme Ferrero, des hommes politiques comme Ferri, des histologistes comme Golgi. Alors qu'il était déjà célèbre, pour avoir un champ d'études important, il concourut pour le modeste emploi de médecin de la prison de Turin, qui rapportait 70 francs par mois. Ce n'est que très tard, lorsque sa renommée était universelle, que Bianchi, alors ministre, créa pour lui une chaire d'anthropologie criminelle (1905). Il ne fut pas appelé à faire partie des commissions qui préparèrent le nouveau code pénal italien. C'est à des Français, à Morel, à Tardieu, à Esquirol, qu'il emprunta les fondements de sa doctrine et le biographe ne cite pas le nom de Moreau (de Tours), auquel il a cependant tant emprunté. En France, nous voyons surtout dans Lombroso l'auteur du livre fameux sur l'homme criminel et l'un des fondateurs de l'école d'anthropologie criminelle, mais c'était aussi un clinicien de valeur dont les essais en chirurgie sont intéressants. Comme anthropologiste, il a écrit un volume : *L'Homme blanc et l'homme noir* qui a laissé une trace dans la science. Comme philosophe il a, outre un certain nombre d'articles originaux, fait connaître à l'Italie la doctrine de Moleschott. L'un des premiers, il attribua la pellagre au maïs avarié. Dans la campagne qu'il entreprit à cette occasion et tandis qu'il était honni et diffamé par les riches propriétaires de la Vénétie et de la Lombardie, il fut aidé dans sa croisade par les curés et les médecins des campagnes, ravagées par le fléau. Pendant trente ans, il fut l'âme de la publication de son *Archivio*, dont les débuts furent difficiles, mais dont le succès est aujourd'hui assuré. Enfin dans ces derniers temps il étudia le spiritisme et ses manifestations médianiques.

XXX. — *Curriculum vitæ de Cesare Lombroso* (numéro de novembre). — De 1852 à 1858, étudiant à Pavie où il fut lauréat, il étudia ensuite quelque temps à Gênes et à Vienne. Le 21 mai 1859, il est nommé médecin adjoint de l'armée piémontaise pour la durée de la guerre et versé à l'hôpital militaire de

©BIUM

Milan. Bientôt titularisé (1860), il est promu au mois de mai médecin de bataillon de 2e classe et obtient une mention honorable pour un travail sur les blessures par armes à feu, il reçoit bientôt le titre de médecin de bataillon de 1re classe (1861) et la médaille française d'Italie. En 1862, il fait un cours libre de psychiatrie à Pavie ; l'année suivante, il est titularisé, comme privat-docent à Pavie et attaché à l'hôpital militaire de cette ville ; en 1865, il reçoit la médaille de la guerre de l'Indépendance, et le 6 décembre, quitte l'armée et commence à enseigner l'anthropologie ; il reprend pendant la guerre de 1866 une place de médecin de bataillon et obtient sa retraite en novembre de cette année ; il est d'ailleurs récompensé pour son dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1866, il devient alors médecin chef du service des aliénés à l'hôpital de Pavie, professeur extraordinaire de clinique psychiatrique à l'Université de cette ville et dresse le projet de l'asile de Voghera. En 1870, il obtient un prix de 1.000 francs de l'Institut lombard sur la pellagre ; il est décoré chevalier de la couronne d'Italie et occupe quelque temps le poste de directeur du Manicome de Pesaro qu'il quitte bientôt pour retourner à Pavie enseigner l'anthropologie expérimentale, ses recherches sur l'homme criminel. En 1876, il devient professeur de médecine légale et d'hygiène publique à Turin où il enseigne également, mais à titre privé, l'anthropologie criminelle. En 1896, il change de chaire, conserve la médecine légale et y joint la clinique psychiatrique et la psychiatrie proprement dite. En 1905, le professeur Bianchi, alors ministre, crée pour lui une chaire d'anthropologie criminelle ; le Gouvernement français lui envoie la croix de commandeur de la Légion d'honneur. Il fonde un musée d'anthropologie criminelle. En 1906, la société éthique de Londres en fait son président honoraire et, l'année suivante, l'Université d'Aberdeen le nomme docteur en droit honoraire. Remarquez que notre pays seul lui a accordé des décorations et des honneurs publics.

XXXI. — *Bibliographie des œuvres de Cesare Lombroso* (numéro de novembre). — A seize ans, il publie une brochure de 57 pages sur l'agriculture en Italie et un essai sur la République romaine. En 1855, une brochure sur la folie de Cardan, puis un essai sur l'influence de la civilisation sur la folie, et de la folie sur la civilisation. En 1860, une observation de hernie diaphragmatique et, chose intéressante, un réquisitoire contre les cataplasmes. En 1862, il étudie l'hygiène en Italie, les

©BIUM

blessures par armes à feu et les amputations. En 1863, des études pour une carte hygiénique de l'Italie et un article sur l'analogie entre la rétine et le cerveau. En 1864, une brochure sur la folie en Chine et dans l'antique Egypte, un premier essai sur le génie et la folie et sur le tatouage chez les aliénés. En 1867, il contribue à la question alors si étudiée des rapports du goitre et du crétinisme ; il signale un fait de varicelle, suite de vaccine légitime ; les années suivantes, les rapports des infections avec la folie, l'action des astres et des météores sur l'esprit humain, sur la folie et la criminalité. En 1869, il traduit le livre de Moleschott sur la circulation de la vie ; il invente un instrument pour l'alimentation forcée des aliénés. En 1871, se place la découverte de la fossette cérébelleuse moyenne chez les délinquants. En 1872, il étudie l'anthropologie de 400 criminels vénitiens, et en 1876, il publie la première édition de son *Homme criminel* ; il réclame l'abolition des maisons de correction de l'enfance. En 1878, il fait des vers (Mnémosyne). En 1879, il publie un travail sur le régicide Passanante. En 1881, il fait des expériences sur le sphygmographe chez les aliénés ; en 1884, un article sur l'identité de l'épilepsie avec la folie morale et la délinquence congénitale, la folie de Giordano Bruno et les palimpsestes des prisons ; en 1889, l'homme de génie ; en 1890, le crime politique et les révolutions, la médecine légale du cadavre ; en 1892, l'anthropologie criminelle et ses récents progrès, la femme criminelle, les procès des Banques : Rome et Paris ; en 1894, l'antisémitisme et la science moderne, les anarchistes ; en 1896, la fonction sociale du délit ; en 1897, Emile Zola selon les nouvelles théories sur le génie, la délinquence et la Révolution française ; en 1898, les précurseurs de l'anthropologie criminelle, l'épilepsie de Napoléon, le militarisme et Dreyfus, les origines de Venise, le phénomène Crispi ; en 1899, le péril jaune, pourquoi les Boërs sont-ils vainqueurs ? en 1900, la police en Italie ; en 1901, phénomènes médianiques dans une maison de Turin, psychologie des milliardaires ; en 1906, maisons hantées, délits d'automobiles ; en 1907, l'arbitrage entre nations, Eusapia Paladino et le spiritisme, psychologie de Nasi, le bonheur chez les fous ; en 1909, psychologie des tremblements de terre, recherches sur les phénomènes hypnotiques et spirites. Je n'ai indiqué dans ce résumé que les livres les plus importants et les articles qui s'éloignent le plus des préoccupations habituelles de l'auteur.

©BIUM

XXXII. — *Le dernier livre de Lombroso. Recherche sur les phénomènes hypnotiques et spirites*; par Nina Lombroso (numéro de novembre). — L'auteur rappelle que Lombroso fut amené en 1880 à étudier les phénomènes spirites par l'observation d'une jeune hystérique qui voyait avec son genou (transposition des sens), qui présentait de la vision à distance et des promonitions; puis il fit de nombreuses recherches avec Richet, notamment sur Eusapia Paladino pendant ses transes, et dans l'intervalle il obtint des cardiogrammes, des empreintes digitales photographiées prises dans l'obscurité (radioactivité spéciale), il constata des décharges électriques par un électroscope placé à 10 centimètres de la main du médium, il étudie les trucs des médiums mais ne nie pas la réalité de beaucoup de phénomènes. Enfin, il consacre un chapitre à l'hypnose et ses différents modes et un autre à l'histoire de l'occultisme, de la magie et de la possession depuis les Hébreux et les Grecs jusqu'à nos jours.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

Die deutschen Volks-Nervenheilstätten in Jahre 1913 (Les établissements populaires pour le traitement des maladies nerveuses en Allemagne, en l'année 1913), par le Dr J. Bressler, 26 pages, in-4°. Extrait de la *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrifft*, 1913.

L'auteur constate, non sans amertume, qu'au cours de l'année 1913, alors que, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire du couronnement de l'empereur Guillaume II, la charité privée a donné lieu à des centaines de fondations charitables, les établissements ou sanatoria pour maladies nerveuses n'ont aucunement bénéficié de ces générosités. Il en conclut que le terrain était encore mal préparé et que, pour le mettre en valeur, il est utile de faire l'historique des établissements déjà existants.

Dans cet historique, le premier établissement à signaler est celui de « Haus Schönow », qui, sous l'influence des idées propagées par Benda, Krafft-Ebing, Möbius, fut fondé en 1897. Six généreux donateurs fournirent un terrain de 7 hectares et un capital de 232.000 marks. Grâce à l'impulsion du doyen des psychiatres allemands, Laehr, assisté d'un comité de douze membres, les dons continuèrent à affluer et l'établissement put être inauguré en 1899. Des comités de dames patronnesses contribuèrent à en assurer la prospérité. La population, de 29 unités en 1900, s'élève à 104 malades en 1912. Dans le même délai, le nombre des admissions passa de 381 à 848, et celui des sorties de 350 à 850.

Les cas de psychoses qui, au début, se glissèrent dans la population dans une proportion de 23 p. 100, ne figurent plus aujourd'hui que dans la proportion de 10 p. 100.

Deux tiers des malades payaient eux-mêmes les frais d'entretien, les autres étaient au compte des caisses de secours, d'associations professionnelles, de compagnies d'assurances, de patrons ou de personnes charitables.

©BIUM

Grâce aux dons et legs, après une dépense de 830.000 marks pour la construction, le passif n'est que de 290.000 marks. En outre des nouveaux pavillons construits, il convient de signaler les ateliers où le travail obligatoire est organisé médicalement. Les convalescents peuvent être occupés au pair pendant plusieurs mois, pendant qu'une agence de renseignements fonctionnant dans l'établissement s'applique à leur trouver des emplois. En Hanovre, c'est Cramer qui, en faisant ressortir le rôle prophylactique, au point de vue des affections mentales, des sanatoria pour maladies nerveuses, fut l'instigateur de la création d'un établissement de ce genre. En achetant le domaine de Rasenmühle, situé à quelques kilomètres de Gœttingen, la province, grâce aux sources abondantes de ce domaine, put fournir de la force motrice à l'industrie, et faire une bonne affaire, en même temps qu'une bonne œuvre. En 1903, un établissement pour maladies nerveuses fut en effet installé sur ce domaine, où les pensionnaires furent admis à un prix de journée variant de 3 à 7 francs. Le nombre annuel des admissions est à peu près de 570 et la population moyenne est de 100 unités. Dans la province rhénane, ce fut grâce au concours de la société provinciale d'assurances, qui consentit un prêt de 480.000 marks, et grâce à 120.000 marks de dons, que la société rhénane des sanatoria pour maladies nerveuses put mettre sur pied l'établissement de Roderbirchen, comprenant 13 pavillons avec 145 places pour femmes, sous la direction du Dr Beyer.

Les frais s'élevèrent à 900.000 marks. La Compagnie d'assurances rhénane se rendit en 1909 acquéreur de l'établissement. La Société des sanatoria continua à fonctionner, consacrant ses revenus au traitement des malades peu aisés, se faisant ainsi l'alliée de la compagnie d'assurances, pour le plus grand avantage de tous. En 1912, fut construit un pavillon pour hommes avec 150 lits, ateliers, bains, etc... Alors que, dans le duché de Bade, une société constituée en 1904 a obtenu une subvention du gouvernement et réuni des fonds par souscription, va faire construire en 1914-1915 un sanatorium pour maladies nerveuses; il a été annexé à la clinique psychiatrique d'Iéna un pavillon avec 40 lits pour nerveux, où le prix de journée, pour les étrangers à la province, est, il est vrai de 7, de 6 et de 4 marks, mais où les malades domiciliés en Saxe sont admis au prix de 1 mark par jour. A Essen, la fondation Luhrmann peut recevoir 30 malades des deux sexes.

L'établissement, il est vrai, est destiné aux classes moyennes, avec des prix de journée de 4 à 6 francs, et les ouvriers n'y sont pas admis. La ville de Francfort a dépensé de 1911 à 1913 la somme de 1.022.000 marks pour créer un établissement municipal admirablement situé dans le Taunus. Il renferme 154 lits pour alcooliques et 48 lits pour nerveux, avec une installation technique et thérapeutique très complète.

Enfin, il convient surtout de citer l'Institut Bergmann, qui est un modèle du genre, pour les maladies nerveuses consécutives aux accidents du travail. Il fut construit sous l'impulsion du Dr Windscheid par les associations professionnelles et minières. Cet établissement possède des laboratoires et un outillage complet pour tout ce qui concerne l'observation, le diagnostic, le pronostic, les expertises en cas d'accidents du travail. Il y a des ateliers, des jardins où tous les malades capables de s'occuper, sont obligés de travailler ; il ne leur est pas alloué de pécule, l'abstinence en ce qui concerne l'alcool et le tabac est de rigueur.

Ouvert en 1910, l'établissement contient 100 lits, mais peut facilement être aménagé pour en recevoir 200. Le nombre des admissions en 1912 a été de 1.533, avec une durée moyenne de treize jours et demi de traitement.

Ces malades proviennent des régions les plus diverses, d'où ils sont envoyés par des assurances impériales ou provinciales, par les tribunaux, par des associations ouvrières, des associations professionnelles, par les grandes administrations publiques, etc.

Sur 1.445 expertises faites dans l'établissement, les conclusions des rapports furent admises par les parties en cause et par les juridictions supérieures dans 94,6 p. 100 des cas, et dans 5,4 p. 100 des cas seulement, la solution intervenue fut en opposition avec les conclusions des experts.

Quant aux maladies traitées, la liste en comprend, outre la neurasthénie, l'hystérie, les névroses traumatiques, toute la gamme des affections qu'on peut observer à la suite d'accidents du travail. Enfin l'établissement de Naunhof, qui est la propriété de la Caisse des malades de Leipzig et de ses environs, peut recevoir 50 malades. Ce sont dans la proportion de 80 p. 100 des neurasthéniques ; pour le reste, des convalescents. On y pratique l'hydrothérapie, l'héliothérapie, etc... Le traitement est de quatre à six et huit semaines. On est en voie d'agrandir l'établissement pour créer 100 places. L'auteur

©BIUM

estime que les résultats signalés par lui établissent à la fois la nécessité des sanatoria populaires pour maladies nerveuses et la possibilité d'arriver à en multiplier le nombre.

Les différents modes de fondation et d'organisation des établissements existants indiquent que les voies pour arriver au but sont multiples et dépendent des circonstances. Tantôt l'approbation et la collaboration des cercles compétents et la réunion des fonds nécessaires ne peuvent être obtenues que lentement, tantôt les associations légales ou la collaboration de quelques philanthropes mènent rapidement à une solution favorable, à moins encore que l'œuvre ne soit créée de toutes pièces par la générosité d'un seul bienfaiteur. C'est ainsi que la fondation Nathaniel de Rothschild, disposant de 20 millions de couronnes pour la création de sanatoria pour indigents atteints de maladies nerveuses, consacre les revenus de ce capital selon les dispositions du généreux donateur. Le premier établissement créé est celui de Rosenhügel, à Vienne, qui a été inauguré en 1912.

Des sanatoria nouveaux peuvent être créés, si on veut bien s'appliquer à suivre la voie tracée. Sans doute les moyens d'atteindre le but sont multiples et variés, et l'auteur estime qu'en s'inspirant des circonstances, on n'aura que l'embarras du choix, ce qui, serais-je tenté d'ajouter, n'est rigoureusement vrai que pour les multimillionnaires.

A. Adam.

Incompétence de l'autorité judiciaire dans l'internement des aliénés ; par le Dr Victor Parant père. Broch. in-8°. Extrait de la *Revue politique et parlementaire*, numéro de février 1914.

Ce travail a été fait après que le Sénat, saisi par la Commission qu'il avait nommée à cet effet, et dont M. le sénateur Strauss est le rapporteur, eut consacré sa première délibération à la discussion du projet de loi destiné à remplacer la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés.

Le Dr Parant trouve ce projet moins touffu que celui que la Chambre des députés avait voté en 1907, mais il contient deux ou trois inconséquences « inquiétantes ».

« Il présente les mêmes dangers que son prédécesseur, notamment par la manière dont il fait intervenir l'autorité judiciaire dans la question d'internement et aussi dans les

©BIUM

mesures qu'il propose pour la gestion des biens des aliénés. »

L'auteur rappelle à ce sujet les protestations du professeur Gilbert Ballet et du Dr Arnaud, puis développe des arguments nouveaux.

Il se demande si l'autorité judiciaire est en mesure de remplir utilement la mission qu'on veut lui confier, et si elle pourra donner ainsi les garanties qu'on attend d'elle.

L'appareil judiciaire mis en mouvement, procureur de la République, Chambre du Conseil, ne peut que faire deux choses : ou homologuer simplement et transformer en décisions judiciaires les indications que les médecins lui auront données ou permettre aux juges de se faire une opinion par eux-mêmes. Dans le premier cas, on aura perdu sur la législation de 1838 parce qu'on aura substitué à la responsabilité « personnelle et réelle du médecin ou du chef de l'établissement d'aliénés la responsabilité impersonnelle, ou, pour mieux dire, l'irresponsabilité d'un tribunal ».

Dans le second cas, sans porter atteinte à la valeur des juges, il est certain qu'ils ne sauraient juger du diagnostic de folie que *d'après les apparences*.

Le Dr Parant insiste sur l'influence et la « fallaciosité » du trouble mental dans la folie, trouble mental qui, « manifestation la plus impressionnante, n'en est pas la seule », et qui « peut paraître manquer, quoique, au fond, il existe toujours ». Il dit que les symptômes physiques permettent souvent, *à eux seuls*, d'affirmer la maladie mentale : « Tels sont, notamment, les troubles sensoriels, les hallucinations des sens, les modifications des fonctions nerveuses ou motrices, la prédominance de l'affaissement ou de l'excitation, l'association de ces deux phénomènes dans ces maladies, curieuses à tous points de vue, qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de psychoses périodiques. »

Tout cela est excellemment dit et doit frapper les législateurs. Incompétents et inexpérimentés en ce qui concerne les symptômes physiques des maladies mentales, les magistrats ne sont pas mieux à même de se tirer d'affaire avec les symptômes mentaux.

Et l'auteur, à qui nous devons un livre si intéressant et si documenté sur *La Raison dans la Folie*, montre les nombreux cas où l'aliénation se cache derrière une façade correcte. Il rappelle le principe, qu'il posa naguère, « qu'il faut déterminer la folie d'un individu, non d'après ce qui lui reste de

©BIUM

raison, mais d'après ce qui lui en manque ; non d'après ses apparences raisonnables, mais d'après les manifestations morbides qu'il présente réellement ».

Les moyens d'information dont disposent les magistrats : les *enquêtes*, les *interrogatoires*, les *visites dans les établissements d'aliénés*, ne suppléent point pour eux à ce qui leur manque du côté de l'observation directe.

Pour les *enquêtes*, le Dr Parant a montré dans les *Annales médico-psychologiques* (octobre-novembre 1913), qu'elles sont souvent « inutiles et malfaisantes ».

L'*interrogatoire* n'est jamais conduit comme il conviendrait. « Ce n'est pas à dire que jamais les interrogatoires judiciaires ne donnent de résultats utiles, que jamais on ne puisse y trouver aisément la marque des défaillances morales. Mais souvent les magistrats n'en tirent, par eux-mêmes, rien de démonstratif, et ont besoin, ou de les faire interpréter par des médecins, ou de les compléter et d'y suppléer par l'expertise médicale. »

Quant aux *visites*, leur effet est toujours limité par cette loi, sur laquelle insistait tant Esquirol, « qu'il faut, pour bien connaître l'aliéné, vivre en quelque sorte avec lui ». Parfois, l'effet de ces visites est désastreux sur les malades, sur les mélancoliques anxieux par exemple.

Conclusion. — L'intervention du tribunal proposée par le nouveau projet est nuisible. On se doit de ne pas céder à l'opinion publique non éclairée.

Il ne faut ni abandonner, ni sacrifier les règles de la loi du 30 juin 1838 qui pourvoient, « de manière sage et sûre, à la protection des aliénés, à leur mise en traitement, et à la surveillance des établissements qui leur sont consacrés ».

Le rôle de l'autorité judiciaire, dit le Dr Parant, doit, pour son propre prestige et pour le bien de tout le monde, se renfermer dans deux attributions essentielles : punir les fautes commises à l'égard des aliénés et de leur internement ; faire droit, en s'entourant de lumières utiles, aux réclamations légitimes de ceux qui seraient indûment internés.

PAUL VOIVENEL.

©BIUM

La psychiatrie est-elle une langue bien faite? par le Dr Ch. Chaslin. Extrait de la *Revue neurologique,* numéro du 15 janvier 1914.

Le Dr Ch. Chaslin est un esprit amoureux de clarté et qui voudrait voir régner dans notre belle science, la psychiatrie, le bon sens et la mesure, qualités qu'on dit françaises.

Rappelant le mot si connu de Condillac, il regrette que la psychiatrie ne soit pas une langue bien faite.

Les mots y manquent de précision : qui nous dira toutes les déformations de termes : manie, stupeur, démence précoce, catatonie, dégénérescence? Qui nous dira le ridicule qu'il y a à former des mots savants et bizarres comme « amaxophobie », « oicophobie » « myopsychie » « sidérodromophobie », petite occupation qui fait au Dr Chaslin « un peu le même effet, révérence gardée, que lorsque je vois dans les rues de jeunes enfants parés de bérets marins sur lesquels brillent en lettres d'or des noms de vaisseaux anglais, souvent choisis de façon peu flatteuse pour notre amour-propre ».

L'auteur, citant les justes critiques du professeur Gilbert Ballet et du Dr Arnaud, dont on se rappelle le beau discours d'ouverture au Congrès du Puy (1913), nous dit que c'est pour être précis et clair que, dans son livre sur la *Sémiologie et clinique mentales,* il n'a mis que des « types cliniques ».

Il propose :

1° L'emploi d'une nomenclature presque exclusivement française, puisqu'il ne s'agit que de la médecine mentale française;

2° Une délimitation rigoureuse des différents symptômes et syndromes et leur définition précise, indépendante de toute considération théorique, qui ne sert qu'à empêcher de voir les choses telles qu'elles sont;

3° L'adoption d'une classification purement empirique de *types cliniques,* car, à l'heure actuelle, délimiter, des « maladies » mentales est impossible, sauf exception. Cette classification ne peut être en grande partie qu'une table des matières, aussi complète que possible, bien entendu.

PAUL VOIVENEL.

©BIUM

La campaña contra el alcoholismo en la Republica Argentina. — Como debe combatirse el alcoholismo en la Republica Argentina (La campagne contre l'alcoolisme en République Argentine. — Comment on doit combattre l'alcoolisme en République Argentine) ; par le Dr Delfino. 2 broch. in-8° de 22 et 19 pages. Extr. de la *Semana medica*, Buenos-Aires, nos 25 et 27, 1913.

M. Delfino poursuit activement, dans ces nouvelles brochures, la lutte qu'il a entreprise contre l'alcoolisme sous toutes ses formes.

Dans le premier article, il discute la valeur pratique du système de Gœtheborg, et s'élève contre le dégrèvement fiscal des boissons fermentées. Ce n'est pas au système de Gœtheborg seul que la Suède et la Norvège doivent d'avoir pu enrayer l'alcoolisme : les statistiques montrent que la consommation d'alcool avait déjà diminué dans ces deux pays avant l'introduction de ce système. S'il supprime le capital des vendeurs d'alcool, le système de Gœtheborg laisse subsister le capital producteur. On ne peut déduire de son application des conclusions précises relatives à ses effets : car la loi norvégienne autorise les sociétés concessionnaires de la vente de boissons alcooliques à céder une partie de leurs droits à des commerçants ; la suppression absolue du commerce privé, qui a été proposée, s'est heurtée à de gros intérêts financiers et à des menaces douanières de la part de pays étrangers. En Suède, les sociétés qui détiennent le monopole ont concédé un certain nombre de licences à des restaurants fréquentés par la bourgeoisie. Les résultats obtenus seraient dus surtout à la prohibition locale de l'alcool et au mouvement antialcoolique. L'auteur déconseille l'adoption, dans son pays, du système de Gœtheborg. Il s'oppose au dégrèvement des boissons fermentées (vin, bière), qui consacrerait la protection d'intérêts fiscaux au détriment de l'hygiène sociale, et qui nuirait à la lutte antialcoolique ; les boissons fermentées remplaceraient simplement les boissons distillées pour maintenir le fléau alcoolique.

Dans la deuxième brochure, M. Delfino examine les moyens les meilleurs à opposer à l'alcoolisme dans son pays. Il élimine l'impôt sur l'alcool et le monopole, peu efficaces, et demande : la prohibition absolue de l'absinthe et des apéritifs, la réglementation des débits, avec aggravation des patentes, la création

CBIUM

de sanatoria et de patronages pour buveurs, la propagande persuasive par tous les moyens (enseignement obligatoire, sociétés de tempérance, coopératives, etc.).

L. Arsimoles.

Ganglioneurom der Zentralnervensystem (Névrome ganglionnaire du système nerveux central); par le Dr Achucarro. Broch. in-8°, 15 pages. Extrait de *Folia neuro-biologica*, Bd VII, n° 6, 1913.

L'auteur rapporte le troisième cas connu de cette affection très rare, avec étude histologique détaillée (les deux premiers sont ceux de Schminke, de Pick et Bielchowsky). Chez un homme de vingt et un ans ayant présenté tous les signes d'une tumeur du cervelet après une chute de cheval, et opéré infructueusement, l'autopsie montra une tumeur du IVe ventricule née aux dépens de la région interolivaire du cervelet. Par le nombre considérable de ses fibres sans myéline, la tumeur était un ganglioneurome amyélinique. L'examen histologique décela une grande abondance de cellules ganglionnaires multiformes, sans pigment, de nombreux vaisseaux avec infiltration inflammatoire (plasmazellen, etc.) et du tissu interstitiel, organisé soit en faisceaux compacts, soit en fines fibres réticulées, et en connexion avec l'adventice des vaisseaux.

L'auteur insiste sur les altérations des noyaux des cellules ganglionnaires. Il a trouvé dans la tumeur des cellules à deux ou plusieurs noyaux, et parfois des cellules dont le noyau était en voie de division. Il croit possible que, dans certaines conditions, des cellules ganglionnaires adultes présentent une division du noyau, au contraire des auteurs qui font toujours remonter ce phénomène à des troubles de la vie fœtale (cellules de Purkinje à deux noyaux de la paralysie générale juvénile, par exemple).

M. Achucarro étudie spécialement les corps globuleux, parfois volumineux, inclus dans le noyau d'un très grand nombre de cellules ganglionnaires de la tumeur, et qui offrent les caractères suivants : tendance à la coloration métachromatique, membrane limitante nette. Il n'a pas constaté la structure réticulée décrite par Bonfiglio, qui a vu le premier ces formations endonucléaires dans plusieurs cas de démence précoce, de paralysie générale et de syphilis cérébrale. Ces corps globuleux

©BIUM

ressemblent à ceux que l'on trouve dans les noyaux des cellules fondamentales de la glande pinéale; l'auteur les considère comme des phénomènes régressifs.

L'histologie des névromes ganglionnaires du système nerveux central est d'un gros intérêt pour la classification des tumeurs et pour la question de la genèse des fibres nerveuses.

L. Arsimoles.

Histologisches über Gefässverödung und über Erweichung in der Hirnrinde (Recherches histologiques sur la destruction des vaisseaux et sur le ramollissement dans l'écorce cérébrale); par le Dr Achucarro. Broch. in-8°, 10 pages. Extrait des *Trabajos del Laboratorio de Investigaciones biologicas de la Universidad de Madrid*, 1er fasc., tome XI, 1913.

L'auteur expose, d'après des cas de paralysie générale, de ramollissement syphilitique et artérioscléreux et un cas de sclérose lobaire, des données histologiques nouvelles sur le tissu d'union dans la destruction des vaisseaux (Gefässverödung) et le ramollissement du cortex, obtenues à l'aide des méthodes de coloration tannin-argent et de Bielchowsky. Dans la *Gefässverödung*, qui attaque les petits vaisseaux et les capillaires, et lèse surtout l'endothélium, on observe aux stades avancés la formation de ponts conjonctifs jetés entre les vaisseaux voisins dans la région atteinte, et la dissociation des fibres de l'adventice. Les fibres conjonctives néoformées des vaisseaux qui, dans la paralysie générale, pénètrent le tissu ectodermique, présentent parfois des difficultés d'interprétation: s'agit-il d'une dissociation, étape régressive de la Verödung, ou des ramifications du tissu d'union? L'auteur penche vers la première opinion.

M. Achucarro a décrit, après Bielchowsky, dans le ramollissement artério-scléreux, l'imprégnation des éléments fibrillaires du tissu conjonctif des vaisseaux par une substance étrangère qui les fait ressembler à l'altération d'Alzheimer des cellules ganglionnaires : la même lésion peut atteindre, selon les cas, aussi bien les cellules ganglionnaires que les éléments non nerveux.

Une réaction pathologique de l'appareil vasculaire, à caractère progressif, consiste dans la formation d'une fine membrane fibrillaire de tissu d'union, qui tapisse parfois la paroi des foyers

©BIUM

de ramollissement au cours du processus de réparation et de cicatrisation. L'auteur étudie les rapports de cette membrane limitante avec les vaisseaux pénétrant dans le foyer, et l'organisation des foyers de ramollissement par du tissu de soutien, et examine la théorie de Raecke sur la croissance syncitiale du tissu d'union, sans pouvoir se prononcer en ce qui concerne l'application de cette théorie aux divers états normaux et pathologiques du mésenchyme.

L. Arsimoles.

Zur Kenntniss der Ganglienzellen der menschlichen Zirbeldrüse (Contribution à la connaissance des cellules ganglionnaires de la glande pinéale de l'homme) ; par les Drs Achucarro et J. D. Sacristan. Broch. in-8°, 9 pages. Extrait des *Trabajos del Laboratorio de Investigaciones biologicas de la Universidad de Madrid*, 1er fasc., tome XI, 1913.

En examinant, à l'aide de la méthode de Bielchowsky et de la méthode d'imprégnation de Cajal après fixation à la pyridine à 50 p. 100, la glande pinéale des sujets âgés n'ayant pas eu d'affections nerveuses, les auteurs ont observé, dans les espaces interstitiels, intervasculaires, de la glande, des éléments cellulaires dont ils ont les premiers reconnu la nature nerveuse, et qu'ils considèrent comme des cellules ganglionnaires. Certaines de ces cellules ont de fins prolongements ; d'autres ont des prolongements renflés et des expansions en forme de tubercules qui leur donnent un aspect pathologique. Leur protoplasma offre une fibrillation plus ou moins nette. Ces cellules, ainsi que les épaississements en massue terminant les cylindraxes, sont surtout visibles dans les espaces élargis par l'atrophie du tissu parenchymateux glandulaire ; elles ressemblent beaucoup aux cellules des ganglions spinaux et du système sympathique altérées par divers excitants. Les auteurs concluent que les renflements terminaux hypertrophiés, et les nombreux prolongements enchevêtrés des cellules qu'ils décrivent sont des adaptations réactionnelles aux altérations régressives que subit la pinéale chez l'adulte.

L. Arsimoles.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

André Vallet. Les préjugés en médecine mentale. Préface du Dr Legrain. 138 pages in-12 avec 13 gravures hors texte. Paris, A. Maloine, 1913.

C. Lloyd Tuckey. Treatment by hypnotism and suggestion or psycho-therapeutics. 6e édition revue et augmentée. 1 vol. in-8° cartonné à l'anglaise. Londres, Baillière, Tindall and Cox, 1913.

Maeder. La langue d'un aliéné. Analyse d'un cas de glossolalie. 9 pages in-8°. Extrait des *Archives de Psychologie*, 1910.

— Eine seltsame Triebhandlung in eineim Falle von psychischer Epilepsie. 12 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1911.

— Ueber die Funktion des Traumes, mit Berücksichtigung des Tagesträume, des Spieles, u. s. w. 17 pages in-8°. Extrait du *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* Band IV, S. l. n. d.

— Zur Frage der teleologischen Traumfunktion. Eine Bemerkung zur Abwehr. 2 pages in-8°. Extrait du *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*. Band V.

— — Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. 2 pages in-8. Extrait du *Jahrbuch, für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*. Band III.

— Zur Entstehung der Symbolik im Traum, in der Dementia præcox, etc. 7 pages in-8°. S. l. n. d.

— Psychologische Untersuchengen an Dementia præcox. Kranken. 61 pages in-8°. S. l. n. d.

— Ueber zwei Frauentypen. 3 pages in-8°. S. l. n. d.

— Eindrücke eines Psychoanalytikers von einem Aufenthalt in London. 10 pages in-8°. Extrait de *Jucago*, s. d.

Guido Garbini. Per l'archivio delle ricerche sulle ghiandole a secrezione interna. Le ghiandole a secrezione interna nell' avvelenamento sperimentale cronico da alcool. 28 pages in-8°. Extrait des *Annali del manicomio provinciale di Ferugia*, juillet-décembre 1911.

— Sopra un caso di tetania in alcoolizzato. Considerazioni sulla patogeneri della tetania. 12 pages in-8°. Extrait des *Ann. del. manic. prov. di Perugia*, 1912.

— Un caso di meningite basilore luetica precocissima. 12 pages in-8°. Extrait des *Ann. del manic. prov. di Perugia*, 1912.

©BIUM

— Disartria e nucleo lenticolore. 29 pages in-8°. Extrait des *Ann. del manic. prov. di Perugia*, janvier-juin 1913.

V. Demole. Alcool et delirium tremens, 14 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, janvier 1914.

Bérillon. La psychologie des alcooliques. Valeur et mode d'emploi de la psychothérapie dans la cure de l'alcoolisme. 8 pages in-8°. Paris, Maloine, 1914.

Ph. Jolly. Kurzer Leitfaden der Psychiatrie für Studierende und Aerzte. 240 pages in-8°. Bonn, A. Marcus et Webers, 1914.

Ch. L. Dana et W. N. Berkeley. The functions of the pineal gland. 48 pages in-12. Extrait du *The medical Record*, numéro du 10 mai 1913.

A. H. Hubner. Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. 1 vol. in-8° de 1066 pages. Bonn, A. Marcus et E. Webers, 1914.

Marage. Education et rééducation des centres auditifs. 15 pages in-8° avec figures. Paris, s. d.

Ph. van der Haer. Les Congrès internationaux de médecine et la Commission permanente internationale. 22 pages in-8°. La Haye, s. d.

Henry Le Savoureux. Le Spleen. Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation. 243 pages in 8°. Paris, G. Steinheil, 1913.

Cesare Agostini. Sopre due casi di tumori interessanti i lobi frontali (Osservazioni cliniche anatomopatologiche e medico-legal). 23 pages in-8° avec figures. Extrait du *Volume giubilare in onore di L. Bianchi*. Catania, 1913.

E. Stanley Abbot. Psychology and the medical school. 9 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, octobre 1913.

F. L. Wells. Dynamic psychology. 7 pages in-8°. Extrait du *Psychological Bulletin*, novembre 1913.

H. Mabille et A. Pitres. Sur un cas d'amnésie de fixation post-apoplectique ayant persisté pendant vingt-trois ans. Mort, autopsie. Réflexions. 23 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Médecine*, numéro du 10 avril 1913.

Aldo Montanezzo. L'atropina nell' epilessia. Note di farmacologia clinica. 18 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1913.

Walter Channing. The letter training of nurses in insane hospitals. 9 pages in-12. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, novembre 1913.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêtés de mars et d'avril* : M. le Dr Pochon, médecin directeur de la colonie d'Ainay-le-Château, est nommé médecin en chef de l'asile d'Armentières ;

M. le Dr Ameline, médecin-directeur de la colonie de Chezal-Benoît, est nommé médecin directeur de la colonie d'Ainay-le-Château ;

M. le Dr Pasturel, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé médecin-directeur de la colonie de Chezal-Benoît ;

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

— *Distinction honorifique* : M. le professeur Régis, de Bordeaux, est nommé commandeur du Dragon de l'Annam.

TRIBUNAUX

Responsabilité des gardiens et directeurs de maisons de santé en cas de blessures causées par des aliénés mal surveillés. — Une très délicate affaire vient d'être évoquée devant la onzième chambre correctionnelle présidée par M. Pacton. Il s'agissait d'un mélancolique anxieux, interné dans une maison de santé, qui, ayant reçu la visite de sa femme, avait profité d'une promenade faite avec elle dans le parc pour la blesser grièvement à l'œil avec un clou. L'infirmier spécialement chargé de la surveillance de l'aliéné était absent. Voici comment le tribunal se prononce à son endroit :

« Attendu que, quelles que soient les méthodes thérapeutiques employées aujourd'hui à l'égard des aliénés et les réactions généralement prévues en cas de « mélancolie anxieuse », la surveillance exercée sur un malade, sous peine d'être illusoire, doit avoir pour effet d'assurer la propre conservation de ce malade et de protéger les tiers contre ses impulsions ; que la responsabilité du préposé à la garde et à la surveillance d'un malade ne peut disparaître qu'autant que ce préposé démon-

©BIUM

trerait qu'il a été impuissant, à raison des circonstances, à prévenir les faits délictueux et dommageables ;

Mais attendu qu'A... (l'infirmier), non seulement ne rapporte pas la preuve que les faits se seraient produits ou auraient pu se produire malgré sa garde, mais qu'il est au contraire constant que sa négligence a été la cause des blessures de la dame D... ;

« Attendu que les instructions données à A... étaient formelles, qu'il ne devait jamais « perdre de vue le malade », que ces instructions étaient à ce point précises que le docteur D... a déclaré lui-même devant M. le juge d'instruction que, dans le cas où les entrevues de Mme D... avaient lieu dans la chambre, la porte était seulement poussée, et que le surveillant restait dans le couloir prêt à intervenir si besoin était ;

« Attendu que ces instructions étaient conformes aux exigences de la maladie et imposées par les indications fournies dans le certificat délivré par les docteurs C... et B..., signalant D... comme dangereux, non seulement pour lui, mais encore pour son entourage, qu'il avait menacé avant son internement ;

« Attendu qu'il résulte des témoignages entendus à l'instruction et à l'audience que D... a frappé sa femme à coups répétés avec un clou formant poinçon pendant le défaut de surveillance d'A..., qui avait vaqué à d'autres travaux et n'est arrivé sur les lieux de l'agression qu'alors que plusieurs autres infirmiers, attirés par les cris de la victime, étaient déjà accourus depuis plus de dix minutes pour lui porter secours. »

Il y a relation de cause à effet, constate le jugement, entre le geste de l'interné et l'absence de son infirmier :

« Attendu que si D... a obéi à un sentiment provoqué soit par la maladie, soit par les propos inoffensifs de sa femme, il est impossible de ne pas faire ce rapprochement que D... n'a frappé sa femme que lorsqu'il n'a plus senti la surveillance dont il était l'objet s'exercer sur lui ;

« Attendu que c'est par suite du manquement d'A... à ses devoirs de surveillance que D... a pu s'emparer de l'arme avec laquelle il a frappé, qu'il a pu en rester détenteur et qu'il a pu exercer des violences contre sa victime ;

« Attendu qu'il est en outre manifeste que, en admettant même qu'A... n'ait pu éviter le premier coup porté à Mme D..., sa surveillance, si elle avait été sérieusement exercée, aurait certainement eu pour effet et de soustraire Mme D... aux coups répétés de son mari et de paralyser la fureur de l'aliéné ;

« Attendu qu'il apparaît ainsi péremptoirement qu'A... a été, par sa négligence, la cause des blessures reçues par Mme D... »

©BIUM

En ce qui concerne l'application de la peine, le tribunal a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte de l'âge et de la situation du prévenu, du rôle difficile qu'il avait été appelé à remplir, pour lequel il n'était que peu ou pas préparé et dont il ne pouvait pas entrevoir toutes les responsabilités. Et c'est pourquoi il l'a condamné simplement à 100 francs d'amende.

Mais par contre il a fixé à 36,000 francs le préjudice causé dans la circonstance à Mme D... par son mari, car, ajoute-t-il, *in fine*, dans son jugement, il faut prendre en considération, pour la fixation des dommages-intérêts, le danger que présente le traitement des aliénés, dangereux même pour ceux qui les soignent, l'aléa que présente nécessairement l'exécution complète d'une surveillance étroite, les rapports des aliénés avec les membres de leur famille et la difficulté de concilier la liberté des entretiens avec une garde sévère.

Le directeur de la maison de X... a été déclaré civilement responsable des réparations pécuniaires qui incombent à son préposé, l'infirmier A...

Brutalités contre un aliéné. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mercredi 25 février 1914) :

M. Richard Lyons, remisier à la Bourse, avait été enfermé dans un asile d'aliénés d'Epinay pour mégalomanie, quand, le 14 juillet dernier, il tenta de s'évader.

Rattrapé par les infirmiers Maurice Mergey et Ildebert Lefebvre, le malheureux fut odieusement brutalisé. Le concierge Pierre Hervé, qui avait rejoint le groupe, aida ses amis à rouer de coups M. Lyons.

Le docteur Le Roy des Barres survint et voulut décider le fou à monter dans son automobile, mais il ne réussit pas à le persuader de l'opportunité de ce retour. Ce fut le prétexte de nouveaux coups et de nouvelles violences particulièrement cruelles. Comme une passante, Mme Walbeck, protestait, elle fut giflée par Mergey, et pendant ce temps on portait le malade dans la voiture, où il était piétiné par les infirmiers.

Le surlendemain, M. Lyons se pendait.

La 9e chambre correctionnelle du tribunal de la Seine a condamné Mergey à un an de prison, Hervé à six mois de la même peine et Lefebvre, par défaut, à huit mois de prison.

Un satyre. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du dimanche 22 février 1914) :

La cour d'assises de Seine-et-Oise a condamné hier à six ans de réclusion un verrier italien, Pascal Frateroli, âgé de dix-neuf ans, qui, le 13 novembre dernier, s'était, au Bas-Meudon, livré à d'odieuses violences sur une enfant de cinq ans, Angèle Serrone. Le docteur Colin, médecin aliéniste, avait conclu à l'entière responsabilité de l'accusé.

©BIUM

Le cas de Georgesco. — Sur la plainte d'un commerçant qui, pour un achat de 275 francs, avait reçu en payement un billet américain périmé de 50 dollars, deux individus étaient récemment arrêtés : Frédéric Helle, garçon de café, et le Roumain Georgesco, dit prince de Cantacuzène. Le premier fit des aveux. Il lui était difficile, du reste, d'agir autrement : on avait trouvé sur lui d'autres billets américains également périmés. Quant à Georgesco, son attitude fut telle que le juge d'instruction n'hésita pas à le faire examiner par le docteur Claude, qui, sur son cas, rédigea un rapport dont voici un passage curieux :

« Georgesco a mené une existence particulièrement aventureuse. Après avoir englouti sa fortune, s'élevant à plusieurs millions, il a commis un peu partout les délits les plus variés, mais a toujours été acquitté à raison de son état mental. Il eut alors l'idée de gagner sa vie en faisant des conférences sur sa propre folie. C'est ainsi qu'il réussit à se faire présenter au professeur Lombroso qui le recommanda à des journalistes et à des impresarii...

« Georgesco, continue l'expert aliéniste, est ambitieux, prétentieux et hâbleur... Il est persuadé qu'à raison de ses tares physiques il a droit à l'impunité et qu'il est couvert par une sorte d'immunité naturelle... Il parle constamment de ses idées géniales qui devaient lui assurer la célébrité et la fortune.

Bref, Georgesco présente un état anormal qui ne permet pas de le considérer comme entièrement responsable. »

Georgesco bénéficia donc d'un non-lieu et Frédéric Helle, qu'avait défendu Me Le Breton, a été condamné hier, par la onzième chambre correctionnelle, à dix-huit mois de prison et cinq ans d'interdiction de séjour. (*Le Temps*, numéro du lundi 23 mars 1914.)

Un escroc déclaré irresponsable. — On écrit d'Abbeville au *Petit Journal* (numéro du jeudi 9 avril 1914) :

Wolf, dit Novi, qui, à la fin de décembre dernier, tentait d'escroquer 40.000 francs à la succursale de la Société Générale d'Abbeville en présentant à l'encaissement un faux chèque qu'il disait émaner de M. d'Applaincourt, propriétaire de la Bourse des timbres à Paris, a comparu, hier, pour la seconde fois, devant le tribunal correctionnel.

On se souvient que Me Bouye, son avocat, avait obtenu que son client soit examiné par le Dr Charon, médecin aliéniste.

Adoptant les conclusions du rapport de ce spécialiste, le tribunal a déclaré Wolf irresponsable et a prononcé son internement à l'asile d'aliénés de Dury.

©BIUM

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Dans l'Afrique occidentale. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 18 mars 1914) :

L'Institut colonial de Marseille ayant attiré l'attention de M. Ponty, gouverneur général de l'Afrique occidentale, sur l'intérêt qu'il y aurait à favoriser dans la colonie le commerce des boissons hygiéniques, M. Ponty lui a adressé, le 20 février, la réponse suivante :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que les mesures déjà prises ou sur le point d'être réalisées par mon administration dans le but d'enrayer les ravages de l'alcoolisme concernent exclusivement l'importation et le commerce des spiritueux, et j'ai tout lieu de penser que, loin d'entraver l'importation des boissons hygiéniques dans nos colonies africaines, elles sont plutôt appelées à en favoriser et à en généraliser la consommation en amenant les indigènes à remplacer par ces boissons les spiritueux dont l'usage va leur être rendu de plus en plus difficile.

« Le relèvement considérable des droits d'importation applicables aux boissons alcooliques, le contrôle de la qualité de ces boissons à l'entrée, les pénalités extrêmement rigoureuses édictées contre ceux qui mettront en vente ou seront trouvés détenteurs de boissons nocives, l'interdiction de la vente de l'absinthe aux indigènes, la constitution de zones d'interdiction absolue de l'alcool sont autant de mesures en partie réalisées déjà, qui limiteront sensiblement les progrès de l'alcoolisme et étendront par voie de conséquence le débouché offert en Afrique occidentale aux boissons hygiéniques, et notamment aux vins de France.

« J'ajoute que le programme des moyens de défense anti-alcoolique arrêté par le Conseil de gouvernement de l'Afrique occidentale française dans sa session de novembre dernier prévoit certaines mesures destinées à faire plus directement bénéficier d'un régime de faveur le commerce des vins, cidres et bières dont nous ne pouvons que souhaiter le développement. Dans cet ordre d'idées, le Conseil de gouvernement s'est montré entièrement favorable à l'institution de tarifs de contre-pénétration rendant applicables des taxes de transport très élevées aux alcools sur nos chemins de fer et sur nos lignes de navigation fluviale et comportant au contraire pour les boissons hygiéniques une taxation réduite. Je suis enfin tout disposé à examiner, lors de la revision envisagée de notre régime des licences, la possibilité d'instituer la licence spéciale dont vous

©BIUM

préconisez la création pour la vente des vins, des cidres et des bières.

« Veuillez agréer, etc.

« W. PONTY. »

A Madagascar. — On lit dans *Le Temps* (numéro du 7 avril 1914) :

Le gouverneur général de Madagascar a pris récemment un arrêté limitant le nombre des débits de boissons dans la colonie. En voici les dispositions éventuelles :

Aucun débit ne peut être ouvert dans les agglomérations dont la population européenne (calculée à l'exclusion des Africains et Asiatiques) n'atteint pas 20 individus.

Dans les agglomérations où la population européenne atteint le nombre de 20 individus, il sera autorisé un débit si la population globale n'atteint pas ou égale 500 personnes.

Si la population globale dépasse 500 personnes, il pourra être autorisé un débit par 500 habitants. Toute fraction en sus égale à 300 sera comptée pour 500.

Si la population européenne atteint ou dépasse le quart de la population globale, indépendamment des débits calculés d'après la population globale, il pourra être autorisé un nombre supplémentaire de débits calculés à raison d'un débit par 200 Européens.

Toutefois, à titre exceptionnel, il pourra être autorisé, par décision du gouverneur général en conseil d'administration, l'ouverture d'un débit dans les lieux de passage particulièrement fréquentés par les Européens, quel que soit le chiffre de la population européenne permanente.

Ces dispositions ne sont pas applicables à la ville de Tananarive. Les autorisations d'ouvrir dans la ville de Tananarive seront délivrées par l'administrateur-maire, sauf approbation du gouverneur général.

Par mesure transitoire, les détenteurs actuels de licences de détail provenant de la transformation de licences de demi-gros pourront être autorisés à exercer leur commerce jusqu'au 31 décembre 1914 au lieu où ils sont actuellement établis, quels que soient la population et le nombre des débits déjà existants.

Contre l'alcoolisme dans les établissements industriels. — Le ministre du Travail vient de faire signer un décret qui ordonne des prescriptions pour protéger, contre l'alcoolisme, les travailleurs.

Dans le rapport qui précède le décret, M. Albert Métin fait observer qu'en ce qui concerne les travailleurs employés dans les établissements industriels et commerciaux, dont la protection incombe plus particulièrement à son département, l'usage des

©BIUM

boissons alcooliques a des conséquences particulièrement funestes : il rend ces travailleurs plus sensibles à l'action des matières irritantes ou toxiques qu'ils mettent en œuvre, des poussières, gaz et vapeurs qui se dégagent dans les locaux de travail : il enlève à leurs mouvements la précision et la sûreté nécessaires pour éviter les accidents. Enfin, la présence, dans les ateliers, d'individus en état d'ébriété, peut faire courir de graves dangers non seulement à ces individus eux-mêmes, mais aussi aux travailleurs qui les entourent.

Le nouveau décret interdit en principe l'introduction, dans les établissements industriels, de toute boisson alcoolique destinée à la consommation du personnel de ces établissements. Echappent seules à cette interdiction les boissons alcooliques hygiéniques, à savoir les vins, cidres, poirés, hydromels, bières. Quant aux boissons non alcooliques, dont l'usage est fréquent dans certains ateliers, comme le thé, le café, les sirops, le coco, etc., leur introduction reste naturellement autorisée.

Les termes dans lesquels est conçue l'interdiction sont d'ailleurs très généraux : elle s'applique non seulement aux ouvriers, mais aussi aux tiers que le patron aurait pu autoriser à tenir des cantines ou à venir vendre des boissons à l'intérieur des établissements. Elle s'applique au patron lui-même s'il distribue gratuitement des boissons alcooliques non hygiéniques à ses ouvriers ; quant à la vente de telles boissons par le patron, elle est interdite.

Enfin il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les établissements industriels non pas seulement les ouvriers, mais toutes les personnes en état d'ivresse.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIUM

La question de l'opium en Nouvelle-Calédonie. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 4 mars 1914) :

L'usage de l'opium se répand à la Nouvelle-Calédonie parmi les Européens comme parmi les indigènes, et cela avec une telle rapidité que le gouverneur, d'accord avec le Conseil général de la colonie, a dû solliciter l'intervention du Gouvernement métropolitain pour enrayer un mal chaque jour plus dangereux.

En conséquence, un décret du 24 février 1914 réserve aux seuls pharmaciens le droit d'introduire et de détenir à la Nouvelle-Calédonie l'opium destiné à un usage thérapeutique. Des poursuites judiciaires pourront désormais être intentées contre ceux qui enfreindront cette nouvelle réglementation.

Arrestations de vendeurs de cocaïne et de morphine. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du dimanche 22 février 1914) :

©BIUM

Des inspecteurs de police ont arrêté, hier, et mis à la disposition du commissaire de police du quartier Saint-Georges, Honoré Malaussena, âgé de trente-neuf ans, né à Nice, garçon de restaurant, demeurant en garni rue Pigalle, et Louis-Vincent Desribes, représentant en photographie demeurant rue de l'Ecluse. Ils vendaient de la cocaïne dans les établissements de Montmartre et la police les surveillait depuis longtemps.

— Dans un bar de la rue de Douai, la nuit dernière, le sous-brigadier Boudon et l'inspecteur Le Pottier ont arrêté deux individus qui vendaient de l'opium, de la morphine et de la cocaïne. Ce sont Marcel Braun, âgé de vingt-quatre ans, camelot, demeurant 180, rue de Crimée, et Victor Morlat, âgé de vingt-deux ans, demeurant 27, boulevard Saint-Marcel. Tous deux ont été envoyés au Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 12 mars 1914.)

— On télégraphie de Marseille au *Petit Journal* (numéro du lundi 9 mars 1914) :

Le commissariat spécial a arrêté aujourd'hui deux trafiquants d'opium, nommés Soulairolle et Moulle, qui approvisionnaient les fumeries de la Côte-d'Azur. Ils avaient caché une forte quantité de la drogue dans une grande pèlerine qu'ils avaient déposée dans une chambre occupée par un complice à l'hôtel du Centre.

Soulairolle et Moulle sont deux récidivistes bien connus de la police; ils étaient en possession de divers objets à l'usage des fumeurs d'opium.

— M. Lefils, commissaire de police du quartier Clignancourt, a arrêté, la nuit dernière, un jeune chasseur, âgé de dix-huit ans, Maurice Zantberg, Russe d'origine, qui, employé dans un café de nuit de Montmartre, se créait de coquets mais illicites revenus en vendant clandestinement de la cocaïne aux habitués de l'établissement.

C'est ainsi que l'autre soir il céda douze paquets de la funeste drogue à un ancien colonial, M. Alexandre Lang, demeurant à Grignon, qui, sans se douter du danger par lui couru, absorba sur-le-champ, par le nez et par la bouche, le contenu de dix paquets, soit 5 grammes du terrible produit.

Les effets du poison ne se firent pas attendre. Se sentant malade, M. Lang alla louer, dans un hôtel du boulevard Rochechouart, une chambre d'où le logeur entendit bientôt s'échapper des gémissements et des râles. Le commerçant pénétra dans la pièce et découvrit son hôte étendu inerte sur le lit, la face congestionnée et l'écume aux lèvres.

En toute hâte, il prévint la police. M. Lang fut conduit à l'hôpital Lariboisière, et, grâce à une saignée immédiatement pratiquée, il put être rappelé à la vie. C'est alors qu'interrogé

©BIUM

par M. Lefils, le malade dénonça Zantberg comme étant celui qui lui avait vendu le néfaste alcaloïde.

Sans tarder, le magistrat se rendit à l'établissement de Montmartre et procéda à l'arrestation du délinquant qui, trouvé porteur de nombreux paquets de « coco », prit le chemin du Dépôt. Une perquisition, opérée au domicile de l'inculpé, 47, rue Fontaine, a fait également découvrir une dose considérable de cocaïne, réserve du trafiquant. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 10 mars 1914.)

Une fumerie d'opium à Berlin. — La police a découvert, à Berlin, un établissement dirigé par un Chinois nommé Tsé, et qui, sous les apparences d'un salon de thé, cachait une fumerie d'opium parfaitement organisée et que fréquentaient de nombreux habitués.

Devant les tribunaux. — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 21 février 1914) :

Il y a trois mois environ, une descente de police était opérée non loin de la porte Dauphine, dans une élégante fumerie d'opium, et hier celle qui présidait aux « fumeries », Mme Marie Lassalle, était poursuivie, devant la 10e chambre correctionnelle, pour infraction aux dispositions du décret du 12 octobre 1908 et de la loi du 23 juillet 1893, qui punissent la détention et l'emploi prohibé de l'opium.

Après plaidoirie de Me Chatenet, Mme Marie Lassalle a été condamnée à 600 francs d'amende et a obtenu qu'on lui restituât quelques-unes des pipes saisies, certaines d'entre elles étant de grand prix.

— On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 5 avril 1914) :

Le tribunal correctionnel de Brest a statué, hier, sur deux affaires de fumeries d'opium. Dans la première, se trouvaient impliqués un pharmacien, M. Paul Passerat; une demi-mondaine, Mlle Emilie Pérès, dite Arlette la Blonde, et une logeuse en garni, Mme Brébant. Il a condamné le pharmacien à deux mois de prison et 1.000 francs d'amende; la demi-mondaine, à un mois de prison et 300 francs d'amende, et la logeuse à quarante jours de prison et 400 francs d'amende, avec sursis pour les peines d'emprisonnement.

Dans la seconde affaire, le tribunal a infligé un mois de prison avec sursis et 200 francs d'amende à Mlle Louise Laborde, autre demi-mondaine. Le parquet a relevé appel *a minima*.

FAITS DIVERS

Officier victime de l'éther. — On télégraphie de Montpellier au *Temps* (numéro du vendredi 6 mars 1914) :

Le lieutenant Maillol, du 1er hussards, rencontrait mardi

soir deux femmes, connues sous le nom de « la Joconde » et « Jojo », à qui il proposa de se griser à l'éther. Les femmes acceptèrent. L'officier les conduisit dans une chambre d'hôtel. Vers 2 heures du matin, les deux femmes, ne voulant pas se griser complètement, demandèrent au lieutenant de cesser ce jeu dangereux. L'officier refusa. Les deux femmes le quittèrent et allèrent passer la nuit dans une chambre voisine où elles s'endormirent profondément. A leur réveil, hier matin, vers 10 heures, elles pénétrèrent dans la chambre de l'officier. Celui-ci était étendu sur son lit, le visage contracté, les mains crispées ; il ne donnait plus signe de vie. A leur appel, on accourut. Le médecin du régiment ne put que constater le décès.

Le corps du lieutenant Maillol a été déposé à l'hôpital mixte en attendant d'être transporté à Toulouse où habite sa famille.

Explorateur atteint de folie. — On mande de Melbourne que l'opérateur de télégraphie sans fil Jeffrey, revenu récemment de l'Antarctique avec le Dr Mawson, a été interné dans un asile d'aliénés. Il errait dans les bois, depuis six jours, sans prendre de nourriture.

Un chirurgien devient fou. — L'asile d'aliénés Saint-Denis, situé aux environs de Copenhague, a été hier, dans la soirée, le théâtre d'une scène macabre. Le corps d'un pensionnaire récemment décédé avait été porté à l'amphithéâtre, et le chirurgien attaché à l'asile se disposait à pratiquer l'autopsie, quand l'homme que l'on croyait mort se dressa tout d'un coup et se mit à injurier violemment le chirurgien, qui appela à l'aide ; les infirmiers arrivèrent aussitôt, mais saisis d'effroi, se sauvèrent à la vue de ce « mort-vivant » ; ce dernier, sans perdre de temps, sauta à bas de la table d'opération et sortit de la pièce en fermant la porte à clef. On vint peu après délivrer le chirurgien ; cette scène l'avait rendu fou, et on dut l'enfermer.

On a retrouvé le « mort-vivant » ; c'était un aliéné qui s'était substitué au véritable défunt dans l'intention de s'évader de l'asile. (*Le Temps*, numéro du mardi 31 mars 1914.)

XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Luxembourg, 3-7 *août* 1914.

Le XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Luxembourg, du 3 au 7 août 1914, sous la présidence du Dr E. Dupré,

Travaux scientifiques. — I. *Rapports* et discussions sur les questions à l'ordre du jour :

©BIUM

a) Dr Delmas. *Les psychoses post-oniriques.*
b) Dr Coulonju. *Les maladies mentales professionnelles.*
c) Dr Roussy. *Les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.*

II. Communications originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

Excursions. — Pendant le Congrès, on visitera l'établissement thermal de Mondorf-les-Bains, l'asile d'aliénés d'Ettelbruck (maison de santé de l'Etat), et il sera organisé une excursion automobile qui permettra de voir les principales curiosités du Grand-Duché de Luxembourg. Après la clôture des travaux du Congrès, on terminera par un voyage circulaire facultatif de quatre jours par Metz, Mayence, la vallée du Rhin (en bateau à vapeur), jusqu'à Cologne et retour par la vallée de la Moselle.

Le programme détaillé sera envoyé ultérieurement aux congressistes.

Renseigements généraux. — Le Congrès comprend :

1° Des *membres adhérents;*

2° Des *membres associés* (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 *francs pour les membres adhérents et de* 10 *francs pour les membres associés.*

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 p. 100 sur le prix des billets ordinaires, avec validité du 25 juillet au 20 août, sera demandée sur tous les réseaux des chemins de fer français.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations au Dr Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

CBIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie

LA PSYCHOLOGIE SCIENTIFIQUE

ET LES ŒUVRES LITTÉRAIRES

Par R. MOURGUE

Ce fut, à la fin du siècle dernier, ainsi que l'a fort bien montré M. Rauh dans son livre *De la méthode dans la psychologie des sentiments* (1), une idée prédominante, on pourrait presque dire une mode, de croire qu'il n'y avait de véritablement scientifique que la psychologie de laboratoire et en particulier la psycho-physiologie. Telle ne fut pas cependant l'étroitesse d'esprit de quelques-uns des précurseurs de la psychologie d'aujourd'hui, parmi lesquels nous pourrions citer Auguste Comte, Taine, et enfin le disciple d'Herbart, Nahlowsky,

(1) Paris, Alcan, 1899.

©BIUM

dont nous voudrions examiner la déclaration suivante : « Les œuvres littéraires, a-t-il écrit, servent aux psychologues comme les préparations anatomiques aux physiologistes. »

Il ne sera pas inutile, tout d'abord, de préciser ce que la formule de Nahlowsky a d'imprécis et de vague. C'est ainsi que nous nous demanderons successivement ce qu'il faut entendre par *œuvres littéraires* et s'il ne serait pas possible d'esquisser, à ce sujet, une classification à l'usage du psychologue. Nous essayerons ensuite de voir si la comparaison de Nahlowsky est exacte et dans quel sens il faut l'entendre ; nous entrerons par là au cœur de la question, c'est-à-dire nous examinerons quelle doit être l'attitude du psychologue en face des documents littéraires. Nous pourrions enfin nous demander, en dernier lieu, quels sont les résultats que nous offre la psychologie contemporaine sur ce point précis ; mais c'est une question que nous laisserons en partie de côté, parce qu'il n'est évidemment pas possible de la traiter, nous dirions même de l'esquisser, dans les limites d'un simple article. Nous nous contenterons de donner quelques exemples.

Qu'est-ce donc qu'une *œuvre littéraire*? La question peut paraître superflue au premier abord ; elle ne l'est pas, si nous voulons nous rendre compte de l'exactitude de la comparaison que nous avons rappelée plus haut. Si nous nous adressons au sens commun, il va sans dire que l'œuvre qualifiée de *littéraire* est celle susceptible de provoquer en nous l'émotion esthétique, quelle que soit la modalité de cette dernière. Il faut ajouter, pour être plus précis, qu'on désigne du qualificatif de *littéraire* celle qui, dans l'esprit de l'auteur (on le suppose du moins), est destinée à produire cette émotion. Voilà le sens restreint du mot, et il n'est nul besoin ici de donner des exemples qui sont présents à l'esprit de tous.

Cependant le caractère de *puissance émotionnelle*, si nous pouvons nous exprimer ainsi, n'est pas le seul qui entre dans le concept d'œuvre littéraire. Nous lui attribuons aussi un caractère intellectuel, autrement dit, nous ne supposons jamais absent, même dans les œuvres les plus fantaisistes, le souci de la recherche d'une certaine vérité. Mais ce qui différencie la connaissance ainsi acquise de la connaissance scientifique, c'est qu'elle n'est pas transmissible par voie de raisonnement et qu'elle ne pratique généralement pas une méthode clairement définie, ce qui, d'ailleurs, ne signifie pas l'absence de méthode, ainsi que nous le verrons. Inutile d'ajouter que les deux caractères que nous venons de distinguer dans un document littéraire, nous ne les séparons que pour les besoins de l'analyse et que tantôt l'un, tantôt l'autre prédomine; c'est ainsi que l'on qualifie certaines pièces de théâtre de *pièces à thèse*, parce que le souci de la preuve (qui ressort d'ailleurs généralement de la logique des sentiments) y est prédominant, tandis que le rôle des facultés discursives de l'esprit *paraît* réduit au minimum dans telle description d'états psychologiques ou d'objets inanimés. Nous faisons donc abstraction, dans la caractéristique de l'œuvre littéraire, du fait que c'est tantôt l'auteur lui-même qui se met en scène, de façon explicite, tantôt un personnage auquel il attribue tels ou tels états psychologiques.

Ainsi, pour nous résumer : 1° intention de provoquer l'émotion esthétique; 2° désir de la recherche du vrai (quelle que soit sa nature, scientifique, métaphysique, morale, sociale ou religieuse), tels sont les deux caractères qui nous paraissent communs à ce qu'on est convenu d'appeler les documents littéraires.

Par suite, nous sommes amenés à distinguer, parmi ceux-ci, deux groupes, selon que l'un ou l'autre de ces caractères est prédominant. Dans le premier, nous

©BIUM

ferons entrer ce qu'on appelle communément les genres littéraires (tragédie, comédie, roman, poésie, etc.), avec toutes leurs modalités.

Dans le second, nous classerons un groupe d'œuvres, qui, à notre avis, doit fournir les matériaux les plus utiles au psychologue et qui, généralement, intéressent beaucoup moins le critique littéraire. Ce sont les mémoires, surtout les autobiographies (autobiographies de savants, d'artistes, d'hommes d'action), les ouvrages religieux, qui ont tantôt le caractère de simples descriptions psychologiques (autobiographies de mystiques, tel *Le château intérieur de sainte Thérèse*), tantôt un but pratique, mais qui n'en sont pas moins instructifs (*Introduction à la vie dévote* de saint François de Sales, *Exercices spirituels* d'Ignace de Loyola). C'est ainsi qu'à propos du problème de la pensée sans images, qui a fait l'objet de nombreux travaux de l'école de Würzbourg, Ribot a montré récemment quel puissant intérêt présentaient les œuvres des mystiques : « Leurs confessions, écrit-il, sont plus instructives et beaucoup plus riches en documents que les écrits des psychologues professionnels (1). »

Dans cette catégorie de documents littéraires, nous ferons encore entrer ceux qu'on appelle les *moralistes* et qui ont pratiqué l'observation intérieure, ou ce qu'on appelle vulgairement l'examen de conscience (Montaigne, Pascal, Vauvenargues, etc.). Ajoutons, enfin, que le psychologue, même si le sujet de son étude est le sentiment esthétique, ne doit pas s'en tenir, bien entendu, à l'une ou l'autre classe de documents ; le champ de son investigation ne doit pas se limiter aux auteurs normaux, mais s'étendre, par exemple, aux productions littéraires des psychopathes ou de ceux que le

(1) *Revue philosophique*, juillet 1913, p. 63.

professeur Grasset a appelés des *demi-fous* (1) et qu'on a souvent désigné du terme de génies morbides. Entre les deux, nous pourrons placer les confessions ou autobiographies d'individus anormaux au point de vue physiologique, mais sains d'esprits (Mémoires d'Hellen Keller qui, on le sait, était sourde, muette et aveugle de naissance).

Après avoir essayé de préciser ce qu'il faut entendre par *œuvres littéraires*, demandons-nous maintenant s'il est vrai qu'elles puissent « servir au psychologue comme les préparations anatomiques au physiologiste » ; et, tout d'abord, que signifie cette comparaison?

L'ancêtre de la physiologie moderne, *Haller*, disait de cette dernière qu'elle était une anatomie animée (*anatomia animata*); mais on sait aujourd'hui que l'unité anatomique ne correspond pas nécessairement toujours à l'unité de la fonction (Recherches sur le système nerveux); et, en fait, certaines grandes découvertes physiologiques (telle que la fonction glycogénique du foie) doivent fort peu à l'anatomie. Ceci n'a d'ailleurs rien d'absolu. Cependant, en accordant à la phrase de Nahlowsky le sens symbolique que lui-même a voulu lui donner, les œuvres littéraires, extériorisées de la conscience de leur auteur, ressemblent à des corps morts, à des pièces anatomiques. De même que la structure organique peut servir de point de départ au physiologiste pour rechercher la fonction de tel ou tel organe, de même le psychologue peut prendre comme point de départ telle ou telle hypothèse, avancée sans preuves par un littérateur, et la soumettre à l'examen des

(1) Nous nous servons de cette expression, qui a donné lieu à tant de critiques, faute d'un meilleur terme; il est inutile de rappeler qu'en psychiatrie le terme de *folie* a un sens relativement restreint, qui est loin de s'appliquer à tous ceux que M. le professeur Grasset veut désigner sous le vocable de *demi-fous*.

©BIUM

méthodes qui lui sont propres. Pour continuer notre comparaison biologique (qui n'a évidemment pas d'autre valeur que celle d'une comparaison commode), l'un et l'autre pourront pratiquer l'expérimentation sur le vivant. Cependant, le problème posé dans ces termes est évidemment inexact, parce que trop simple.

Les psychologues ont, en effet, distingué de tout temps des fonctions simples ou élémentaires de l'esprit et des fonctions complexes. Il va sans dire que nous ne voyons entre les deux aucune hétérogénéité qualitative, considérant cette division, certainement fausse en réalité, comme une simple hypothèse de travail, déterminée par l'état actuel de la science. Étant donnée cette distinction, il va sans dire, si l'on consulte l'état actuel de la psychologie, que rien ne saurait suppléer à la précision des expériences de laboratoire d'un Wundt ou d'un Von Frey sur les sensations, ou d'un Ebbinghaus sur les images. Ici, nous pensons que l'expérimentation scientifiquement dirigée, et elle est possible par suite de la simplicité relative des phénomènes, a une toute autre valeur que l'observation diffuse du littérateur.

Ce n'est pas à dire toutefois que nous devions garder vis-à-vis de ce dernier l'attitude dédaigneuse de quelques hommes de laboratoire ; dans le monde même de la science, il y a plusieurs demeures, et le psychologue ne doit rien négliger de ce qui peut lui être utile. Quels sont donc les véritables motifs qui ont amené beaucoup de psychologues à rejeter le témoignage des littérateurs ? Nous ne croyons pas nous tromper en avançant que la cause de cette hostilité est la défiance extrême à l'égard de l'introspection ; or, Wundt (1) n'a pas hésité à soutenir qu'il fallait absolument bannir de la psychologie l'observation pure. Nous ne rappellerons pas les objec-

(1) *Grundriss der Psychologie*, p. 27.

©BIUM

tions classiques formulées par Auguste Comte contre l'introspection et reprises plus tard par de nombreux auteurs (1) ; elles semblent bien pouvoir se ramener à cette idée très simple que les phénomènes de conscience ne sont pas des objets stables et fixes, comme c'est le cas pour les objets de la perception extérieure.

Mais, si nous sortons de l'étude des phénomènes élémentaires, auxquels nous faisons allusion plus haut (2), il nous semble que ces objections ne sont pas suffisantes pour écarter complètement les matériaux que nous présente la littérature. Prenons, en effet, la deuxième classe d'œuvres littéraires, celles qui mettent au premier plan la description de la vie psychologique de l'auteur, par exemple les autobiographies. Ici, il faudra distinguer deux sortes d'autobiographies : 1° celles qui ont été composées jour par jour (c'est ce qu'on appelle, suivant un terme convenu, *journal* ou *notes intimes*) ; 2° celles qui ont été composées de mémoire. Assurément, ces deux genres d'autobiographie ne peuvent pas du tout être considérées comme d'égale valeur par le psychologue, parce que, dans le second cas, aux erreurs pouvant provenir de l'introspection s'ajoutent des déformations et aussi l'appauvrissement que subissent toutes nos images à mesure que nous vieillis-

(1) Cf. Höffding. *Esquisse d'une psychologie*, trad. Poitevin. Paris, Alcan, 1906, p. 21.

Au sujet des idées d'A. Comte sur la méthode en psychologie, idées qui, pendant longtemps, n'ont pas été comprises, cf. le mémoire remarquable de M. A. Georges. Essai sur le système psychologique d'A. Comte. *Archives d'anthropologie criminelle*, de Lacassagne, 1908, et l'article que nous lui avons consacré in *Lyon universitaire*, février, mars et avril 1909.

(2) Ajoutons que la psychologie étant en voie d'incessante évolution, il peut se faire, quoi qu'en pensent certains philosophes, que les phénomènes les plus complexes (émotions, sentiments, passions, etc.) soient un jour accessibles à l'expérimentation. Ex. : les types imaginatifs étudiés aujourd'hui expérimentalement l'ont été longtemps à l'aide de documents littéraires.

©BIUM

sons, sans parler de la tendance à la *logification*, effet de l'éloignement dans le temps. C'est ce que remarque *Hellen Keller*, au début même de ses mémoires. « Ce n'est pas chose aisée, dit-elle, que d'écrire une autobiographie. Quand j'essaie de classer mes premières impressions, je constate que les faits précis et les rêves de mon imagination, qui se sont enchaînés au cours des années, prennent aujourd'hui, à mes yeux, une égale importance. » (Trad. Huzard, p. 1.) Mais il faut bien dire que cette déclaration elle-même est intéressante et que si nous possédions de la main d'une autre personne, de son institutrice par exemple, la notation aussi exacte que possible de ses moindres faits et gestes, nous aurions un terme de comparaison du plus haut intérêt. A défaut de cette deuxième biographie, dont nous ignorons si elle existe, nous avons ce qu'on pourrait appeler ses exercices d'écriture, puis ses lettres, qui, eux, sont des témoignages objectifs.

Qu'est-ce à dire, sinon que pour l'utilisation d'un document littéraire, le psychologue devra prendre l'attitude de l'historien. Il faudra, en effet, appliquer aux matériaux à utiliser les règles sévères de la critique externe et surtout de la critique interne. A vrai dire, cette dernière ne manquera pas de difficultés, parce qu'ici le document est généralement unique, étant l'extériorisation partielle de la vie psychologique d'un individu.

Les principales règles à observer nous semblent être les suivantes : 1° il faudra essayer de savoir quelle était l'aptitude du sujet à l'introspection. Un mystique est évidemment plus apte à analyser ses états de conscience qu'un homme d'action, tourné surtout vers le monde extérieur ; 2° on devra connaître le degré de culture générale de l'auteur et la nature de cette dernière. C'est un fait constaté par la pratique simpliste des ques-

tionnaires, autrefois si en honneur, que l'on tend à remplacer l'observation pure et simple des faits par une interprétation de ceux-ci à l'aide d'hypothèses parfois inconscientes ; 3° la connaissance parfaite de la langue de l'auteur est indispensable. Si nous nous rappelons que, même actuellement, les psychologues ne s'entendent pas toujours sur la nomenclature psychologique dont pas une seule expression n'est peut-être exacte, à plus forte raison faudra-t-il user d'une extrême prudence lorsqu'il s'agit d'auteurs ayant écrit à une époque relativement éloignée de la nôtre. A ce propos, remarquons aussi que la pauvreté du langage, dont les littérateurs se sont souvent plaints peut être une source de difficultés (question de l'érotisme des mystiques). Tous les mystiques se sont plaints de ne pouvoir disposer que du « pauvre langage humain », comme dit Angèle de Foligno. Aussi faudra-t-il se défier grandement des traductions de mémoires d'auteurs étrangers.

Remarquons toutefois que « s'il nous arrive souvent d'employer un seul et même mot (par exemple celui de *sentiment*) pour désigner aussi bien un élément particulier qu'un état d'ensemble où les éléments de cette espèce dominent, cela n'emportera aucune difficulté, puisque le contexte montre en quel sens le mot est employé ». (*Hoffding*, loc. citat., p. 25.)

A ce propos, remarquons que le document littéraire nous offre un avantage tout particulier : celui de nous fournir, comme un schéma, souvent très imparfait il est vrai, de ce que *W. James* a appelé le « *courant de la conscience* ». Ainsi qu'on l'a fait remarquer, avec raison, « la véritable expérience n'est pas en psychologie celle que l'on institue, c'est celle que l'on surprend » (Rauh, loc. cit., p. 21). Assurément ce ne sera jamais qu'un schéma de la vie intérieure que nous donneront les poètes les plus subtils ou les autobiographes les plus

©BIUM

sagaces ; et le rôle de notre pensée sera de fabriquer avec les mots discontinus une continuité. Cependant, il ne faut pas oublier que le schématisme est une condition nécessaire de toute science, et que, dans tous les cas, lorsqu'il s'agit des phénomènes complexes de la conscience, « on peut douter, comme le dit Rauh, qu'il y ait lieu de préférer à une analyse fine et profonde de soi-même une réponse élémentaire faite à un questionnaire nécessairement grossier ». (*Ibid.*)

D'autre part, comme l'a fait remarquer le même auteur, les œuvres littéraires ne nous fournissent pas des données exclusivement personnelles, comme on pourrait le croire au premier abord : « Elles sont, tout au contraire, comme le résidu, inconsciemment emmagasiné dans le cours d'une existence, d'observations continues faites sur soi-même ou sur autrui. Observations sous lesquelles on ne pourrait toujours mettre un nom (quoique cela se puisse quelquefois), mais d'autant plus sûres, car de ce résidu commun les contradictions s'éliminent naturellement. L'*experientia vaga* aboutit ainsi à une riche synthèse que l'expérimentation mutile et qu'elle ne peut reconstituer. Peut-être faut-il la laisser faire en nous son œuvre inconsciente, au lieu de l'interrompre par une recherche méthodique, maladroitement précise? A supposer même qu'elle dût toujours être précisée par des procédés plus exacts, au moins est-elle des vérités psychologiques un premier débrouillement nécessaire ». (*Ibid.*, p. 21.)

On peut même dire que certains romanciers sont arrivés à une exactitude dans leurs descriptions, qui fait de leurs œuvres des documents que le psychologue peut consulter avec fruit. Nous pensons aux romanciers qui ont essayé de suivre surtout l'observation dans leurs récits et de faire la part la plus restreinte à l'imagination : « Rien ne m'a réussi, dit le romancier russe

Gogol (1), que ce que j'ai demandé à la réalité, aux données que j'avais acquises. Je n'ai su deviner l'homme qu'après avoir eu l'occasion d'observer les mouvements les plus déliés de son être intérieur. J'avais besoin pour travailler d'infiniment plus de matériaux que tout autre, parce qu'il suffisait que j'eusse omis quelques détails pour que le faux saillît de ma peinture... Mon imagination n'a pas créé une seule chose s'accordant avec mon sentiment de la nature. »

Tout le monde connaît aussi la finesse des analyses de Stendhal. Taine, dans ses études inachevées sur la volonté, publiées en 1900 par la *Revue philosophique*, t. II, cite à tout instant certains épisodes de *La Chartreuse de Parme*, et de cette autre œuvre également connue *Le Rouge et le Noir*, pour montrer la différence de réactions produites par l'image ou l'idée abstraite.

C'est aussi la *psychologie de réaction* qui fait le grand intérêt de la tragédie classique où les états de conscience des personnages sont au premier plan, excepté chez Corneille, où toute la psychologie se réduit à ce qu'on a appelé les *représentations dynamogéniques*, ce qui a fait qualifier cette psychologie de simpliste.

Prenons, au contraire, Racine, qui, comme on l'a dit, « a mis la langue la plus vigoureuse au service de la plus pénétrante psychologie (2) ». Nous y trouvons, par exemple, entre autres choses, une analyse très intéressante de la façon dont se résolvent les cas de conscience (4e acte d'*Andromaque*) et une description de l'état neurasthénique ou plutôt psychasthénique dans *Phèdre*, qui est tout à fait remarquable.

---

(1) Cité par O. Lourié. *La psychologie des romanciers russes du XIXe siècle*, Paris, Alcan, 1905.

(2) Ruyssen. *Evolution psychologique du jugement*, Paris, Alcan, 1904, p. 220.

©BIUM

Si nous avions, maintenant, à entrer dans le domaine de la psychologie pathologique, il serait facile de montrer le nombre considérable de documents que les œuvres littéraires offrent aux psychologues, et qui, on le sait, ont été souvent utilisés par ces derniers, quoique pas toujours avec un sens critique suffisant, car l'œuvre littéraire ne doit être utilisée ou, plus précisément, interprétée qu'après avoir subi l'épreuve de la critique historique. Ainsi une grave erreur dans laquelle on risque de tomber, si on n'y prend garde, consiste à se méprendre sur ce qui, chez certains auteurs, comme Ibsen, n'est que symbole. M. Régis a indiqué cette difficulté dans son opuscule : *La folie dans l'art dramatique* (1).

A ce point de vue, l'étude bien connue du Professeur Régis sur J.-J. Rousseau est typique, à tel point que nous lui avons vu faire le contrôle d'un passage des *Rêveries d'un promeneur solitaire* au lit même d'un malade (2).

Mais, dira-t-on, n'est-ce pas un point de vue artificiel que de considérer une œuvre littéraire comme si elle était indépendante du milieu social où elle a pris naissance ? N'est-ce pas un postulat de l'utilisation des œuvres littéraires par le psychologue, que ce dernier considère l'existence d'une vie psychologique dont les lois élémentaires sont les mêmes quels que soient les temps et les lieux ? Assurément, il est trop évident que le milieu social agit de façon très nette sur nombre d'états de conscience, et il est inutile de citer ici des exemples ;

(1) Cf. Discours prononcé à la séance d'ouverture du Congrès des aliénistes et neurologistes de Grenoble (1er août 1902). Tirage à part, Grenoble, Allier, 1903, p. 26.

(2) Il s'agissait des prodromes de la démence sénile. Cf. le passage cité in : *Précis de psychiatrie*, 5e édition, Paris, Doin, 1914, p. 541.

©BIUM

ce sera justement un service que les œuvres littéraires pourront rendre au psychologue. A condition que ce dernier applique les règles de critique esquissées plus haut, les œuvres littéraires, surtout en ce qui concerne le passé, pourront nous montrer l'influence du milieu social sur la vie psychologique individuelle. Que ce soit là un travail d'une extrême difficulté, surtout dans l'état actuel de la sociologie, personne ne le niera; mais cela montre encore une fois l'intérêt que peuvent présenter les documents littéraires. Dans le travail que nous citons plus haut, M. Régis nous montre que, « d'une façon générale, les tragiques grecs ont surtout peint la folie hallucinatoire, avec visions terrifiantes, impulsions homicides et amnésie, c'est-à-dire la folie des intoxications ; que Shakespeare, plus varié, a mis en scène à la fois la psychose, sous la forme agitée et confuse, et la névrose, sous la forme de neurasthénie pessimiste et d'obsession somnambulique hystérique ; — que Ibsen, enfin, a composé une véritable galerie, non pas de fous, mais d'anormaux, répondant aux principaux types de la dégénérescence mentale (1) ».

C'est ce qu'avait admirablement vu Auguste Comte, qu'on représentait jadis, sans le lire, comme un adepte exclusif des théories hasardeuses de Gall. Voici, en effet, ce qu'il dit, dans le langage à la mode de son époque : « Pour perfectionner ou rectifier l'analyse élémentaire des diverses facultés cérébrales, il serait, je crois, fort utile d'ajouter, à l'observation générale de l'homme et de la société, une judicieuse appréciation physiologique des cas individuels les plus prononcés *en considérant surtout le passé*... Si, par exemple, de telles monographies avaient été préalablement entreprises à l'égard des principaux géomètres, elles auraient

(1) Cf. *Ibid.*, p. 30.

©BIUM

vraisemblablement prévenu l'aberration grossière que je viens de signaler, en montrant avec la dernière évidence que ce qu'on nomme l'esprit mathématique, loin de constituer aucune aptitude isolée et spéciale, présente toutes les variétés que peut offrir en général l'esprit humain dans tous ses autres exercices quelconques, par les différentes combinaisons des vraies facultés élémentaires. Il en serait de même pour les monographies analogues des plus éminents artistes (1). »

Ainsi, comme nous le rappelions au début, il y aurait grand danger, au nom d'un certain idéal dogmatique, à vouloir enfermer la psychologie dans une formule trop restrictive. On ne peut nier que le progrès d'une science de la nature ne puisse, en partie, se mesurer par l'usage qu'elle est en état de faire de l'expérimentation ; mais, lorsqu'il s'agit d'une discipline encore jeune comme la psychologie, aucun moyen d'information ne saurait lui être refusé : « Pour vouloir trop bien savoir, on risque de se borner à de grossières et stériles connaissances et d'oublier les larges et fécondes approximations, les suggestions sans cesse renouvelées de la vie (2). »

(1) A. Comte. *Cours de philosophie positive*, édit. Schleicher, Paris, 1908, t. III, p. 436.
(2) Rauh. *Loc. cit.*, p. 23.

©BIUM

Pathologie.

DE LA VALEUR ANAPHYLACTIQUE DU SYNDROME MÉLANCOLIE

Par le professeur RÉMOND (de Metz).

La question des rapports entre les troubles de la fonction ovarienne, menstruation, grossesse, ménopause, et les états mentaux de dépression, a fait depuis bien longtemps l'objet des préoccupations des aliénistes, et les coïncidences qui ont été relevées entre ces deux ordres de choses permettent de penser qu'il y a là quelque chose de plus que la simple réunion de faits de nature différente dans un même temps. La relation paraît précise. Schuele (*Allg. Ztschrift. f. Psych.*, XLVII, 1) admet qu'il existe réellement des folies périodiques menstruelles, les interruptions de la crise psychopatique correspondant exactement au milieu de la phase intermenstruelle. Il existe aussi d'après lui des faits de pseudo-stupeur qui se modifient à certaines phases de l'époque intermenstruelle; l'arrivée du flux menstruel correspond à la cime de l'onde qui trace l'évolution psychopathique. D'autre part, au XXII[e] Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest (Carlsruhe), le même auteur (8 novembre 1890) nous dit que toutes les malades chez lesquelles la psychose a été consécutive à l'influenza, avaient de

©BIUM

tout temps présenté des anomalies marquées de la menstruation avec accidents nerveux. Chez quatre d'entre elles l'étude de l'onde menstruelle montre que la période d'excitation ou de dépression se manifeste à la suite de l'onde de la courbe elle-même. Une psychopathie ou une affection mentale a donc d'autant plus de chance de se développer que le début de l'influenza ou le maximum de la fièvre ou l'acmé du stade ultérieur d'épuisement accompagne ou avoisine les époques critiques des ondes menstruelles. A la même séance, Fuerstner ajoute que ce sont les mélancolies qui se montrent le plus nombreuses dans les observations de ce genre.

Sainton (*Encéphale* 1906, nos 3 et 4) pense que l'on peut rapporter à l'insuffisance ovarienne certaines formes d'hébéphrénie, et renvoie au traitement opothérapique pour contrôle de la valeur de cette hypothèse. Avant lui, Tornlinsen (*American journal of insanity*, p. 69-88, juillet 1895) avait montré que dans presque tous les cas où il a trouvé des troubles mentaux aux différentes époques de la maternité, des troubles mentaux avaient existé aux époques de la puberté.

Enfin, à un autre point de vue, Lewis Bruce et de Maine (*The journal of mental science*, octobre 1900) ont étudié une série de mélancoliques et ont constaté qu'elles présentaient de la dureté du pouls avec tendance à l'irrégularité, atteignant 90 à 120 par minute. La pression artérielle était élevée, 160-180 millim.; les urines étaient rares, pauvres en urée, et contenaient des traces d'albumine.

Ces divers documents établissent la relation des troubles des fonctions ovariennes avec une intoxication profonde dont le symptôme principal est la mélancolie. Ceci, dit en passant, est singulièrement en contradiction avec les descriptions kraepeliniennes de la maniaco-

dépressive, dans lesquelles on ne parle guère que des symptômes psychiques, les symptômes physiques étant relégués au second plan. J'ai l'intention, dans un travail ultérieur, de montrer combien la psychologie est nuisible à la psychiatrie. Mais actuellement je voudrais, en m'appuyant sur les documents précités, et à côté desquels il serait facile d'en reproduire un grand nombre, depuis l'ouvrage de Marcé (1858), la thèse de Dauby et les travaux de Duckworth Williams (*Journal de médecine mentale*, 1865, p. 33), montrer qu'il est peut-être légitime de rechercher s'il n'est pas possible de préciser les relations qui existent entre la dépression mélancolique et l'insuffisance ovarienne. Déjà M. Lépine, de Lyon, se ralliant à une opinion émise par Janet, Régis, par moi-même, dans la lutte que j'ai engagée contre la propagation des erreurs kraepeliniennes dans la psychiatrie française, nous dit, dans une note parue à la Société médicale des hôpitaux, que si, chez les récidivantes de la mélancolie, les derniers accidents semblent survenir sans raison bien nette, les premiers, dix, vingt ans auparavant, ont été déterminés par des causes tangibles. Les rechutes se sont faites d'autant plus facilement que la réceptivité de l'organisme s'accroissait. Les périodes intercalaires arrivent à se raccourcir et l'amélioration devient de moins en moins complète. Et M. Lépine ajoute : « Les choses se sont passées comme si la psychose récidivante était un phénomène d'*anaphylaxie cérébrale*. »

Les cas visés par M. Lépine sont ceux dans lesquels une première atteinte constitue un point de départ homologue aux accès successifs. Sous l'influence d'une toxi-infection, le complexus mélancolique se constitue avec tout un cortège de symptômes graves, guérit et laisse le sujet en état de sensibilisation plus grande vis-à-vis des mêmes causes, sans qu'il soit nécessaire qu'elles

©BIUM

atteignent leur intensité première. De moins en moins la cause paraît grave, et de plus en plus l'instabilité augmente, si bien que la crise finit par paraître spontanée. Dans ces cas la sensibilisation est nettement due à une cause extérieure et elle a provoqué un premier état pathologique qui justifie l'orientation des accès ultérieurs. La cause occasionnelle ne sera pas nécessairement et sera même rarement identique dans les accès suivants à celle qui a provoqué les premiers phénomènes; mais, outre que nous ne pouvons nous refuser à admettre que des infections et des intoxications diverses déterminent dans les cellules des réactions biochimiques identiques et qu'à des chocs divers corresponde la production des mêmes toxines endogènes, nous voyons souvent les accès successifs se rattacher d'une façon de plus en plus nette à un même phénomène biologique comme les oscillations de la fonction ovarienne. L'onde menstruelle ou le solstice intermédiaire entre deux poussées menstruelles prennent ainsi un caractère déterminant de plus en plus net et il semble que la cause efficiente de l'accès doive progressivement émaner de plus en plus souvent d'une viciation, primitive ou secondaire, dans les hormones d'un même organe.

Mais la question me paraît plus haute et j'ai cru trouver dans mes observations personnelles l'indication d'une relation encore plus nette entre les infections en général, la fonction ovarienne et la mélancolie.

En effet, sur 35 cas de mélancolie féminine, entrés dans le service de la clinique des maladies mentales de Toulouse de 1898 à 1911 (treize années, avec une moyenne annuelle de 40 à 50 femmes), j'ai pu constater que douze fois avait existé, avant ou au moment des premières règles, une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, rougeole, infection tuberculeuse ganglionnaire, etc., et que six fois il avait existé de la chlorose, c'est-à-dire

©BIUM

un état dyscrasique précis. Cela représente 18 cas sur 35, soit 50 p. 100 des cas. Je dois ajouter que je n'ai pas pu avoir de renseignements cinq fois, ce qui augmente encore la valeur de la proportion des cas positifs. Enfin, dans certaines circonstances, il s'est ajouté ou substitué à l'infection des causes d'altération de l'état général, telles qu'une fatigue exagérée ou une émotion grave.

Voici un court résumé des faits les plus intéressants :

1. X..., de l'Isle-en-Doden, vient consulter le 8 mars 1911. Vingt et un ans. Fièvre typhoïde à treize ans. Surmenage domestique intense. Réglée à seize ans. Fatigue, alimentation insuffisante. Crise mystique mélancolique à l'occasion d'une mission. Perte du sommeil, refus d'aliment, état saburral. Est tombée malade pour la deuxième fois en décembre 1910 et depuis a eu trois crises, chacune à l'occasion d'une période menstruelle.

2. P. F..., quarante-six ans (11 juillet 1910). Chétive. strumeuse dans l'enfance. Réglée à treize ans. Crise mélancolique à dix-huit ans. Mariée à vingt et un ans. Quatre grossesses, une fausse couche, deux morts très jeunes, un vivant, mais faible d'esprit. Actuellement mélancolie, état saburral. Ménopause.

3. D. F..., trente-sept ans (15 avril 1909). Réglée à douze ans. A quatorze ans, fièvre typhoïde. Mariée à vingt-deux ans. Trois enfants, accouchements normaux. Chaque mois, au moment des règles, elle paraît fort inquiète. Cause occasionnelle de la crise actuelle : la grippe.

4. S. J..., trente-deux ans (13 décembre 1898). Réglée à quatorze ans. Règles douloureuses. Pertes blanches. Accouchement gémellaire à vingt-cinq ans. Pelvi-péritonite *post partum*. Fille mère. Affection actuelle date d'un mois. Tentative de suicide. Hallucinations pendant les règles, mieux sensible à la période intermenstruelle.

5. R. S..., quarante-sept ans (3 novembre 1903). Réglée à dix-sept ans. Règles douloureuses. A ce moment, suicide de la mère. Emotion profonde. Mariée à vingt-trois ans. Règles toujours douloureuses. Trois grossesses, la dernière suivie d'une infection grave. Depuis migraineuse. Mélancolique depuis

©BIUM

juillet. Aggravation de l'anxiété pendant les trois jours qui précèdent les règles.

6. J. M..., trente-six ans (18 avril 1910). Réglée à quinze ans. Varicelle à cette époque. Mariée à dix-huit ans. Trois enfants. Perd son mari, et le jour même, début des accidents de mélancolie anxieuse.

7. B. G..., cinquante ans (3 janvier 1910). Réglée à quinze ans. Fièvre typhoïde à quinze ans. Pneumonie à vingt-six ans. Mariée à vingt-huit ans. Veuve. Remariée. Ménopause depuis un an. Mélancolie chronique. Très jalouse, affectivité exagérée depuis toujours.

8. T. A..., cinquante-quatre ans (6 septembre 1910). Réglée à seize ans. Poussées très fréquentes d'herpès. Phénomènes cardiaques à quinze ans. Trois enfants, grossesse difficile. Ménopause à quarante-six ans. Crise de mélancolie. Amélioration notable. Rechute en septembre 1909.

9. R. J..., vingt ans (10 janvier 1910). Cinquième enfant d'une famille saine. Réglée à treize ans. Anémie grave. L'été dernier, une crise de mélancolie au moment de ses règles (bris de vaisselle). Délire actuel erotico-mystique.

10. M. M..., quarante-neuf ans (12 novembre 1903). Ménopause depuis deux ans et demi. Réglée à quatorze ans. Premières règles douloureuses prolongées (15 jours). Anémie grave. Mariée à dix-huit ans. A dix-neuf ans, grossesse. Mélancolie. Depuis l'âge de quarante ans, règles irrégulières. Dépression psychique. Il y a deux ans et demi, cessation. Aggravation de l'état mélancolique.

11. P. G..., vingt-neuf ans (6 avril 1909). Santé très délicate, mauvaise de treize à quinze ans. Réglée à quinze ans. Coliques et vomissements à l'occasion des règles. A dix-huit ans, mélancolie. En février 1909, grippe. Le 11 mai, apparition de la mélancolie, tentative de suicide.

12. B. A..., vingt-trois ans (10 novembre 1908). Péritonite à cinq ans. Réglée à quatorze ans. Règles régulières, mais douloureuses, accompagnées de dépression et de tristesse. Mariée à dix-neuf ans. En avril 1908, accouchement difficile, long (quatre jours). Mélancolique à partir d'octobre (enfant mort).

13. F..., quarante-six ans (10 janvier 1911). Une sœur aliénée. Réglée jeune (?). Surmenage domestique. Mariée jeune. A vingt-six ans, mélancolie avec idées de suicide après quatre grossesses. De trente à quarante ans, dépression mélancolique

©BIUM

au cours d'un état de métrite chronique. Un curettage guérit l'état local et l'état mental. A quarante-six ans, mélancolie (perte d'une fille par fièvre typhoïde). Ménopause.

14. B. M..., cinquante ans (26 mars 1900). Fièvre typhoïde à onze ans. Réglée à dix-neuf ans. Mariée à vingt ans. Un enfant à vingt-deux ans. Deuxième fièvre typhoïde à trente ans sans délire. Deuxième enfant à trente-cinq ans. Encore réglée. Mélancolique.

15. P. M..., quarante-quatre ans (3 avril 1900). Réglée à quatorze ans. Douleurs, chlorose. Premier rapport sexuel à trente-trois ans. Depuis dépression mélancolique grave chronique.

16. M. J..., quarante-huit ans (12 février 1895). Rougeole à douze ans. Réglée à quatorze ans. Mariée à dix-huit ans. Un enfant. Ménopause. Mélancolie.

17. V. R..., trente-sept ans (19 avril 1899). Petite vérole à huit ans. Souvent malade. Réglée à treize ans. Règles douloureuses, abondantes, pertes durant cinq jours et revenant chaque deux ou trois semaines. Mariée à vingt-trois ans, stérile. Empâtement de l'ovaire à droite. Leucorrhée légère. Réglée au service. Aggravation de l'état pendant les règles.

J'ai fait une enquête auprès d'un certain nombre de nos collègues des asiles; ceux qui ont reçu une demande s'en souviendront certainement, et beaucoup d'entre eux m'ont répondu. Qu'ils veuillent bien trouver ici mes remerciements. Mais malheureusement, dans beaucoup de cas, les médecins n'ont eu à leur disposition que des malades âgées, étrangères au département. Les renseignements qu'ils ont pu obtenir ont été nuls ou insuffisants. D'autres n'ont pas compris la portée de cette demande et m'ont répondu à côté. Je crois que ces faits qui, même dans mon service, ont été relevés d'une façon très incomplète parce que l'attention des élèves était peu attirée sur eux, gagneront à être observés de plus près. Je dois ajouter qu'un certain nombre des aliénistes actuels, séduits par la démence précoce et la maniaco-dépressive, se contentent volontiers de ces clas-

©BIUM

sifications à la fois globales, commodes et imprécises. Je ne puis attribuer qu'à cette seule cause la réponse de l'un d'eux qui dirige actuellement un asile important hors de France et qui me répondit n'avoir pas une seule mélancolique en traitement.

Les Drs Rodier et Masselon, de Dun-sur-Auron, ont relevé 24 cas, dont 12 semblent comparables aux miens. Ils n'ont pu avoir de renseignements complets que sur un petit nombre d'entre elles : quatre ont échappé complètement à cette enquête. Les malades ont été désignées par des numéros.

1. (4) Soixante-huit ans. Fièvre typhoïde à quinze ans et demi. Mariage à trente ans. Quatre enfants. N'est plus réglée depuis l'âge de quarante-sept ans. A présenté des accès successifs de dépression et d'excitation. N'a plus d'intervalles normaux depuis l'âge de cinquante-six ans. Premier accès de dépression à seize ans, deuxième à cinquante-deux ans, troisième à cinquante-quatre ans.

2. (6) Soixante-dix ans. Réglée à douze ans. Phobies, frayeurs, fugues, surtout au moment de la puberté. Fièvre muqueuse à cinq ans. Deux enfants. N'est plus réglée. Malade depuis l'âge de soixante-trois ans.

3. (7) Soixante ans. Réglée à dix-neuf ans. A l'époque de ses premières règles, à dix-neuf ans, accès de découragement, idées de suicide. Une fausse couche à trente-trois ans. Mélancolie intermittente. Accès fréquents depuis l'âge de quarante ans. Phobies antérieures.

4. (8) Soixante et un ans. Réglée à seize ans. Coqueluche à sept ans. Mariée à vingt ans. Remariée à trente et un ans. N'est plus réglée. Malade depuis l'âge de quarante-cinq ans.

5. (10) Soixante ans. Réglée à treize ans. Fièvre typhoïde à sept ans. Mariée à quinze ans. N'est plus réglée. Malade depuis l'âge de quarante-neuf ans. Pas d'accidents antérieurs.

6. (12) Quarante-trois ans. Réglée à quinze ans. Pneumonie à seize ans. Célibataire. N'est plus réglée. A eu un premier accès à vingt-quatre ans, un deuxième à trente ans. Depuis l'âge de trente-huit ans, époque à laquelle elle est internée, a

©BIUM

présenté de nombreux accès de dépression avec intervalles lucides.

7. (13) Quarante-sept ans. Réglée à seize ans. Fièvre typhoïde à sept ans. Mariage à trente ans. Deux enfants. Encore réglée. Elle était triste et comme abrutie au moment de ses règles, d'ailleurs régulières. La malade actuelle a quarante ans. Avant elle était toujours triste, avait des phobies, fuyait le monde.

8. (14) Soixante-dix ans. Réglée à quinze ans. Abcès froids des maxillaires à dix ans. Mariée à trente-quatre ans. Pas d'enfants. Ménopause à quarante-deux ans. L'accès actuel a débuté à quarante-deux ans, âge de la ménopause. Elle avait eu un premier accès à trente ans.

9. (19) Cinquante-neuf ans. Réglée à treize ans. Rougeole à douze ans. Mariée à vingt-deux ans. Cinq enfants. N'est plus réglée. L'affection actuelle date de l'âge de cinquante et un ans ; elle n'aurait pas eu d'accidents antérieurs.

10. (20) Soixante-sept ans. Réglée à treize ans. Mariée à vingt-six ans. Deux enfants. N'est plus réglée. A eu un accès d'émotivité, avec fugues et frayeurs, à treize ans, époque de ses premières règles ; aurait eu antérieurement une crise d'agitation avec anxiété vers cinq ou six ans. Malade depuis l'âge de quarante-neuf ans. Aurait bu.

11. (23) Cinquante-quatre ans. Réglée à onze ans. Diphtérie à seize ans. Mariée à vingt-trois ans. Deux fausses couches. Encore réglée, régulièrement. Premier accès de dépression à l'âge de dix-sept ans. Caractère triste. Malade depuis moins d'un an.

12. (24) Soixante-dix ans. Réglée à treize ans. Fièvre typhoïde à seize ans. Mariée à vingt ans. Neuf enfants. N'est plus réglée. A présenté un accès de dépression avec anxiété au moment de la ménopause. A eu un accès de dépression à dix-huit ans. L'internement actuel date de l'âge de soixante-trois ans, il a été précédé de six accès entre le moment de la ménopause et l'internement actuel.

M. le Dr Bellat, de l'asile de Breuty (Charente), a bien voulu me fournir une statistique de 43 observations. Sur ce nombre, 16 malades trop âgées ou trop déprimées n'ont pu fournir aucun renseignement ; chez 9 d'entre les autres, les caractéristiques que je re-

©BIUM

cherche ont fait défaut. Enfin, voici les observations des 18 restantes résumées.

1. V. M..., trente-cinq ans. Réglée à dix-sept ans. Règles très douloureuses. Anémiée de quinze à dix-huit ans. Mariée à vingt-cinq ans. Trois enfants. Règles régulières jusqu'au début des accidents psychiques, trente-deux ans, puis arrêt de deux ou trois mois. Cela se passait quelques jours après la naissance de son troisième enfant. Régulières depuis.

2. R. E..., quarante-huit ans. Réglée à dix ans. Règles très douloureuses, abondantes. Migraines. A sept ans, érysipèle. Mariée à vingt-cinq ans. Une fausse couche à trente-deux ans. Un enfant mort à six mois, à trente-quatre ans. Au moment des règles, elle est très agitée, pleure et crie quelquefois trois jours de suite, se plaint d'avoir des grenouilles dans le ventre. Les accidents psychiques ont commencé au cours de la deuxième grossesse. Elle est réglée régulièrement.

3. B. A..., trente-deux ans. Réglée à quinze ans. Rougeole grippe, varicelle. Erysipèle un an après les premières règles. Célibataire. Plus triste au moment des règles, pendant lesquelles elle paraît affaiblie. A vingt-neuf ans, au début de son internement, cessation des règles pendant trois mois. Amélioration pendant cette période. Retour spontané des règles, depuis régulières. A vingt-sept ans, crise de mélancolie au moment de ses règles; la crise ne dura qu'un jour.

4. P. C..., cinquante et un ans. Réglée à treize ans. Règles irrégulières. Mariée à vingt-deux ans. Deux enfants. Ménopause à quarante-neuf ans. Début de la mélancolie au moment de la ménopause.

5. G. I..., trente-trois ans. Réglée à dix-neuf ans. Règles douloureuses, irrégulières. Fièvre intermittente à quatorze ans. A quinze ans, état mélancolique durant deux ans. Mariée à vingt-huit ans. Un enfant. Au moment des règles, aspect triste, idées mélancoliques. Début de la mélancolie huit à dix mois après la naissance de l'enfant. Disparition des règles pendant quatorze mois. Depuis le mois de mars 1911, retour des règles. Amélioration psychique.

6. L..., quarante-cinq ans. Règles à douze ans, peu douloureuses, jamais régulières. A huit ans, rougeole. Mariée à vingt-deux ans. Cinq enfants. Actuellement, ménopause avec le début des accidents psychiques.

©BIUM

7. M. M..., trente-six ans. Réglée à quatorze ans. Peu de détails. Au moment des premières règles, accidents cérébraux congestifs (?) par contrariété et refroidissement. Célibataire. Pendant les règles, elle est excitée, méchante, et frappe son entourage. Internée depuis l'âge de vingt-cinq ans.

8. L. M..., quarante-sept ans. Règles à douze ans, très douloureuses. Suppression pendant deux ans. Depuis, régulières. A eu, avant, une fièvre typhoïde et une rougeole. Célibataire. La mélancolie s'exagère au moment des règles. Internée à trente-six ans.

9. L. M..., cinquante-cinq ans. Règles à dix-huit ans, très douloureuses. Suppression pendant deux ans, puis régulières jusqu'à quarante-cinq ans. Mariée à vingt et un ans. Un enfant. Au moment des règles, excitation et hallucinations très prononcées. Depuis dix ans, ménopause. Mélancolique depuis l'âge de trente-sept ans.

10. B. L..., quarante-sept ans. Règles à quinze ans, très douloureuses, irrégulières. A six ans, varicelle; à dix ans, fièvre muqueuse; à quinze ans, fièvre typhoïde. Célibataire. Ménopause à quarante-trois ans. Les accidents mélancoliques ont apparu peu après. Internée à quarante-quatre ans.

11. C. J..., soixante-cinq ans. Règles à dix-sept ans, douloureuses, irrégulières. A treize ans, rougeole. Célibataire. Ménopause à quarante-sept ans. Début des accidents mentaux à la ménopause.

12. F. M..., quarante-sept ans. Règles à dix-huit ans, irrégulières jusqu'à vingt-cinq ans. A douze ans, rougeole. Migraines fréquentes au moment des règles. Célibataire. La maladie actuelle a débuté, à quarante-deux ans, par des hémorragies extraordinairement abondantes et fréquentes. Règles irrégulières. Depuis six ans, état mental stationnaire.

13. B. E..., quarante-trois ans. Règles à quinze ans, douloureuses. Rougeole à dix ans. Mariée à dix-sept ans. Un enfant. Malade agitée au moment des règles. Ménopause depuis le mois de février 1911. Malade depuis l'âge de quarante et un ans (1909).

14. B. E..., quarante-cinq ans. Règles à quatorze ans, douloureuses, régulières, abondantes. Rougeole antérieure. Mariée à trente et un ans. Trois enfants. Etait agitée au moment de ses règles. Internée à trente-huit ans, après sa dernière grossesse.

15. G. M..., cinquante ans. Réglée à treize ans et demi.

©BIUM

Migraines. Règles avancées. Rougeole antérieure. Mariée à vingt-sept ans. Quatre enfants dont une fausse couche. Ménopause à quarante-huit ans. A ce moment, début de la mélancolie.

16. R. M..., quarante et un ans. Règles à onze ans, douloureuses. Rougeole à ce moment. Mariée à dix-sept ans. Deux enfants. Au moment des règles, la malade est plongée dans la stupeur. Les accidents actuels datent de l'âge de trente-cinq ans.

17. B. E..., vingt-cinq ans. Règles à douze ans, irrégulières, peu abondantes. Rougeole au moment des premières règles. Non modifiée par les règles. Début des accidents psychiques à vingt-sept ans.

18. L. M..., cinquante et un ans. Règles à dix-sept ans, pas douloureuses. Bronchites à répétition, fréquentes avant. Mariée à vingt-huit ans. Pas de renseignements. Malade depuis l'âge de trente-quatre ans.

M. le Dr Terrade, d'Agen, m'a adressé quatre observations. Trois d'entre elles méritent de figurer ici.

1. F..M..., cinquante-cinq ans. Réglée à douze ans. Rougeole, étant jeune. Règles irrégulières, disparaissant pendant des intervalles de trois mois, six mois, deux ans, jusqu'à vingt et un ans. Mariage à vingt et un ans. Ni grossesse, ni fausse couche. Première entrée, décembre 1899. Sortie, juillet 1906. Nouvel accès, 16 mars 1908. Au début de 1906, ménopause. Après cela, amélioration et sortie.

2. C. J..., trente-trois ans. Réglée à quatorze ans. Affection oculaire de douze à treize ans. Mariée à vingt ans. Une grossesse, pas de fausse couche. Suppression des règles depuis le début des accidents psychiques.

3. M. E..., vingt-cinq ans. Réglée à douze ans et demi. A ce moment, anémie, céphalalgie, maux de jambes. Mariée à dix-neuf ans. Une grossesse. Accidents psychiques survenus dix jours après l'accouchement (12 mars 1910). Symptômes graves d'auto-intoxication. Plus de règles depuis l'accouchement. Sortie très améliorée le 21 avril 1911.

J'ai reçu de M. le Dr Ramon Alvarez G. Salazar, de Valladolid, les observations suivantes :

1. (I). Dix-neuf ans. Réglée à dix-sept ans. Rougeole à trois

©BIUM

ans. Scarlatine à quatre ans et demi. Fièvre typhoïde avec délire à douze ans. A treize ans, diminution de l'activité intellectuelle. Tic facial. A la fin de 1909, scrupules religieux avec idées d'imperfection morale. En février 1910, idées de condamnation avec auto-accusation de crimes, sacrilèges, anxiété, insomnie, sitiophobie. En mars, apparition des règles, amélioration notable. Puis tous les mois, deux jours avant le retour des règles, même dépression profonde, très améliorée par l'administration de corps jaune huit jours avant la date des règles (mai 1911).

2. (II). Vingt-cinq ans. Réglée à quatorze ans. Rougeole, à trois ans. Scarlatine, à cinq ans. Émotive. Phobie. Obsession. Avec les premières règles coïncidèrent des hallucinations sensitives, sensorielles, terrifiantes. Tristesse. Mutisme. Cet état disparaît avec le retour des règles. Puis chaque période menstruelle devint le moment d'une rechute qui dura pendant toute la période, laissant libre la période intercalaire.

3. (III). Vingt-huit ans. Réglée à quatorze ans. Rougeole et scarlatine de l'enfance. Diphtérie à douze ans. Mariée à vingt et un ans. Trois couches normales. Une fausse couche de cinq mois. Règles régulières jusqu'au mariage. Depuis le premier accouchement (après seize mois de mariage), les règles sont annoncées trois ou quatre jours avant par de la dépression physique, des douleurs dans les jambes, des idées mélancoliques, dépression profonde du tonus affectif, craintes de l'avenir; quelques heures avant les règles, ces phénomènes disparaissent.

4. (IV). Trente-deux ans. Réglée à treize ans. Scarlatine et coqueluche à treize ans. Dysménorrhée purement physique jusqu'à dix-huit ans. A partir de cette date (rêves amoureux), période de souffrance morale au moment des règles. Idées tristes et émotivité douloureuse avec conscience pendant les quatre jours que dure la période. Idées de suicide, perte de l'appétit, insomnie due à la terreur. Hallucinations hypnagogiques, auto-accusation, angoisse. Les règles finies, un ou deux jours après, l'appétit revient et il lui paraît impossible d'avoir été tourmentée pendant quelques jours par des idées qui ne reposaient sur rien.

5. (V). Quarante ans. Réglée à quatorze ans. Rougeole, scarlatine et variole dans le cours des douze premières années de sa vie. Deux mois avant la mort d'un de ses fils, suppression des règles pendant trois mois. Après la mort du fils, mélancolie. Depuis qu'elle est internée, les règles sont venues deux fois en

©BIUM

quatre mois, anormales comme date et comme quantité; chaque fois il y a eu une poussée anxieuse avec idées de suicide. Ménopause.

6. (VII). Quarante-neuf ans. Réglée à seize ans. Rougeole à quatre ans. Diphtérie à neuf ans, rhumatisme articulaire à dix-huit ans. Ménopause commencée depuis quarante-six ans. Règles irrégulières. Irritabilité, changement d'humeur à tendance mélancolique à chacun de leurs retours.

7. (VIII). Quarante-huit ans. Réglée à dix-huit ans. Rougeole à cinq ans. Plusieurs accès de grippe répartis sur plusieurs années. Mariée, quatre enfants. Depuis les premières règles, à chaque période menstruelle, dépression particulière de l'humeur. Depuis quarante-cinq ans, au moment de la période, anorexie, perte de la mémoire et de la volonté, idées de ruine, scrupules religieux, inactivité physique. A la fin des règles, l'appétit revient et les autres phénomènes disparaissent. Ménopause en évolution.

8. (IX). Quarante-deux ans. Réglée à treize ans. Rougeole et variole au cours des huit premières années. Mariée, sept enfants vivants, quatre morts en bas âge. A trente-cinq ans, irrégularités menstruelles, avec insomnies, amnésie des faits récents, tristesse, misonéisme. L'an dernier, accès de mélancolie ayant duré neuf mois avec idées et tentatives de suicide. Depuis deux mois, va mieux, peut être libérée.

Le manuscrit du Dr Salazar comporte deux observations de plus sur un total de dix. L'une d'elles ne cadre pas, l'autre ne comporte pas des renseignements suffisants; toutes deux sont cependant des mélancolies de la ménopause.

M. le Dr Bleuler n'avait à la Heilanstalt Burghölzli à Zurich, en 1911, qu'une seule malade atteinte de mélancolie, dont l'observation ne porte pas les caractéristiques que je recherche.

M. Soury, alors interne à Leyme, a bien voulu relever 81 observations; mais, sur 57 d'entre elles, les renseignements que je cherche font défaut, ce qui m'empêche de me servir de son travail.

Je suis donc en présence d'une série de faits compre-

©BIUM

nant 113 observations ; 56 d'entre elles présentent les caractères communs sur lesquels je vais insister ; 32 ne les présentent pas et, dans 25 cas, les renseignements obtenus ont été trop incomplets pour rendre l'observation utilisable.

La proportion des faits comparables reste toutefois importante ; elle se présente dans 49 p. 100 des cas et, si cette proportion s'était maintenue la même pour les observations dans lesquelles les renseignements nous font défaut, nous arriverions à un chiffre de 60 p. 100.

Je m'en tiendrai cependant aux 49 p. 100 qui sont établis d'une façon précise.

La constatation qui résulte de cette analyse, constituée pourtant dans des conditions imparfaites, parce que la plupart du temps on n'a eu d'autres renseignements que ceux que les malades pouvaient fournir elles-mêmes, et que souvent les faits de la jeunesse sont oubliés ou ont été mal observés par le sujet, est la suivante : il est très fréquent d'observer chez les malades qui seront ultérieurement atteintes de mélancolie, une ou plusieurs infections ou dystrophies pendant la période où les fonctions ovariennes s'instaurent. A ce moment, les choses se passent comme si la maladie ou l'infection d'une part, les sécrétions internes de l'ovaire d'autre part, formaient ou permettaient la formation dans l'organisme d'une substance qui, plus tard, sera le point de départ d'une intoxication grave à l'occasion d'une modification anormale de l'hormone ovarienne. Tantôt cette sensibilisation du sujet ne se révélera qu'au moment du drame ménopausique ; tantôt, au contraire, les accidents se déclancheront à l'occasion d'une crise génitale moins importante. Souvent existe une période de dépression psychique plus ou moins atténuée au moment de chaque crise ovarienne. Souvent il faut, pour déterminer la première série des phénomènes pathologiques,

©BIUM

un événement sexuel plus important. Il n'est pas rare de voir la sensibilité réactionnelle du sujet s'accroître peu à peu et l'état mélancolique reparaître pour des causes moins importantes que la première. Enfin, il n'est pas rare, et c'est ce qui cause la plupart des obscurités de cette enquête, que la malade verse dans la démence, ce qui n'est pas autre chose que la signature de la gravité de l'atteinte qu'elle a subie.

Cette atteinte est une atteinte toxique. La mélancolie est un syndrome comparable à l'état typhique quand elle devient grave. Que la sémiologie en soit moins nette dans les formes à rechute et que la fragilité croissante de la cellule cérébrale permette à son insuffisance de se manifester alors que les autres organes résistent, ne constitue pas une anomalie biologique. Ne voyons-nous pas la cellule hépatique présenter des états de sensibilité d'autant plus grande à des atteintes d'autant plus légères que le processus a évolué plus souvent? En fin de compte, à la cirrhose de l'un de ces deux organes correspond, chez l'autre, la démence.

La mélancolie, dans beaucoup de cas, débute brusquement ou presque brusquement. La gravité de l'intoxication contraste avec la rapidité du processus. Il y a encore là un élément important qui permet de s'orienter dans une certaine mesure sur les conditions biochimiques du phénomène.

En réunissant toutes ces considérations, on arrive à concevoir l'ensemble du syndrome comme un processus anaphylactique. Plus nettement et d'une façon plus précise que dans la théorie de M. Lépine que j'exposais tout à l'heure, on saisit le moment de la sensibilisation. Il me suffit d'avoir formulé l'hypothèse pour être certain que tous ceux qui ont bien voulu répondre à une première enquête, comprendront mieux le but et l'im-

©BIUM

portance des questions que je leur ai posées ; d'une série de recherches parallèles et indépendantes seules peuvent sortir la confirmation ou la vanité de la proposition que j'avance.

Mais l'idée de voir dans une prédisposition biochimique reposant sur un complexus discrasique ou infectieux d'une part, sur une déviation hormonique d'autre part, le pourquoi des accidents de la mélancolie, vient confirmer l'idée déjà ancienne de dégénérescence acquise. Sous ce mot un peu vide se cachait la notion de faits cliniquement contrôlés, mais d'une interprétation qui ne pouvait guère être que schématique. Il me suffira d'avoir, dans cette étude trop rapide, indiqué de quelle manière on pouvait interpréter et dans quel sens il fallait chercher la solution matérielle du problème. Que mes lecteurs m'excusent si je crois que la psychiatrie ne peut que se diminuer et devenir obscure quand elle laisse la psychologie lui masquer, par ses rêves, les données plus modestes de la physiologie pathologique.

20 Août 1913.

©BIUM

LES ÉTATS DE LOQUACITÉ

DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par le Dr Paul GUIRAUD

Médecin adjoint de l'asile de Tours.

Jusqu'à ces derniers temps on a confondu sous le nom de logorrhée les états de loquacité qui s'observent dans les maladies mentales, particulièrement dans la manie et dans certaines formes de démence précoce.

Pick (1) fait remarquer avec raison qu'il y a deux sortes de flux de paroles : 1° celui dans lequel la loquacité accompagne le flux des idées ; 2° celui dans lequel il n'y a que flux de mots sans pensée concomitante. Si le terme λογος signifie à la fois pensée et parole ou mieux parole symbole de pensée, *logorrhée* représentera bien les états où il y a solidarité entre la pensée et le langage et fuite à la fois des idées et des mots. On pourrait inversement appeler *lalorrhée* l'état dans lequel la loquacité est dépourvue de sens, le malade s'attachant exclusivement au son des mots.

Dans le langage, en effet, il y a deux éléments à considérer : 1° les idées ; 2° les mots qui sont leur expression symbolique.

Ces derniers représentent la pensée, comme les lettres algébriques représentent des nombres.

Les lois de l'association des idées sont bien connues (ressemblance, contraste, contiguïté, etc...). Mais les

(1) Pick. *Traité international de psychologie*, t. II, page 388.

BIUM

mots, en tant que sons, peuvent aussi s'évoquer mutuellement suivant certaines lois dont nous parlerons plus loin. Dans ces associations de mots-sons le sens du mot n'intervient nullement.

A l'état normal, quand nous parlons, en même temps que l'association automatique des idées fonctionne, mais à un degré bien moindre, l'association des *mots-sons* : un mot en évoque un autre et secondairement l'idée qu'il représente. Il se produit ainsi des associations d'idées indirectes par l'intermédiaire des mots : ces derniers ne sont plus des signes algébriques passifs ils viennent activement en aide à la pensée.

A mesure que l'automatisme mental devient prépondérant, les associations de mots-sons acquièrent de l'importance. Par exemple, dans l'inspiration poétique, sous la direction d'une représentation d'ensemble, l'association automatique des idées et l'association des mots-sons sont exaltées conjointement. Auguste Dorchain (1) a insisté sur l'action créatrice de la rime dans la poésie lyrique. Il montre, par des exemples convaincants, qu'au cours de l'inspiration, les idées, les images, les mots se présentent en foule au poète qui n'a qu'à les choisir. Souvent un mot en appelle un autre qui rimera avec lui. Ce dernier, à son tour, évoque une idée accessoire, une image, une comparaison destinées à illustrer l'idée générale du poème.

Dans la manie, il y a aussi exaltation parallèle de l'association automatique des idées et de l'association des mots. Seulement ces associations s'effectuent sans contrôle ni direction.

Enfin nous décrirons des états de loquacité dans lesquels il y a exclusivement ou à peu près des associations de mots-sons.

(1) L'art des vers. *Annales politiques et littéraires*, 1904.

©BIUM

Passons rapidement en revue les lois de l'association des mots.

Les mots peuvent s'associer par consonance, par euphonie, par contiguïté. Beaucoup de proverbes, d'aphorismes comportent des consonances et sont ainsi plus facilement retenus. La rime, qui est un cas particulier de la consonance, a pris une importance capitale en poésie.

L'association verbale par euphonie est fréquente dans la prose et dans les vers. Chez l'orateur, les mots se groupent d'eux-mêmes en périodes cadencées et agréables à l'oreille. Les poètes trouvent spontanément le rythme des vers : « *Quiquid tentabam scribere versus erat* », a écrit Ovide. Les moyens mnémotechniques empruntent souvent la forme rythmée pour rendre moins difficile à retenir des détails géographiques, des branches d'artères, etc.

Enfin la contiguïté est la forme d'association la plus commune. Les mots s'évoquent facilement, quand ils ont été perçus et surtout prononcés les uns à la suite des autres. C'est un fait bien connu que les mouvements qui d'habitude sont associés, se succèdent automatiquement. L'entraînement, l'apprentissage ont pour but d'établir des associations par contiguïté entre des contractions musculaires spéciales. Il en est de même des mouvements destinés à l'articulation des mots. Nous retenons des passages d'auteurs classiques, les sous-préfectures, etc..., par pures associations articulo-motrices. Pour être convaincu de la ténacité de ces associations, il suffit d'entendre un illettré réciter de longues prières en latin. Dans ce cas la suite des mots n'évoque aucune idée tandis que, chez le sujet qui comprend, une succession d'idées est parallèle à la succession des mots. Il y a alors échange de bons procédés entre l'association des mots et celle des idées.

©BIUM

Si l'on veut bien analyser un état de loquacité, il faut donc étudier : 1° l'idée directrice ; 2° l'association automatique des idées ; 3° l'association des mots.

Il est intéressant, en tenant compte de ces éléments, de comparer la loquacité du maniaque et celle du dément précoce. Chez le premier, la caractéristique de l'état mental est l'absence de représentation directrice et, par conséquent, le dérèglement de l'association automatique. Le résultat est que le cours des représentations devient incohérent et que le dérèglement simule une suractivité d'associations. Normalement, l'attention volontaire inhibe les associations d'idées parasites et ne fait surgir que des idées en rapport avec la représentation directrice. Chez les maniaques, l'association se fait au hasard, par un caractère accessoire, un élément inattendu. Les associations verbales deviennent très fréquentes et contribuent, elles aussi, à l'instabilité de la pensée. Cette particularité est bien connue depuis les recherches d'Aschaffenburg, qui note de 32 à 100 p. 100 d'associations verbales chez ces malades. Le « papillonnage » des idées est encore accru par les perceptions du monde extérieur, qui détournent sans cesse l'attention du maniaque.

Le langage traduit fort bien cet état mental, d'autant plus que ces malades éprouvent un véritable besoin de parler qui n'est d'ailleurs qu'une manifestation du besoin impérieux d'activité. Il révélera d'abord la fragmentation de la pensée. Si les discours ou les écrits des maniaques manquent de sens général, on peut les analyser en phrases élémentaires, remarques, allusions qui évoquent des idées fragmentaires sans doute, mal groupées, mais intelligibles en elles-mêmes. Parfois, cependant, on a noté des périodes où toutes les associations sont purement verbales. C'est, par exemple, une énumération, une suite de mots à terminaison sem-

©BIUM

blable, mais bientôt une perception nouvelle, une asso-cidtion d'idées viennent rompre la chaîne des associations purement verbales. Enfin, dans les formes légères de la manie, on observe souvent des remarques inattendues et spirituelles, des traits piquants et justes. Le flux de paroles s'accompagne d'une mimique très expressive et concordante. Dans presque tous les cas, le vocabulaire est riche et exprime les idées du malade de façon adéquate.

Au cours de la démence précoce, on observe des états de loquacité qui, malgré certaines ressemblances, doivent être distingués de la logorrhée de la manie. Nous pensons qu'il s'agit d'une excitation primitive des centres du langage sans parallélisme avec la pensée. Cette excitation serait de même ordre que celle qui se produit dans les centres de la motilité générale et fait exécuter au malade des mouvements stéréotypés, le pousse à l'échopraxie, à l'échomimie et à l'agitation désordonnée.

Dans ces cas de dissociation entre la pensée et la parole, les mots ont perdu toute signification et ne conservent que la valeur de *sons*. Leur succession devra donc être sous la dépendance exclusive, ou peu s'en faut, des lois de l'association des mots-sons. Cet état diffère de la logorrhée de la manie. Au vocabulaire riche et adéquat du maniaque, il faut opposer le langage du dément précoce, étrange, pauvre, stéréotypé. Du début à la fin de la maladie, le dément précoce conserve souvent les mêmes expressions favorites : il fait toujours sa « salade » avec les mêmes éléments. A l'inverse du maniaque, il se laisse rarement distraire par le monde extérieur, esclave qu'il est de ses associations de mots. Particularité qui fera bien sentir la différence : par ses remarques exactes et méchantes, le maniaque est souvent spirituel ; le dément précoce,

©BIUM

n'attachant aucun sens aux paroles qu'il prononce, est parfois cocasse par ses jeux de mots inattendus (qu'il ne comprend pas lui-même), mais presque jamais il n'oppose deux idées. L'intonation et le rythme ont aussi une grande importance. Si le maniaque a un accent naturel, le dément précoce, au contraire, est remarquablement monotone. D'habitude, il récite ses phrases sur le même ton de voix aigu.

Dans les cas typiques, les deux états que nous venons d'opposer se distinguent facilement. Mais il y a, entre les deux, de nombreuses formes de transition.

Chez certains maniaques, on peut observer une véritable logorrhée impulsive avec non seulement des associations verbales (ce qui est fréquent normalement), mais aussi avec salade de mots sans lien associatif apparent. Pfersdorff a rapporté quatre observations de ce genre avec guérison. Certains exemples de verbigération et de néologismes chez de prétendus maniaques sont cependant très discutables. Lucien Cotard, dans sa thèse, a traduit une observation de Neisser qu'il donne comme type de psittacisme dans la manie. Le malade présentait de la verbigération, des attitudes cataloniques, un délire incohérent de grandeur et de persécution. Ces symptômes — malgré la guérison apparente — doivent, à notre avis, faire écarter le diagnostic d'excitation maniaque simple (1).

Au début de la démence précoce, on observe souvent des périodes d'excitation à caractères maniaques. Les malades ont la conscience occupée par une succession rapide d'images variées : auditives, visuelles, articulomotrices, qui s'extériorisent par la parole ou l'écriture.

Lam..., dont la mère est aliénée, s'est engagé à dix-huit

(1) L. Cotard. *Le Psittacisme*. Thèse de Paris, p. 76.

©BIUM

ans dans l'infanterie coloniale. Il contracte le paludisme en Afrique et rentre en France après plusieurs campagnes. Il est réformé pour troubles mentaux. Ramené chez ses parents, il s'échappe en tenue militaire, vagabonde, fait du scandale et entre à l'asile de Tours. Dès le premier examen, il manifeste un délire incohérent : on l'a joué à Brest ; la franc-maçonnerie lui en veut ; Merca, le faux médecin, désire sa tête ; il est vendu à l'École de médecine.

Négativisme, rire explosif, période d'agitation violente. Progressivement, Lam... se calme, délire moins activement et travaille à l'intérieur de l'asile, sauf pendant ses périodes d'excitation. Nous le trouvons, sept ans après son entrée, inactif dans la division des agités. Il prend des attitudes militaires raides, avec mouvements brusques ; il reste pendant des heures au « garde à vous » ou range des grains de sable sur le sol. En dehors des périodes de mutisme absolu, il répond d'une voix explosive et nasonnée, mais il ne se prête pas volontiers à l'examen, et quitte brusquement le cabinet après quelques minutes d'interrogatoire. Lam... est un dément précoce incontestable avec accès de verbigération.

Nous avons retrouvé dans son dossier, datant du début de sa maladie, de nombreux écrits qui peuvent être donnés comme type de transition entre la graphorrhée avec flux d'idées et la graphorrhée impulsive sans idées. En voici quelques exemples :

« ..... Le sergent Bobillot, le sergent Blandan, les plumes, Hoche, Marceau, le grand Kléber, le député Baudin, représentant du peuple, mort sur les barricades ; les victimes de Fourmies ; les balles Lebel ; Vildomé (?) ; le colonel Lebel, mort prématuré ; Châtellerault, le noyer, les bois de fusil, manufacture d'armes, la Vienne, le saumon, les écluses, les canaux, Riquet, le canal du Midi, le canal de Briare... l'eau de Porto, de Cologne, de *Spa*, de Vichy-*Etat* (*assonance*), l'Indiana (*contiguïté et assonance*) ; les Singaris, l'Égypte, les In*cas*, *tata*, toto, tutu, la jambière, le corset, les bas, les bottines, les lacets, les bretelles de pantalon, les bas de soie de la mariée ; les jarretières, le corsage, le chapeau à plumes de Virginie Simon, la vivandière ; les caleçons, les chemisettes, les redingotes, la queue de morue, la queue de morue, Terre-Neuve, les îles Saint-Pierre-et-Miquelon, le chien de Terre-Neuve, le petit baril à gourde d'eau-de-vie attaché à son cou pour le voyageur inexpérimenté sur les routes du mont B*lanc* ; abracada*brant*..... un *désabusé*, un *demi-setier*, une *chopine*, *galopine*, galop, galop,

©BIUM

au trot, au trot, pas gymnastique, marche, carnaval, l'*hydrothérapie*,... l'eucharistie, le bec de gaz de Paris, Jean, Jean, Jean qui *rit* et Jean qui pleure, la Walkyrie, Bossuet, Fénelon, Château-Gaillard, mercenaire, sulate selim, *hydrothérapie*, *redigourdie*, périgourdin, etc., etc. ».

Il n'y a évidemment dans cette énumération incohérente aucune idée directrice; il n'y a même pas comme dans les productions des maniaques de petites propositions établissant un rapport entre deux idées, pas trace de construction grammaticale. La dissociation entre le langage et la pensée logique est frappante. Mais on y trouve encore de nombreuses associations d'images; un objet en évoquant un autre voisin ou un détail pittoresque : la gourde d'eau-de-vie du chien de Saint-Bernard, par exemple. Cependant les multiples associations par assonance, l'interpolation fréquente du mot hydrothérapie, indiquent une tendance à la dissociation entre le son et le sens du mot.

Dans les cas avancés de démence précoce, la dissociation est presque complète entre la pensée et la parole au moment des accès de loquacité impulsive. Nous allons passer en revue les diverses formes de cette loquacité.

La première est la *déclamation impulsive*. La façon la plus simple en effet de réaliser ce besoin de parler sans pensée consiste à réciter des poésies ou des discours. L'homme normal se surprend quelquefois en train d'articuler mentalement un vers ou une phrase qui revient avec insistance. Le maniaque extériorise aussi souvent son besoin de parler par des chants ou des récitations interminables. Le dément précoce déclame bruyamment de longs fragments appris dans sa jeunesse. Il est sensible au rythme, mais parle sans expression, souvent même il insiste à contretemps sur un mot dont la tonalité lui plaît.

©BIUM

En 1904, Sav..., âgé de vingt-cinq ans, était détenu à la prison de Chinon pour vol de bicyclette. Il n'y resta pas longtemps et fut transféré à l'asile de Tours pour « folie furieuse » sans plus amples renseignements. A son entrée, il est totalement désorienté, mange les feuilles des arbres, essaie de frapper les autres malades ; il est gâteux et barbouilleur, se déshabille sans cesse, déchire ses vêtements, chante et crie jour et nuit, ne répond pas aux questions. Actuellement, Sav... est toujours agité, malpropre et bruyant, mais il se prête plus facilement à l'examen. Il sait qu'il est né à C..., qu'il exerçait la profession de garçon coiffeur et qu'il se trouve actuellement dans un asile. Il reconnaît les personnes qu'il voit souvent, se rappelle parfois de petits incidents qui se sont passés quelques jours auparavant. Il est désorienté dans le temps, et prétend avoir vingt-deux ans, date probable du début de sa maladie. D'habitude, il reste couché, rongeant ses vêtements ou effectuant des mouvements de salutations stéréotypés. Il présente des périodes d'inertie motrice avec mutisme et des périodes plus fréquentes de loquacité avec ou sans agitation désordonnée. Sa mimique est souvent maniérée et inadéquate.

Nous fûmes étonné un jour d'entendre Sav... vociférer non plus les grossièretés habituelles, mais « Jeanne d'Arc », de Casimir Delavigne. A un moment, il s'embrouillait, recommençait un passage précédent et continuait ainsi en cycle fermé. D'autres fois, il chante spontanément à tue-tête, et pendant des heures, une chanson qui débute ainsi : « C'était un matelot pêcheur, passant sa vie sur l'onde. »

Rien n'est plus facile que de provoquer ce flux déclamatoire. Les premiers mots d'une fable, d'une prière, suffisent pour le lancer quand il n'est pas dans une période d'écholalie.

Voilà des exemples typiques d'association de mots par contiguïté : la production d'une image articulo-motrice déclanche automatiquement celles qui d'habitude viennent à sa suite. Certes nous ne pensons pas qu'il s'agit là de psittacisme absolument pur. Sav... ne récite pas ses fables comme un perroquet. Si on l'arrêtait, si on attirait son attention, il pourrait comprendre quelques idées simples; mais de lui-même il n'est attentif qu'au son des mots.

©BIUM

Le *galimatias* ou *incohérence* est à rapprocher de la déclamation impulsive. Au lieu de réciter, Sav... improvise spontanément des discours entièrement dépourvus de sens, mais remplis de mots extraordinaires. Il a sans doute assisté à la déposition d'un médecin légiste devant la Cour d'assises, puisque de temps en temps il débite d'une voix puissante un discours qui ne peut être comparé qu'à celui de Sganarelle dans *Le Médecin malgré lui*. En voici des fragments.

..... « Le médecin a constaté le flagrant délit d'adultère, vu que la personne était en état d'ébriété... la chose... mettez en état d'arrestation. Le cadavre était submergé, puis il est revenu à la surface avec des traces de strangulation et d'ecchymose, sur les traces gangréneuses sur un insectivore qui avait été lancé dans les vertèbres des mollusques, etc., etc. »

Insectivore est un mot qui revient souvent dans la conversation de Sav... ; ce son lui plaît et dès qu'il n'en trouve pas immédiatement un autre, il l'emploie. Les « vertèbres et mollusques », qui suivent dans l'exemple donné, sont des associations de mots par contiguïté. Cette incohérence est appelée par les Allemands « Sprachverwirrtheit » ou confusion du langage (1). Les malades atteints de ce trouble parlent facilement et couramment ; ils se lancent dans des discours qui débutent par quelques tournures compréhensibles pour se perdre dans une incohérence inintelligible. Quand il n'y a plus aucune trace de construction grammaticale, mais simplement juxtaposition de mots sans lien apparent, la confusion du langage mérite le nom de « salade de mots ». B... (2), dont nous avons déjà publié l'observation à propos de son écriture, est un dément précoce

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, t. I, p. 420.
(2) Archambault et Guiraud. *Encéphale*, 4 mai 1912.

©BIUM

non moins intéressant par son galimatias et sa salade de mots.

Entré à l'asile en 1903, B... présente un délire incohérent à tournure religieuse, basé sur des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Des ennemis le font souffrir; l'ange de Dieu lui apparaît « se portant avec un sabre pour sa défense ». B... en arrive rapidement aux idées de grandeur : il devient roi puis Dieu. Actuellement, il est remarquable par son maniérisme, ses attitudes stéréotypées, son intonation monotone et aiguë, son écriture prétentieuse. Voici quelques exemples sténographiés de son langage :

D. — Dieu, allez-vous bien?

R. — Ça va tel que (*réponse stéréotypee, accent tonique sur tel*).

D. — Qu'avez-vous à nous dire ce matin?

R. — Je dis pas grand'chose; je dis que je me sens bien, je me tiens au rapport que j'ai d'exercer mon autorité et mon exemple. Je me sers d'hommage vis-à-vis des propos de mon exemple...

D. — Allons, continuez.

R. — J'ai demandé l'autorité de votre présence, je vous en fais hommage tout à mon exemple de la part de ses fidèles, que je me renseigne de nos hommages et de baser ces individus sur mon conseil d'hommage, hommage, hommage, mon appel où j'étais dont je suis de mon affaire. Je suis renfermé, ma loi est renfermée... »

Une autre fois, il dit :

« Si vous avez un métier, il faut connaître l'*avenant*... J'ai un petit garçon et une petite fille par la *prévalation* du Saint-Esprit. Je suis justement en mariage par l'honneur de la terre, où je dis Dieu est Dieu qui est ma lettre *orfanée* de Dieu qui est mon rival *proposé*..., etc. ».

Dans ce galimatias il faut remarquer le défaut de structure logique (beaucoup de prépositions sont employées à tort et à travers), les répétitions, l'assemblage de mots disparates ou salade de mots et enfin les néologismes.

L'ensemble forme un discours emphatique, accompagné toujours de gestes prétentieux et maniérés. B...

©BIUM

sourit et semble se délecter à cette avalanche de mots abstraits, recherchés, inattendus. Ce n'est pas leur signification qui l'occupe. Il agit à la fois par maniérisme et par impulsion verbale. Ses néologismes servent à arrondir la phrase, à rimer avec un mot précédent ou bien à tenir la place d'un mot courant qui n'est pas évoqué assez vite.

Par quelles associations de mots s'expliquent le galimatias et le *Wortsalat*? Les assonances, les juxtapositions par euphonie sont fréquentes, mais surtout l'assemblage par contiguïté domine. Si l'on suit pendant plusieurs années les discours ou les écrits d'un malade comme B..., on voit toujours revenir les mêmes expressions : hommage, ordre, passion, exemple, honneur, garde, etc. Elles finissent par s'associer en vertu de la répétition. Ces mots, si disparates à la fin, sont revenus aussi souvent sur les lèvres du malade parce qu'ils faisaient partie du délire initial. B... au début de sa maladie était roi; écrivant aux généraux, il employait les termes : ordre, honneur, garde ; devenu Dieu, il a parlé de passion, d'hommage, etc... Actuellement son délire est devenu incohérent, stéréotypé, inactif; les anciens mots sont restés et reparaissent pêle-mêle, quand il veut exprimer une pensée rudimentaire ou simplement se laisser aller au besoin de parler.

Les psychanalystes, Maeder, de Zurich en particulier, prétendent que par l'application de la méthode de Freud, on peut trouver une signification au « charabia » des déments paranoïdes. Maeder a remarqué, chez un de ses malades, la constance des éléments de la « salade de mots » et a cru y trouver un langage artificiel. Il croit même avoir la certitude que le malade qu'il a étudié se « comprend lui-même ». Nous avons soigneusement compulsé tous les écrits et toutes les observations de B... qui est un remarquable dément para-

©BIUM

noïde, nous avons procédé à des examens très fréquents, nous avons fini par déchiffrer son écriture quasi hiéroglyphique; mais nous sommes arrivé à la conviction absolue que son « galimatias » est complètement dépourvu de sens et que le malade. non seulement ne comprend pas ce qu'il dit, mais qu'il est gêné pour expliquer ce qu'il pense par l'automatisme émancipé de son langage. La preuve, c'est que, si on étudie la suite de ses écrits, les idées délirantes au début sont multiples, riches, elles sont exprimées en un langage maniéré, prétentieux, mais intelligible ; à mesure que la maladie évolue, le délire devient moins actif et stéréotypé, le langage se transforme progressivement en galimatias. Le charabia des paranoïdes n'est qu'un résidu de leur délire. Autre preuve : on peut simuler le galimatias de B..., l'interpeller dans un charabia absurde, émaillé de néologismes, de coqs à l'âne ; il est très satisfait, sourit et répond dans le même langage comme s'il comprenait. La conversation peut durer longtemps.

Une forme intéressante de loquacité est constituée par des *séries de calembours et d'assonances*. L'association des mots se fait alors presque exclusivement par consonance. Dès qu'un son a frappé son oreille le malade débite automatiquement une série de sons analogues.

L'homme normal agit quelquefois ainsi. Balzac a bien noté cette tendance habituelle aux assemblées de jeunes gens (pensions de famille, salles de garde). Dans *Le Père Goriot* il cite la série : cor, corniche, cornaline, cornichon, etc. D'autres fois on emploie la forme suivante : serpent boa — bois de campêche — pêche à la ligne, ligne... etc.

Les déments précoces arrivent naturellement par associations verbales à des séries analogues.

©BIUM

Voici quelques passages sténographiés d'une conversation avec Sav...

D. — Me connaissez-vous? Quelle est ma fonction?

R. — Votre fonction, fonctionnaire.

D. — Parlez un peu plus fort.

R. — Un peu plus fort — Faure — Félix Faure, président de la République.

D. — Non, c'est M. Poincaré.

R. — Poincaré — je ferme les poings.

. . . . . .

D. (*Au sténographe*). — Notez l'écholalie.

R. — Notez les colonies — les colonies du cap Horn.

D. — Le cap Horn!

R. — Le cap Horn, le cap de Bonne-Espérance, l'Espérance, la Foi, la Charité.

(*Exclamation d'un auditeur*). « C'est épatant! »

R. — C'est épatant, la Mère Durand, comme vous l'avez grand, depuis quelque temps (1).

. . . . . .

R. — Elle est morte de *faim*, elle n'avait pas de *pain*. Il y a le gésier de la femme, il y a le gosier, il y a la gosse, la gogosse...

D. — Qu'y avait-il dans mon bureau?

R. — Qu'y avait-il dans mon bureau? Il y avait une belle photo (*inexacte-assonance*) au bureau. Ajax (?), Max, Max Lebaudy. Il y *avait Maria* (*Ave Maria*).

D. — Et ensuite?

R. — Et ensuite? La suite au prochain numéro. La suie, la suie dans la cheminée, le bouge, la paille, etc. ».

Si le français ne suffit pas, Sav... a recours à l'allemand, on lui donne une cigarette, il dit aussitôt : « Je *fume*, sechs, sieben, acht, etc. ».

Quand il n'est pas distrait par la fougue de ses associations verbales, Sav... peut répondre convenablement à des questions simples ; d'ordinaire, il se refuse à tout travail intellectuel.

D. — 8 fois 7.

---

(1) Cf. un malade de M. Chaslin. *Eléments de sémiologie*, p. 351. Il s'agit vraisemblablement d'une « scie » contemporaine de la jeunesse des deux malades.

©BIUM

R. (*Immédiatement*). — 56 (*association verbale par contiguïté*).

D. — 12 — 7.

R. — Oui, nous étions sept. Jean la Tripette (*chanson connue*).

Voici comment il répond à la question : Quelle est la capitale de l'Espagne ?

R. — Quelle est la capitale de l'Espagne? Blanc d'Espagne..... C, apostrophe e, s, t,..... Madrid.

Avant d'arriver à la réponse très simple, et de pure mémoire, il a la conscience encombrée par une répétition écholalique, une association verbale par assonance et enfin l'image visuelle du mot *c'est*..

Les exemples précédents nous montrent, en même temps que la série d'assonances, un certain degré d'*écholalie*. Ce symptôme est très net chez Sav... Souvent toute conversation devient impossible avec lui, parce qu'il se borne à répéter les questions. Non seulement il imite les paroles, mais encore l'intonation ; il répète en chuchotant si on lui parle à voix basse, à haute voix si on élève le ton. Avec Dromard (1) nous pensons que ces répétitions ne comportent aucun élément émotionnel et sont involontaires ; l'image auditive évoque immédiatement l'image kinesthétique correspondante.

La forme la plus caractéristique d'impulsion verbale primitive est la *verbigération* ou *litanie déclamatoire* de Chaslin (2). Elle est caractérisée par la répétition prolongée d'une phrase ou d'une expression, le plus souvent sur un ton déclamatoire.

Il ne faut pas confondre cette stéréotypie automatique avec les répétitions de certains persécutés ou mélancoliques, qui correspondent à une idée délirante ou à un trouble affectif. La distinction n'est pas toujours

(1) Dromard. Etude psychologique et clinique sur l'échopraxie. *Journal de Psychologie*, 1905, p. 385.

(2) Chaslin, *loc. cit.*, p. 199.

©BIUM

facile à faire; beaucoup de déments paranoïdes présentent, au début de leur affection, une tendance à répéter des plaintes ou des expressions stéréotypées, mais elles correspondent souvent à une idée délirante. Progressivement, la discordance se produit. La verbigération s'effectue toujours sur un rythme spécial; l'expression verbigérée est presque chantée. Un jour, Lam..., pendant une heure d'examen, refusa de répondre à toute question, se bornant à répéter : R. R. R., je t'en..... Il commençait sur un ton très aigu et passait progressivement à des notes graves en amplifiant la voix. B... répète toute la journée : Hom., Hom., Hom. (c'est un de ses noms), avec une intonation qu'on ne peut comparer qu'à un aboiement.

Telles sont les principales formes de la loquacité impulsive au cours de la démence précoce. Nous employons ici le terme démence précoce exclusivement dans le sens de syndrome caractérisé par la dissociation des fonctions psychiques, la cause morbide pouvant être unique ou multiple. Cette dissociation semble actuellement admise par tous les auteurs : c'est la schizophrénie de Bleuler, l'ataxie intrapsychique d'Erwin Stransky, la dysharmonie intrapsychique de Urstein, et enfin la folie discordante de Chaslin.

Suivant les cas, cette discordance peut porter sur des éléments divers. La catatonie, par exemple, est une discordance entre la conception de l'acte et les mouvements volontaires; elle se manifeste par la raideur, la flexibilité cireuse, le négativisme, les stéréotypies, etc. Dans cet article, nous avons essayé d'étudier la dissociation entre la pensée et le langage. Ces troubles étaient signalés depuis longtemps; récemment encore, Chaslin (1) a décrit une forme verbale de la folie dis-

(1) Chaslin. *Loc. cit.*, p. 199.

©BIUM

cordante. « Il y a là, dit-il, un automatisme verbal tout à fait spécial, qui se déclanche avec plus ou moins de facilité et de beauté, suivant les jours, et qui, selon toute vraisemblance, ne recouvre rien comme idées..... » S'il faut renoncer, pour le moment, à toute explication théorique, on peut pourtant essayer de préciser les conditions cliniques dans lesquelles la discordance verbale se produit.

A l'état normal, le centre du langage est en relations constantes avec celui ou ceux des images communes, visuelles, auditives, tactiles, gustatives, qui représentent les objets. C'est grâce à cette solidarité que, par association d'images, le mot et l'objet signifié s'évoquent mutuellement. Tant qu'il y a correspondance entre ces deux centres, et qu'ils fonctionnent solidairement sous la direction d'une représentation d'ensemble, nous pouvons parler de façon adéquate.

Dans les états de loquacité de la démence précoce, il y a rupture de communications au moins passagère entre le centre des images communes des objets et celui du langage. La conséquence est que ce dernier fonctionne isolément. Une fois lancé, il n'a aucune raison de s'arrêter ; il en résulte un flux interminable de paroles. Les mouvements d'articulation déjà effectués tendent à se reproduire, puisque l'idée directrice ou l'association automatique des idées ne peuvent introduire aucune excitation nouvelle, cause de variété. De là vient la pauvreté stéréotypée du langage des déments précoces. Cette stéréotypie est telle que, chez notre malade Sav..., nous pouvons souvent prévoir d'avance la réponse. Le mot « bicyclette » est d'ordinaire accompagné par « Pneumatique Dunlop, Lope, Calderon ». « Ensuite » provoque toujours par association « la suite au prochain numéro ». Il existe une solidarité remarquable entre les images auditives des mots et le centre d'articulation ;

©BIUM

comme les perroquets, nous avons tendance à répéter automatiquement ce que nous entendons. Cette tendance est poussée au maximum chez ceux qui parlent sans penser (idiots, déments précoces). Ainsi s'explique l'écholalie.

Si le malade veut exprimer une pensée rudimentaire il est gêné par l'automatisme du centre du langage. Quand B... veut demander une amélioration de nourriture ou un supplément de tabac, il ne peut sortir de sa salade de mots habituelle ; à grand'peine il parvient à y introduire un nouveau terme : « tabac à ficelle, etc. », qui permet de deviner sa pensée, et le flux de paroles se prolonge ensuite indéfiniment.

Il nous semble que la lalorrhée du dément précoce est différente de celle de certains autres déments. Les paralytiques généraux à la dernière période poussent pendant des heures les mêmes cris ; les déments séniles, alors qu'ils ne reconnaissent pas leur entourage ni même les objets usuels, répètent sans cesse les mêmes phrases qui n'ont pour eux aucune signification. Le dément précoce, au contraire, s'il n'attache pas de sens à ses paroles, est intéressé par le son des mots ; il semble éprouver du plaisir à bavarder, il s'écoute parler.

Dans beaucoup de cas, la dissociation entre le langage et la pensée est variable suivant les moments. Nous savons qu'il en est de même pour la mimique et pour l'intonation. Ces variations s'observent surtout au début de la maladie. Après avoir exposé ses idées délirantes avec des gestes maniérés, une intonation spéciale et surtout des formules recherchées avec nombreuses répétitions et abondance de mots abstraits, le malade peut être amené rapidement à parler d'un ton naturel et à s'exprimer normalement Plus tard, même, les sujets qui semblent tout à fait déments peuvent, à certains moments, répondre de façon suffisante à des questions

©BIUM

simples. Mais ce fait est exceptionnel chez ceux qui sont arrivés au galimatias et à la salade de mots.

Les troubles du langage sont précoces dans la folie discordante, mais ne sont pas d'emblée caractérisés par de la loquacité impulsive et automatique. On observe d'abord des expressions emphatiques, des formules stéréotypées, que le malade emploie volontiers, des répétitions qui semblent destinées à mettre en relief les mots importants. Le tout est exprimé avec une intonation particulière mentionnée par tous les auteurs. Progressivement, le délire devient incohérent et le langage s'émancipe de la pensée.

Il s'en faut de beaucoup que tous les déments précoces arrivent à la lalorrhée. Le plus grand nombre évolue vers le mutisme ou l'appauvrissement du langage. Il semble que les formes délirantes aboutissent plus facilement au galimatias et aux néologismes.

©BIUM

CONFUSION MENTALE

ET

SYNDROME DE KORSAKOFF

A FORME AMNÉSIQUE PURE
DANS UN CAS DE CHORÉE RHUMATISMALE

Par le Dr L. ARSIMOLES

La question des rapports de la chorée avec les troubles mentaux apparaissant au cours de cette affection est encore débattue et reste d'actualité. Nous n'avons pas l'intention d'en refaire l'historique, dont Rémond et Voivenel (1), Marchand et Petit (2) ont récemment donné la bibliographie complète. Nous désirons seulement ici résumer brièvement les diverses opinions pathogéniques émises et montrer que le débat s'est seulement déplacé. L'existence d'une folie choréique, qui fut longtemps classique, n'est plus admise aujourd'hui : les troubles mentaux de la chorée n'ont rien de spécifique. Rémond et Voivenel les considèrent comme très divers et distinguent : l'état mental des choréiques, relevant de la dégénérescence (il correspond aux troubles psychiques élémentaires décrits par Régis); la confusion mentale, d'origine infectieuse, et les psychoses diverses surajoutées, sans rapport avec le syndrome choréique (vésanies). Ils concluent qu'« il y a une prédisposition

(1) Rémond et Voivenel. Chorées aiguës et troubles psychiques. *Presse médicale*, 19 février 1910, n° 15, p. 129.

(2) Marchand et Petit. Chorée et troubles mentaux. *Revue de Psychiatrie*, septembre 1911, n° 9, p. 358.

©BIUM

particulière du système nerveux qu'une infection atteint d'autant mieux qu'il est moins résistant. La prédisposition, la dégénérescence donnent les troubles de l'esprit et du caractère communs à toutes les névroses; l'infection fait apparaître les troubles toxi-infectieux communs à toutes les infections ». Le professeur Régis (1) a montré que la forme la plus fréquente des psychoses de la chorée est la confusion mentale, et pense que les troubles mentaux sont d'origine toxique. La plupart des cas apportés dans ces dernières années, et qui appartiennent à la forme confusionnelle, ajoutent à la connaissance clinique de celle-ci (cas de Hesnard (2), de Pélissier). Mais la pathogénie de ces confusions mentales reste discutée : à l'opinion de Régis s'oppose celle des auteurs qui invoquent l'importance de la prédisposition psychopathique à côté de l'étiologie infectieuse. Pour Rémond et Voivenel, on fait une place trop grande au délire infectieux au détriment du tempérament nerveux, de la dégénérescence. Pélissier (3) estime que « même lorsqu'il s'agit de confusion mentale hallucinatoire telle que l'a décrite Régis, il est difficile, étant donnée l'extrême fréquence de cet accident au cours de la chorée, de n'y pas voir le fait d'une prédisposition particulière ». Il considère les chorées aiguës comme « des troubles particuliers de la zone psychomotrice développée sous l'influence réciproque d'un déséquilibre cérébral qui la prépare et d'une intoxication qui l'occasionne ». Claude et Lhermitte (4), rapportant un cas de chorée aiguë suivi de

(1) Régis. *Précis de psychiatrie*, 4e édit., 1911.
(2) Hesnard. Confusion mentale aiguë typique et chorée de Sydenham. *Encéphale*, septembre 1910, n° 9, 2e semestre, p. 212.
(3) Pélisser. Troubles mentaux dans la chorée. Chorée aiguë et catatonie. *Progrès médical*, 16 juillet 1910, n° 29, p. 395.
(4) Claude et Lhermitte. *Société de Psychiatrie*, 21 janvier 1909 ; *Encéphale*, février 1909, n° 2, 1er semestre, p. 163.

©BIUM

septicémie mortelle chez un débile alcoolique avec antécédents familiaux, attribuent aussi un rôle important à la prédisposition : selon eux, le processus infectieux, qui a déterminé des lésions des méninges, de l'écorce et des centres opto-striés, a provoqué à la fois l'agitation choréique et le délire aigu, qui a emprunté une partie de ses caractères à l'état mental dégénératif. Marchand et Petit, partisans de la théorie de la chorée affection organique, font dépendre chorée et troubles mentaux d'une méningo-encéphalite et expliquent ainsi l'association fréquente des troubles moteurs et de la confusion mentale.

Ainsi s'opposent irréductiblement les deux conceptions de la chorée affection du système nerveux dégénérative, s'acccompagnant de troubles mentaux relevant également de la dégénérescence, et la théorie de la chorée maladie infectieuse, dans laquelle surviennent des troubles mentaux ayant les caractères des psychoses infectieuses. Cette opposition disparaîtra si l'on cesse d'englober sous le même nom des choses dissemblables. De même que l'on distingue les chorées chroniques de la chorée aiguë de Sydenham, on doit distinguer des troubles psychiques associés aux premières, et qui offrent des aspects cliniques très variables, ceux qui accompagnent la chorée de Sydenham. Nous rapportons ici une observation de chorée de Sydenham rhumatismale accompagnée de confusion mentale, présentant un aspect clinique un peu particulier et qui prête à des considérations pathogéniques et symptomatiques intéressantes.

Sylvie M..., vingt ans, domestique de ferme, entre à l'asile de Saint-Venant le 2 mai 1912.

A. H. — Le père, journalier, est un alcoolique qui boit la majeure partie de son salaire. Mère bien portante. M... a treize frères ou sœurs, dont trois morts en bas âge, un frère

©BIUM

mort à quinze ans d'une affection pulmonaire aiguë. Tous les survivants sont en bonne santé, à l'exception d'une sœur, malade depuis son mariage. Pas d'antécédents vésaniques.

A. P. — Bien portante pendant l'enfance, Sylvie M... a fréquenté l'école de six à douze ans, et y a reçu une instruction primaire suffisante. Après avoir quitté l'école, elle fut malade pendant deux ans (vomissements de sang, coliques) et fut traitée pour chloro-anémie. Après sa guérison, fut employée aux travaux des champs, puis devint domestique dans une ferme. Réglée à seize ans et demi. En hiver 1911, elle fut atteinte de bronchite peu grave qui dura deux mois sans interrompre son travail, et qui précéda de peu la maladie actuelle. On n'a jamais remarqué aucune anomalie psychique ; M... était seulement de caractère timide et assez émotive.

En février 1912, début du rhumatisme polyarticulaire d'abord assez atténué, qui lui permit de continuer son travail par intermittences, jusqu'à ce que l'intensité croissante des troubles articulaires l'obligeât à s'aliter. Au bout de trois semaines, se sentant mieux, elle reprit son travail pendant une huitaine de jours. Puis, au 1er avril, apparurent des mouvements choréiques, d'abord plus accentués dans le côté droit, et se généralisant deux ou trois jours après, suivis, au bout de quelques jours, de troubles mentaux qui s'installèrent progressivement. La malade sortait de son lit sans en avoir conscience et marchait dans la maison, bien que les mouvements fussent douloureux et difficiles. Le sommeil, très irrégulier, était fréquemment interrompu de cauchemars terrifiants qui la réveillaient en sursaut avec sueurs profuses et provoquaient de la frayeur et de l'anxiété. Hallucinations visuelles : elle voyait une grosse femme portant des jupes rouges. Ces symptômes s'aggravèrent rapidement, et, trois jours avant son entrée à l'hôpital d'Arras, il y avait de la fièvre, de la congestion du visage et une agitation choréique considérable. La malade était accablée et dans un état onirique accentué, d'après les renseignements précis que nous avons pu recueillir : il lui semblait que son lit tournait, qu'elle allait tomber dans l'eau, etc... Elle était excitée, loquace et tenant des propos sans suite, voulait à tout instant s'enfuir dans la rue et s'épuisait en efforts pour échapper aux personnes qui la maintenaient dans son lit. Cette agitation ne permettant plus de la soigner à domicile, elle fut placée en observation le 17 avril à l'hôpital d'Arras, où elle séjourna quinze jours

©BIUM

avant d'entrer à l'asile. De cette période, elle n'a gardé que des souvenirs vagues et confus. Aussi savons-nous peu de chose sur l'évolution de la psychose pendant la durée du traitement à l'hôpital. Elle se rappelle seulement qu'elle était alitée, qu'elle voyait des rats courir dans la chambre, et qu'elle en était effrayée ; elle pleurait fréquemment. Sa mère lui ayant rendu visite, elle ne la reconnut pas, et se rendit à peine compte de sa présence. Le certificat médical d'internement signale, à la date du 23 avril, des hallucinations visuelles et auditives et de l'excitation paroxystique.

Lors de son entrée à l'asile, elle est encore très confuse. Revêtue depuis quelques heures du costume uniforme de l'asile, elle le regarde avec étonnement. Elle ne se rend pas compte qu'elle est dans un hôpital et entourée d'aliénées : « ce sont des personnes qu'elle ne connaît pas ». Elle ne sait pas si elle a déjà vu les médecins qui l'interrogent, les infirmières qui la soignent. Le moindre bruit qu'elle entend, venant de l'extérieur, l'inquiète ; elle se rassure quand on lui en explique la nature. Elle ne s'explique pas ce qui se passe autour d'elle, dans le milieu nouveau où elle se trouve. Elle s'effraye facilement des actes et des propos bruyants des autres malades : elle croit qu'on parle d'elle, qu'on la menace. Désorientation dans le lieu : « Ici, c'est Saint-Jean (c'est le nom de l'hôpital d'Arras) ? je ne me rappelle pas bien. » Aussitôt, elle cherche sur ses bas les initiales du nom de l'asile, qu'elle y a vu marquées, mais ne peut fournir aucune réponse. Elle n'a aucun souvenir des circonstances de son transfert d'Arras à Saint-Venant. Elle est également désorientée dans le temps. Elle ignore le jour, le mois, le quantième, et ne connaît que l'année. Enumère correctement les saisons, mais ne peut dire dans laquelle nous nous trouvons : ce n'est ni l'automne, ni l'hiver ; mais elle ne sait pas. Elle ne sait pas combien de temps elle est restée à l'hôpital, croit être à l'asile depuis trois jours (inexact). Ses réponses sont imprécises, souvent mêlées de contradictions qu'elle est incapable de rectifier quand on les lui fait remarquer. Interrogée sur le début de sa maladie et sur sa vie antérieure, elle donne quelques détails dont l'exactitude a été reconnue plus tard, mélangés de souvenirs d'enfance qu'elle localise faussement dans le temps et d'erreurs de faits : elle dit, par exemple, qu'elle a été longtemps camisolée à Lille, où elle n'est jamais allée. Cette dernière phrase, choisie entre plusieurs autres, révèle le trouble profond de l'association des

©BIUM

idées. Fuite d'idées. Commençant une réponse correcte, elle passe souvent brusquement et sans lien apparent à une autre idée ; si l'on essaie de la ramener à la question qu'on vient de poser, on ne peut y parvenir. L'attention est mobile, instable, se laisse distraire à tout instant par les impressions extérieures. La malade s'arrête parfois au milieu d'une phrase qu'elle ne peut achever. L'épreuve du calcul révèle nettement les troubles d'association. $4 \times 8 = 32$; 5×7... : calcule sur ses doigts par additions successives, hésite, regarde tout autour d'elle et ne peut donner le résultat. La mémoire, surtout de fixation, est également très altérée. M... est incapable, par exemple, de répéter des dates qu'on vient de lui indiquer il n'y a qu'un instant. Elle ne se rappelle les noms de ses frères et sœurs qu'après avoir cherché un moment, s'embrouille et ne peut achever de les énumérer. L'évaluation exacte de ces troubles mnésiques est d'ailleurs impossible à un premier examen, en raison de la confusion profonde des idées. Un examen prolongé exagère sensiblement ces troubles intellectuels, par suite de fatigue mentale.

Cependant, quand nous la voyons pour la première fois, quelques jours après son entrée, la malade est déjà un peu moins confuse. Elle a conscience de sa maladie, se rend compte qu'elle parle à des médecins, qui l'interrogent pour connaître sa maladie et la soigner. Elle demande à s'occuper pour trouver le temps moins long (en réalité, elle est incapable de se livrer au moindre travail). Elle est calme, répond posément aux questions, a une attitude correcte et réservée, s'intéresse d'une façon générale à ce qu'elle voit. Les hallucinations auditives et visuelles ont disparu. L'état onirique antérieur s'efface peu à peu, et ne persiste que la nuit : M... prend le bec de gaz allumé dans le dortoir pour une étoile blanche qui l'empêche de dormir, a peur de l'infirmière chargée du service de veille, et cache sa tête sous ses draps pendant les rondes. Le sommeil est mauvais ; rêves pénibles dont elle ne peut décrire le contenu. Il n'y a plus ni excitation ni délire. M... est d'humeur très mobile, mais plutôt triste. Très émotive, elle se trouble facilement quand on lui adresse la parole.

Les symptômes choréiques sont atténués. La malade réussit, par un effort de volonté, à inhiber les mouvements pendant assez longtemps. Les mains sont seules agitées de légères secousses, qu'elle parvient à empêcher souvent en croisant les bras sur la poitrine. Parfois, elle détourne la tête brusque-

©BIUM

ment; mais l'amplitude du mouvement est assez faible pour tromper sur sa nature vraie, en l'absence de la mimique désordonnée habituelle dans la chorée. C'est l'écriture qui révèle le mieux les troubles moteurs. L'écriture est lisible, mais les caractères sont désordonnés, forment des crochets et de brusques zigzags. Au bout de quelques mots, les doigts se crispent sur la plume, et l'écriture devient illisible, informe et rapidement impossible.

L'examen physique révèle un certain amaigrissement. Les réflexes rotuliens sont normaux, mais sensiblement retardés; ils sont prolongés, le pied revenant lentement à sa position primitive. La force musculaire est conservée. Les troubles articulaires ont complètement disparu.

Trois semaines après l'admission, M... est mieux orientée; le sommeil est meilleur, elle n'est plus effrayée la nuit; elle rêve encore beaucoup. Les troubles de l'attention se sont accentués en même temps que les mouvements choréiques. La malade se déprime sous l'influence des impressions extérieures, est plus inquiète, s'effraye d'un rien. L'alitement amène bientôt une certaine sédation motrice, et diminue la dépression. L'attention reste encore mobile, mais à un moindre degré. Les examens deviennent plus faciles, mais doivent être fréquents et de courte durée, à cause d'une fatigue mentale notable.

Au bout de quelques jours d'alitement, la confusion mentale, qui n'a cessé de s'atténuer progressivement depuis l'admission, a à peu près disparu.

La malade connaît les noms des infirmières et de ses voisines alitées comme elle. L'attention volontaire est moins altérée. Les idées s'associent plus logiquement. M... calcule bien et assez vite, résout bien de petits problèmes simples, sait lire l'heure. Elle est bien orientée dans le lieu, moins bien dans le temps : elle connaît le jour de la semaine, croit être au mois de juin (inexact), ignore le quantième du mois : « Ce n'était pas dimanche le premier? », et s'étonne quand on lui indique la date exacte : « Je me croyais plus vieille que cela ». Cette mauvaise orientation dans le temps dépend d'une amnésie de fixation devenue très apparente depuis l'amélioration des autres troubles intellectuels. Bien qu'on lui ait dit à plusieurs reprises le nom de l'asile, M... ne peut le redire. Elle ignore le jour et la date de son entrée à l'asile, le temps exact qui s'est écoulé depuis. Elle a oublié ce qu'elle a fait la veille et ce qu'elle a mangé, la date de la dernière visite de son père,

©BIUM

ignore depuis combien de temps elle est alitée, se rappelle seulement que son frère est venu la voir un lundi, il y a quatre jours (exact). Aucune fabulation. Ayant conscience de ses troubles mnésiques, elle n'affirme jamais, craint de se tromper, et compte sur nous pour l'aider à corriger ses erreurs. L'évocation des dates et des faits relativement récents est défectueuse.

D. — Qu'avez-vous fait le jour du mardi gras?

R. — J'ai travaillé... non, j'étais malade ce jour-là... (*hésite, cherche un moment*)... oui, j'ai travaillé chez ma patronne. Le dimanche suivant, il y avait une réunion, on jouait des rôles et je n'ai pas pu y aller.

D. — Et ensuite?

R. — Après le mardi gras, c'était Pâques... (*se reprend*), je ne sais plus. Ce que je sais, c'est que je suis restée chez Mme X... jusqu'à deux ou trois jours avant Pâques (*inexact*). Elle m'a donné des étrennes à la Sainte-Catherine.

D. — A quelle date?

R. — C'est le 25 décembre... (*cherche un instant*), non... je ne sais plus...

D. — Ce n'est pas le 25 octobre?

R. — (*Au bout d'un moment d'hésitation*). C'est le 25 novembre.

Elle commet des erreurs analogues quand on lui demande à quelle date était Pâques.

R. — Le 15 avril.

D. — Non.

R. — Je ne sais plus.

D. — C'était le 7 avril.

R. — (*Avec étonnement*). Alors, j'ai passé le jour de Pâques chez Mme X...?

D. — Quand l'avez-vous quittée?

R. — A la fin mars, il y a bien deux mois (*inexact*).

En somme, ses souvenirs sont très confus, quant aux faits qui avoisinent le début de sa maladie. Outre l'amnésie d'évocation, il existe de l'amnésie de fixation et une localisation très défectueuse dans le temps. Par contre, la mémoire des faits anciens est parfaitement conservée. M... raconte avec précision et exactement l'histoire de sa famille et de sa vie antérieure jusqu'à il y a six mois, indique sans hésiter les noms de ses frères et sœurs, etc...

A ce moment, l'appétit est un peu diminué. L'auscultation

©BIUM

révèle une légère rudesse respiratoire au sommet gauche, sans autres signes stéthoscopiques. Liqueur de Fowler.

Le 15 juin, on cesse l'alitement, et la malade se met activement au travail, tandis que toute occupation était impossible jusque-là. Elle est plus gaie, s'intéresse à tout, s'alimente bien, est très améliorée au point de vue physique; augmentation de poids sensible. Le sommeil est excellent. Les secousses choréiques sont très atténuées : M... peut maintenant rester bien coiffée jusqu'au soir. Parallèlement à l'amélioration de la chorée, on constate un notable progrès dans le retour graduel de la mémoire. Elle se rappelle les ordres reçus d'abord pendant quelques instants, puis pendant plusieurs heures. A la fin juin, l'amnésie de fixation est à peine sensible. M... conserve d'un jour à l'autre la mémoire des ordres à exécuter, se rappelle les menus événements de la veille et des jours précédents. Quand nous l'interrogeons, ses réponses sont précises, mais sa mémoire n'est pas encore très sûre; elle doit souvent chercher un peu, hésite avant de répondre, et se trouble facilement. Elle travaille très bien, enfile facilement une aiguille, et peut coudre longtemps sans fatigue. On constate seulement quelques menues secousses dans les doigts quand elle a les mains jointes.

Au milieu de juillet, la chorée est complètement guérie; la mémoire et l'attention sont normales; il n'y a plus trace de troubles mentaux. Malgré une légère fatigue du cœur, probablement d'origine rhumatismale (œdème vespéral des malléoles), et qui disparaît en quelques jours sous l'influence de la sparteine, la santé physique est bonne. Augmentation du poids de 3 kilogrammes depuis le début de juin. La malade reste un peu émotive. Elle sort complètement guérie en août 1912.

En résumé, notre malade fut atteinte primitivement de rhumatisme polyarticulaire subaigu; puis, les troubles articulaires ayant pris une allure franchement aiguë, survint de la chorée, suivie très rapidement de troubles mentaux à forme de confusion mentale agitée et hallucinatoire. L'hyperthermie, la prostration, l'onirisme et l'intensité de l'excitation psychique ne laissent aucun doute sur le caractère infectieux de la maladie. Au moment de l'admission, l'état confusionnel, atténué,

©BIUM

s'accompagnait d'hypoprosexie, de troubles marqués de la mémoire, d'hyperémotivité et de mobilité de l'humeur; les troubles moteurs étaient légers. Après une courte période d'aggravation de la chorée avec exagération des troubles psychiques, se produisit une amélioration nette, qui fit apparaître au premier plan une amnésie très accentuée : amnésie de fixation, amnésie d'évocation et de localisation dans le temps portant sur les derniers mois, avec conservation de la mémoire des faits anciens. Cette amnésie, qui survécut à la chorée, resta le seul symptôme mental constatable pendant deux mois, et s'effaça progressivement jusqu'à guérison complète. Il s'agissait manifestement, dans notre cas, de confusion mentale au cours d'une chorée de Sydenham rhumatismale.

Le professeur Régis (1) a décrit plusieurs variétés de confusion mentale choréique : forme hallucinatoire, forme délirante, forme avec stupeur. Notre cas appartient à la première de ces formes dans la phase initiale, aiguë, des troubles mentaux. Dans une deuxième phase, plus longue, ceux-ci revêtaient un aspect un peu différent, en même temps que l'agitation choréique devenait moins intense : tandis que la confusion mentale s'atténuait, l'amnésie de fixation et d'évocation qui constitue le signe capital du syndrome de Korsakoff, passait au premier plan. Nous pensons que chez notre malade on peut légitimement poser le diagnostic de syndrome de Korsakoff à forme amnésique dans la défervescence d'une chorée aiguë. Nous n'avons constaté, il est vrai, ni la fabulation, ni le délire onirique avec euphorie et inconscience de la maladie, qui donnent une physionomie clinique particulière aux malades atteints de psychose polynévritique. M... avait conscience de son état

(1) Régis. *Précis de psychiatrie*, 4e éd., 1911.

©BIUM

d'amnésie, et cherchait à suppléer aux défaillances de sa mémoire par l'observation de détails qui lui servaient ultérieurement de repères.

Cette conscience relative de l'état morbide, qui suffit à rendre compte de l'absence de fabulation, fait partie du syndrome de Korsakoff dans sa forme amnésique, telle que l'a décrite Korsakoff lui-même. D'autre part, dans cette dernière forme, le délire onirique est loin d'être constant et relève plutôt de la confusion, quand il existe. Enfin, l'intégrité de la personnalité psychique de la malade, l'absence de déficit intellectuel, la conservation du jugement malgré de gros troubles de la mémoire nous paraissent en faveur de notre diagnostic. Nous n'avons pas trouvé, dans la bibliographie des psychoses choréiques, de cas où l'on ait décrit un syndrome de Korsakoff. Ivanoff (1) a publié, en 1907, un cas très analogue au nôtre : chez un jeune soldat atteint de chorée de Sydenham rhumatismale, il observa de la confusion mentale avec désorientation dans l'espace et le temps, hallucinations nombreuses et dépression mélancolique ; quand la phase aiguë fut terminée, on se trouva en présence d'un état psychique très particulier pouvant faire penser à un affaiblissement intellectuel, mais caractérisé surtout par de l'amnésie et par une incapacité de fixer l'attention pendant un temps plus ou moins long ; les troubles mentaux disparurent complètement après guérison de la chorée. Ivanoff posa le diagnostic de psychose choréique confuse et dépressive, mais ne parle pas de syndrome de Korsakoff. Bonhœffer (2) dit que l'on n'a jamais observé,

(1) Ivanoff. Troubles mentaux liés à la chorée de Sydenham. *Journal nevropatologuii e psychiatrii*, Moscou, 1907, p. 1057.

(2) Bonhœffer. *Handbuch der Psychiatrie d'Aschaffenburg*, 3e volume (Psychoses infectieuses), Leipzig et Vienne, Deuticke, 1912. Article : *Chorea minor*, p. 52.

©BIUM

à sa connaissance, le syndrome de Korsakoff dans une psychose choréique et attribue ce fait au jeune âge des malades. Mais il reconnaît, avec Kleist (1), que « les psychoses choréiques proprement dites ne s'épuisent pas avec le tableau symptomatique de la confusion mentale hallucinatoire ». Quoi qu'il en soit, l'observation que nous rapportons nous semble prouver la possibilité de l'existence du syndrome de Korsakoff amnésique dans les psychoses confusionnelles de la chorée.

Cette forme clinique n'est pas sans intérêt pour l'étude de la nature des troubles mentaux de la chorée aiguë. La plupart des auteurs qui ont observé des cas de confusion mentale choréique les rapportent, avec le professeur Régis, à une cause toxique. Hesnard (2) met sur le compte d'une intoxication générale de l'organisme, d'une toxhémie, les symptômes suivants observés dans un cas personnel : céphalée, douleurs névralgiques et rachialgiques, fluxions articulaires et périarticulaires, mononucléose et éosinophilie, état général analogue à celui de certaines intoxications, et surtout les signes urologiques (oligurie, rétention chlorurée et phosphatée, hypoazoturie et élévation du rapport azoturique, peptonurie, indicanurie, oxalurie), avec terminaison de la psychose par une débâcle urinaire. Viedenz (3) et Runge (4), dans des travaux récents, rattachent les psychoses choréiques, dont ils rapportent plusieurs cas, aux psychoses infectieuses. Bonhœffer (5) pense également que les éléments que l'on rencontre dans

(1) Kleist. *Allgemeine Zeitschr. f. Psych.*, vol. LXIV, p. 769.
(2) Hesnard. *Loc. cit.*
(3) Viedenz. Troubles mentaux de la chorée. *Archiv. f. Psych.*, t. XLVI, fasc. 1, 1909, p. 170 ; Anal. *in Rev. Neurol.*, 30 décembre 1910, n° 24, p. 656.
(4) Runge. Troubles psychiques de la *chorea minor*. *Arch. f. Psych.*, t. XLVI, fasc. 2, 1909, p. 667 ; Anal. *in Rev. Neurol.* 30 décembre 1910, n° 24, p. 656.
(5) Bonhœffer. *Loc. cit.*

©BIUM

l'amentia fébrile se montrent aussi dans la grande majorité des psychoses choréiques infectieuses, du moins d'une façon épisodique. C'est ce qui a lieu dans notre cas, comme dans la plupart de ceux qui ont été publiés dans les dernières années. Bien loin que la chorée soit la cause directe et unique des troubles mentaux confusionnels, elle est, avec ces derniers, sous la dépendance de l'infection initiale.

Comment agit celle-ci? S'agit-il, comme dans le cas d'Hesnard, d'une toxhémie infectieuse tenant sous sa dépendance toutes les manifestations morbides, tant rhumatismales que choréiques et psychiques? ou bien l'infection rhumatismale primitive se complique-t-elle d'une localisation méningo-encéphalique qui conditionne à la fois les troubles moteurs et les troubles mentaux? Les recherches cliniques et anatomiques, dues surtout, en France, à Babinski, André Thomas, Claude, Jumentié et Chenet (1), ont révélé la fréquence, dans la chorée de Sydenham même légère, d'un certain nombre de signes consistant en : hypotonie musculaire, signe de Babinski, modification des réflexes tendineux, flexion combinée de la cuisse sur le bassin, troubles de la diadococinésie, syncinésies, dysmétrie, signe de la pronation, lymphocytose plus ou moins discrète, mouvements choréiques unilatéraux ou prédominants d'un côté du corps. Ces travaux amènent à considérer la chorée de Sydenham comme une maladie organique révélant une encéphalite ou méningo-encéphalite légère et réparable due à un état infectieux. Marchand et Petit (2) rapportant deux cas de chorée avec troubles mentaux, dont

(1) Ces recherches sont bien exposées dans la thèse de Mlle Gatow-Gatovski sur : Les signes des lésions organiques du système nerveux dans la chorée de Sydenham et leur signification (*Thèse de Paris*, 1910). On y trouvera les indications bibliographiques relatives aux travaux des auteurs que nous citons.

(2) Marchand et Petit. *Loc. cit.*

©BIUM

l'un présentait le tableau clinique d'une confusion mentale avec symptômes organiques (hypotonie, contracture du membre supérieur droit, lymphocytose céphalo-rachidienne), rattachent les troubles mentaux et moteurs à la même affection cérébrale, à la même lésion anatomique. Notre malade présentait des réflexes rotuliens un peu retardés et le signe de Maillard, et, au début de sa chorée, une prédominance des secousses choréiques du côté droit. Nous n'avons pu, malheureusement, rechercher chez elle les autres signes du syndrome choréique. Si les travaux ultérieurs font constater ce dernier avec une fréquence suffisante dans les chorées s'accompagnant de troubles mentaux, les psychoses choréiques confusionnelles pourront, à bon droit, être classées parmi les psychoses infectieuses.

Il nous reste à étudier la pathogénie du syndrome de Korsakoff survenu, dans notre cas, avec la défervescence de la chorée. Nous avons constaté chez notre malade une grande fatigabilité qui nous imposait des examens de courte durée : quand nous les prolongions, M... était ensuite plus triste, plus inquiète, pleurait longuement, et la gesticulation motrice s'intensifiait pendant quelques heures. La faiblesse de l'attention s'exagérait visiblement au bout d'un moment d'interrogatoire. A l'approche de la guérison, la malade se fatiguait encore rapidement et devait interrompre souvent son travail. Elle était déprimée d'une façon générale, émotive et impressionnable, avec hyperesthésie psychique qui déterminait encore de la frayeur comme réaction aux excitations extérieures, à une époque où l'onirisme avait complètement disparu. Kraepelin (1) signale que les malades, même améliorés, restent encore longtemps émotifs, se fatiguent facilement, sont portés

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*, 8e édition, vol. II, 1910.

©BIUM

à des variations d'humeur surprenantes, et que même leurs mouvements montrent une certaine difficulté et hésitation. Bonhœffer (1) attire l'attention, dans les cas de chorée légère, sur l'existence d'une diminution de la spontanéité déjà signalée par Kleist, et sur un affaiblissement de l'activité psychique pouvant aller jusqu'à l'apathie, qui fait accepter docilement l'alitement prolongé. Ces derniers signes existaient dans notre cas. Ces divers symptômes, fatigabilité rapide, émotivité accrue, hyperesthésie psychique, diminution de la spontanéité et de l'activité mentales, auxquels il faut ajouter la réparation rapide par le repos au lit et la persistance de la diminution de poids pendant toute la durée de la psychose, ne dépendraient-ils pas d'un état d'épuisement psychique? S'il en était ainsi, cela justifierait en partie l'assertion de Videnz (citée par Bonhœffer), que les psychoses choréiques *de longue durée* sont, non plus des psychoses infectieuses, mais des psychoses d'épuisement, dans lesquelles la chorée n'a qu'un rôle étiologique indirect. Ces troubles mentaux relevant de l'épuisement doivent-ils être attribués à l'infection initiale, ou reconnaissent-ils une origine auto-toxique? Sont-ils imputables, au contraire, à un retard dans la réparation complète des troubles de nutrition des éléments nouveaux lésés par le processus toxi-infectieux? ou bien correspondent-ils à des troubles fonctionnels du système nerveux secondaires à des lésions méningo-encéphaliques aiguës? Ces questions ne peuvent actuellement recevoir de solution, tant nous sommes dans le domaine de l'hypothèse sur le terrain pathogénique. Quoi qu'il en soit, nous inclinons à penser que seul un état d'épuisement psychique peut produire les symptômes que nous venons d'exposer.

(1) Bonhœffer. *Loc. cit.*

CBIUM

Ces considérations nous paraissent limiter beaucoup le rôle de la prédisposition dans les troubles mentaux des chorées aiguës. Il faut, il est vrai, un terrain cérébral préparé pour que puissent éclore des troubles psychiques. Les antécédents héréditaires de notre malade (père alcoolique), sa timidité habituelle et sa tendance constitutionnelle à subir l'influence des causes psychogènes sont la preuve de sa fragilité cérébrale. Mais celle-ci peut tout au plus expliquer le pourquoi d'une localisation encéphalique de l'infection rhumatismale, localisation qui ne saurait être mise en doute si l'on veut bien ne plus considérer la chorée comme une névrose, tout au moins dans les cas aigus semblables à celui que nous rapportons. De cette prédisposition banale à la dégénérescence, il y a loin. Il nous semble que, dans les discussions anciennes sur la nature des troubles mentaux de la chorée, on a accordé une trop grande importance à la dégénérescence et au terrain. Les psychoses liées à la chorée de Sydenham doivent sortir du cadre des vésanies pour rentrer dans le groupe des psychoses infectieuses, ou même, si l'opinion de Marchand et Petit se confirme dans la généralité des cas, dans celui des psychoses organiques.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 AVRIL 1914.

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître que M. Ritti, secrétaire général, étant encore dans une période de convalescence, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Schnyder, secrétaire général du Congrès international de neurologie, de psychiatrie et de psychologie de Berne, remerciant la Société d'avoir bien voulu désigner ses membres titulaires, et plus spécialement son Bureau, pour faire partie du Comité français de propagande de ce Congrès ;

2° Une lettre de M. le Dr Van der Kolk, médecin-directeur de l'asile d'Endegeest, près Leyde (Hollande), qui demande à faire partie de la Société comme membre associé étranger. — Commission : MM. Ritti, Séglas et Kéraval, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Psychiatrie générale et spéciale, tome Ier : *Psychiatrie générale*, par M. Erwin Stransky.

Rapport de la Commission du prix Aubanel.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Messieurs. Vous avez nommé une Commission, composée de MM. Klippel, Sérieux, Briand, Truelle et Laignel-Lavastine, rappor-

©BIUM

teur, à l'effet d'examiner les titres des candidats au prix Aubanel.

Le sujet proposé cette année : « Les démences traumatiques » était difficile ; il n'a pas éveillé de nombreuses initiatives ; un seul mémoire a été présenté ; il porte la devise « Fac et Spera ».

Il débute par l'historique. Un grand nombre de travaux y sont signalés et les monographies les plus importantes bien résumées. Il eût été désirable que les opinions des auteurs, au lieu d'être énumérées selon l'ordre chronologique, fussent rapprochées les unes des autres lorsqu'elles présentaient quelque affinité ; l'exposé y eût gagné en clarté et en intérêt. Mais il faut reconnaître que la tâche était rendue délicate par les conclusions, en général, très différentes des auteurs.

L'historique est suivi de considérations sur l'étiologie des démences traumatiques. L'auteur fait une étude spéciale des troubles psychiques causés par la fulguration, l'insolation, la décompression, les tremblements de terre, les blessures de guerre et les accidents de chemins de fer.

Le corps même de ce travail est divisé en deux parties : la première étudie le rôle du traumatisme dans l'étiologie des démences en général ; la seconde est consacrée à la démence traumatique proprement dite.

Je ne citerai que les titres de chapitre de la première partie : elle ne contient pas de faits personnels, mais on y trouve une abondante documentation puisée surtout dans les auteurs français.

Voici ces divers chapitres : démences post-traumatiques dans les lésions méningo-encéphaliques ; démences consécutives aux traumatismes frappant les jeunes sujets ; démence épileptique post-traumatique ; terminaison démentielle des psychonévroses traumatiques ; terminaison démentielle de la confusion mentale traumatique ; démence précoce traumatique ; rôle du traumatisme dans le développement des diverses psychoses, leur chronicité et leur terminaison par la démence ; associations traumato-toxiques et traumato-infectieuses.

La seconde partie : « La démence traumatique proprement dite » méritait les plus grands développements, et elle comprend la majeure partie du mémoire.

©BIUM

L'auteur fait d'abord remarquer combien la question est encore obscure, et insiste sur tout ce qui manque à la plupart des observations publiées pour être convaincantes.

De ces observations, comme des deux personnelles (un peu écourtées) que contient le mémoire, il se dégagerait — bien qu'il faille, sur ce point, faire les plus grandes réserves — un type clinique spécial de démence traumatique.

Cette démence, d'après l'auteur, évoluerait en quatre périodes : 1° période des troubles immédiatement consécutifs au traumatisme; 2° période prodromique; 3° période d'excitation avec quelques idées de grandeur, remplacées parfois par des idées de persécution; 4° période d'affaiblissement intellectuel.

Ces deux dernières phases, seules, seraient caractéristiques. Les modalités de l'affaiblissement intellectuel rapprocheraient, au point de vue clinique, la démence traumatique de la démence sénile.

La période prodromique — sans caractères spécifiques — peut durer de longues années; la démence elle-même, quinze, vingt ans et davantage. La période d'excitation est, en général, fugace et parfois assez peu marquée.

Le pronostic est très grave. Cependant, des auteurs, comme Davidoff et Lapinsky, ont cité des cas de démence aiguë, terminée par la guérison; mais le diagnostic en est discutable.

L'auteur rapporte dix-neuf observations empruntées à la littérature française et étrangère. Elles ne sont pas d'égale valeur et certaines paraissent très critiquables.

Les symptômes qu'on y relève sont très variables et peu susceptibles de permettre de dégager un type franc de démence due au traumatisme.

Aussi ne saurait-on faire un grief à l'auteur de ce mémoire d'élever des doutes sur la légitimité de cette forme clinique de démence traumatique, dont j'ai, d'après lui, résumé les éléments.

Le chapitre d'anatomie pathologique contient le résumé des expériences faites sur les animaux et relate neuf observations avec autopsie.

Il faut remarquer que, si les premières ont donné des

©BIUM

résultats assez concordants, les secondes ne relèvent que des lésions variables et banales.

Le traitement fait l'objet de quelques pages où il est examiné dans ses actions curative et préventive.

Un chapitre médico-légal clôt le mémoire.

On ne peut pas dire que ce travail, un peu touffu, mais dont les cadres sont logiques, ait fait faire un progrès marqué à la question de la démence traumatique. Mais j'aurais mauvaise grâce à ne pas convenir que le sujet était difficile à traiter et même à ordonner.

Tel qu'il est, le mémoire qui nous est soumis dénote un gros effort; la documentation en est abondante; certaines des observations empruntées à la littérature russe n'avaient pas encore été traduites ni analysées en France. Ce sont là des matériaux utilisables pour une étude ultérieure : on doit savoir gré à l'auteur de les avoir réunis et le remercier de son consciencieux travail.

Votre Commission vous propose de lui décerner le prix Aubanel.

Conformément à ces conclusions, le prix Aubanel est décerné au mémoire ayant pour devise : *Fac et spera*, et qui a pour auteurs MM. Maurice Ducosté et Jean Salomon.

Rapport de la Commission du prix Semelaigne.

M. René Charpentier. — Messieurs, la Commission que vous avez nommée pour étudier les mémoires présentés pour le prix Semelaigne, Commission composée de MM. Arnaud, de Clérambault, Colin, Semelaigne et René Charpentier, a eu à examiner deux mémoires.

Le mémoire n° 1 a pour titre : *Paranoïa et psychose périodique*, et pour auteur, le Dr *René Bessière*, ancien interne des asiles de la Seine, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. C'est un travail très consciencieux, dans lequel l'auteur étudie, à l'aide de dix-huit observations dont huit inédites, les délires de persécution non hallucinatoires, transitoires, récidivant après des intervalles lucides. A la suite d'un aperçu historique de la question, l'auteur, dans un chapitre de clinique, expose avec méthode et résume avec clarté toute une série

©BIUM

d'observations très intéressantes, en particulier par leur durée. Prises, pour la plupart, à l'asile d'Evreux, dans le service du distingué aliéniste qu'est le Dr Charles Bessière, son père, ces observations, rédigées au cours d'une longue et stable carrière, bénéficient de cette étude patiente et prolongée qui permet des vues d'ensemble légitimes.

Cette intéressante étude clinique est suivie d'un essai de critique nosographique dans lequel M. René Bessière, après avoir passé en revue diverses opinions, en particulier celles de Magnan, Kraepelin, Specht et Masselon, admet, avec ce dernier auteur, que ces cas résultent d'une association de la paranoïa avec la psychose périodique. Ce sont, dit-il, des accès de psychose périodique évoluant chez des malades à constitution paranoïaque.

Le travail de M. René Bessière est une importante contribution à l'étude des délires de persécution intermittents ou rémittents, d'une interprétation souvent bien difficile.

Le mémoire n° 2 a pour titre : *Le Spleen. Contribution à l'étude des perversions de l'instinct de conservation*, et pour auteur le Dr *Henry Le Savoureux*, ancien interne des asiles de la Seine et de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de police, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés. Alors que beaucoup de jeunes aliénistes — et de plus anciens — tentés par l'originalité de formules nouvelles, cherchent le progrès de la médecine mentale dans l'abandon de conceptions naguère classiques et l'adoption de cadres récents, encore en évolution, M. Le Savoureux a été tenté par l'étude d'un mot que l'on prononce bien rarement aujourd'hui, le spleen. Appellation anglaise détournée de son sens primitif, mais conception française, le mot spleen, nous dit M. Le Savoureux, désigne la forme suicide de l'ennui morbide.

En dehors de l'intérêt qui s'attache aux choses du passé, même et surtout lorsqu'elles sont oubliées, l'utilité de ce travail est manifeste. Il y aura toujours un intérêt capital à fixer bien nettement le sens d'un mot, surtout en psychiatrie où, suivant les époques et suivant les écoles, les choses ont souvent changé de nom et les

©BIUM

mêmes mots n'ont pas toujours désigné les mêmes choses. Enfin, les états qui sont sur la frontière de la psychologie normale et de la psychologie pathologique, ceux aussi qui, franchement pathologiques pourtant, passent pour normaux auprès du public à cause de leur fréquence ou de leur facile dissimulation, tous sont d'un intérêt puissant pour l'aliéniste, pour le médecin légiste et pour le psychologue. C'est au nombre de ces états que figure ce que, avec nos ancêtres, M. Le Savoureux appelle le spleen.

Une riche bibliographie, un exposé historique minutieux dans lequel voisinent les citations d'auteurs médicaux et les fragments littéraires, un recueil d'observations cliniques dont quelques-unes inédites, servent de base à des considérations sur l'ennui en général et sur l'ennui morbide en particulier. L'ennui, sentiment simple, non décomposable en d'autres éléments, traduit, par son impression de vide et son absence de désirs, le besoin caché dont il est le signe unique. Il naît de l'action suspendue d'une ou de plusieurs tendances. L'ennui morbide est, pour M. Le Savoureux, un ennui profond, durable, persistant alors que le jeu d'aucune force n'est différé. Il représente la forme aggravée du tempérament aphorique. Et, si l'auteur écrit que le spleen est la forme suicide de l'ennui morbide, il admet cependant au nombre des spleeniques les ennuyés chroniques qui n'ont jamais fait de tentative de suicide.

Aussi, pour lui, bien que née d'une légende et d'un contresens, la conception du spleen, ennui morbide chronique, correspondrait à une réalité clinique, mode d'altération de l'élément affectif de l'instinct de conservation.

Le mémoire n° 1, dont je vous ai dit les mérites, s'éloigne des conditions exigées pour l'attribution du prix Semelaigne. Ce prix, en effet, doit être attribué à la meilleure des thèses soutenues, 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.

Aussi, votre Commission vous propose-t-elle, messieurs, à l'unanimité, de décerner le prix Semelaigne,

©BIUM

pour 1914, au mémoire n° 2, ayant pour auteur le Dr Henry Le Savoureux et pour sujet « Le Spleen », mémoire qui, tant par l'intérêt historique du sujet que par la documentation de l'ouvrage et l'élégance de la forme, est digne de vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, le prix Semelaigne est décerné à M. le Dr Le Savoureux.

Débilité mentale et délire chez les trois enfants d'un déséquilibré alcoolique mort à l'asile,

par MM. R. Leroy et P. Juquelier.

Deux des malades qui font l'objet de cette communication sont deux sœurs, actuellement internées, l'une à Ville-Evrard, l'autre à Moisselles ; elles sont visitées l'une et l'autre par leur frère, qui nous a paru lui-même digne d'intérêt au point de vue de la clinique mentale et dont nous nous sommes efforcés de recueillir l'observation. Enfin, l'un de nous a retrouvé, dans les archives de l'asile de Ville-Evrard, les certificats et les notes médicales se rapportant au père de ces trois sujets, interné à trois reprises en 1880, 1883 et 1884 et mort subitement à l'asile, comme le médecin s'occupait encore une fois de le faire sortir.

Il n'est pas exceptionnel que tous les enfants d'un père à la fois déséquilibré et alcoolique soient frappés de troubles mentaux et ce n'est pas ce fait seulement qui nous a engagés à vous entretenir de nos quatre malades ; mais les renseignements que nous possédons sur chacun d'eux sont assez précis pour nous permettre de constituer quatre observations assez complètes et dont la comparaison est susceptible de provoquer quelques intéressantes réflexions à propos des psychoses frappant plusieurs membres d'une même famille, et, d'une façon plus générale, à propos des psychopathies héréditaires.

Voici d'abord ces observations :

©BIUM

Obs. I. — *Alcoolisme chronique chez un prédisposé; trois internements pour des accès de délire hallucinatoire subaigu, s'accompagnant de dépression, de craintes d'empoisonnement, ou d'idées de persécution et de jalousie; idées de jalousie persistantes après le troisième placement; mort subite à quarante et un ans.*

Jean R... entre une première fois à l'asile de Ville-Evrard en février 1880, à l'âge de trente-quatre ans; le certificat de Legrand du Saulle le signale comme un alcoolique chronique, présentant de l'excitation, des hallucinations multiples, du désordre des actes, et refusant les aliments par crainte d'être empoisonné : il ne dort pas et menace sa femme. Nous verrons cette tendance à la violence et à la jalousie s'accuser par la suite.

A l'admission de l'Asile clinique, M. Magnan confirme le diagnostic d'alcoolisme chronique avec accidents subaigus hallucinatoires et délirants. Le malade, d'ailleurs, ne dissimule pas ses excès de boisson; il est dirigé sur l'asile de Ville-Evrard, où il ne tarde pas à se calmer et qu'il quitte dans un état mental satisfaisant, dit le certificat de sortie, le 4 avril 1880. Ce premier internement a donc duré moins de deux mois.

Un peu plus de trois ans après, en septembre 1883, R... entre de nouveau à l'Asile clinique. C'est, cette fois, sa femme qui l'y conduit; il s'agit encore d'accidents subaigus d'origine alcoolique; mais le médecin qui rédige le certificat de placement et le Dr Briand, à l'admission, dans son certificat immédiat, signalent tous deux l'attitude mélancolique. A Ville-Evrard, il semble à la fois déprimé et confus; il exprime cependant des idées de persécution. L'amélioration paraît aussi rapide qu'au moment du premier séjour et, le 27 décembre 1883, Mme R... peut emmener son mari.

Mais trois semaines seulement se passent et R... est interné d'office, le 19 janvier 1884, pour de nouveaux accidents subaigus au cours de l'intoxication éthylique chronique. Paul Garnier, qui l'examine alors, note des hallucinations, des paroxysmes de fureur, des violences envers sa femme.

A Ville-Evrard, le malade confirme qu'il est devenu violent, « qu'il aurait tué », si on ne l'avait pas interné de nouveau; mais il accuse sa femme d'avoir provoqué sa séquestration pour le tromper avec leur employé; il reconnaît avoir frappé sa femme et celui qu'il considère comme le complice de celle-ci, et persiste à les accuser et à les menacer bien au delà de la période de délire hallucinatoire; il présente, en outre, un léger

©BIUM

affaiblissement intellectuel et cette fois trois années se passent sans qu'il puisse être question de le rendre à la liberté.

En août 1887, le médecin de l'asile rédige, au sujet de R..., le certificat suivant : « Interné à trois reprises au cours d'accès de délire alcoolique avec tendances à commettre des actes de violence, M. R... est en ce moment tranquille et assez raisonnable. Il demande sa sortie et est énergiquement réclamé par deux anciens malades de l'Asile, les sieurs Ric... et Gu... M. R... est rétabli du dernier accès de délire alcoolique auquel il a dû sa troisième séquestration. Toutefois, il nourrit une animosité évidente envers sa femme, qu'il accuse de l'avoir fait séquestrer indûment et de le tromper avec un de ses commis. Il reproche aussi à ce commis de l'avoir frappé à plusieurs reprises. Il serait donc nécessaire de soumettre M. R... à une certaine surveillance au dehors, si sa mise en liberté lui était accordée. »

La teneur de ce certificat, adressé au préfet de police, n'était pas de nature à provoquer la sortie immédiate du malade et la question se serait probablement de nouveau posée à l'occasion de la première inspection semestrielle (1er janvier 1888), si Jean R... n'était mort subitement, le 9 novembre 1887, à l'âge de quarante et un ans.

Nous n'avons sur ce décès aucun renseignement.

Jusqu'à son troisième internement, le malade a exercé la profession de charbonnier marchand de vins et il n'est pas surprenant qu'il soit devenu un alcoolique chronique. Marié, il a eu les trois enfants de qui les observations vont être rapportées ; mais comme tous les trois sont nés quelques années avant le premier internement (1873, 1875 et 1876), nous ne savons quel était l'état du père au moment de la conception de chacun d'eux. Nous devons supposer qu'il était déjà alcoolisé, mais les craintes d'empoisonnement, la dépression mélancolique, les idées de persécution ou de jalousie qui ont accompagné les accès de délire toxique permettent de penser que ce malade était un prédisposé aux accidents vésaniques, avant d'être un alcoolique.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis par Pierre, l'aîné des enfants, Jean R... aurait eu une fièvre typhoïde quelque temps avant la naissance de la cadette, Marie (Obs. III), la première atteinte, et la plus profondément touchée.

Obs. II. — *Fils aîné du précédent ; débilité mentale, interprétations délirantes, tendances processives.*

Pierre R..., né en 1873, est âgé de quarante et un ans.

Il a aidé ses parents dans l'exploitation de leur commerce

©BIUM

de vins, jusqu'à la mort de la mère, survenue subitement en 1910. Il a exercé depuis la profession de cocher-livreur. Il se défend de faire des excès de boissons, car il sait, dit-il, que de tels excès ont occasionné la mort de son père, et ont retenti sur la santé de ses sœurs. C'est à propos de ses visites à celles-ci, à Ville-Evrard et à Moisselles, que nous avons pu nous faire une idée suffisamment exacte de son état mental.

C'est un débile, phraseur, ayant mal digéré quelques lectures mal choisies; il est orgueilleux et susceptible, malgré les dehors humbles et obséquieux sous lesquels il se présente au premier abord; il est porteur, chaque fois que nous nous entretenons avec lui, de nombreuses lettres, enveloppes, pièces d'état civil dont il nous oblige à prendre connaissance à propos de chacun des faits qu'il avance. Il est sûr de lui, les arguments les plus démonstratifs n'entament pas sa conviction. En ce qui concerne la santé de ses deux sœurs, il sait que la plus âgée (Marie) ne guérira jamais, et il est certain que l'autre (Alexandrine) est complètement rétablie et ne doit plus être maintenue à l'asile. Si le médecin, qui traite la première, lui déclare ne pas être tout à fait aussi pessimiste : « Monsieur, répond-il, ne craignez pas de m'impressionner, je sais depuis longtemps qu'elle est perdue. » Par contre, le médecin qui soigne la seconde hésite à proposer trop vite une sortie qu'il espère cependant prochaine. Pierre ne saurait admettre cette attitude prudente : il se met immédiatement en campagne et écrit à un homme politique pour protester contre cette séquestration.

Sa méfiance et sa tendance aux interprétations erronées se manifestent encore dans la circonstance suivante : dans la chambre de Marie, dont il a été chargé, sur sa demande, de conserver les meubles après l'internement, il trouve quelques papiers d'identité appartenant à un individu qu'il ne connaît pas (notons de suite que la malade, questionnée à ce sujet, a l'air, bien que très réticente, de parfaitement savoir de quoi il s'agit). Bien que le concierge de l'immeuble et le commissaire de police lui donnent à entendre le contraire et l'éconduisent, Pierre est sûr que cet individu n'a pu s'introduire chez sa sœur qu'après l'internement de celle-ci et, s'il s'est rendu coupable de cette violation de domicile, c'était, croit-il, pour s'approprier des obligations appartenant à la malade. Or, celle-ci déclare spontanément avoir brûlé ces titres et la réalité d'un commencement d'incendie n'est pas niable, puisque c'est un des faits qui ont déterminé l'internement de Marie. Peu satisfait de l'accueil du commissaire, qui refuse d'instruire sa plainte, Pierre transmet directement celle-ci au procureur de la République.

Jusqu'à présent, l'attitude de Pierre R... n'est pas incom-

©BIUM

patible avec la vie libre; ce sujet n'en est pas moins un débile, enclin aux idées de persécution et manifestant des tendances processives.

Obs. III. — *Fille du premier malade et sœur du précédent; débilité mentale, apparition vers l'âge de vingt-neuf ans d'un délire ambitieux et de persécution mal systématisé; oisiveté, indifférence, réactions rares. Internement après dix ans de délire. Démence paranoïde ou évolution vers la démence vésanique? Chronicité certaine.*

Marie R..., née en 1875, âgée de trente-neuf ans, entre le 3 février 1914 à l'asile de Moisselles.

Elle a séjourné quarante-huit heures à l'Asile clinique, où elle a été envoyée de l'infirmerie spéciale de la Préfecture. Le certificat rédigé à cette infirmerie par M. Dupré signale qu'elle a été conduite au commissariat de police de son quartier après avoir brisé son mobilier et allumé le feu chez elle avec les débris de ses meubles.

M. Dupré, à la Préfecture, et M. Briand, à l'admission de l'Asile clinique, ont pensé tous deux que Marie R... est atteinte d'une psychose chronique : cette impression est également celle qui résulte de l'observation à laquelle elle se trouve soumise à Moisselles.

A son arrivée, la malade est bien orientée, elle indique la date exacte et se rend compte qu'elle est dans une maison de santé; elle se rappelle la succession des faits qui ont déterminé son internement ; elle s'est rendue à une convocation du commissaire qui prétendait vouloir lui demander des renseignements d'état civil. Elle nous confirme qu'elle a brisé une partie de son mobilier et qu'elle a brûlé, avec ses meubles, une liasse d'obligations lui appartenant. Si les voisins ont eu à se plaindre de ses allées et venues bruyantes, si l'un d'eux a pu lui reprocher que la fenêtre de son logement ait été par elle barbouillée d'excréments, c'est qu'elle était en butte à de multiples persécutions : « On l'a lésée dans ses droits; depuis longtemps, on agit sur elle; on a tenté de l'empoisonner, etc... »

Ce délire polymorphe, où l'on trouve exprimées presque en même temps des idées de persécution, de grandeur, des préoccupations hypocondriaques et des craintes d'empoisonnement, est en partie alimenté par des hallucinations auditives et des troubles de la sensibilité générale, car la malade entend les voix de ceux qui veulent l'influencer pour la dépouiller de ses droits et les manœuvres auxquelles se livrent ses ennemis ont altéré sa santé au point qu'elle éprouve de nombreux malaises ; mais, bien qu'elle soit capable d'attention, qu'elle comprenne

©BIUM

parfaitement les questions qui lui sont posées, Marie R... est devenue assez étrangère au monde réel pour qu'il soit déjà très difficile et de déterminer l'époque du début du délire et de faire la part des éléments (troubles sensoriels, interprétations délirantes, processus imaginatifs), avec lesquels il est organisé. Certes, la malade, ainsi qu'en témoignent ses meilleures réponses, a toujours été une débile ; mais si sa lucidité, la conservation de sa mémoire, et jusqu'à un certain point de son attention spontanée, font hésiter à porter à son sujet le diagnostic de démence, son intégrité psychique n'en paraît pas moins atteinte, dès que l'on tient compte de l'incuriosité, de la paresse intellectuelle, de la perte des sentiments affectifs, première marque de la désagrégation de la personnalité.

Les explications que fournit Marie R... au sujet de son délire sont donc beaucoup plus vagues, beaucoup moins cohérentes que ne permettent de le supposer les réponses aux premières questions de l'interrogatoire habituel. D'une façon à peu près constante, la malade déclare « qu'elle n'est pas la fille ou la sœur de ceux qui la lèsent dans ses droits en portant son nom ». Elle est née de ses droits, sans père ni mère. Ses droits la rendront riche et puissante dès qu'elle les possédera.

Ceux qui se disent son frère, sa mère et sa sœur sont ses domestiques ; ils n'ont entre eux aucun lien de parenté, mais se sont associés pour l'exploiter (elle paraît d'ailleurs ne pas admettre la mort de sa mère survenue en 1910) ; elle s'étonne de leur insistance à s'occuper d'elle et à usurper un état civil qui n'est pas le leur. « J'avais de la sympathie pour ces petits, dit-elle en parlant de son frère plus âgé qu'elle de deux ans et de sa sœur d'un an plus jeune qu'elle, mais je ne veux plus entendre parler d'eux ; ils m'ont causé trop d'ennuis. » Cependant, ils agissent sur elle, ils s'efforcent de la faire céder ; elle leur résiste. S'ils écrivent, elle ne leur répond pas et nous prie de leur dire de s'abstenir. Son frère vient la voir et lui donne des nouvelles de leur sœur Alexandrine, internée à l'asile de Ville-Evrard, après qu'elle-même ait été placée à Moisselles. Marie ignorait ce placement avant la visite de Pierre qui, en se retirant, lui laisse 1 franc. Dès le lendemain, elle fait acheter dix timbres de 10 centimes, place neuf de ces timbres dans une feuille de papier blanc qu'elle plie dans une enveloppe. Sur l'enveloppe, elle écrit correctement l'adresse de sa sœur à Ville-Evrard et affranchit avec le dixième timbre. Il semble donc qu'elle ne se désintéresse pas autant qu'elle l'affirme de ces petits domestiques qui l'importunent et qu'elle méprise, mais qui lui restent sympathiques. De menus incidents de cet ordre, qui contrastent avec l'attitude et les affirmations habi-

©BIUM

tuelles de la malade, ne facilitent pas l'appréciation de l'affaiblissement réel de l'intelligence.

Invitée à expliquer ce que sont « ses droits », comment elle a pu naître de ses droits, sans père ni mère, depuis quelle époque elle connaît cette situation, comment la supercherie de ses serviteurs lui a été révélée, Marie R... esquive la difficulté par des réponses comme celles-ci : « Je connais bien mes droits » ; « Je le sais depuis toujours » ; « Ne faites pas l'ignorant » ; « On croirait que vous ne le savez pas ». Mais on n'obtient rien de plus. Si l'on insiste, elle déclare placidement : « Vos questions m'agacent ! » ; « Pourquoi me faites-vous toujours répéter la même chose? » ; « Vous m'avez déjà demandé ça je ne sais combien de fois ! » En réalité, son impatience ne paraît pas très vive.

Elle exprime quelquefois des idées hypocondriaques telles que celle-ci : « Je ne me porte pas bien ; j'ai eu cette nuit une piqûre de moustique au visage qui cause un gros préjudice sur ma santé. » Mais elle refuse tout examen physique. On a les plus grandes difficultés à apprécier l'état de ses réflexes oculaires et tendineux (qui paraissent normaux). Un peu d'exophtalmie, comme chez sa sœur, attirant notre attention sur son corps thyroïde, il faut lutter pour qu'elle entr'ouvre le col de son vêtement. L'examen ne révèle pas d'hypertrophie thyroïdienne appréciable.

Même après qu'elle s'est déclarée lasse d'être questionnée, elle ne quitte jamais la salle où on l'interroge sans replacer près des autres, le long du mur, la chaise sur laquelle elle s'est assise et sans prendre poliment congé.

Elle ne demande pas à quitter l'asile ; « elle sortira quand elle voudra et, dès qu'elle sera libre, elle aura ses droits ». Elle est inactive, s'isole des autres malades et, de temps en temps, paraît répondre à une hallucination auditive. Elle ne s'inquiète pas des événements extérieurs, cependant, elle est toujours très exactement orientée. Il est rare qu'elle s'irrite lorsqu'une autre malade l'agace, mais alors il faut l'empêcher de frapper.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis par le frère, cet état morbide remonte à dix ans au moins ; depuis plusieurs années, Marie R... ne reconnaît ni mère, ni frère, ni sœur ; elle se croit riche, lésée dans ses droits et ne travaille plus. Mais on a pu la garder en famille jusqu'au début de février 1914. En janvier, les réactions contre l'entourage sont devenues assez fréquentes et assez bruyantes pour nécessiter l'internement.

Les souvenirs du frère, qui l'observait très imparfaitement au début, alors qu'elle était surtout surveillée par la mère, ne permettent pas de préciser si l'état actuel d'indifférence et

©BIUM

d'oisiveté est survenu d'emblée ou si la dissociation de la personnalité a été progressive.

S'agit-il d'un état délirant chronique évoluant vers un lent affaiblissement intellectuel chez une fille d'aliéné originairement débile ? S'agit-il au contraire d'un état de démence partielle, de désagrégation psychique survenu rapidement, en même temps qu'un délire stable, bien que de faible organisation ? Les deux conceptions peuvent être admises. Quoi qu'il en soit, les signes de chronicité sont actuellement indiscutables.

Obs. IV. — *Fille du premier malade et sœur des deux précédents. Débilité mentale, choc moral au moment de l'internement de sa sœur Marie. Délire polymorphe avec excitation et hallucinations. Internement. Retour rapide au calme, mais persistance des convictions délirantes et des idées de persécution.*

Alexandrine R..., la plus jeune de la famille, est née à Paris, le 13 octobre 1876.

D'intelligence médiocre, elle n'acquit qu'une instruction rudimentaire. On ne note parmi ses antécédents personnels aucune maladie infectieuse grave, ni syphilis, ni alcoolisme. Elle eut à dix-sept ans un enfant naturel, mort à neuf jours de faiblesse congénitale, puis se maria, en décembre 1894, à l'âge de dix-huit ans, avec un ouvrier qui ne la rendit pas heureuse en raison de sa brutalité, et d'avec qui elle divorça au bout de quelques années ; Alexandrine vécut alors avec sa mère et les siens, s'occupant dans la maison de commerce.

La mort de sa mère l'obligea à gagner sa vie comme blanchisseuse (1910). Elle vécut dès lors seule, ne souffrant pas de privations, car son gain journalier était d'environ 4 à 5 francs par jour. Rien ne pouvait faire prévoir que cette femme présenterait un jour des troubles mentaux, lorsque l'internement de sa sœur Marie, malade depuis des années, détermina chez elle une violente émotion et de grands ennuis. Voici comment les faits se sont passés, d'après les dires d'Alexandrine :

Vers la fin de janvier 1914, Marie R..., qui avait pu jusque-là vivre en liberté, s'agite, fait du scandale, et va jusqu'à brûler ses meubles, ainsi qu'une liasse de 3.000 fr. d'obligations au porteur. Comme elle continue à s'exciter et refuse toute nourriture, Alexandrine va trouver le commissaire de police du quartier et lui demande l'internement de sa sœur. Le commissaire exige un certificat médical qu'on ne peut lui fournir, parce que la malade, enfermée dans sa chambre, refuse d'ouvrir sa porte, et ne veut recevoir personne. Deux ou trois jours se passent ainsi. Les agents attirent enfin Marie au commissariat,

©BIUM

sous prétexte d'affaires concernant son état civil et la conduisent à l'infirmerie spéciale le 31 janvier 1914.

Le 3 février, Alexandrine va visiter sa sœur, qui a été transférée à l'admission. Nous ne savons pas au juste ce qui s'est passé, mais il semble que les troubles mentaux aient éclaté chez elle à ce moment, d'une manière assez brusque. Alexandrine raconte, en effet, la bizarre histoire suivante : « On m'a donné une feuille de papier, en me disant que Marie était à l'asile de Moisselles. En sortant de Sainte-Anne, un monsieur grand et fort, que j'ai revu trois fois le lendemain, m'a dit : Quand on est dans votre cas, madame, on doit se faire remarquer, mettez la feuille de Moisselles à votre boutonnière, et affichez-vous. J'ai épinglé la feuille à mon corsage, et j'ai marché ainsi dans la rue, poussée par une force supérieure, heureuse de voir les gens me regarder. »

Le lendemain, les troubles mentaux s'accusent, accompagnés du même état psycho-moteur, et d'illusions ou d'hallucinations. Alexandrine se sent poussée à nouveau, le matin au réveil, par une force irrésistible et jette, sans aucun motif, par la fenêtre, son balai, une glace à main et une boîte de poudre de riz. L'après-midi, elle fait une course : deux enterrements passent dans la rue, et un monsieur, croit-elle, lui dit : « C'est votre sœur qu'on conduit au Père-Lachaise; elle est morte, après s'être débattue entre deux agents. » Alexandrine se rend alors en toute hâte au Père-Lachaise et demande si on n'enterre pas en ce moment M^lle R... Elle s'informe un peu de tous côtés et même au four crématoire, où on lui donne une réponse négative.

Sortie du cimetière, la malade n'ose pas prendre le métropolitain « parce que l'électricité peut faire de vilaines choses ». Mais elle rencontre tout à coup le monsieur qu'elle a vu la veille à Sainte-Anne et celui-ci l'engage à utiliser ce moyen de locomotion. Elle va par le métro jusqu'à Passy, sans motif; une affiche « avec la salamandre, on se chauffe pendant six mois » lui fait une telle impression de peur qu'elle n'ose descendre. Elle quitte enfin le métro à la station Kléber, tenant à la main un rameau cueilli au Père-Lachaise et va planter ce rameau dans le sol au pied de l'Arc de Triomphe, en l'honneur du général républicain. Le monsieur de Sainte-Anne se trouve encore devant elle, à ce moment, et lui indique son chemin pour regagner son domicile.

Alexandrine rentre chez elle vers six heures du soir, dîne et se couche. Au lit, elle entend une voix prononcer les mots : « Gaz-eau-mètre », et pense aussitôt à une affiche du gazomètre Pearson vue dans le métro. Or, elle a connu autrefois un monsieur Pearson, qui lui avait dit : « Quand je serai mort, tu réclameras

©BIUM

l'histoire de ma vie écrite par moi, tu y joues un grand rôle. » Ce propos lui était sorti de l'idée depuis des années.

Le même jour, à 11 heures du soir, la malade est arrêtée chez elle par les agents et conduite à l'Infirmerie spéciale, à la suite de circonstances que nous ignorons. Il est probable qu'elle a fait du scandale dans la maison.

Pendant la nuit passée à l'infirmerie et la matinée du jour suivant, la malade présente un état hallucinatoire intense avec confusion mentale. Elle assiste à la guerre, à la révolution ; elle voit des scènes de carnage et d'incendie, elle entend galoper des chevaux ; elle proclame la République universelle. Puis, ce sont « des scènes de paix, des champs de blé, le calme d'une belle nature, le bonheur de l'humanité ».

Dans un long certificat à fin de placement, le Dr Logre, à l'Infirmerie spéciale, note des hallucinations, de l'excitation intellectuelle, des idées de persécution et de grandeur. Fait intéressant : à ce moment, la malade paraît être, d'une façon transitoire, sous l'influence d'idées analogues à celles qui caractérisent le délire de sa sœur Marie : elle se croit riche et dit appartenir à une autre famille que la sienne.

Alexandrine entre à Ville-Evrard, le 9 février 1914, présentant de l'exaltation psychique avec idées ambitieuses, fuite des idées, illusions de fausse reconnaissance ; elle est cependant lucide et consciente du milieu où elle se trouve. Elle raconte, en effet, être venue souvent à Ville-Evrard, dans son enfance, pour rendre visite à son père ; elle peut, d'autre part, nous fournir des renseignements sur la maladie de sa sœur.

C'est au point de vue du niveau intellectuel une débile certaine avec stigmates de dégénérescence. Pas de symptômes de dégénérescence. Pas de symptômes d'alcoolisme. Exophtalmie, tachycardie avec quelques intermittences cardiaques, mais sans hypertrophie thyroïdienne. Elle est habituellement constipée, ses règles sont irrégulières ; les réflexes tendineux sont vifs et les réflexes oculaires normaux.

Au bout de quelques jours, l'excitation s'apaise, la malade nous donne sur les circonstances ayant provoqué son internement les renseignements relatés ci-dessus. Cependant, elle n'a gardé de son passage à l'Infirmerie spéciale qu'un souvenir assez vague ; sa séquestration ne lui semble pas justifiée : « C'est un mystère. » Elle ajoute : « Le monsieur qui m'a annoncé le décès de ma sœur avait un but. Je n'ai pas agi dans un accès de fièvre chaude, mais sous l'influence d'un malhonnête homme. » Elle accuse aussi de faux le secrétaire du commissariat de police, qui a antidaté l'ordre de conduite de sa sœur à l'Infirmerie spéciale.

Depuis, Alexandrine n'a pas changé : elle est calme, mais

©BIUM

proteste contre son internement; si elle n'a plus d'hallucinations, elle ne rectifie pas son délire et continue à se dire la victime de machinations coupables; elle est, de plus, très réticente.

Elle refuse de s'occuper, prétextant que « puisqu'on ne la trouve pas en état de sortir, il est juste qu'elle se repose ». Elle s'informe de sa sœur et a écrit spontanément à Moisselles pour avoir des nouvelles. Elle considère, comme son frère, Marie comme incurable.

Le pronostic doit donc être réservé, malgré la sédation rapide des hallucinations et des phénomènes d'excitation. Sommes-nous en présence d'une simple débile ayant fait un délire passager ou avons-nous affaire au début d'un délire de persécutions? l'avenir seul permettra de juger la question.

Quel enseignement est-il possible de tirer de la comparaison de l'état mental de nos trois derniers malades, c'est-à-dire des trois enfants du premier? Etudiée ici même avec beaucoup de soin, en 1899, par M. Trénel (1), la question des psychoses familiales a fait, d'autre part, l'objet d'une thèse récente, celle de M. Demay (2), dans laquelle on trouvera l'indication des travaux intermédiaires. On s'entend aujourd'hui, comme il y a quinze ans, pour admettre que le terme « psychoses familiales » ne désigne pas certaines formes mentales particulières, possédant parmi leurs caractères celui de frapper plusieurs membres d'une même famille; mais on s'accorde à reconnaître aussi que des accidents analogues, sinon identiques, éclatent fréquemment chez le frère et la sœur, les deux sœurs, la mère et la fille, etc...

Ici, l'analogie est certaine : Pierre, Marie et Alexandrine sont tous trois des débiles enclins à délirer; le même portrait de famille pourrait donc leur être appliqué, sans que cependant l'assimilation fût poussée trop loin. Chacun d'eux se différencie, en effet, par l'intensité, la date d'apparition et l'évolution de la psychose.

Notons, pour terminer, que la similitude de l'aspect

(1) Société médico-psychologique, séance du 27 novembre 1899.
(2) G. Demay. Des psychoses familiales, *Thèse*, Paris, Ollier-Henry, 1913.

©BIUM

des psychopathies frappant plusieurs membres d'une même famille provient souvent de l'influence secondaire de la contagion réciproque : on n'observe ici rien de tel, malgré que la famille ait vécu assez étroitement unie, jusqu'à la dispersion forcée due à l'internement presque simultanée des deux sœurs.

Chaque fois que le père de nos trois derniers malades a été interné, ce fut à l'occasion d'accidents alcooliques; l'alcoolisme suffit-il donc à expliquer les troubles mentaux que nous observons chez ses descendants?

Ceux-ci ont tous été frappés; mais ils sont tous nés viables et se sont développés normalement en apparence; c'est seulement à l'âge adulte que le délire s'est manifesté chez eux d'une façon plus ou moins nette ou plus ou moins grave, tandis que, jusque-là, ils ne paraissaient présenter qu'un certain degré de débilité mentale. Ces caractères appartiennent plutôt aux descendants des vésaniques qu'aux descendants des alcooliques, parmi lesquels on note surtout la morti-natalité, la mortalité infantile, les convulsions, l'arriération mentale profonde associée à l'épilepsie. Les auteurs qui ont contribué à l'étude de l'hérédité de l'aliénation mentale ont souvent observé que le défaut de viabilité est moins fréquent chez les enfants des délirants que chez les enfants des alcooliques ou des débiles profonds (1).

Dans notre exemple, il faut encore remarquer que la plus jeune des filles avait déjà quatre ans, lorsque des excès d'alcool ont provoqué le premier internement du père. Sans doute, celui-ci était-il exposé depuis longtemps par sa profession à commettre des abus. Nous n'en sommes pas moins autorisés à rechercher dans son histoire tout ce qui peut expliquer les caractères psychopathiques de son fils et de ses deux filles. Or, les renseignements que nous possédons sur Jean R... nous ont montré qu'à l'occasion de chaque internement, le délire alcoolique subaigu fut accompagné chez lui de symptômes vésaniques. Tantôt, les idées de persécution, sous forme de crainte d'empoisonnement, eurent

(1) Voir en particulier : D. Brunet et A. Vigouroux. *Contribution à l'étude de l'hérédité de l'aliénation mentale.* Communication au Congrès de Clermont-Ferrand, 1894.

©BIUM

un relief inaccoutumé dans le simple délire toxique ; tantôt, le malade se présenta comme mélancolique. Enfin, si le délire de jalousie a mérité d'être décrit parmi les formes mentales de l'alcoolisme chronique, sa systématisation précoce (avant la quarantaine) chez notre malade peut encore être considérée comme la marque d'une prédisposition psychopathique antérieure à l'intoxication et probablement suffisante pour s'accentuer dans les générations ultérieures.

Discussion.

M. Piéron. — Les auteurs terminent en remarquant que la contagion mentale n'a joué aucun rôle dans le développement des psychoses de leurs malades. Cependant, la plus jeune des sœurs n'a-t-elle pas présenté, pendant quelque temps, un délire très voisin du délire de la plus âgée ?

M. Juquelier. — Cette analogie n'a duré que quelques heures, pendant qu'Alexandrine était à l'Infirmerie spéciale ; il est possible, en effet, que, d'une façon tout à fait éphémère, elle ait reproduit, sans pouvoir les rectifier, les idées délirantes habituelles chez sa sœur.

Un délirant mélancolique qui se transforme en un délirant persécuté,

par MM. Hérisson-Laparre et Pruvost,
internes à l'asile de Vaucluse.

On a toujours opposé, en clinique mentale, le caractère humble, craintif, auto-dépréciateur du mélancolique au caractère orgueilleux, combatif du délirant persécuté.

Le premier cherche en lui-même, en ses défauts, en ses actes, l'explication des troubles cénesthésiques qu'il ressent et des maux qu'il prévoit.

Le persécuté, troublé également dans son instinct de conservation, accuse les autres des ennuis et des malheurs qu'il a supportés, et c'est dans l'exagération de sa

©BIUM

personnalité qu'il trouve la raison de l'hostilité qui l'environne et qu'il combat.

Entre ces cas cliniques types et en apparence si opposés, se rencontrent de nombreuses transitions. Souvent, les mélancoliques présentent des idées vagues de persécution ; souvent, les persécutés deviennent auto-accusateurs. On a décrit des persécutés mélancoliques.

En 1910, M. Séglas a communiqué, ici même, une très belle observation montrant qu'un persécuté pouvait se transformer en mélancolique et, dans la discussion, M. Chaslin dit avoir observé la transformation inverse d'un mélancolique devenant persécuté avec réactions dangereuses.

C'est la lecture de ces observations qui nous a poussés à présenter l'histoire clinique d'un malade que l'un et l'autre nous avons observé dans le service de M. le Dr Vigouroux, au cours de notre internat.

Dep... (André), employé de commerce, entré pour la première fois à l'asile de Vaucluse, le 31 juillet 1909. Il était alors âgé de trente-six ans.

C'est un homme de taille moyenne, normalement constitué, bien que de poids relativement léger. Il ne présente aucun signe physique de dégénérescence, aucun trouble de la trophicité, de la motilité ni de la sensibilité. Les réflexes (pupillaire, patellaire, plantaire, crémastérien) sont normaux. Les appareils digestif, circulatoire, respiratoire et urinaire paraissent fonctionner régulièrement.

Dans ses antécédents héréditaires, nous notons que son père est mort d'apoplexie à l'âge de soixante ans et que sa mère est morte à soixante-dix ans avec des symptômes très nets d'affaiblissement mental. Dans les dernières années de sa vie, elle avait été soignée, pendant trois mois, à la Salpêtrière, pour une affection nerveuse que nous n'avons pu déterminer.

Dep... eut cinq frères et sœurs : quatre moururent en bas âge de méningite ou de troubles gastro-intestinaux. Une de ses sœurs est encore vivante. Elle est très débile tant au point de vue mental que physique, incapable de gagner sa vie comme domestique, le plus souvent placée à l'hôpital ou à l'hospice ; elle habite chez une de ses tantes qu'on nous a présentée comme très débile également au point de vue mental.

Après une première enfance normale, Dep... fréquenta l'école jusqu'à l'âge de seize ans. Il s'y montra bon élève, très intelligent.

©BIUM

A seize ans il entra comme employé dans une maison de draperie. Il était chargé de la comptabilité, de la correspondance et tint son emploi avec intelligence, faisant preuve d'une grande activité. Il était cependant scrupuleux à l'excès, timide plus que de raison et surtout craintif : il avait toujours peur d'être renvoyé.

Après un an de service militaire, il rentra dans la même maison pour n'en sortir qu'à son entrée à l'asile.

A vingt-six ans, il contracta la syphilis. Il alla consulter de nombreux médecins et se soigna très régulièrement par des piqûres et des sirops. Il souffrit beaucoup de céphalées à cette époque.

A vingt-huit ans (en juillet 1901), il se maria. Un an et demi après, sa femme accoucha prématurément, à sept mois, d'un enfant mort et macéré.

En 1904, sa femme eut une seconde grossesse pendant laquelle elle suivit un traitement énergique. Cette grossesse se termina par la naissance d'une petite fille bien portante.

En janvier 1909, une troisième grossesse se termina dans des attaques d'éclampsie qui amenèrent la mort de la mère.

Dep... conçut un vif chagrin de cet accident. Il devint taciturne, irritable. A la suite des reproches que lui aurait adressés la famille de sa femme, il s'accusa de s'être marié trop tôt après le début de sa syphilis. Il était déprimé, mélancolique. Il craignait d'être arrêté ; il portait constamment sur lui un revolver avec lequel il voulait attenter à ses jours. Il parlait souvent de la possibilité d'un suicide et fit même une tentative de défenestration.

Il continua néanmoins à travailler, mais le 31 juillet 1909, il entrait, comme placement volontaire, sur sa demande, à l'asile de Vaucluse. Le certificat de quinzaine, rédigé par M. le Dr Vigouroux, est ainsi conçu : « Dépression mélancolique avec scrupules, idées de culpabilité, interprétations délirantes au sujet de paroles qu'il entend autour de lui. Il s'accuse d'avoir causé la mort de sa femme ; il cherche, dans sa vie antérieure, les actions qu'il a pu commettre et qu'il se reproche. Il a peur de ne pas guérir. »

A l'asile, Dep... est calme, docile, facile à diriger, mais il est très déprimé, il s'alimente assez mal et après s'être fait beaucoup prier. Il pleure fréquemment, il gémit et se lamente par intervalles, s'accusant d'être la cause de la mort de sa femme, se reprochant de lui avoir transmis la syphilis, d'avoir eu avec elle des rapports anormaux. Il est en proie à des scrupules portant également sur des événements de sa vie de garçon : c'est ainsi qu'il s'inquiète du sort d'une fille rencontrée par hasard douze ans auparavant et avec qui il aurait eu

©BIUM

quelques rapports : « Cette fille a eu un enfant, dit-il, cet enfant est peut-être de moi ; je suis prêt à faire tout ce qu'il faut pour racheter cette lourde faute. » Il veut expier toutes ses erreurs de jeunesse.

Il écrit à sa famille des lettres désespérées dont voici quelques passages :

« Permettez à un pauvre désespéré de venir vous dire un dernier adieu. Il faut que j'expie les fautes commises ; je ne demande que cela. »

Il confie sa fille à son oncle : « Demandez en grâce à la personne qui l'élèvera qu'on lui parle quelquefois de son papa Robert qui pleure bien souvent en pensant à elle. Si c'était possible, je voudrais bien la revoir une fois encore avant de mourir, car j'ai des pressentiments que je n'irai plus longtemps maintenant. » Il demande pardon à toute sa famille.

« Ma seule ambition est de revenir vivre au milieu de vous, je vous assure que j'aurai une conduite exemplaire. Je réclame toute la responsabilité de l'affaire qui m'amène ici. » Il signe : « Un malheureux qui souffre énormément. »

Une autre fois, il écrit : « Je préfère souffrir plutôt que de faire souffrir les autres, ainsi que ma famille qui serait peut-être gênée plus tard, je ne veux pas déshériter ma petite fille. »

Il envisage les conditions de son enterrement, il réclame les sacrements de l'Eglise. « Quant à mon corps, je désire être incinéré ayant cru comprendre qu'ici on ne pouvait faire autrement. »

Il fait son testament :

« Je veux que mes cendres soient transportées au cimetière de Clamart. »

Dans une autre lettre, nous lisons : « J'ai cru comprendre que des comptes m'étaient demandés sur la gestion des fonds qui me restaient après la mort de ma pauvre femme, j'ai l'honneur de vous en donner le détail. »

Plus loin :

« Désireux de ne pas me trouver à la charge de l'asile et de récompenser les soins qui m'y furent donnés, veuillez prélever sur mon capital les sommes nécessaires. »

Dep... ne semble pas avoir d'hallucinations ; par contre les interprétations délirantes sont nombreuses. Il croit constamment comprendre que les malades qui l'entourent s'intéressent à lui pour le blâmer, parlant de lui en termes méprisants :

« Vos personnes, dit-il, ne cessent de faire des allusions à mes aventures de jeunesse. » Toutes les paroles que l'on prononce se rapportent à lui. Il entend : « Saint-Ouen, Bouillon Chartier. » Saint-Ouen, c'est le cimetière. Bouillon Chartier,

©BIUM

c'est là qu'il allait parfois dîner avec sa femme. Un jour, il cassa un carreau parce qu'un malade semblait le regarder, puis regarder le carreau. Une autre fois, il cassa encore un carreau pour imiter un de ses voisins de lit. « C'était un ordre, dit-il comme excuse ; je n'avais pas à résister. »

Cet état de mélancolie avec interprétations multiples persiste avec toute son intensité jusque vers le mois de mai 1910. A partir de ce moment, Dep... devient moins triste, moins anxieux, il se nourrit mieux, s'occupe un peu à rendre quelques services. On lui fait quelques injections de nucléinate de soude qui semblent l'améliorer. On note cependant l'apparition de quelques idées de persécution. Le malade manifeste des craintes d'empoisonnement, mais ces idées ne sont que passagères, Dep... n'en parle bientôt plus. Il continue à s'améliorer, il est de moins en moins déprimé, il travaille régulièrement, demande sa sortie, il est conscient de la morbidité de ses idées, qui ont motivé son internement. Sa famille le réclame avec insistance, promettant de le surveiller étroitement ; il est mis en liberté le 12 janvier 1909.

A peine sorti de l'asile, Dep... est repris d'un accès de dépression. Dès son arrivée à la gare, il se montre inquiet, le bruit du train, le brouhaha de Paris, le mouvement des voitures, des autos le troublent, lui font peur. Il ne se sent pas la force de rester à Paris, il ne se croit plus la tête assez solide pour résister. La peur de vivre le prend. « Il est lamentable, tant il est désemparé », dit le parent qui s'était chargé de lui. Il n'a qu'une idée : rentrer au plus vite à l'asile de Vaucluse.

Le lendemain de sa sortie, néanmoins, poussé par son entourage, il va chez un drapier demander du travail, mais le succès de sa demande ne parvient pas à le réconforter ; au contraire, il en sort plus déprimé encore, et quelques heures plus tard, il tente de s'ouvrir les veines du bras avec un grattoir. On le mène à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, et le 28 juillet 1911, Dep... rentre pour la seconde fois à l'asile de Vaucluse.

Le malade s'y montre triste, taciturne, mais se déclare satisfait de son internement. Il se sent plus en sûreté à l'asile qu'à Paris, dont il ne se croit plus en état de supporter la vie trépidante.

Cependant, dès les premiers jours de son second internement, Dep... manifeste des idées de méfiance vis-à-vis des personnes de sa famille et particulièrement du parent chez lequel il était allé lors de sa sortie. « Si ma famille vient pour me voir, dit-il, je ne veux pas la recevoir. » Il ne donne pas les raisons de cette décision. Quelques heures après, il déchire sa pancarte, disant que Dep... n'est pas son nom.

Depuis cette époque, son état dépressif s'est de plus en plus

©BIUM

estompé pour être remplacé par des préoccupations hypocondriaques et ses idées de persécution.

Au lieu d'être comme autrefois un malade calme, facile à diriger, humble, prêt à toutes les pénitences, demandant à être protégé, Dep... devient peu à peu irritable, toujours mécontent, protestataire, agressif, violent.

Il se plaint constamment : un jour il a mal à la tête ; le lendemain, c'est à l'estomac ; un autre jour, il a des étouffements, etc. Il demande à être soigné, mais il refuse obstinément tous les soins, tous les médicaments ; il a peur qu'on ne veuille l'empoisonner.

Il attribue ces troubles à des commotions électriques qu'on lui envoie, à des poisons qu'on lui fait absorber mélangés à des aliments. Il conserve des morceaux de viande ainsi que du lait qu'il veut faire soumettre à l'analyse.

Il accuse ses parents et principalement les amis qui élèvent sa fille d'être les auteurs des persécutions.

Tous ces troubles de la cénesthésie, D... les attribue à ses ennemis ; de même tous les gestes, toutes les conversations de son entourage sont dirigés contre lui. D... est sujet à de multiples interprétations délirantes avec lesquelles il base toutes ses idées de persécution.

Un jour, il se plaint que tous les aliments qu'on lui présente sont empoisonnés, il le constate à l'aspect général de ses selles.

Une autre fois, il demande pourquoi il est à l'asile l'objet de quolibets de tout le monde. « Voulez-vous m'expliquer, dit-il encore, pourquoi vingt des personnes qui m'entourent prennent des allures et des physionomies de parents et d'amis ? »

S'il se plaint de pertes séminales, il accuse ses ennemis de lui imposer des rêves érotiques.

Il collectionne les articles de journaux où l'on parle de lui et, tout récemment, D... protestait parce que dans « L'Humanité » on avait fait paraître un article sur sa vie.

D... ne présente aucune hallucination de l'ouïe ni de la vue. Il est par contre halluciné de l'odorat : « Il y a dans les aliments le goût de sublimé à faible dose et du soufre, je le reconnais parfaitement à l'odeur. »

C'est surtout des hallucinations de la sensibilité générale qu'il accuse ; on lui fait de l'électricité dans tout le corps, on lui paralyse la langue, on lui enlève toute la force de ses jambes, etc., etc.

Quels sont ses persécuteurs ? D... ne le sait pas très exactement. Il ne cite aucun nom, il parle d'une bande de fripouilles qui fait sur lui le « jeu des trente-six bêtes », mais il ne précise pas.

Parfois il s'en prend au médecin qu'il accuse de vouloir lui

©BIUM

faire boire « un bouillon d'onze heures », d'essayer de « l'utiliser comme mouton ». Un autre jour c'est la police qu'il accuse de vouloir le « persécuter à mort ».

« Il y a dans l'asile, nous disait-il tout récemment, une persécution criminelle dirigée contre moi par un ensemble de personnes qui ont un but à me faire disparaître. »

Pour échapper à cette persécution de tous les instants, D... se livre parfois à des gestes de violence, il a tenté de s'évader ; mais sa réaction la plus curieuse fut l'imitation des gestes d'un malade de son quartier qui boxe presque sans arrêt contre des ennemis imaginaires. D... donna pendant six mois (de janvier à juin 1912) des coups de pied et des coups de poing dans le vide.

A plusieurs reprises, il s'est jeté sur le médecin qu'il considère comme complice de ses ennemis et a voulu le frapper.

Actuellement, le malade présente toujours des idées de persécution, des idées hypocondriaques.

Les idées d'auto-accusation ont disparu, il ne reste plus rien de l'état mélancolique qui dominait le tableau clinique au début de la maladie ; après avoir été un mélancolique, D... est devenu et reste exclusivement un persécuté.

En résumé, D... a présenté, pendant les trois premières années de sa maladie : l'état mental, le délire et les réactions de la mélancolie. Depuis deux ans, progressivement, il s'est modifié et il est devenu un délirant persécuté, type halluciné interprétant, égocentrique, voulant reprendre dans la Société la place qu'il doit y occuper, agressif vis-à-vis des persécuteurs et de ceux qu'il considère comme leurs alliés.

Le malade de M. Séglas avait conservé comme auto-accusateur certains traits du caractère du persécuté ; il était resté paranoïaque et vaniteux.

Chez D..., en dehors des idées hypocondriaques persistantes, nous ne trouvons plus de symptômes mélancoliques ; il n'est plus déprimé, il est actif et il s'occupe à lire et à travailler.

On trouve chez lui l'hypertrophie de la personnalité qui le porte à se croire l'objet de l'attention universelle, puisqu'on écrit dans le journal des articles sur son compte, qu'au cinématographe, des scènes entières de sa vie sont reproduites, etc...

Il semble donc qu'il y a eu non seulement évolution du délire, mais transformation du caractère tout entier.

©BIUM

DISCUSSION

M. Leroy. — Cette communication m'a d'autant plus intéressé que je me propose de publier prochainement un certain nombre d'observations analogues à celle de MM. Hérisson-Laparre et Pruvost. Voici, par exemple, le résumé d'un de ces cas. Une malade mélancolique, déprimée, présentant des idées d'auto-accusation et de suicide, est opérée pour des troubles urinaires graves. A la suite de l'opération, elle est transformée : elle devient une persécutée, hallucinée, se plaignant d'être électrisée par le chirurgien et menaçant de le tuer.

M. Mignard. — Dans l'observation de M. Leroy, comme dans celle de M. Pruvost, je note l'existence d'hallucinations coexistant avec le délire de persécution, tandis que l'état mélancolique est associé surtout à des interprétations. L'apparition des hallucinations n'explique-t-elle pas, en quelque mesure, la transformation du délire?

M. Vigouroux. — J'ai suivi pendant six ans le malade dont MM. Hérisson-Laparre et Pruvost rapportent l'observation. Pendant deux ans, j'ai porté un pronostic favorable, malgré que le malade fût un syphilitique, ce qui pouvait faire penser à la paralysie générale; puis est survenue, après une apparente guérison, une transformation radicale : il est certain que le malade est aujourd'hui bien plus halluciné qu'il ne l'était pendant la période mélancolique.

M. Arnaud. — Les cas extrêmes diffèrent beaucoup cliniquement, cela n'est pas douteux, et le pronostic se ressent de cette différence. Cependant, je ne crois pas qu'il y ait, au point de vue psychologique, une opposition aussi tranchée entre le mélancolique et le persécuté, et les cas mixtes s'expliquent fort bien. Il ne faut pas oublier que naguère les uns et les autres étaient confondus dans une commune description : ils étaient des lypémaniaques.

J'ai observé un cas qui se rapproche beaucoup de celui des présentateurs : il s'agit d'une femme qui, au moment où elle allait sortir de la maison de santé,

©BIUM

guérie d'un accès mélancolique, fut prise brusquement d'un délire de persécution avec hallucinations ; ce délire dure depuis quinze ans, et seul l'affaiblissement intellectuel qui commence a quelque peu atténué son intensité.

M. Roger Dupouy. — S'agit-il, dans ce cas, de la même affection qui se transforme ou de deux maladies différentes évoluant l'une après l'autre? La question qui se pose ici est celle des délires systématisés secondaires. Voici le résumé d'une observation qui m'incite à soulever cette question. Un malade, considéré jusque-là comme un maniaque intermittent, à la suite de trois accès qui ont guéri, fait un quatrième accès : je me crois autorisé à porter le même pronostic favorable que lors des accès précédents, et j'observe l'apparition rapide d'un délire hallucinatoire de persécution.

M. Vigouroux. — Ce n'est pas une question à laquelle il est aisé de répondre, que pose ici M. Dupouy. En ce qui concerne notre malade, je crois qu'il s'agit de l'évolution de la même maladie. J'approuve fort ce que vient de dire M. Arnaud au point de vue psychologique. A mon sens, le délire mélancolique et le délire de persécution sont deux réactions de l'instinct de conservation malade : le sujet cherchant en lui-même, dans le premier cas, l'explication de son malaise, et s'en prenant à l'entourage, dans le second cas. On pourrait comparer la période mélancolique, chez les malades du genre de ceux que nous étudions, à la phase d'inquiétude du délire de Lasègue.

M. Dupouy. — On n'observe point cette transformation brutale dans les délires systématisés de persécution type Lasègue, et ce qu'il faut rechercher, à mon avis, c'est si les transformations de l'ordre de celle qui fait l'objet de notre discussion ne surviennent pas toujours après une crise mélancolique ou maniaque.

M. Mignard. — La comparaison que vient de faire M. Vigouroux vient à l'appui de l'opinion que j'ai émise tout à l'heure : tant qu'il interprète des troubles cénesthésiques, le malade est un mélancolique ; viennent les hallucinations, qui lui permettent d'objectiver, d'extérioriser l'origine de ses sensations désagréables, et le malade se transforme en persécuté.

M. Vigouroux. — J'accepte assez volontiers, pour

©BIUM

ma part, la manière de voir de M. Mignard ; mais la transformation de la personnalité du malade porte sur autre chose que sur la modification de ses troubles de sensibilité. Notre malade, avant d'être mélancolique, fut toujours un inquiet et un scrupuleux ; la mélancolie, chez lui, ne paraît être que l'exagération de cette humeur habituelle. Devenu persécuté, il est aujourd'hui agressif, violent et dangereux. Son humeur s'est donc complètement modifiée.

La séance est levée à 5 h. 50.

Les secrétaires des séances,
J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 20 avril 1914.

I. — *L'aliénation mentale chez les employés de chemins de fer. Présentation de malades.* — M. *Pactet* continue la série de ses présentations relatives à l'existence de l'aliénation mentale chez les employés en exercice des compagnies de chemins de fer, en amenant devant la Société un mécanicien de l'Etat, un chauffeur de l'une des grandes compagnies et un chef de train de l'Etat.

Le mécanicien, persécuté avec hallucinations auditives et troubles de la sensibilité générale, a cessé un jour brusquement son service sous l'influence des troubles mentaux. Ceux-ci remontaient déjà à trois ou quatre mois. L'hallucination auditive, chez un mécanicien de chemin de fer, est une cause de danger pour la sécurité des voyageurs, en raison de l'influence qu'elle peut avoir sur ses actes.

Le chauffeur est atteint de paralysie générale. Le début de la maladie date de plus d'un an, et il n'a cessé son service que le 8 mars dernier, et encore spontanément. Son attitude, depuis quelque temps, offrait pourtant des singularités qui auraient dû retenir l'attention et provoquer un examen médical. Il n'en fut rien. On le laissa en fonction.

Quant au chef de train, c'est un homme qui a des habitudes invétérées d'intempérance et qui n'en était pas moins un des agents les mieux notés du réseau de l'Etat. On le choisissait de préférence, si l'on accepte ses dires, pour la conduite des trains officiels. Le fait se passe de commentaires.

La nécessité de connaître l'état mental des agents à qui est

©BIUM

remise la sécurité des voyageurs apparaît donc comme absolue; le procédé le meilleur pour provoquer une enquête qui soulève des difficultés reste à déterminer.

M. *Legrain* fait observer, en ce qui concerne les buveurs, que si l'on connaît l'ivresse manifeste dans les compagnies de chemins de fer, on ignore l'alcoolisme chronique, et que le mécanicien abruti au lendemain d'une ivresse est aussi dangereux sur sa machine qu'un ivrogne excité; il est incapable de la vigilance nécessaire pour parer à l'inattendu.

M. *A. Marie* résume l'observation d'un conducteur d'arrière qui, au début d'une paralysie générale, n'a pas pris les précautions qu'il devait prendre, son convoi étant anormalement arrêté, et fut la cause d'accidents dans lesquels il fut blessé.

M. *A. Vigouroux* a recherché si les employés de chemins de fer, déjà malades au moment de l'interruption de leurs fonctions, étaient nombreux parmi les aliénés ayant séjourné depuis une dizaine d'années environ dans son service; il n'a heureusement relevé qu'un petit nombre de cas, ce qui est rassurant.

II. — *Aliénation mentale des employés de chemins de fer.* — MM. *Voivenel* et *Daunie* apportent à la Société un certain nombre d'observations détaillées qui dissèquent la manière remarquable dont est faite, dans l'arrondissement de Toulouse de la Compagnie du Midi, l'examen des employés suspects d'aliénation mentale. Le médecin principal, le Dr Louis de Santi, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse, appelle à ce sujet l'attention des médecins de section, se tient en contact permanent avec eux, convoque les malades à son cabinet, n'hésite pas à les faire examiner par des psychiatres, soit extérieurs, soit déjà médecins de la Compagnie, et fait, à ce sujet, montre d'un tact tel que le malade ne se doute pas du genre d'examen auquel il se soumet. Le Dr Voivenel donne plusieurs observations de paralytiques généraux et de pseudo-paralytiques, de délirants systématisés, de ramollis et d'artério-scléreux cérébraux. De la lecture de ces observations et de l'examen des dossiers réunis par le Dr de Santi, il ressort qu'aux chemins de fer du Midi, grâce à l'intelligente collaboration des bureaux de l'ingénieur principal, M. Glaser, et du service médical, les employés, déjà rigoureusement sélectionnés à leur entrée, sont, au point de vue mental, minutieusement étudiés, mis dans l'impossibilité de nuire, surveillés dans des emplois où ils ne sauraient compromettre la sécurité publique, et qu'ainsi se trouvent réalisées les conditions qui ménagent l'in-

©BIUM

térêt des compagnies, l'intérêt public et l'intérêt des employés malades. C'est un exemple qu'il serait bon de suivre.

MM. *Vigouroux*, *Pactet* estiment que ce qui a été réalisé, grâce à l'initiative du médecin-chef dans une Compagnie de transport, peut être réalisé dans d'autres. M. Voivenel a été bien inspiré de faire connaître de tels documents.

III. — *Paralysie générale et syphilis extragénitale. Présentation de trois malades.* — M. *A. Marie* (de Villejuif) apporte le cas de trois malades, paralytiques généraux à syphilis extragénitale de la face (un chancre de la face par rasoir infecté, un de la lèvre et un de la langue), ce dernier fut suivi, plus rapidement que les autres, de syphiliose des centres nerveux (sept ans après). Ces cas semblent confirmer l'existence, dans ces conditions, d'une syphilis plus grave pour les centres nerveux. Dans certains cas de chancre extragénital, en particulier de la face, Mott a insisté récemment sur des cas de ce genre, où il développe les voies de propagation des spirochètes par les lymphatiques de la base du crâne et du cerveau.

IV. — *Traumatisme céphalique, crises convulsives. Présentation de malade.* — M. *A. Marie* présente ensuite un marin survivant des catastrophes de la *Couronne* et de l'*Iéna,* qui a de l'affaiblissement intellectuel avec épilepsie, troubles mentaux intercalaires et embarras de la parole en rapport possible avec une cicatrice fronto-pariétale gauche.

V. — *Hypothermie chez un paralytique général. Présentation de graphique.* — M. *A. Marie* dépose enfin le graphique d'un cas d'hypothermie cyclique (33 degrés) chez un paralytique général et rappelle à ce propos les recherches de Citron et Leschke sur les centres thermo-régulateurs de la base du cerveau, en arrière des couches optiques et en dessous.

MM. *Marchand, Pactet, Trénel* rapportent des cas analogues. M. Pactet rappelle qu'il a fait établir un thermomètre spécial pour enregistrer les basses températures. M. Marchand cite des observations du professeur Joffroy où cet auteur a signalé que la température était descendue jusqu'à 28 degrés.

VI. — *Démence précoce et alcoolisme chronique. Présentation de malade.* — MM. *Capgras* et *Morel* présentent une malade atteinte de démence paranoïde dont le début de la psychose a été marqué par un accès d'alcoolisme subaigu. L'alcoolisme, chez cette femme, était dû à la respiration de vapeurs d'alcool dans l'atelier où elle travaillait. L'accès n'a point guéri, seules ont disparues les hallucinations visuelles et les crises panopho-

©BIUM

biques; mais, par contre, se sont développées des hallucinations auditives et cénesthésiques très actives en même temps que des symptômes de dissociation psychique : incohérence des propos, indifférence, impulsions immotivées.

VII. — *Démence précoce chez deux sœurs. Présentation de malades.* — MM. *Capgras* et *Morel* montrent à la Société deux sœurs atteintes de démence précoce. La plus jeune, âgée de vingt ans, est malade depuis trois ans; l'aînée, âgée de vingt-cinq ans, a présenté les premiers troubles mentaux il y a un an.

VIII. — *Descendance de paralytique général. Présentation de malade.* — MM. *Trénel* et *Raynier* apportent le cas d'un jeune homme de vingt-six ans, fils d'un paralytique général, lequel est mort trois ans après la naissance de son fils. Celui-ci a eu des convulsions dans l'enfance, s'est montré débile avec des défauts de caractère, puis incapable d'apprendre un métier. Au retour du service militaire, développement progressif d'un délire mal systématisé avec idées de persécution, hallucinations auditives et psycho-motrices. Bégaiement congénital, dents cannelées. La sœur, plus âgée de treize mois, est normale et a eu deux enfants: le premier mort-né macéré, le deuxième normal.

IX. — *Saturnisme et exhibitionnisme. Présentation de malades.* — MM. *Marcel Briand* et *Jean Salomon* présentent trois malades, internés à la suite d'une inculpation d'attentat à la pudeur et d'un examen médico-légal. Les troubles psychiques de ces malades sont différents, mais tous offrent le caractère commun d'être saturnins. Les auteurs ont déjà attiré l'attention sur des faits du même ordre.

M. *Vigouroux*, qui a examiné deux de ces malades au point de vue médico-légal, précise les circonstances du délit pour chacun d'eux et se demande si l'influence de l'intoxication provoquée par le plomb doit être invoquée en l'espèce.

X. — *Trois cas de paralysie générale de longue durée. Présentation de malades,* par M. Puillet (service de M. Toulouse). — 1° Méningo-encéphalite diffuse avec idées de grandeur, signes physiques nombreux (écriture très caractéristique). Entrée le 31 janvier 1905. Actuellement, rémission marquée;

2° Paralysie générale classique. Entrée le 29 décembre 1905. Aujourd'hui, dépression, mutisme, stéréotypies;

3° Paralysie générale. Entrée le 1er juillet 1907. Aucun changement depuis cette date.

Ces observations sont intéressantes par l'absence de lympho-

©BIUM

cytes et d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, le Wassermann du liquide négatif et celui du sang positif et la longue évolution de la maladie.

XI. — *Méningite terminale chez une urémique. Présentation de pièces.* — MM. *Truelle* et *Cornet* apportent les pièces d'une malade morte à la suite d'une méningite à pneumocoques, révélée à l'autopsie, ayant entraîné la mort en quarante-huit heures, sans signes cliniques capables de la faire diagnostiquer, et survenue brusquement. Cette malade, brightique de soixante-dix ans et insuffisante hépatique, présentait, depuis plusieurs années, des accidents urémiques à forme gastro-intestinale. Ce n'est donc pas une véritable méningite urémique, comme on en a publié quelques cas, mais une infection méningée, favorisée sans doute dans son évolution et dans son apparition par l'intoxication urémique.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The American Journal of Insanity.

ANNÉE 1910.

I. — *Température du corps dans la démence paralytique*; par le Dr A. B. Coleburn (numéro d'avril). — Dans les cas où la maladie a été observée à ses débuts, l'auteur n'a constaté rien de spécial dans les modifications de la température; celle-ci a varié tout comme chez des individus sains, d'après l'heure de la journée, l'ingestion des aliments, le repos ou l'exercice.

A une période plus avancée de la maladie, l'excitation, les attaques épileptiformes ou paralytiques, la diminution des forces ont produit parfois des élévations de température non proportionnées à ces causes; de temps à autre aussi se sont constatées des élévations de température, sans leucocytose, dont il était impossible de trouver la raison.

Les poussées inflammatoires du cerveau, lorsqu'il y avait en même temps leucocytose, déterminaient des élévations notables.

Somme toute, rien de bien déterminé, pouvant fournir des données cliniques utiles.

II. — *Utilité des conférences entre les médecins dans les éta-*

©BIUM

blissements publics d'aliénés; par le Dr Elbert M. Somers (numéro d'avril). — Les règlements des asiles publics prescrivent depuis l'année 1905 que les divers médecins d'un asile conféreront entre eux au sujet des malades de l'asile. L'application de ces règlements semble être entrée dans une phase pratique.

Autant que possible, ces conférences ont lieu chaque jour; on s'y occupe ensemble des malades nouveaux admis, sur lesquels on revient au bout d'un temps d'observation convenable; on y discute le diagnostic de leur état et les moyens de traitement à mettre en œuvre.

Enfin, lorsqu'il semble qu'un malade doive sortir de l'établissement, c'est encore la conférence qui intervient, et qui fixe les éléments d'une décision.

Pour que les conférences quotidiennes s'occupent de chaque nouvel entrant, il faut que le nombre de malades par rapport à un seul médecin ne soit pas trop élevé, ni le nombre total des entrées dans une année.

Le travail ainsi fait en commun semble donner de bons résultats et rend plus intéressante la tâche de chacun; il permet aussi au médecin en chef de mieux connaître ses collaborateurs et de mieux les diriger dans leurs fonctions.

III. — *Recherches sur l'hérédité;* par le Dr William C. Sandy (numéro d'avril). — Ces recherches ont porté sur 386 aliénés, dont 229 hommes et 157 femmes. Les formes mentales examinées sont d'abord celles auxquelles l'auteur donne le nom de manie dépressive et de démence précoce; puis viennent la folie alcoolique, la paralysie générale, l'épilepsie, le morphinisme, l'imbécillité, les psychoses diverses.

L'hérédité a été assez nettement trouvée dans 95 cas, dont 72 hommes et 23 femmes.

C'est dans le morphinisme et l'imbécillité qu'elle a paru la plus fréquente.

Pour ce qui est de la paralysie générale, l'hérédité a été rencontrée chez des hommes; mais on ne l'a trouvée chez aucune femme.

Cette hérédité est quelquefois directe, mais le plus souvent de transformation; c'est l'alcoolisme qui la constitue le plus ordinairement, puis diverses maladies cérébrales. Le reste appartient à la transmission de maladies mentales proprement dites.

Dans l'ensemble, et d'après les chiffres donnés, l'hérédité ne

©BIUM

serait donc certaine et nette que dans un quart des cas étudiés.

IV. — *Délire hallucinatoire alcoolique aigu*; par le Dr William C. Garvin (numéro d'avril). — Ce délire débute d'ordinaire brusquement chez un individu alcoolique; les hallucinations y ont le caractère des idées de persécution; il y a de l'anxiété et de la crainte; le sens de l'orientation et la mémoire sont généralement conservés.

Les hallucinations de l'ouïe sont les plus communes; viennent ensuite celles de la vue, qui caractérisent le *delirium tremens*; celles du goût et de l'odorat sont rares.

Les paresthésies sont très habituelles.

La disparition de l'anxiété et de la crainte marque le retour à la guérison. Celle-ci est habituelle, au moins lors d'un premier accès, dans un laps de temps qui va de quelques jours à quelques semaines, et dans ces conditions le pronostic est habituellement favorable.

V. — *La scarlatine cause de maladies mentales;* par le Dr Edgar B. Funkhouser (numéro d'avril). — Ce mémoire n'est qu'une revue de ce qui a été écrit sur la question, notamment par les Allemands, et conclut à l'intervention de l'infection scarlatineuse dans la production des psychoses.

VI. — *Analyse anatomique de soixante-dix cas de démence sénile*; par le Dr C. G. Mc Gaffin (numéro d'avril). — Les données générales de cette analyse sont les suivantes :

C'est le plus souvent dans les circonvolutions frontales qu'on trouve de l'atrophie.

L'atrophie générale est rare.

C'est dans les cerveaux de femmes qu'on trouve la diminution de poids la plus considérable.

Les hommes sont frappés plus jeunes que les femmes, mais vivent ensuite plus longtemps que celles-ci.

L'atrophie ne va pas de pair avec les altérations athéromateuses.

Dans quelques cas de démence sénile on ne trouve ni artériosclérose ni atrophie.

VII. — *Recherches sur la démence sénile, spécialement par rapport à l'atrophie cérébrale*; par le Dr E. E. Southard (numéro d'avril). — Les conclusions de ce mémoire se rapprochent beaucoup de celles du précédent.

VIII. — *Note sur le traitement de l'état aigu dans l'aliénation mentale*; par le Dr Sanger Brown (numéro d'avril). — Ce traitement ne peut bien se faire que dans un établissement

©BIUM

spécial. On doit y éviter, de manière presque absolue, l'emploi de médicaments sédatifs ou narcotiques. Il faut relever ou entretenir avec soin les forces des malades. Il faut surtout tenir ceux-ci au grand air ou dans des chambres très aérées et disposées de manière à ce qu'ils ne puissent se blesser et qu'ils soient très surveillés.

IX. — *Plan d'examen de l'état mental à l'usage des établissements d'aliénés*; par le Dr William A. White (numéro d'octobre).

X. — *Importance des observations complètes sur les aliénés*; par le Dr W. W. Hawke (numéro de juillet). — Il est impossible d'analyser ces deux articles; nous en dirons seulement que bon nombre des particularités qu'ils engagent à rechercher chez les aliénés sont plus ou moins oiseuses.

XI. — *Psychiatrie militaire*; par le Dr R. L. Richards (numéro de juillet). — Relevé sommaire des progrès accomplis en divers pays dans cette partie de la médecine mentale; contrairement à ce que l'on a le regret de constater dans le plus grand nombre des travaux d'outre-mer, lesquels ne tiennent guère compte que des productions allemandes, celui-ci fait une part honorable aux travaux français, et il cite notamment les noms de Régis, Rayneau, Antheaume et Mignot. Il indique la grande importance qu'il y a à surveiller l'armée, soit pour l'empêcher de recevoir des déséquilibrés, soit pour en évincer ceux qui s'y trouvent, soit enfin pour apprécier sainement les délits que peuvent commettre des militaires.

XII. — *Amnésie et automatisme alcooliques*; par le Dr Charles W. Pilgrin (numéro de juillet). — Trois observations d'alcooliques ayant accompli, deux d'entre eux, des actes dont ensuite ils n'avaient pas souvenir, l'autre une fugue qu'il ne se rappelait pas non plus. L'un des deux premiers avait notamment fait une tentative de suicide dont il était resté inconscient. Comme il ne s'agissait, dans aucun de ces cas, d'actes pouvant tomber sous le coup de la loi, la sincérité de leurs auteurs, dans l'amnésie qu'ils accusaient, a dû sembler d'autant plus réelle, et leurs observations en prennent un intérêt particulier.

XIII. — *Rapport du Comité nommé par l'Association médico-psychologique américaine pour étudier la question de l'expertise légale en médecine mentale* (numéro de juillet). — Ce Comité avait été nommé au Congrès de 1909 et présenta son rapport au Congrès de 1910. Il insiste sur la nécessité qu'il y a de prendre, à l'égard des aliénés criminels, une base d'appré-

©BIUM

ciation de leur état autre que celle de la distinction du bien et du mal ; la nécessité non moindre de confier les expertises à ceux qui y ont une compétence spéciale ; la grande importance qu'il y aurait à mettre en observation, dans les établissements spéciaux, ceux qui sont l'objet d'une expertise.

XIV. — *Moyens d'action relatifs aux aliénés criminels* ; par le Dr Austin Flint (numéro d'octobre). — Dans l'Etat de New-York, il y a deux asiles pour aliénés criminels, celui de Dannemora, qui ne reçoit que des condamnés de droit commun ; on les y garde tant qu'ils sont aliénés, et on les rend à la prison si leur maladie mentale cesse avant la fin de leur peine ; celui de Matteawan, qui reçoit toutes catégories d'aliénés criminels, condamnés ou non, ceux qui ont commis un délit comme ceux qui ont commis des crimes. Depuis son origine, en 1859, il a reçu 3.160 aliénés dont 313 inculpés de meurtre ou condamnés pour ce fait. Actuellement, il est bondé, ayant 755 pensionnaires, alors qu'il a été fait pour 550.

Quand un aliéné criminel est envoyé à Matteawan, on ne transmet au médecin aucuns renseignements sur lui ni sur ce qu'il a fait, ou on ne lui en envoie que de très incomplets. Sa situation est donc moins bonne, à ce point de vue, que celle du médecin d'un asile ordinaire, qui ne reçoit un malade que sur présentation d'un certificat donnant en détail son histoire médicale.

Tout aliéné détenu a le droit de demander sa comparution à nouveau devant les juges. Il y a des cas, et A. Flint en cite un qui eut de la notoriété, où il se fait grand abus de ce droit, d'autant que chaque comparution peut amener une procédure dispendieuse. Il s'est trouvé des Etats qui ont restreint son usage.

XV. — *De l'expertise relative à l'aliénation mentale dans les cas de crimes* ; par le Dr Carlos Mac Donald (numéro d'octobre). — La manière dont les experts interviennent aux Etats-Unis dans les cas dont il s'agit est non seulement défectueuse, mais nuisible même, par le fait des discussions qui surgissent, à la barre des tribunaux, entre experts contradictoires. Le Dr Mac Donald voudrait d'abord que les experts ne pussent être pris que sur des listes dressées d'avance par les tribunaux, qu'ils fussent compétents sur les matières de leurs expertises, et que l'un d'eux, à tout le moins, fût choisi par les magistrats. Actuellement, ils sont choisis tous par les parties en cause qui, souvent, en dressent plusieurs l'un contre

©BIUM

l'autre, leur demandant de parler uniquement dans un sens favorable à la partie qui les a choisis. De là, des conflits regrettables, qui déconsidèrent expertises et médecins.

L'auteur parle d'un fait qui n'est pas banal et que nous pouvons indiquer après lui, bien qu'il ne se rapporte pas spécialement à la médecine mentale. Une femme avait été victime d'un accident de chemin de fer; elle réclamait une grosse indemnité qui incomberait à une compagnie d'assurances. Quatre médecins experts de son côté, quatre du côté de la compagnie, intervinrent. Par extraordinaire, ils se trouvèrent d'accord sur un point, c'est que la femme avait une tumeur abdominale. Naturellement, les experts de la femme attribuaient cette tumeur à l'accident, les autres à toute autre cause. Le tribunal accorda à la plaignante une indemnité de 200.000 dollars eu égard à cette tumeur. Or, dix jours seulement après le jugement, la tumeur aboutit à un bon accouchement, bien à terme. On ne dit pas ce qu'il advint ensuite.

Comme tous les aliénistes des Etats-Unis, le Dr Mac Donald demande que la détermination de l'aliénation mentale, dans les procès criminels, cesse d'être basée sur l'aptitude de l'inculpé à discerner le bien du mal.

XVI. — *Formes intermittentes de démence précoce*; par le Dr William Rush Dunton (numéro d'octobre). — De l'aveu de l'auteur, ces formes répondent à notre folie circulaire. Il rappelle que déjà, en 1909, l'*American Journal of Insanity* a publié un mémoire sur le même objet.

XVII. — *Imbécillité simulée dans l'hystérie*; par le Dr Tom A. Williams (numéro d'octobre). — Qu'il s'agisse d'hystérie ou non, il est question ici d'un jeune garçon de quinze ans, qui ressentait pour sa mère des sentiments en quelque sorte amoureux, désirant être pris par elle dans ses bras, et même être avec elle dans son lit, sans avoir cependant, à proprement parler, de désirs sexuels à son égard. Il feignit un état de niaiserie, d'imbécillité, même de dépression générale, espérant l'amener ainsi à se comporter avec lui comme lorsqu'il avait trois ans. On eut beaucoup de peine à reconnaître la nature véritable de son état, qui cessa peu à peu.

Victor Parant père.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Studien zur Frage : Milieu oder Anlage (Les causes de l'abandon et de la criminalité de la jeunesse. Etudes sur la question : milieu ou prédisposition); par le Dr Hans W. Gruhle. Un vol. in-8°. Julius Springer, 1912.

Voici un travail considérable, fort intéressant assurément pour ceux qui s'occupent de psychologie sociale, de criminologie et d'éducation. L'auteur s'est astreint à des observations méthodiques sur cent cinq jeunes gens enfermés dans une école de réforme à Flahingen, dans le grand-duché de Bade, et il a mis quatre ans à ordonner des matériaux ainsi recueillis dans le volume qu'il présente maintenant au public. Ce travail paraît avoir été fait avec tout le soin, la conscience possibles. Je regrette seulement que les conclusions que l'auteur tire de ses statistiques et observations, et qu'il met en gros caractères à propos de chaque détail particulier, n'aient pas été réunies dans un chapitre final d'ensemble. Cela eût rendu plus facile la lecture de ce livre, bourré de statistiques, de tableaux et de détails.

Une remarque de la page 46 montrera bien la prudence et la réserve de l'auteur. Cherchant à se rendre compte de l'influence possible, chez les enfants qu'il a examinés, des affections nerveuses et mentales des parents, il a trouvé que 47,62 p. 100 de ces enfants étaient tarés par la présence d'un trouble pathologique chez au moins un des parents, et 8,57 p. 100 étaient doublement tarés. Or, en comparant à ces chiffres ceux donnés par différents auteurs, il conclut que l'on ne peut rien conclure, tant qu'on n'aura pas fait des recherches analogues sur les tares des enfants non-criminels ou moralement abandonnés et avec une méthode rigoureuse.

D'autre part, à propos de ces fameux signes de dégénérescence dont on a tant abusé, il montre bien leur absence totale de valeur. De même le type criminel ou plutôt l'expression criminelle ne repose que sur des habitudes acquises : la physionomie criminelle doit être mise sur le compte du milieu.

©BIUM

Les recherches de M. Gruhle avaient été entreprises pour élucider, si possible, la question de savoir quelle était la cause de la criminalité ou de la défectuosité dans la conduite de ces jeunes criminels ou enfants « moralement abandonnés ». Est-ce la constitution, le milieu, ou l'ensemble de la constitution et du milieu? Il y a un petit nombre d'enfants où la prédisposition paraît seule ou surtout en jeu : avec caractère anormal, 20 p. 100, et sans caractère anormal, 21 p. 100. Dans 41 p. 100 des abandonnés, le milieu et la prédisposition sont également responsables de leur déchéance sociale; près des deux tiers de ceux-ci (26 p. 100 de la totalité) sont anormaux. Dans 18 p. 100 des cas, le mauvais milieu est seul ou surtout en cause; la bonne moitié de ceux-ci est anormale, mais sans que cet état anormal joue un rôle, si ce n'est, à la rigueur, quelquefois très minime. Enfin, M. Gruhle admet que 40 p. 100 des enfants qu'il a étudiés, tant anormaux que normaux, auraient pu échapper à la déchéance dans un bon milieu (de leur classe). Que faut-il donc comprendre par prédisposition? Cette prédisposition est très variée, et pas plus qu'il n'y a un type criminel dans le sens de Lombroso, il n'y a un type psychologique : c'est un type social, comme je crois que l'on peut s'exprimer, l'auteur n'ayant pas employé ce terme, type qui est le même, que ce soient le milieu, la prédisposition ou les deux ensemble qui l'aient créé.

Je m'arrête et me borne à dire en terminant que beaucoup de travaux de médecine mentale gagneraient à être faits avec la prudence scientifique, le scrupule méthodique, l'absence de théories préconçues qui font la valeur de ce gros volume.

PH. CHASLIN.

Psychologische Wanderungen auf Seitenwegen (Pérégrinations psychologiques par chemins détournés); par le Dr Bernhard Schulz. Un vol. in-8°, Iéna, Gustave Fischer, 1913.

Quel rapport y a-t-il entre les processus corporels et les processus spirituels? Ce rapport est un fait constatable dans l'organisme humain vivant. Expliquer leur réunion par la suppression des premiers au profit des seconds ou inversement, c'est-à-dire par la suppression de la matière au profit de l'esprit ou de l'esprit au profit de la matière, n'aboutit à rien. Pour l'auteur, la « vie » est le principe des deux sortes opposées de

©BIUM

processus, qu'il réunit dans une unité supérieure. Excitation et réaction, attraction et répulsion, sont des notions communes dont l'unité fondamentale doit être cherchée dans la « mémoire », qui conserve des traces des modifications aussi bien incorporelles que spirituelles. Il ne faut pas identifier spirituel et conscient, ce qui mène au point de vue dualistique, mais on doit admettre que l'esprit est un phénomène vital de l'organisme humain, qui oscille entre le maximum d'inconscience et le maximum de conscience. De cette façon, M. Bernhard Schulz a pu, dit-il, laisser de côté les difficultés du parallélisme et de l'action réciproque. On fonde l'hypothèse du cours des processus psychiques entre les deux extrêmes de l'inconscience et de la conscience sur deux faits constatés : l'apparition de la conscience personnelle chez l'enfant à un certain âge, le passage du conscient à l'inconscient, et réciproquement de ce qui a été conscient. Telle est l'idée fondamentale du livre, comme le résume lui-même l'auteur à la fin. C'est avec cette idée fondamentale comme guide que M. Schulz a entrepris ses « pérégrinations psychologiques » au milieu des systèmes des dernières écoles allemandes. La psychologie a commencé par étudier les phénomènes spirituels les plus tranchés et les plus nets en apparence, ce qu'on appelait les images. On commence maintenant à voir que les choses sont plus complexes, et qu'en outre des images, envisagées d'ailleurs moins grossièrement qu'au début, il y a ce que l'on nomme la pensée sans images. On sait que Binet le premier en avait fait une étude il y a déjà longtemps, et Th. Ribot a récemment, dans la *Revue philosophique*, exposé ce que l'on peut dire de précis sur cette difficile question. M. Schulz ne cite pas Binet, et ses pérégrinations ne le conduisent qu'en Allemagne. Mais son livre sera précisément très utile à ceux qui voudront se mettre au courant des derniers travaux, si nombreux, parus dans ce pays, sur cette nouvelle direction de la psychologie. Autant que j'en ai pu juger, n'étant malheureusement pas psychologue, beaucoup de ces travaux ont une tendance assez métaphysique, malgré leurs allures expérimentales, et le fruit concret de si longues recherches ne paraît pas très volumineux. D'ailleurs, M. Schulz le reconnaît lui-même en disant que les différents noms que les différents auteurs ont donnés à cette pensée sans images sont « des indications pour les directions dans lesquelles on cherche à s'avancer ».

PH. CHASLIN.

©BIUM

Energetische Theorie der Psychosen und der abnormen Bewusstseinzustände (Théorie énergétique des psychoses et des états de conscience anormaux); par le Dr Harry Marcuse. 1 vol. in-8°, Berlin, August Hirschwald, 1913.

M. Marcuse, comme tout aliéniste, était préoccupé d'avoir le fil conducteur qui lui permît enfin de se retrouver au milieu du dédale des formes d'aliénation mentale. Mais, plus heureux que bien d'autres, il a enfin découvert ce précieux guide dans la théorie psychologique de Friedrich Iodl, suivant laquelle tout phénomène psychique est une manifestation de l'*énergie* du système nerveux central. Cette énergie se manifeste sous les formes inséparables de la sensation, du sentiment, de la tendance et de la représentation, dont les trois premières constituent le degré inférieur ou conscience primaire. La représentation est une fonction secondaire non comparable à la première, bien que « construite sur elle et dépendant complètement d'elle ». C'est ce que Semon appelle *mneme* : « La propriété de la substance vivante de retenir ou de reproduire les impressions ». Une troisième fonction ou troisième degré de l'énergie psychique est pour Iodl la fonction de réflexion. Pour le Dr Marcuse, il suffit, pour les besoins de la psychiatrie, de considérer l'énergie psychique comme se manifestant aux deux premiers degrés, le deuxième et le troisième ne faisant qu'un.

A la lumière de cette théorie, l'auteur examine tout le côté psychologique des psychoses et nous voyons par exemple comme résultat que katatonie (démence précoce) et folie maniaque dépressive ne font qu'un; que bien des cas d'idiotie et d'épilepsie sont de la démence précoce, etc., etc. : « Les psychoses épileptiques ne sont pas autre chose que des processus katatoniques entés sur des anomalies de développement. »

On voit combien tout cela est de la théorie à outrance. Je ne puis arriver à saisir ce que l'on gagne à masquer notre ignorance par des mots. Dans la médecine mentale il y a deux choses : le côté de pathologie et le côté de psychologie. Dans les troubles mentaux où nous ne connaissons que le trouble psychique, celui-ci est la révélation d'une perturbation cachée somatique, qui seule importerait, au point de vue pathologique. Comme nous ignorons ce qu'elle est, nous ne pouvons nous livrer qu'à des considérations très approximatives qui disparaîtront en perdant beaucoup de leur valeur le jour où on con-

©BIUM

naîtra le support corporel de ces manifestations psychiques maladives. On n'a qu'à voir ce qui se passe pour la paralysie générale. Le côté psychologique est, au point de vue de la psychologie, très intéressant, mais est encore bien peu connu. Vouloir y appliquer comme explication le concept abstrait de l'énergie, qui n'a de valeur en physique que comme expression mathématique, est tout à fait illusoire, du moins à mon avis. Il est bien évident que l'auteur est de ceux qui ne peuvent se passer d'une doctrine, même en l'air, et il aura l'approbation de ceux qui ont les mêmes tendances. C'est donc à eux que je signale cette brochure en les priant de ne voir dans mes critiques qu'une incapacité malheureuse de comprendre certaines choses.

PH. CHASLIN.

Allgemeine Psychopathologie (Psychopathologie générale); par le Dr Karl Jaspers. 1 vol. in-8°, Berlin, Julius Springer, 1913.

Il ne serait pas possible d'analyser en détail le présent ouvrage, sans y employer trop de pages. Cela serait d'ailleurs inutile, car ce qui peut intéresser chaque aliéniste en particulier ne peut être trouvé par celui-ci qu'avec une étude directe du livre. Il suffira donc que j'attire l'attention sur l'attitude générale que prend l'auteur vis-à-vis des problèmes de la psychologie pathologique. On sait qu'en Allemagne il y a un développement très grand de certains procédés expérimentaux pour la psychologie normale et c'est surtout l'Ecole de Wurzburg qui s'est occupée de ces études. En soumettant les sujets à des tâches (Aufgabe), on étudie ce que l'on appelle l'attitude mentale, la pensée sans image, l'opération intellectuelle, l'activité de l'esprit, etc. Ce sont ces nouveautés, que nous connaissions en France depuis les travaux du regretté Binet, un initiateur sur ce point comme sur beaucoup d'autres, qui doivent, suivant A. Pick, renouveler la psychologie, y compris la pathologique. M. Karl Jaspers ne paraît pas utiliser beaucoup ces procédés d'investigation. Cela n'a rien d'étonnant, car les recherches sur la pensée sans images ne peuvent guère être employées en médecine mentale, la collaboration du sujet, de la « Versuchperson » étant extrêmement étroite et indispensable. Il semble d'ailleurs que, malgré ses préoccupations de psychologie pathologique, l'auteur s'appuie surtout sur la cli-

©BIUM

nique. Il ne se montre pas moins judicieux lorsqu'il juge les tentatives de Kraepelin si peu en harmonie avec les données les mieux établies de la pathologie générale, que lorsqu'il remarque finement que, dans des processus psychopathologiques, il y a ceux que l'on comprend et ceux que l'on ne comprend pas. Ainsi, si on comprend le mélancolique qui, étant triste, s'explique sa tristesse à lui-même par certaines idées, on ne comprend pas du tout le « dément précoce » qui vous raconte froidement les choses les plus extravagantes et les plus contradictoires. Seulement il a l'air de séparer assez les deux catégories l'une de l'autre. Pourtant le rêve normal nous apprend que, entre les deux, la transition est insensible.

M. K. Jaspers nous met bien au courant, dans une vue d'ensemble, des derniers travaux allemands. Il cite très peu de Français en dehors de Pierre Janet, et pourtant il rend pleinement justice à la profonde influence que la médecine mentale française a toujours exercée en Allemagne. Aussi nous retrouverons dans ce livre bien des choses de connaissance. Nous aussi, nous pourrions faire un traité de psychologie pathologique, rien qu'avec les travaux de notre pays. Mais, en attendant, nous pourrons toujours lire le livre de M. K. Jaspers avec agrément et profit, car il est clairement écrit, sagement pensé et animé d'un esprit scientifiquement précis. Je vois en lui, avec grand plaisir, un commencement d'opposition ferme aux débordements d'imagination des écoles de Kraepelin et de Freud, et je ne puis que souhaiter en conséquence qu'il ait beaucoup de lecteurs allemands et même français.

PH. CHASLIN.

Pathogénie de l'épilepsie ; par le professeur A. Pierret. Brochure in-8°. Extrait de la *Revue de Médecine*, n° 7, 10 juillet 1913.

Essai synthétique des plus instructifs sur la pathogénie des épilepsies d'après les travaux personnels et les conceptions du savant professeur lyonnais.

Rappelant les conditions observées par Brown-Séquard pour réaliser l'épilepsie expérimentale, le professeur Pierret insiste plus particulièrement sur la nécessité d'une lésion traumatique, « condition essentielle de la préparation des cobayes ou des chiens à une sorte de diathèse convulsive qui, convenablement réveillée, fait de chacun de ces animaux un véri-

©BIUM

table réactif ». Il a observé fréquemment chez les animaux de laboratoire rendus épileptiques l'existence de méningo-myélites ou de myélo-névrites cicatrisées ou en pleine évolution qu'il assimile aux méningo-myélites et méningo-encéphalites de la première enfance. L'épilepsie exige donc, pour se produire, d'abord une lésion du système nerveux central ou périphérique (le point lésé importe peu), la mettant dans un état particulier de réceptivité, ensuite des phénomènes inflammatoires de nature particulière se développant, puis s'éteignant en laissant une cicatrice, en continuant à évoluer sourdement; et l'examen clinique ou nécropsique d'un épileptique doit toujours révéler une lésion nerveuse provocatrice, cérébrale ou médullaire, corticale ou centrale, nerveuse, ganglionnaire ou sensorielle...

Mais pourquoi, se demande M. Pierret, une lésion nerveuse post-inflammatoire étant créée, l'épilepsie survient-elle en apparence arbitrairement chez les uns et non pas chez les autres, aussi touchés anatomiquement que les premiers? La réponse à cette question lui fut fournie par l'expérience de Tripier et d'Arloing montrant l'influence que peut avoir la présence d'une lésion cicatrisée dans le cerveau d'un animal auquel on administra un poison tel que la morphine. La théorie des rappels liés à une intoxication pouvait dès lors se formuler, s'appliquant aux phénomènes non plus seulement paralytiques, mais convulsifs localisés, et s'adaptant aux manifestations intermittentes de l'intoxication urémique (Pierret et Bouvat) et de l'épilepsie considérée dans ses rapports avec les intoxications chez des sujets accidentellement prédisposés par quelques lésions nerveuses et devenus des « cérébraux », suivant l'expression de Lasègue.

Qu'à la prédisposition spasmogène accidentelle ou héréditaire (cicatrice nerveuse) vienne s'ajouter le poison convenable ou le trouble circulatoire suffisant, l'état convulsif apparaît, s'aggravant par l'habitude à mesure qu'il se répète. Les ordres se régularisent et bientôt l'épilepsie dite essentielle se trouve constituée. La conclusion thérapeutique de cette théorie solidement étayée par les faits cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentaux s'impose donc : mettre les nerveux convulsivants à l'abri de toute cause d'auto ou d'hétéro-intoxication, plutôt que de les empoisonner systématiquement par les bromures.

ROGER DUPOUY.

©BIUM

L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie; par Pierre Bonnier. 1 vol. in-8°. Paris, F. Alcan, 1913.

Ce livre est consacré à l'apothéose du Bulbe. C'est dans le bulbe que se trouve « l'agence centrale du chantier organique »; c'est lui le gardien de toute notre physiologie; aucun trouble organique ou fonctionnel ne peut donc se produire sans qu'il en soit responsable, en raison d'une défaillance de sa part. Toute maladie, en résumé, est nerveuse — et nerveuse, par suite, doit être sa thérapeutique.

Tous les malades sont des énervés, soumis à une agression (épilepsie) ou à un chantage (épistasie); toute la thérapeutique se ramène à remonter le bulbe des malades, c'est-à-dire à rompre une épilepsie ou une épistasie. Et pour ce faire, il faut chatouiller ce bulbe, suivant la méthode dite *tcha-tchin*. « Tous les nerfs mènent au bulbe, il s'agit de trouver sur la peau un point qui donne prise sur tel centre régulateur, dont le retour à l'équilibre substituera la tenue physiologique au sabotage pathologique. » La voie la plus directe étant la muqueuse nasale, il suffira, pour guérir d'une maladie quelconque, incontinence d'urine, impuissance, gonorrhée, neurasthénie, goitre exophtalmique, fièvre, hémorroïdes, prolapsus rectal, gaz intestinaux, vertiges, varices, goutte, gravelle, albuminurie, obésité ou maigreur, dermatose, désarrois psychiques, diathèses, etc., il suffira, dis-je, ou plutôt dit le Dr Bonnier, de déposer une pointe de feu en un point particulier de la muqueuse nasale. C'est très simple, comme vous le voyez; le tout est... de trouver le point. Si cet exposé succinct ne vous convainquait, il devra suffire à votre édification de parcourir l'interminable nomenclature des affections guéries (avec observations à l'appui) par cette méthode panthérapique et dont la liste alphabétique va de l'aboulie au xanthélasma.

ROGER DUPOUY.

Le mouvement psychologique; les fumeurs d'opium; par le Dr J. Abadie. Brochure in-8°. Extrait des *Arch. d'anthrop. crim. de méd. lég. et de psych. norm. et path.* 15 août-15 septembre 1913.

La question des fumeurs d'opium, jadis sujet de curiosité littéraire parfumée d'exotisme, est devenue aujourd'hui, en

©BIUM

France, du fait de la mode et de la contagion toxicomaniaque, un chapitre important de pathologie sociale. Dans sa leçon d'agrégation de pathologie mentale, le très distingué médecin de Bordeaux expose où, comment et pourquoi on fume l'opium chez nous, passe ensuite en revue les effets pathologiques et sociaux résultant de cette habitude et termine enfin par l'étude des moyens thérapeutiques et prophylactiques à opposer à la diffusion de cette variété si spéciale et si dangereuse d'intoxication.

Après la phase plus ou moins pénible de l'initiation, la légère excitation intellectuelle que donne la « pointe d'opium » est assurément des plus agréables ; le fumeur se sent envahi par un sentiment de bien-être physique que suit bientôt une exaltation des facultés intellectuelles, une sorte de griserie surlucide avec hypermnésie et suractivité imaginative ; il se sent plus fort, plus intelligent, meilleur, heureux, discourt avec aménité ou rêve euphoriquement à ce qu'il aime, entrant avec quelques pipes de plus dans l'état de béatitude et d'ataraxie.

Mais aussi quelle déchéance chez l'intoxiqué chronique, affaibli physiquement, moralement et intellectuellement ! C'est la démence qui le guette, ou la polynévrite ; c'est de toute façon l'émaciation, la cachexie avec son cortège de douleurs, d'insomnies et de scènes hallucinatoires ; c'est l'effondrement de la pensée, de la volonté et de la morale ; c'est la perte de toute situation, la ruine et le scandale ; et c'est enfin trop souvent le suicide libérateur d'une vie gâchée et d'un honneur compromis !

ROGER DUPOUY.

Le tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux ; par C. Levaditi, A. Marie et J. Bankowski. Extrait des *Ann. de l'Institut Pasteur*, juillet 1913, n° 7, p. 577.

La présence des tréponèmes dans le cerveau des paralytiques généraux n'est décelée que d'une manière très inconstante par les procédés de l'imprégnation argentique (Noguchi et Moore, 17 p. 100 ; Noguchi, 25 p. 100 ; Marinesco et Minea, 4 p. 100 ; Marie, Levaditi et Bankowski, 10 p. 100). En se servant d'autres techniques (procédé de Burri, procédé de Lœffler, méthode de Fontana-Tribondeau) et en examinant systématiquement chaque circonvolution cérébrale, on doit réussir à

©BIUM

découvrir le tréponème dans sa grande majorité, sinon dans tous les cas de paralysie générale. Et ces résultats conduisent M. Marie à formuler les conclusions suivantes :

La paralysie générale est une maladie due à la pullulation du tréponème dans l'écorce cérébrale et aux lésions que cette pullulation engendre. La prolifération des parasites paraît procéder par poussées successives ; ses localisations varient d'un cas à l'autre, tout en étant plus fréquentes au niveau des zones antérieures du cerveau. Il y a une analogie frappante entre ces poussées tréponémiques cérébrales, d'une part, et l'apparition périodique des manifestations spécifiques cutanées et muqueuses d'autre part. On pourrait comparer ces foyers multiples et successifs à autant de syphilomes du cortex, laissant après eux une sclérose équivalente à l'induration post-chancreuse.

Lorsqu'un foyer parasitaire se stérilise spontanément, après avoir engendré des lésions indélébiles, un autre se forme dans les circonvolutions encore intactes. Enfin, l'ictus apoplectiforme paraît correspondre à ces poussées tréponémiques aiguës, surtout lorsque ces poussées sont localisées au niveau des zones motrices.

ROGER DUPOUY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux de la Clinique psychiatrique de l'Université impériale de Moscou, publiés sous la direction du professeur Th. Rybakow. Tome II, 1 vol. in-8° de 648 pages, en langue russe. Moscou, 1914.

P. JUQUELIER et J. VIRCHOW. Les limites du vol morbide. Préface du Dr A. Vigouroux. 1 vol. in-16 de 280 pages. Paris, Félix Alcan, 1914.

The one hundred and sixteenth annual report of the board of managers of the Spring Grove State Hospital near Catonsville Baltimore County. November 1913. 50 pages in-8° avec planches. Baltimore, 1913.

A. MAEDER. Sexualität und Epilepsie. I. Die Sexualität der Epileptiker. 36 pages in-8°. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1909.

— Contributions à la psychopathologie de la vie quotidienne. Oublis, confusions, lapsus. 6 pages in-8°. Extrait des *Archives de Psychologie*, juillet et août 1906.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté d'avril 1914 : M. le Dr Coulonjou, médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin en chef de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée), en remplacement de M. le Dr Pélissier.

— *Arrêté de mai* 1914 : M. Lacroix, économe de la Maison nationale de Charenton, est nommé directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), en remplacement de M. Mougnet.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Contre la suppression de la licence. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire, dans sa dernière séance, a voté l'adresse suivante à la commission sénatoriale du budget :

« La Société de médecine publique, considérant qu'au cours de la discussion du budget, la Chambre des députés a adopté, le 24 mars dernier, l'amendement suivant : « L'impôt sur la licence est supprimé à dater du 1er janvier 1915 » ;

« Considérant qu'une telle mesure est de nature à augmenter la consommation de l'alcool, qui déjà rencontre en France si peu d'obstacles ; que l'alcoolisme est une des causes les plus actives de l'aliénation mentale et de maladies organiques graves, et joue un rôle considérable dans le développement de la tuberculose ; qu'avec la syphilis, dont il favorise la dissémination et aggrave considérablement les effets, il constitue un facteur important de déchéance pour les individus et pour la race ; qu'il entraîne, dans le domaine moral, des maux incalculables : désorganisation de la famille, misère, criminalité, etc. ; qu'indépendamment de ces considérations, dont l'importance sociale est si grande pour notre pays (où la natalité est faible, alors qu'elle reste très supérieure à la mortalité dans les autres nations), il y a intérêt patriotique impérieux à éviter toute cause nouvelle de dépopulation et d'affaiblissement.

« Appelle sur cette grave question toute l'attention de la commission du budget au Sénat et lui demande instamment de repousser la disposition adoptée par la Chambre. »

©BIUM

Au Maroc. — Le gouvernement du protectorat vient de publier dans son *Bulletin officiel* un dahir (arrêté) du sultan qui interdit formellement l'introduction, la fabrication, la circulation, la vente et la détention en vue de la vente de l'absinthe et produits similaires dans la zone française de l'empire chérifien. L'absinthe et les produits similaires ne pourront être fabriqués et vendus qu'à titre de produits médicamentaux par les pharmaciens.

Toute infraction à cet arrêté sera punie d'une amende de 300 à 3.000 francs. En cas de récidive, la peine sera de trois mois à trois ans de prison. D'autre part, tout établissement public où il aura été vendu de l'absinthe ou des produits similaires sera fermé pendant six mois, sans préjudice des peines portées contre le tenancier. En cas de récidive, la fermeture sera définitive.

Cette importante décision est destinée à mettre fin aux ravages que l'alcoolisme a déjà commencé à exercer au Maroc. A l'exemple de la Côte d'Ivoire, le Maroc a jugé nécessaire de recourir à la seule mesure réellement efficace : l'interdiction pure et simple de l'absinthe pour les Européens comme pour les indigènes (*Le Temps*, numéro du jeudi 30 avril 1914).

En Russie. — On écrit de Saint-Pétersbourg au *Temps* (numéro du samedi 2 mai 1914) :

Depuis le rescrit impérial adressé au nouveau ministre des Finances pour lui tracer le programme de la réorganisation des ressources de l'Etat trop exclusivement tirées des revenus de l'alcool, la lutte contre l'ivresse publique est devenue la question à l'ordre du jour en Russie.

Elle a fait naître bien des suppositions et a donné lieu à des mesures dénotant au moins d'excellentes intentions si elles ne sont pas appelées à donner d'appréciables résultats.

Les journaux se sont demandé dans quel domaine le fisc allait se tailler de nouveaux revenus pour combler les déficits qu'allait entraîner la diminution de la vente de la vodka frappée maintenant, moralement tout au moins, d'interdit.

Il semblait que brusquement une nouvelle ère devait commencer. Le ministre des Finances est venu remettre les choses au point en rappelant que « qui a bu boira », et qu'il était impossible de faire cesser soudain le mal de l'alcoolisme. Ce ne serait que peu à peu que l'on pourrait ramener la consommation de l'alcool à des chiffres raisonnables ; pour le moment même on prévoyait une nouvelle augmentation de son revenu. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de songer dès à présent à des mesures fiscales nouvelles. On y recourra seulement, a dit le département de M. Bark, le jour peut-être lointain encore où, par une tempérance introduite avec système, les revenus du

©BIUM

monopole pourraient avoir diminué dans de notables proportions. Ces ressources seraient alors cherchées dans l'introduction d'un monopole des tabacs ou des allumettes.

En attendant, le ministère des Finances a rédigé des circulaires demandant aux fonctionnaires de l'accise de lutter contre la vente clandestine de l'eau-de-vie et d'unir leurs efforts à ceux des institutions publiques pour enrayer l'ivresse. De nombreuses organisations communales, prises d'un zèle louable, décident presque journellement de fermer des débits d'alcools, demandent la fermeture des débits de l'Etat dans leur commune. Les sociétés de tempérance publient force brochures populaires et le Conseil de l'empire a reçu communication d'un projet de loi destiné à venir en aide à ces comités officiels de tempérance dont l'œuvre, depuis 1894, a donné d'appréciables résultats.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIUM.

Arrestations de marchands de cocaïne et d'opium. — On lit dans *Le Petit Journal*, numéro du dimanche 19 avril 1914 :

Deux « marchands » de cocaïne, Jean Jardin et André Marro, étaient arrêtés, la nuit dernière, à Montmartre. M. Thiéry, commissaire de police du quartier Saint-Georges, poursuivant ses investigations, a été amené à faire, hier, une perquisition chez M. Roger Barthon, chez qui il a découvert une installation complète de fumerie d'opium. Une seconde perquisition faite chez M. Mézières, préparateur en pharmacie, demeurant dans le quartier Montparnasse, a fait également découvrir une grande quantité de stupéfiants. Tous deux ont été consignés à la disposition de la justice.

— Dans un bar de la rue Fontaine, le sous-brigadier Boudon et l'inspecteur Lepottier ont arrêté, la nuit dernière, Emile Templier, âgé de trente-trois ans, demeurant 38, rue de Douai, et Demarti, se disant professeur de français, habitant en garni, rue Véron. Ces deux individus, qui vendaient de la cocaïne, ont été envoyés au dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 22 avril 1914.)

— Depuis six mois, la police recherchait un individu, Georges Coquet, dit « La Bombe grise », âgé de trente-cinq ans, demeurant 16, rue Caroline, qui vendait de la cocaïne à d'autres individus ayant une clientèle spéciale dans les brasseries de Montmartre.

« La Bombe grise » achetait son stupéfiant en Belgique où il faisait de fréquents voyages.

Il avait toujours échappé à la surveillance des policiers en modifiant constamment son itinéraire ; de plus, il avait deux

©BIUM

domiciles supplémentaires, rue La Condamine et rue Fromentin, d'où il expédiait ses provisions à ses représentants. De la sorte, il avait pu placer, en quinze jours, 1.600 francs en dépôt dans un établissement de crédit.

Le sous-brigadier Boudon et l'inspecteur Lepottier l'ont arrêté, hier, dans un bar de la rue de Douai.

Trois individus qu'il employait dans son négoce illicite, Marcel Lens, âgé de dix-neuf ans, demeurant rue des Dames; Louis Dérères, âgé de trente-deux ans, demeurant rue Lécluse, et Paul Vasselin, âgé de vingt-neuf ans, demeurant rue Lepic, ont été également arrêtés.

Tous les quatre sont au Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du dimanche 3 mai 1914.)

L'opium saisi. — Sous ce titre, *Le Petit Journal* (numéro du lundi 11 mai 1914) publie l'article suivant qu'il nous paraît intéressant de reproduire :

Nos lecteurs n'ont certainement pas perdu le souvenir de la campagne que nous menâmes ici naguère contre la dangereuse pratique administrative qui consistait à faire vendre à l'encan, par le service des Domaines, les armes prohibées saisies sur les apaches.

C'est bien la peine, disions-nous, de leur prendre d'une main leurs revolvers pour les revendre de l'autre.

Enfin, le bon sens triompha : un ordre ministériel enjoignit aux Domaines de faire briser et de vendre, comme vieilles ferrailles, les armes saisies sur les malfaiteurs.

Mais, avec l'Administration, il faut, sans se lasser, recommencer constamment les mêmes campagnes. Le revolver n'est pas le seul fléau de ce temps-ci. Nous en avons d'autres, hélas!... Par exemple, l'usage de plus en plus répandu des stupéfiants, de la morphine, de l'opium, de la cocaïne. Ce besoin, impérieux chez tant de gens, de se créer des paradis artificiels, caractérise cruellement la dégénérescence de la race, et fait courir de réels dangers à la santé publique.

L'autorité — il faut lui rendre cette justice — poursuit énergiquement les trafiquants de ces drogues maléfiques; le commissariat spécial du port de Marseille saisit impitoyablement toute cargaison d'opium trouvée à bord des bâtiments qui viennent d'Extrême-Orient, et les personnes coupables d'avoir introduit en fraude la dangereuse substance sont sévèrement condamnées.

Tout cela est fort bien. Malheureusement, l'Administration vient quelquefois, par ses pratiques maladroites, réduire à néant ces utiles précautions et ces justes sévérités.

C'est ainsi qu'on signalait ces jours derniers, à Marseille, l'apposition sur les murailles d'une affiche officielle de l'admi-

©BIUM

nistration des Douanes annonçant la mise en vente, à l'adjudication, de vingt-deux kilos d'opium saisis au cours des dernières perquisitions.

Les trafiquants de la drogue funeste ont bien tort, vous le voyez, de se donner tant de peine pour l'introduire en contrebande : l'administration des Douanes est toute prête à la leur fournir au plus juste prix.

Ceci c'est de l'inconscience administrative. Or, nous demandons qu'on y prenne garde désormais : il n'est point question de détruire l'opium des trafiquants comme on détruit les revolvers des apaches. L'opium est une substance précieuse en médecine. Pourquoi n'attribuerait-on pas la drogue saisie aux pharmacies des hôpitaux?

Ne serait-ce pas en tirer un meilleur usage que de la livrer, pour un mince profit, à tout venant? — JEAN LECOQ.

Devant les tribunaux. — On télégraphie de Toulon au *Temps* (numéro du samedi 23 mai 1914) :

Le tribunal correctionnel a rendu son jugement dans l'affaire de fumerie d'opium dans laquelle étaient impliqués l'enseigne de vaisseau de Peyrecave et son amie, Henriette Fargeon, dite Libellule.

L'enseigne a été condamné à 100 francs d'amende avec sursis. Libellule, jugée par défaut, a été condamnée à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende.

TRIBUNAUX

Conseil d'Etat. — A qui s'adresser? — Sous ce titre, *le Temps* (numéro du lundi 4 mai 1914) relate le fait suivant :

« M. Michel, ancien préfet de la Côte-d'Or, avait été nommé directeur de l'asile public d'aliénés de la Maison-Blanche par arrêté du ministre de l'Intérieur du 19 novembre 1906.

« Or, le 15 janvier 1912, le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, envoyait au préfet de la Seine ampliation d'un arrêté nommant un autre fonctionnaire directeur de la Maison-Blanche, en remplacement de M. Michel.

« Celui-ci a adressé au ministre de l'Intérieur une demande d'indemnité pour brusque congédiement.

« C'est ici que se soulevait une question assez singulière.

« M. Michel était, en sa qualité de directeur d'un asile d'aliénés, un fonctionnaire départemental. Cependant, il a été remplacé non par un arrêté du préfet, qui représente le département, mais par un arrêté du ministre de l'Intérieur qui, aux termes de la loi, était, en effet, compétent pour statuer.

« On comprend pourquoi M. Michel avait adressé sa demande d'indemnité à l'Etat. Mais ainsi que l'a indiqué dans ses con-

©BIUM

clusions le commissaire du Gouvernement Léon Blum, ce n'est pas l'Etat qui aurait à payer une indemnité au cas où celle-ci serait reconnue être due à M. Michel. Ce serait le département qui devrait être condamné, quitte à exercer peut-être une action récursoire contre l'Etat à raison du préjudice que lui aurait causé l'arrêté signé par le ministre de l'Intérieur.

« Dans ces conditions, le Conseil d'Etat a rejeté la requête de M. Michel.

« L'arrêté constate formellement que la demande de ce fonctionnaire devait être dirigée contre le département de la Seine, sauf à ce dernier à exercer contre l'Etat tel recours que de droit s'il estimait que la responsabilité de l'Etat devait être engagée à raison des conditions dans lesquelles est intervenue la mesure qui a frappé M. Michel. »

Assassinat d'un infirmier ; condamnation à mort. — On lit dans *le Temps* (numéro du mercredi 13 mai 1914) :

« Un journalier de dix-neuf ans, Robert Fabre, avait à répondre devant la cour d'assises de la Nièvre de nombreux vols commis dans la banlieue de Nevers et aussi de l'assassinat de l'infirmier Bontemps, attaché à l'hôpital de cette ville.

« Dans la nuit du 5 février dernier, Fabre qui, de la prison, avait été transféré dans cet établissement, avait profité d'une absence du collègue de Bontemps pour assommer celui-ci. Son crime accompli, Fabre avait réussi à prendre la fuite, mais on l'avait bientôt retrouvé et arrêté.

« Malgré son jeune âge, Fabre a subi déjà de nombreuses condamnations. Examiné au point de vue mental, les médecins l'ont considéré comme responsable. Le jury ayant refusé les circonstances atténuantes à Fabre, celui-ci a été condamné à mort. »

Ce Robert Fabre n'est autre que le Fabre Robert dont il est question dans l'article paru à la page 379 du numéro de mars 1914 des *Annales* et qui est intitulé : « Au sujet de l'examen mental des détenus et de leur placement dans les asiles. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Tentative de meurtre. — On télégraphie de Liége au *Petit Journal* (numéro du samedi 11 avril 1904) :

A Milmort, près de Liége, M. Jean Hubin, négociant, donnait, depuis quelque temps, des signes de dérangement mental et ses proches avaient décidé de le faire interner. Ce matin, tandis que la surveillance était un peu relâchée, il entra dans un accès de furie, mit la maison à sac, brisant les vitres, arrachant les rideaux, cassant les chaises, se précipitant au dehors, s'acharna à décorcer à coups de dents les jeunes arbres qui

©BIUM

entouraient sa demeure, puis, saisissant un jeune chien, déchira littéralement la pauvre bête à coups de dents.

On voulut s'emparer du pauvre homme, mais il parvint à fuir et, rentrant chez son beau-frère momentanément absent, saisit un fusil de chasse qui pendait au mur, se munit de cartouches et grimpa sur le toit de la maison. De là, il menaça de son arme tous ceux qui s'approchaient, mit en joue un jeune enfant qui jouait sur la route et comme la mère, affolée, s'élançait, le fou tira et la charge atteignit la malheureuse dans le côté. Son état est désespéré.

On résolut alors de se rendre maître, coûte que coûte, du dangereux aliéné, et le bourgmestre employa un moyen original. Il fit avancer la pompe à incendie et, à grands jets d'eau, on arrosa le fou qui, subitement calmé, descendit et se laissa emmener doucement en riant. On attribue sa folie à de récentes pertes d'argent.

Folie à deux. — M. Jean-Baptiste Franc, né en 1839, directeur du journal *La Volonté*, dont les bureaux sont situés 15, rue du Louvre, ayant constaté que sa femme, une septuagénaire, ne jouissait plus, depuis quelques mois, de la plénitude de ses facultés, avait engagé, pour la surveiller et l'entourer de soins attentifs, une garde-malade, M^me^ Séraphine Soufflet, âgée de soixante-huit ans. Celle-ci, au contact de la malade, sentit sa raison s'ébranler, et devint tout à fait folle, hier matin, en voyant tomber foudroyé devant elle M. Franc qui venait de succomber à une affection cardiaque.

Instinctivement, la malheureuse infirmière se rendit chez un médecin qui se hâta de venir rue Clairaut.

Il constata le décès du directeur de *La Volonté* et ne fut pas sans remarquer dans quel lamentable état mental se trouvaient les deux femmes. Il en informa M. Léger, commissaire de police.

Quand le magistrat arriva chez M. Franc, il trouva la femme de celui-ci en train de mordre à belles dents dans une chaussure et sa compagne, qui avait fait monter un copieux déjeuner d'un restaurant voisin, essayant d'introduire des aliments dans la bouche du défunt qu'elle couvrait d'injures.

Les deux démentes ont été dirigées sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Petit Journal*, numéro du dimanche 26 avril 1914.)

Tentatives de meurtre et incendie. — Dans un accès de folie furieuse, un cultivateur de Nasbinals (Lozère), nommé Jean-Pierre Coste, âgé de trente-neuf ans, après avoir tenté de tuer sa mère, a mis le feu à la maison, laquelle a été complètement consumée, le malheureux fou menaçant de mort quiconque faisait mine de s'approcher de l'immeuble incendié.

Ce n'est qu'après une lutte terrible que les gendarmes, aidés

©BIUM

par les habitants, ont pu se rendre maîtres du forcené. (*Le Temps*, numéro du vendredi 8 mai 1914.)

Double meurtre. — On écrit de Bruxelles au *Petit Journal* (numéro du mardi 12 mai 1914) :

Un horrible drame s'est déroulé ce matin, rue Bœtendael, à Uccle, près de Bruxelles.

A cet endroit, habitent les époux Demoulin, épiciers, qui avaient comme locataire une sexagénaire, Mme veuve Lermignaux. Celle-ci était en relations avec une servante, Marie Dehaes, âgée de vingt-deux ans, et passait pour avoir sur elle un grand empire.

Ce matin, Marie entra, très sommairement vêtue, chez Mme Demoulin, les cheveux au vent et l'œil hagard.

Elle déclara à l'épicière qu'elle était très malheureuse et que la faute en était à la veuve qui lui avait jeté un sort. Elle dit aussi que la vie ne pouvait continuer ainsi, et qu'elle préférait la prison.

Mme Demoulin essaya de la calmer, et l'engagea à entrer dans la cuisine prendre une tasse de café. La servante, qui connaissait parfaitement la maison, entra dans la pièce et, tandis que l'épicière servait une cliente, elle montait à pas de loup dans la chambre de la veuve Lermignaux. Celle-ci dormait encore profondément.

Marie Dehaes sauta sur elle, et lui trancha la gorge au moyen d'un énorme couteau à pain qu'elle avait pris à la cuisine.

La veuve eut l'artère carotide tranchée.

Le neveu de la victime, Hippolyte Marcel, âgé de sept ans, qui avait assisté, terrifié, au drame, s'élança sur la meurtrière. Celle-ci lui porta un terrible coup de couteau au ventre. Le pauvre petit s'affaissa, affreusement blessé. Ses cris attirèrent l'attention de l'épicière et de son mari qui donnèrent aussitôt l'alarme.

Entre temps, la servante avait fui. Elle fut bientôt arrêtée. Elle était devenue complètement folle.

La veuve Lermignaux est morte à l'hôpital. Quant au petit Marcel, qui a les intestins perforés, on craint pour sa vie.

Tentatives d'homicide. — On signale, de Marseille, qu'un fou, nommé François Couthon, pris hier soir d'une crise subite, arma un fusil de chasse et tira sur les passants. Trois de ceux-ci furent atteints, parmi lesquels un enfant de quatre ans, qui fut grièvement blessé.

Couthon, qui avait déjà été interné, va être de nouveau enfermé dans un asile d'aliénés (*Le Temps*, numéro du jeudi 13 mai 1914).

Double homicide et suicide. — Au cours d'une crise de neurasthénie, un jardinier, Philippe Icardo, âgé de trente ans, au

©BIUM

service du duc de Pomar, à la villa du Petit-Trianon, à Cimiez (Alpes-Maritimes), a tué, à coups de revolver, ses deux jeunes fils, âgés de cinq et de trois ans, puis s'est suicidé. (*Le Temps*, numéro du jeudi 1er mai 1914.)

Une aliénée se noie avec ses quatre enfants. — Au cours d'une crise de folie survenue hier dans la soirée, une dame Dehalme, sortie récemment d'un asile d'aliénés et demeurant à Saint-Ouen-l'Aumône, s'est noyée hier dans l'Oise, entraînant avec elle ses quatre enfants, deux fillettes et deux garçons, dont l'aîné est âgé de neuf ans à peine. (*Le Temps*, numéro du samedi 23 mai 1914.)

FAITS DIVERS

Drame à l'asile d'Aix-en-Provence. — On télégraphie d'Aix-en-Provence au *Petit Journal* (numéro du mercredi 6 mai 1914) :

Deux pensionnaires de l'asile d'aliénés de Montperrin, en traitement depuis vingt ans dans l'établissement, étaient occupés, aujourd'hui, au service des vidanges, quand l'un des malades, un Algérien du nom de Mohamed ben Abes, se saisit d'une forte barre de fer et en porta deux terribles coups à son compagnon, Arnaud, qui lui tournait le dos. Atteint à la tête et au cou, le malheureux tomba raide mort. Mohamed ben Abes fut maîtrisé par les gardiens et enfermé dans une cellule du quartier des agités. Pour la forme, le Parquet d'Aix, prévenu par le directeur de l'asile, a procédé à une enquête sur les lieux.

Testament excentrique. — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 23 mai 1914) :

Mlle Virginie Rey, vieille fille de soixante-dix-neuf ans, avait stipulé par testament que toutes les personnes qui assisteraient à son enterrement recevraient une pièce de 50 centimes à la sortie du cimetière. La défunte avait amassé pour 400 francs de ces pièces. Elle avait également laissé 100 francs pour que la musique jouât des airs funèbres à son enterrement. Les dernières volontés de Mlle Virginie Rey, dont les obsèques ont eu lieu hier à l'Isle-sur-Sorgue (Vaucluse), ont été respectées. Et l'animation fut telle, à la sortie du cimetière, qu'on dut organiser un service d'ordre pour permettre à tous les assistants de recevoir la pièce de 50 centimes à laquelle ils avaient droit.

©BIUM

Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie.

Berne, 7-12 septembre 1914.

La Société suisse de Neurologie, répondant à un appel du Comité Hollandais qui a organisé avec un si grand succès le Congrès d'Amsterdam en 1907, a décidé de se charger, en collaboration avec la Société des Psychiatres Suisses, de l'organisation d'un nouveau *Congrès de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie*.

Ce Congrès aura lieu à *Berne du 7 au 12 septembre 1914*. *M. le Président de la Confédération suisse* a bien voulu en accepter la *Présidence d'honneur*.

La multiplicité croissante des recherches se rapportant au système nerveux nous a permis d'envisager sans crainte l'organisation de cette réunion scientifique à un intervalle si rapproché des Congrès de Londres et de Gand. Dans notre pensée, le Congrès de 1914 devra présenter un tableau aussi complet que possible des progrès qui ont été réalisés jusqu'ici dans l'étude dn système nerveux considéré dans son sens le plus général.

Il est, dès lors, à peine nécessaire d'insister sur l'importance que doivent prendre, dans un Congrès de cette nature, les questions se rapportant au domaine de la *Psychiatrie* proprement dite. De plus, en faisant à la *Psychologie* une place importante, nous avons obéi à l'idée que la Psychologie basée sur des données expérimentales est indispensable à l'étude de la pathologie de l'esprit. Nous avons, par contre, renoncé à comprendre dans les travaux du Congrès les questions de l'assistance des aliénés qui peuvent être traitées avec plus de fruit dans des congrès spéciaux.

Nous espérons que la position géographique exceptionnelle de Berne contribuera au succès du Congrès de 1914 auquel nous vous invitons cordialement à participer.

Règlement du Congrès.

I. Le Congrès siègera du 7 au 12 septembre 1914 à Berne. Les séances des différentes sections auront lieu dans le bâtiment de l'Université. Pendant la durée du Congrès, le Secrétariat occupera une des salles de l'Université.

Jusqu'à l'ouverture du Congrès, le Secrétariat demeurera 31, rue Monbijou, à Berne.

©BIUM

II. Les gouvernements étrangers seront informés de la réunion du Congrès et seront invités à s'y faire représenter.

III. Tous les médecins et savants qui s'intéressent aux questions de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie pourront se faire inscrire comme membres du Congrès.

IV. Le Congrès est divisé en trois sections :

1. Section de Neurologie.
2. Section de Psychiatrie.
3. Section de Psychologie.

En envoyant leur adhésion au Secrétariat, MM. les Congressistes sont priés d'indiquer la section à laquelle ils désirent appartenir.

V. La cotisation est fixée à 25 francs pour les membres ordinaires et à 12 fr. 50 pour les membres associés (femmes et enfants de Congressistes).

VI. Les souscripteurs recevront après le versement de leur cotisation au Secrétariat une carte d'identité qui leur conférera le droit :

a) De participer à tous les travaux du Congrès ;

b) D'assister aux fêtes offertes aux Congressistes en dehors de celles qui pourront être l'objet d'une cotisation spéciale (excursions) ;

c) De recevoir un exemplaire du compte rendu des travaux du Congrès ;

d) De bénéficier de tous les avantages offerts aux Congressistes (Exposition Nationale, etc.).

VII. Les langues officielles pour les travaux du Congrès sont : le français, l'allemand, l'anglais, l'italien.

VIII. Les travaux des sections ne seront pas dirigés par des présidents d'honneur, mais par leur bureau ordinaire, désigné par l'organisation du Congrès.

IX. A côté des séances de sections, trois ou quatre séances générales seront tenues sous la présidence du Président du Congrès.

X. Le président de la section fixera l'ordre des travaux qui sera chaque jour porté à la connaissance des membres du Congrès par le Journal du Congrès.

XI. Dans les séances des sections, les questions faisant l'objet de rapports seront tout d'abord traitées, puis les communications individuelles compléteront l'ordre du jour.

XII. La durée maxima du *rapport oral* est fixée à *trente minutes*. Le rapport écrit peut être plus étendu et correspondre à une conférence d'environ *une heure*.

©BIUM

Les manuscrits (si possible dactylographiés) doivent être remis à l'un des secrétaires généraux du Congrès, M. le Dr L. Schnyder, à Berne, avant le 15 juillet 1914.

Les auteurs devront envoyer en même temps une *analyse* exacte de leur rapport, de l'étendue *d'une page* grand in-8° (maximum 40 lignes). Ces analyses, traduites dans les quatre langues du Congrès, paraîtront chaque matin dans le Journal du Congrès.

XIII. La durée maxima d'une *communication* est fixée à *quinze minutes*. Les auteurs sont également priés d'envoyer, avant le *15 juillet 1914*, au Secrétariat général à Berne, le manuscrit de leur communication aussi concis que possible.

XIV. Les membres qui prennent part à une discussion ont droit à cinq à dix minutes et ne peuvent parler qu'une fois sur le même sujet.

Un signal optique placé sur la tribune avertira l'orateur qu'il ne dispose plus que de cinq minutes. La répétition du même signal l'avertira qu'il doit terminer son discours.

XV. L'orateur qui a pris part à une discussion est prié de remettre dans les vingt-quatre heures au secrétaire de la section le résumé de son discours, faute de quoi une simple mention en sera faite au procès-verbal.

XVI. Quand l'ordre du jour d'une séance n'aura pas été épuisé, la suite en sera remise au lendemain, à moins que le bureau de la section n'en décide autrement.

XVII. Les questions relatives à la succession des Congrès internationaux de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychologie, à la fondation d'une Société internationale de Neurologie, etc., seront traitées au cours de la session par les représentants des diverses sociétés désignées à cet effet. Le résultat de ces délibérations sera communiqué aux membres du Congrès à la séance de clôture.

Liste des sujets de rapports et des rapporteurs.

I. *Section de Neurologie.*

1. *La régénération dans le système nerveux* : prof. Alzheimer, de Breslau ; prof. Ramon y Cajal, de Madrid.

2. *Les voies réflexes dans la moelle et le bulbe* : prof. Sherrington, de Liverpool ; prof. Pierre Marie et Dr Foix, de Paris.

©BIUM

3. *Développement et croissance du cerveau* : prof. Donaldson, de Philadelphie; Dr Edinger, de Francfort-sur-le Mein; prof. Johnston, de Minneapolis.

4. a) *Tabes et paralysie générale depuis la découverte du spirochète* : prof. Ehrlich, de Francfort-sur-le-Mein; prof. Nageotte, de Paris.

b) *Les sels d'Ehrlich dans le traitement des troubles nerveux et mentaux de la syphilis* : prof. Crocq, de Bruxelles.

5. *Aphasie et Agnosie* : prof. Mingazzini, de Rome; Dr v. Stauffenberg, de Munich.

6. *Organisation et trajet des voies acoustiques* : prof. Winkler, d'Amsterdam; Dr Fuse, de Tokio.

7. *Pathologie de l'appareil vestibulaire* : Dr Barany, de Vienne; 2e rapporteur non encore désigné.

8. *Sécrétions internes et système nerveux* ; prof. Biedl, de Vienne; Dr Laignel-Lavastine, de Paris.

9. *Les radiculites* : prof. Dejerine, de Paris.

10. *Multiplicité des formes de la sclérose en plaques* : prof. Oppenheim, de Berlin.

11. *Le problème de la membrane en Neurologie*: prof. Zangger, de Zurich.

II. — *Section de Psychiatrie.*

1. *La périodicité en psychopathologie* : Rapporteurs non encore désignés.

2. *La classification en psychopathologie* : Prof. Gaupp, de Tubingue; Dr Deny, de Paris; le Prof. Gilbert Ballet, de Paris, ouvrira la discussion.

3. a) *Etat actuel de la question de la démence précoce* : Prof. Dupré, de Paris; Dr Stransky, de Vienne.

b) *Démence et pseudo-démence* : Prof. Tamburini, de Rome.

4. *Pathogénie et traitement des phobies* : Prof. Bechterew, de Saint-Pétersbourg; Dr Isserlin, de Munich.

5. a) *Le rôle de l'émotion dans la genène des psychopathies* : Prof. Jean Lépine, de Lyon.

b) *Les phénomènes somatiques dans les états psychiques* : Prof. Hartmann, de Graz.

6. *Pathogénie et terminaison des psychoses d'effroi* : Prof. d'Abundo, de Catane; 2e rapporteur non encore désigné.

©BIUM

7. *Troubles mentaux séniles :* Prof. Redlich, de Vienne; Dr Anglade, de Bordeaux.

8. *Le rôle des ferments de défense en pathologie :* Prof. Abderhalden, de Halle; prof. Binswanger, de Iéna; Dr Lampé, de Munich.

III. — *Section de psychologie.*

1. *L'hérédité psychologique :* Prof. F. W. Mott, de Londres; Dr P. Ladame, de Genève.

2. *L'éducation des jeunes délinquants :* Prof. Ferrari, d'Imola.

3. *La psychologie dans l'école :* Rapporteurs non encore désignés.

4. *Les bases biologiques de la psychologie :* Prof. Flournoy, de Genève; 2e rapporteur non encore désigné.

5. *Les tests de l'intelligence :* Prof. Ziehen, de Wiesbaden; Dr Simon, de Saint-Yon, près Rouen; Mlle Descœudres, de Genève.

6. *Inconscient, conscience et attention :* Prof. Morton Prince, de Boston; Dr Rignano, de Milan.

7. *La psychologie du rêve :* Prof. Sante de Sanctis, de Rome; Dr Jung, de Zurich.

Pour se faire inscrire comme membre du Congrès, s'adresser au secrétaire général, M. le Dr L. Schayder, 31, rue Moubijou, à Berne.

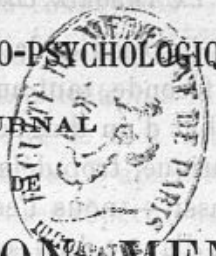
Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL



DE L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

NOUVELLE CONCEPTION SUR LES MALADIES MENTALES

LA THÉORIE CONFUSIONNELLE ET L'AUTO-CONDUCTION

PAR LES DOCTEURS

Ed. TOULOUSE et **M. MIGNARD**

Médecin de Villejuif. Médecin de Charenton.

Nous nous proposons de résumer ici — après les avoir situées dans l'évolution de la psychiatrie pour les faire mieux comprendre — les conceptions nouvelles auxquelles nous sommes arrivés à la suite de nos recherches sur l'auto-conduction (1). Elles peuvent,

(1) Les recherches dont nous avons publié les premières mé-

©BIUM

nous semble-t-il, orienter la psychiatrie dans une voie rationnelle et féconde, tant au point de vue du pronostic — qui est le but d'un diagnostic — qu'au point de vue de la thérapeutique, trop délaissé jusqu'à ce jour. Elles montreront aussi — nous l'espérons — ce qu'il y a de juste et ce qui, d'autre part, est avec évidence contraire aux faits dans les conceptions de l'école française de Morel et de Magnan, aussi bien que dans celles de l'école allemande de Kraepelin.

Nous indiquerons brièvement comment l'évolution des idées auxquelles nous nous rattachons s'est développée dans la suite des temps, et cela nous semble une preuve qu'elles répondent à une idée essentielle — et sans doute exacte — que les médecins, et même les profanes, se font plus ou moins clairement au sujet de la folie.

Nous chercherons à mettre en lumière comment la recherche anatomique, mal interprétée, est devenue un préjugé et a stérilisé la science psychiatrique, en improvisant à la médecine mentale une tendance fataliste, en suscitant une croyance à l'incurabilité. Cette même tendance, la médecine générale s'en est dégagée, en considérant le fait pathologique du point de vue fonctionnel et humoral, comme un trouble sans cesse en évolution, dont l'anatomie ne peut fournir que des aspects figés momentanés, mais donnant l'illusion de quelque chose de définitif.

I. — Les conceptions extramédicales de la folie.

Ce n'est pas une vaine étude que de rechercher dans les mots les idées de ceux qui les ont employés. Le pro-

thodes et quelques résultats, notamment dans la *Revue de Psychiatrie* (1908, 1909, 1911, 1912), seront données dans leur ensemble au cours d'un ouvrage dont cet article constituera le chapitre premier.

©BIUM

cédé est courant et fécond en linguistique. Il est possible d'en faire une utile application à la psychiatrie.

On dit généralement que le mot *aliéné* dérive des termes latins *alius* ou *alienus*. D'après les étymologies, consacrées par de nombreuses répétitions, l'aliéné serait caractérisé par la différence qui le sépare des autres hommes, par son isolement social. Nous pensons que l'origine supposée de cette dénomination n'est point exacte. Car *alius* ne pourrait s'être transformé en *aliéné*, pas plus d'ailleurs qu'*alienus*, qui tout au plus eût pu donner un mot tel qu'alien, dont il n'est point de trace dans notre langue. Aliéné ne peut dériver que d'*alienatus* ou plutôt d'*alienatum*, accusatif du participe passé passif du verbe *alienare*, qui signifie rendre étranger à quelqu'un ou à quelque chose, et, en langue juridique, faire changer de possesseur. Le verbe français *aliéner* a d'ailleurs la même signification, et son participe passé *aliéné* se dit d'un bien qui n'appartient plus à son propriétaire primitif.

Il n'est guère douteux, étant données les idées des anciens sur la folie, qu'il faille donner un sens analogue au même terme lorsqu'il est employé pour désigner un trouble mental. On retrouve ce sens dans les conceptions populaires à toutes les époques. Pour le simple observateur, *l'aliéné est celui qui ne se possède plus, qui ne s'appartient plus, qui n'est plus maître de soi* (*alienatus*).

Si les conceptions prélogiques portaient déjà les primitifs à s'imaginer les maladies mentales comme des manifestations de forces mystérieuses agissant sur l'esprit des individus qui leur étaient soumis (1), comment n'y auraient-ils pas été encouragés par les paroles

(1) Lévy-Bruhl. *Les fonctions mentales dans les sociétés primitives*. Paris, Alcan 1909.

©BIUM

mêmes des malades, comment n'auraient-ils pas trouvé une naturelle vérification de ces idées dans les expressions des sujets qui se plaignent de ne pouvoir diriger leurs pensées et leurs actes, d'être dominés par des invisibles, d'entendre des paroles mystérieuses qu'ils sont parfois forcés de prononcer eux-mêmes ?

Les hypothèses de possession divine ou démoniaque traduisirent les sentiments de dépersonnalisation exprimés par les aliénés eux-mêmes et les phénomènes d'automatisation mentale qu'ils présentent avec évidence. Aussi les Grecs les appelaient-ils δαιμονοτηπτοι θεογηπγοι (ravis par les dieux), et cette conception persiste de nos jours. Ainsi dans la Mayenne, où les idées de sorcellerie sont toujours populaires, nombre de malades interprètent leurs troubles mentaux par l'emprise de quelque sorcier, adonné à des lectures sataniques. Ils sont, disent-ils, *ensabattés*.

Ainsi le sens du mot *aliéné* traduit la conception populaire qui paraît avoir toujours persisté et d'après laquelle le « fou » serait celui qui ne se possède plus. Cette idée, qu'une observation superficielle dégage obscurément dans la folie, est celle même que les aliénistes ont constamment cherché à exprimer et celle qui nous a conduits dans toutes nos recherches. Ce premier ensemble concordant d'observations extérieures à la médecine peut être retenu en faveur de la valeur de cette idée.

II. — Théories médicales avant la période moderne.

La période hippocratique. — Il n'est pas dans notre intention d'esquisser ici une histoire proprement dite, si courte soit-elle, de la médecine mentale. Aussi, ne ferons-nous que signaler les conceptions anatomiques,

©BIUM

atomistiques et humorales des médecins de l'antiquité en ce qu'elles ont préparé l'évolution actuelle.

Les théories hippocratiques sur la genèse des maladies mentales par l'action de la pituite peut être considérée comme le point de départ des doctrines humorales que la physiologie moderne a remises récemment en honneur. L'idéaliste Platon admettait, en même temps que la folie par maladie corporelle, le délire par possession divine, ce qui permet de le considérer comme l'un des premiers qui aient examiné les rapports de l'aliénation mentale et de l'inspiration.

Les hippocratiques reconnaissent trois formes de folie : la *phrenitis*, la *manie*, la *mélancolie*.

Dans la phrenitis, ils semblent avoir décrit les nombreuses psychoses qui surviennent au cours des infections et des intoxications, et qui sont caractérisées par la confusion mentale aiguë, c'est-à-dire par le désordre de la pensée et des actes, la désorientation, les illusions, les hallucinations.

Ils classent toutes les maladies mentales chroniques dans la manie ou la mélancolie, selon que prédominent la rapidité ou la lenteur des phénomènes morbides qui se manifestent dans l'esprit du sujet. Le mot de mélancolie évoque l'explication de cette maladie par les effets de la *bile noire*, tandis que le mot de manie exprimerait encore un vestige des anciennes idées de possession (du radical *men* qui signifierait *mânes*, esprits des défunts). A la psychothérapie ressortissent des moyens tels que la musique et le bercement pour agir sur les agités.

Chez Celse, la manie est remplacée par les divers *délires* ou désordres de l'esprit. Il décrit, par exemple, le délire *hallucinatoire* où les malades sont trompés « par des images », et les folies dans lesquelles l'intelligence elle-même paraît profondément troublée, esquis-

GBIUM

sant ainsi la distinction du délire général et des délires « partiels » qui devait jouer un si grand rôle dans l'histoire de la psychiatrie.

Galien définit la *phrenitis* comme une aliénation d'esprit, avec fièvre aiguë, entrave au fonctionnement régulier de l'intelligence, perte de la conscience et du jugement ; la *manie* comme un trouble de l'esprit, ou délire, avec changement dans les manières d'être et les habitudes ; la *mélancolie* comme une maladie de l'esprit, sans fièvre, avec tristesse profonde et éloignement des choses les plus chères. Ainsi, nous demeurons toujours dans la tradition hippocratique.

Le moyen âge. — Les idées des modernes sur la folie ont été, ainsi que celles des anciens, sous la dépendance intime de leurs conceptions philosophiques. De même que dans l'Antiquité, nous trouvons une période mystique au moyen âge. Cette époque a manifesté la puissance des interactions psychiques. Les épidémies de folie collective étaient fréquentes au moyen âge. La crainte des supplices n'arrêtait point les malheureux qui s'accusaient d'être possédés des démons.

Ces cas montrent la grande puissance des forces mentales et jusqu'où peut aller dans certaines conditions les phénomènes d'inter-action psychique. Dans cette période où l'esprit de foi était plus fort que l'esprit critique et où les sentiments collectifs pouvaient se développer plus vigoureusement, les formes d'aliénation mentale sur lesquelles on pouvait agir par la suggestion étaient naturellement beaucoup plus répandues.

Le moyen âge a disposé d'une force d'interpsychisme dont nous n'avons pas idée aujourd'hui ; il a réalisé le problème si difficile de la direction des consciences par un sentiment commun. Les normaux comme les anor-

©BIUM

maux, les grands passionnés comme les débiles, aucun esprit n'était abandonné à lui-même.

Si les idées de sorcellerie pouvaient agir sur les individus, en déviant dans un sens déterminé la plupart des troubles mentaux, quelle puissance n'avait pas le prestige sacerdotal, traduisant des sentiments profonds et communs à tous! Comparez l'influence que pouvait, au début du douzième siècle, exercer sur la foule un évêque officiant dans une cathédrale à celle que possède aujourd'hui un médecin dans une consultation d'hôpital moderne, et vous vous rendrez compte que, sans doute, nous ne saurions apprécier aujourd'hui la véritable puissance d'un esprit sur un autre esprit. Et que ne pouvaient les mystiques et les solitaires, dont l'expérience intérieure paraissait de qualité si haute et qui, en fait, ont imprimé de si fortes empreintes sur les consciences contemporaines!

III. — Première période moderne. La psychiatrie descriptive.

Pinel. — Quoique pénétré des doctrines de Locke et de Condillac, Pinel n'admit pas cependant une explication uniquement sensualiste des phénomènes de l'esprit. Il fit toujours une certaine part aux dispositions innées de l'entendement, comme on disait alors, et n'apporta pas à la conception des rapports du physique et du moral le dogmatisme de Cabanis.

Dans l'étiologie de l'aliénation, il admet les causes mentales et les causes physiques; pour la thérapeutique, il proteste contre l'abus des saignées et montre le souci du traitement moral. Il esquisse une classification de la folie où l'on reconnaîtra, avec l'inspiration de l'école hippocratique, ses notations personnelles. L'aliénation mentale peut être, selon lui, provisoirement dis-

©BIUM

tinguée en quatre formes : la *manie*, la *mélancolie*, la *démence* et l'*idiotie*.

« La *manie* se distingue par une excitation nerveuse ou agitation extrême portée quelquefois jusqu'à la fureur, et par un délire général, plus ou moins marqué, quelquefois avec les jugements les plus extravagants, ou même un bouleversement entier de toutes les opérations de l'entendement. » Par le « délire général », la manie de Pinel englobe, en somme, en outre de la manie proprement dite, caractérisée par l'absence de retenue des processus mentaux, ce que nous appelons aujourd'hui confusion mentale avec excitation ; elle comprend la plupart des grands désordres de l'esprit.

La *mélancolie*, au contraire, est « un délire dirigé exclusivement sur un objet, ou une série particulière d'objets, avec abattement, morosité, et plus ou moins de penchant au désespoir ». Elle renferme ainsi, en dehors de cet état que nous entendons encore par mélancolie, et qui est caractérisé par la tristesse et la lenteur des processus mentaux, toutes les formes d'aliénation mentale où se manifeste une certaine concentration d'esprit de nature plutôt pénible. C'est ainsi que l'on peut y reconnaître, selon la terminologie de l'époque, bien des *délires partiels*, tel que le futur délire des persécutions.

La *démence* est loin de présenter, dans l'œuvre de Pinel, le caractère absolu qu'elle a revêtu au cours de l'évolution, finissant par désigner une perte totale et définitive des fonctions intellectuelles, une sorte d'idiotie acquise. Mot populaire qui revêtait à peu près le sens de désordre chronique de l'esprit, avec diminution de la lucidité, le terme de démence a gardé une signification plus vaste encore dans le langage juridique, où il est presque synonyme d'aliénation mentale.

C'est, selon Pinel, une « succession rapide, ou plutôt

©BIUM

une alternative non interrompue d'idées isolées et d'émotions légères et disparates, mouvements désordonnés et actes successifs d'extravagance, oubli complet de tout état antérieur, abolition de la faculté de percevoir les objets par une impression faite sur les sens, oblitération du jugement, et nul sentiment intérieur de son existence (1) ». L'on verra quelle fut la fortune démesurée de ce terme et comment les évolutions de sa signification, avec tous les malentendus qu'elles occasionnèrent, amenèrent la plupart des querelles et des problèmes que l'école moderne a tant de mal à apaiser et à résoudre.

« Sous le nom d'*idiotisme*, Pinel décrit toute abolition plus ou moins absolue soit des fonctions de l'entendement, soit des affections du cœur (2). » D'après les observations qu'il nous laisse, l'on peut reconnaître la quantité de cas différents que Pinel classait sous cette dénomination. Avec l'idiotie proprement dite, voisinent la stupeur curable, et les suspensions accidentelles ou durables de toute activité mentale. En somme l'idiotisme est, pour Pinel, l'absence ou la suspension des manifestations de l'esprit.

Si nous avons relativement insisté sur l'œuvre de Pinel, c'est qu'elle est le point qui rattache à l'école médicale antique les conceptions psychiatriques des modernes et que sa considération nous permet de voir ce qu'elles étaient à leur début, et par là même nous donne des lumières spéciales sur leur portée et leur signification réelles. C'est aussi que cette œuvre est le point de départ et comme la première manifestation d'un courant d'idées et d'un état d'esprit très particuliers, qui, dans leurs qualités comme dans leurs défauts,

(1) Sémelaigne. *Les grands aliénistes français*, p. 70.
(2) Sémelaigne. *Op. cit.*

©BIUM

méritent d'être connus. Les cliniciens de la lignée de Pinel se défient des grandes luttes de principes qui ont mis aux prises les spiritualistes et les matérialistes de la vieille école. Ils s'écartent avec une égale crainte des théories anatomiques et des théories psychologiques. Ils ne se permettent que l'observation des faits et la classification, à laquelle ils attribuent sans doute une importance exagérée. Bons psychologues, comme tous les observateurs réfléchis et perspicaces, ils donneront d'excellentes observations ; mais leur absence de principes directeurs reconnus et personnels les amènera à morceler à l'infini les classes et les sous-classes dans lesquelles ils répartiront les aliénés. Ils provoqueront ainsi la réaction par laquelle se sont constitués les grands systèmes en présence desquels nous nous trouvons aujourd'hui.

Esquirol. — Esquirol accentua encore les caractères de l'œuvre de son maître en donnant à la science psychiatrique d'admirables observations et en développant l'analyse des types légués par Pinel.

C'est ainsi que la mélancolie de Pinel devient la *lypémanie*, « maladie cérébrale caractérisée par le délire partiel chronique, sans fièvre, entretenue par une passion triste, débilitante ou oppressive », et contient, à côté de notre actuelle mélancolie, de nombreux délires de persécution. Mais certains troubles mentaux sont isolés de cette affection : ce sont les monomanies.

Pour bien comprendre ce que sont les monomanies dans la pensée d'Esquirol, il faut d'abord connaître la conception de cet auteur sur la manie. Il la définit : « une affection cérébrale chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence ou de la volonté (1) ».

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838, vol. II, p. 132.

©BIUM

La manie est donc une sorte de désordre général des fonctions mentales.

La *monomanie* sera un désordre localisé à l'une des trois grandes facultés de la philosophie dogmatique : l'intelligence, la sensibilité, la volonté. Nous aurons donc la monomanie intellectuelle, la monomanie affective, la monomanie instinctive.

« Les malades partent d'un principe faux, dont ils suivent sans dévier les raisonnements logiques, et dont ils tirent des conséquences légitimes, qui modifient leurs affections et les actes de leur volonté ; hors ce délire partiel, ils sentent, agissent comme tout le monde ; des illusions, des hallucinations, des associations vicieuses d'idées sont la base de ce délire que je voudrais appeler monomanie intellectuelle (1). » Cette monomanie, toutes réserves faites sur la valeur de son interprétation par des troubles uniquement intellectuels, contient tous les *délires* plus ou moins *systématisés* que décrivent les modernes : délires hallucinatoires, délires d'imagination, délires d'interprétation.

Voici maintenant la monomanie affective :

« Les monomaniaques ne déraisonnent pas, mais leurs affections, leur caractère sont pervertis ; par des motifs plausibles, par des explications très bien raisonnées, ils justifient l'état actuel de leurs sentiments et excusent la bizarrerie, l'inconvenance de leur conduite ; c'est ce que les anteurs ont appelé manie raisonnante, mais que je voudrais appeler monomanie affective (2). » Dans cette classe rentreraient les aliénés *revendicants*.

Dans la troisième forme, « la volonté est lésée ; le malade, hors des voies ordinaires, est entraîné à des actes que la raison ou le sentiment ne détermine pas,

(1) Esquirol. *Op. cit.*, vol. II, p. 1.
(2) Esquirol. *Op. cit.*, vol. II, p. 2.

©BIUM

que la conscience réprouve, que la volonté n'a pas la force de réprimer ; les actions sont involontaires, instinctives, irrésistibles ; c'est la monomanie sans délire ou la monomanie instinctive » (1). On reconnaît la *folie morale*, les *perversions instinctives*, les obsessions et les impulsions.

Esquirol a donc connu presque tout ce que le siècle dernier a étudié au point de vue clinique. Mais il ne tente pas de subordonner entre eux les troubles constatés. De là dérive une œuvre analytique purement descriptive, où l'on retrouve la tendance générale de l'histoire naturelle de cette époque à décrire partout des espèces bien caractérisées. De la zoologie et de la chimie la tendance passe à la pathologie et à la médecine mentale. De ce fait résulte, à la longue, un éparpillement des formes de l'aliénation mentale. Les successeurs d'Esquirol firent un véritable abus des diverses « monomanies ». Cela tournait à la nomenclature ; et contre cette décadence se produisit la réaction dont l'œuvre de Morel marque le tournant décisif.

IV. — Deuxième période moderne. La dégénérescence.

Morel. — C'est de Morel que date la première tentative importante de synthèse d'où jaillit l'un des plus vigoureux courants d'idées qui, avec la conception de la dégénérescence mentale, aboutit jusqu'à nos jours. D'après la remarquable étude que nous possédons sur l'histoire de cette idée (2), Morel nous apparaît comme un esprit élevé et généralisateur, large et conciliant,

(1) Esquirol. *Op. cit.*, vol. II, p. 2.
(2) Genil-Perrin. *Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, Paris, Leclerc, 1913.

©BIUM

qui tenta de réunir dans un vaste ensemble ses opinions médicales, scientifiques, philosophiques et même religieuses et d'en tirer les principes d'une vue d'ensemble sur les diverses formes de l'aliénation mentale.

C'est ainsi que — bien que cela puisse paraître étrange, étant donnée la longue évolution de cette idée — Morel plaçait sa conception sous *l'autorité de la Genèse* et en opposition marquée avec les théories de l'évolution. Voici comment, selon Genil-Perrin, la notion de la dégénérescence mentale apparaissait à son auteur :

« L'homme a été créé suivant un type primitif parfait, et non par une prétendue transformation des espèces, car la genèse a posé la loi absolue de la continuité de l'espèce. Mais, en opposition apparente avec cette loi de continuité, d'immutabilité de l'espèce, on trouve, très répandue dans les religions, chez les philosophes et chez les savants, l'idée de variabilité, de dégradation de l'espèce. Et *variabilité* ne peut être que synonyme de *dégradation*, car le type primitif, étant parfait, ne peut varier que dans un sens, le sens du moins parfait ; toute déviation est donc une dégradation, une dégénérescence (1). »

Morel place la dégénérescence sous l'influence de deux grands principes : la « loi de la double fécondation dans le sens du mal physique et du sens moral » et la « loi de la progressivité de la dégénérescence » (2). C'est par ces altérations d'un type primitif parfait que Morel expliquait la plupart des troubles mentaux. Ses successeurs devaient lui donner un autre sens.

Magnan. — Magnan et Legrain considérèrent la dégénérescence comme « un mouvement de progression *d'un état plus parfait vers un état moins parfait*, celui-ci

(1) Genil-Perrin. *Op. cit.*, p. 52.
(2) Genil-Perrin. *Op. cit.*, p. 57.

©BIUM

étant engendré par toute cause susceptible de contrarier le double mouvement naturel de l'être vers sa conservation propre et celle de son espèce (1) ». Si bien que la dégénérescence est « l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte pour la vie (1) ».

Les auteurs ont ainsi transporté dans une conception philosophique toute différente, ces notions de « perfection » et d' « imperfection » qui sont tout naturellement à leur place dans le système de Morel. Car la difficulté est précisément de caractériser un état plus ou moins parfait dans la théorie Darwinienne. Les auteurs admettent une sorte de finalisme sur lequel se fonde « le double mouvement naturel de l'être vers sa conservation propre et celle de son espèce ».

D'autre part, Magnan fait aboutir ces idées à des théories anatomiques invérifiées. Il crée un schéma qui, par la distinction de centres et la possibilité de leur isolement, de leur prédominance ou de leur inhibition, vise à expliquer les diverses formes de la dégénérescence mentale. Les fonctions mentales normales deviennent ainsi les manifestations fatales de l'anatomie cérébrale. Si bien qu'il ne saurait être sérieusement question d'amélioration, de guérison, de régénérescence. Enfin, toutes les variations risquent de représenter des dégénérescences, car quel criterium aurons-nous d'un état plus ou moins parfait?

Et l'école italienne s'est lancée avec exagération dans cette voie de l'école française : génie, folie, crime, tout est dégénérescence, tout est le résultat à

(1) Cité par Genil-Perrin. *Op. cit.*, p. 114.
(2) Magnan et Legrain. *Les Dégénérés*, 1892.

©BIUM

peu près fatal des dispositions anatomiques, fatalement déterminées et fatalement incurables, si bien que Lombroso, poussant ces théories dans leurs dernières conséquences, réclame la peine de mort pour les criminels nés.

Il n'est point besoin de dire combien de telles hypothèses sont manifestement en contradiction avec la réalité. La vie mentale et ses modalités sont autrement actives, autrement variables, autrement équilibrées, en un mot autrement vivantes que ne pourraient le laisser admettre des théories aussi géométriques. Pour nous en tenir aux maladies, constatons qu'aucune d'elles ne présente ce caractère rigide, définitif et absolu que postulerait la théorie de Magnan. Nous disons la théorie ; car, dans la pratique, ses descriptions subissent l'influence d'un grand sens d'observateur et d'une bonne psychologie clinique. Pour nous rendre un compte plus précis du fatalisme de cette école, examinons sa théorie des délires.

Magnan décrit le *délire systématisé chronique* avec hallucinations, qui évolue en quatre périodes fatales, remplit la vie du malade et aboutit à la démence. A côté de cette maladie progressive, il admet bien d'autres formes délirantes ; mais ces formes sont précisément celles qu'il attribue à ses « dégénérés », c'est-à-dire à des individus héréditairement tarés, qui, s'ils peuvent guérir en apparence, n'en restent pas moins toute leur vie des psychopathes. Les *interprétations délirantes* sont le signe d'une affection chronique et progressive qui se développe inéluctablement chez ces sujets. Quant aux *bouffées délirantes*, aux *délires polymorphes*, qui englobent tous les systèmes d'erreurs morbides plus ou moins passagères, ils sont toujours, d'après Magnan, la manifestation de la dégénérescence. L'alcoolisme même et les diverses intoxications volontaires,

©BIUM

causes occasionnelles de délires, sont, pour les partisans excessifs de cette idée, généralement successifs à la primitive « dipsomanie » ou autres impulsions morbides préformées.

En résumé, toute la doctrine est empreinte de fatalisme. L'étiologie se ramène en pratique à l'organisation mentale, presque toujours héréditaire. Les causes (intoxication, infection, surmenage, etc.) ne sont que des occasions fortuites de maladies, si peu importantes que l'une peut remplacer l'autre, et qu'il n'est même pas utile de les connaître d'une manière précise. La prédisposition est une notion qui remplace tout. Encore ne repose-t-elle, le plus souvent, sur aucune preuve directe. Cela revient à dire que le malade est prédisposé parce qu'il est aliéné et en conséquence, qu'il est aliéné parce qu'il est prédisposé.

Dans le diagnostic, le préjugé de l'espèce très définie a persisté. Il existe une forme pure de chaque maladie et une forme atypique, symptomatique de la dégénérescence mentale.

Le pronostic fatal entraîne une thérapeutique orientée uniquement vers le symptôme apparent, l'agitation, la dépression, la tendance au suicide.

L'aliéné, étant un être à jamais déchu, appartenant à une race hors de l'humanité normale, appelle des mesures de protection rigoureuse. Quelle que soit sa maladie, il doit être considéré comme un mineur complet à interner longtemps (car la défiance à son égard est absolue), incapable de s'occuper de ses affaires, de lire ses lettres, de recevoir des visites. C'est un irresponsable total, qu'il ne faut jamais punir, car toute mesure d'intimidation et d'amendement est considérée, *a priori*, comme sans action à son égard. Ainsi s'est constitué l'extraordinaire statut moderne des aliénés, formant avec eux un bloc détaché, sans aucune transi-

©BIUM

tion avec l'humanité normale, et qui réalise cette condition singulière de leur laisser, pour faire le mal, une activité sans contre-poids, et de les priver du stimulant de toute activité personnelle pour les actes les moins dangereux. Jamais on n'était allé aussi loin dans la conception d'un type d'homme schématique.

V. — Troisième période moderne. Les démences.

La démence précoce. — Pendant que se développait la théorie de la dégénérescence mentale, un autre courant prit naissance en France et se répandit dans notre pays, puis en Allemagne, d'où il nous revint considérablement grossi.

La théorie de la démence, prise dans le sens d'affaiblissement définitif de l'intelligence, trouve son point de départ dans une définition d'Esquirol. Auparavant, le terme de démence, comme nous l'avons dit plus haut, avait une signification autrement vaste et englobait, en somme, toutes les formes chroniques et non systématisées de l'aliénation mentale, après avoir servi à désigner l'aliénation mentale tout entière.

Esquirol avait déjà établi la notion de faiblesse congénitale de l'intelligence dans sa conception de l'idiotie (1). « L'*idiotie*, dit-il, n'est pas une maladie ; c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait pu acquérir les connaissances relatives à l'éducation que reçoivent les individus de son âge et placés dans les mêmes conditions que lui. L'idiotie commence avec la vie ou dans cet âge qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838, vol. II, p. 284.

©BIUM

et affectives ; les idiots sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de leur vie ; tout décèle en eux une organisation imparfaite ou arrêtée dans son développement. » Trouvant chez certains aliénés chroniques une impossibilité analogue à celle des idiots de penser ou de manifester leur pensée, Esquirol exprime en une image saisissante ce rapport qu'il a découvert : « L'homme en démence est privé de biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans la misère (1). »

Désormais, la démence, sur laquelle jusqu'ici les aliénistes avaient suspendu leur opinion, devient une idiotie acquise, et les psychologues associationnistes que seront, consciemment ou à leur insu, la plupart des médecins de la fin du XIX^e^ siècle, considéreront la démence comme une perte des *éléments* de l'esprit. L'on rapprochera des démences les amnésies, que l'on considérera comme des *pertes d'images* ; et dès lors la démence aura un pronostic fatal, étant la ruine définitive des facultés intellectuelles.

Certaines idées populaires au sujet des vieillards radoteurs ou amnésiques s'accordent avec cette conception. Les vieillards paraissent diminués, affaiblis, semblent perdre les acquisitions de toute leur vie et « retomber en enfance ».

Par esprit de symétrie, à côté de la *démence sénile*, considérée comme aboutissant d'un processus normal et qui englobait toutes les psychoses de la vieillesse, on décrivait une *démence vésanique* survenant au cours d'une maladie mentale prolongée, lorsque les troubles de la pensée et de l'action devenaient tels que l'aliéniste ne pouvait plus — même exceptionnellement — entrer en relations avec le sujet étudié.

---

(1) Esquirol. *Op. cit.*, vol. II, p. 285.

©BIUM

Ce fut la découverte de Bayle (1) qui assura le développement et la prééminence momentanée de la théorie des démences. Déjà, Esquirol avait décrit des démences accompagnées de troubles moteurs comme une complication qui pouvait survenir au cours de l'aliénation mentale. « Le premier, en 1805, dit Esquirol, j'ai attiré l'attention sur ce phénomène, et j'ai constaté l'incurabilité de la folie accompagnée de paralysie. Cette paralysie est souvent le signe d'une inflammation chronique des méninges... Elle a une marche incessante et va toujours en augmentant, tandis que l'intelligence s'affaiblit (2). » On se demande alors si l'inflammation des méninges n'est pas à la fois la cause de la folie antérieure, de la paralysie progressive et de la démence terminale, et si l'on n'a pas affaire à une maladie spécifique à évolution régulière due à une lésion irritative puis destructive des éléments nerveux. Les recherches de Bayle confirment cette conviction.

La *paralysie générale progressive* fut décrite comme une maladie mentale et organique, dont l'évolution fatale, liée à l'inflammation, puis à la destruction de certains éléments nerveux, conduit à la perte de l'intelligence, puis à la mort. Les progrès de l'histologie, montrant les graves et définitives lésions cellulaires qui succèdent, dans cette maladie, aux processus inflammatoires, vinrent fortifier cette opinion.

Dès lors, au point de vue mental, la démence fut considérée comme une perte progressive de l'intelligence liée à la destruction de certains éléments anatomiques, ce qui flattait les tendances matérialistes dans la conception des rapports du physique et du moral. Aussi, toute la pathologie mentale va s'orienter dans ce

(1) Bayle. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.* Paris, 1826.
(2) Esquirol. *Op. cit.*, vol. II, p. 264.

©BIUM

sens. On tentera d'isoler des maladies à évolution définie, comme la paralysie générale ; sous les symptômes du début, on cherchera les signes d'affaiblissement de l'intelligence, qu'une méthode psychologique spéciale révélera dans bien des cas, et l'on cherchera des états anatomiques correspondants. Par exemple, Klippel décrira des lésions cellulaires dans la démence précoce.

Cliniquement, les méthodes d'examen psychique consistent à tenir compte seulement, dans l'évaluation de l'intelligence, des résultats bruts, envisagés dans leur valeur pratique ; et ces observations insuffisamment pénétrantes semblent donner raison aux théoriciens de la démence destructive. L'évolution, habituellement chronique, de ces maladies mentales fortifie le médecin dans ces dispositions pessimistes.

Les aliénistes allemands contemporains subirent l'influence de ces idées ; mais, peu portés à des synthèses claires, ils gardent une position ambiguë et susceptible de changements. Mais lorsque les Français reprennent ces doctrines, ils y portent leur logique et leur rigueur habituelles. Et les disciples français de Kraepelin font de la *démence précoce* le pendant de la paralysie générale et y incorporent une quantité de formes d'aliénation mentale autrefois séparées et considérées comme des types différents de manie, de mélancolie, de délires, de confusion, de démence post-vésanique, de dégénérescence mentale.

Lorsqu'on se reporte aux observations de Kraepelin (1), on s'aperçoit que l'affaiblissement intellectuel qu'il y décrit est un affaiblissement bien spécial, si tant est que la faiblesse proprement intellectuelle y soit réelle ;

(1) Kraepelin. *Introduction à la Psychiatrie clinique*. Trad. Devaux, 1907, p. 29, 40, 100, 195, etc.

©BIUM

l'on s'aperçoit aussi que le pronostic est loin d'être aussi absolu que la dénomination sous laquelle se présente cette psychose pourrait le faire croire d'autre part. Les fluctuations, les variations d'opinion de Kraepelin à ce sujet montrent combien ses idées sont peu assurées.

Mais les aliénistes français ont pris à la lettre ce mot de démence, dans le sens qui leur est maintenant coutumier, de ruine progressive et définitive de l'intelligence, tandis que Kraepelin désirait avant tout attirer l'attention sur l'unité d'un syndrome qu'il retrouve dans des cas très variés.

De la manie, de la mélancolie et de nombreuses formes de déséquilibre et de confusion mentale, Kraepelin a fait une seule maladie, la *psychose maniaque-dépressive*, sorte de psychose intermittente et rémittente à évolution parfois régulière, souvent irrégulière, dont les accès guérissent, mais qui, en elle-même, ne saurait guérir, car elle exprime la constitution mentale du sujet, qui reste ainsi toujours disposé à quelque récidive.

Les délires plus ou moins systématisés qui ne disparaissent pas dans la *démence paranoïde*, forme spéciale de la démence précoce, sont englobés dans la *paranoïa*, expression développée d'un caractère spécial, qui commence, en réalité, à la naissance d'un sujet et ne peut disparaître qu'avec lui.

A ces maladies constitutionnelles, si nous ajoutons l'*idiotie*, l'*imbécillité*, la *débilité mentale*, nous voyons que les élèves de l'école de Munich, dans presque tous les cas où ils ne reconnaissent pas les progrès d'une démence destructrice, admettent l'existence d'une constitution psychique anormale donnée une fois pour toutes, renchérissant ainsi sur les conclusions de l'école de la dégénérescence mentale.

Il existe bien, il est vrai, à leur aveu, quelques formes de folies toxiques, toxi-infectieuses ou émotives, aiguës

©BIUM

et comme accidentelles ; mais, outre que ces formes se produisent le plus souvent chez des prédisposés (dégénérescence), et aboutissent maintes fois à la destruction complète des fonctions mentales (démence), leur faible proportion dans la plupart des statistiques les laisse dans une infériorité numérique presque incomparable par rapport à ces deux immenses synthèses qui englobent la psychopathologie moderne et l'écrasent de leur pronostic fatal. L'on voit bien que ces formes aiguës ou subaiguës ont été admises — parce qu'on ne pouvait entièrement les nier — sous l'influence d'une autre tendance, qu'il nous reste à envisager.

En résumé, dans cette période, la réaction contre l'œuvre descriptive de Pinel et Esquirol s'accentue. Les synthèses s'élargissent. Mais la découverte de la paralysie générale oriente tous les esprits. On est hanté par la lésion organique fixe qu'il s'agit de trouver partout et il s'élève sur la base d'études anatomiques — dont l'utilité et l'importance ne peuvent d'ailleurs être discutées — une opinion, véritable préjugé, qui tend à faire négliger le point de vue fonctionnel. C'est la même tendance qui, en médecine générale, cherchait à subordonner toutes les maladies viscérales à des lésions histologiques, alors qu'aujourd'hui on cherche à caractériser les syndromes d'après les troubles des fonctions, sur le vivant.

(*A suivre*).

©BIUM

UN CAS
DE
PARALYSIE GÉNÉRALE INFANTILE

Par le Dr Maurice BRISSOT

Médecin des asiles publics d'aliénés.

L'observation qui va suivre, relate un cas typique de paralysie générale par hérédo-syphilis et trouve son intérêt principal dans l'âge auquel a débuté cette affection.

SOMMAIRE. — a). *Etiologie* : Syphilis paternelle. Spécificité probable de la mère. — b). *Clinique* : Paralysie générale débutant à l'âge de treize ans par ictus épileptiforme. Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles ; pas de délire. Spasmodicité considérable : état de contracture presque généralisé. Lente et longue évolution des symptômes. Mort à dix-huit ans et demi dans le marasme paralytique.

M..., Hélène, seize ans, née au Havre le 25 avril 1895, entre à l'Asile de Villejuif (service du Dr Toulouse) le 28 août 1911.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Père*, soixante ans, a contracté la syphilis en 1880, après la mort de sa femme, et s'est remarié trois années plus tard, à l'âge de trente et un ans. Il s'est, paraît-il, soigné convenablement jusqu'à cette époque. De son premier mariage, il a eu un fils âgé, à l'heure actuelle, de trente-trois ans et qui jouit d'une bonne santé ; ce dernier a lui-même deux fillettes bien portantes.

D'après l'examen que nous avons pratiqué et les renseignements fournis par son entourage, le père de notre malade est atteint d'une affection cérébrale caractérisée par les symptômes suivants : troubles de la mémoire, diminution assez appréciable de la capacité intellectuelle depuis plusieurs années, bien qu'il ait pu se livrer à ses occupations habituelles jusqu'en novem-

©BIUM

bre 1913; tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, exagération des réflexes patellaires, surtout du côté gauche, troubles de la parole (hésitation et lenteur), légère inégalité pupillaire au profit de la pupille droite, pouls dur, faiblesse musculaire du côté gauche. Pas d'Argyll, ni de Romberg. Démarche hésitante, impossibilité de se diriger seul dans la rue, perte d'urines. M. M... se plaint, en outre, de vertiges, d'étourdissements qui le font chanceler sur ses jambes, de démangeaisons dans les doigts, etc... Il n'a jamais fait d'excès d'alcool. L'affection dont nous venons d'énumérer les symptômes relève selon toute vraisemblance de la spécificité cérébrale; d'aucuns auraient même porté le diagnostic de paralysie générale avec tabes, mais nous mettons en doute la valeur de cette assertion.

Mère, cinquante-huit ans. Bien portante à l'heure actuelle, quoique un peu nerveuse. Elle s'est mariée à vingt-sept ans; dix ans après son mariage, elle a été atteinte d'une paralysie d'un muscle oculaire moteur. Cette affection a très bien guéri par l'électricité et les injections hypodermiques de cyanure d'hydrargyre. M^me^ M... a eu neuf frères et sœurs, dont sept sont morts en bas âge; des deux frères qui lui restaient, elle en a perdu un, qui s'adonnait à la boisson. Son père et sa mère ont joui d'une bonne santé.

Grand-père paternel, mort alcoolique à l'âge de cinquante-huit ans. Il a eu cinq enfants, dont le père de notre malade, un garçon et deux filles aujourd'hui bien portantes. Un autre fils est mort tout jeune.

Notre petite malade est fille unique; un an après son mariage, sa mère a accouché d'un enfant mort-né de six mois. Sept ans plus tard, elle a eu une fille morte, à deux ans, d'une bronchite capillaire. Dix-huit jours après la mort de cette dernière, elle a fait une fausse couche de six mois.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Née en 1895, c'est-à-dire douze ans après le mariage de ses parents. Venue à terme, accouchement normal.

A eu successivement la coqueluche, la rougeole et la varicelle; pas de convulsions. A six ans, elle est devenue presque complètement aveugle, à la suite d'une kératite parenchymateuse, affection que quelques spécialistes considèrent comme hérédo-spécifique. Elle fut traitée avec succès par des frictions mercurielles et des injections sous-cutanées de sels de même nature. Quelques mois plus tard, elle présenta des troubles cérébraux

©BIUM

qualifiés de méningite par son entourage, mais qui, d'après l'avis d'un spécialiste consulté à cette époque, étaient dus à une artérite cérébrale d'origine spécifique. D'ailleurs, on appliqua de nouveau le traitement hydrargyrique et l'enfant guérit radicalement au bout de cinq semaines.

Réglée pour la première fois à seize ans. Menstruation très irrégulière.

HISTOIRE DE LA MALADIE.—Jusqu'à l'âge de treize ans, la fillette a été bien portante : elle était intelligente, manifestait du goût pour l'étude, mais n'aimait pas s'amuser. Elle se trouvait en pension. Une nuit, elle se lève pour aller aux W.-C.; ne la voyant pas revenir, la surveillante va voir ce qu'elle fait et la trouve inanimée sur le siège des cabinets. « La bouche lui filait beaucoup », elle avait de la bave et ses matières étaient répandues sur elle. On la couche aussitôt et elle reprend connaissance au bout de deux à trois heures.

Il est bien évident qu'il s'agit là d'un ictus vraisemblablement épileptiforme, ictus qui, dans la suite, s'est répété à des intervalles plus ou moins éloignés.

A la suite de cet incident, la malade rentre dans sa famille : elle devient apathique et son intelligence commence bientôt à décliner.

Elle ne montre plus aucun goût pour le travail, délaisse ses livres et ne cherche plus à faire de la musique. Pendant les trois années qu'elle passe auprès de ses parents, Hélène est prise de nouvelles syncopes (cinq ou six qui se produisent chez elle, dans les grands magasins, en ville, etc.), au cours desquelles elle bave, mais reste inerte : elle s'endort ensuite d'un profond sommeil et se réveille au bout de six à huit heures. Ces ictus laissent après eux de la faiblesse musculaire dans le côté gauche.

L'affection s'aggrave brusquement au mois d'octobre 1910 : à partir de ce moment, la malade n'a plus de syncopes, mais présente de véritables convulsions : les yeux se révulsent dans les orbites, les bras et les jambes sont agités de secousses spasmodiques. Elle devient gâteuse. Le professeur Raymond, qui l'examine alors, constate de l'exagération des réflexes patellaires et du Babinski spontané à gauche. Elle entre à la Salpêtrière le 10 juillet 1911 dans le service du professeur Dejerine, puis est admise à l'asile de Villejuif le 28 août de la même année, avec le certificat suivant du Dr Juquelier : « Est atteinte de paralysie générale juvénile avec démence; excitation

©BIUM

par intervalles. Embarras de la parole, pupilles paresseuses, exaltation des réflexes tendineux; faiblesse générale. »

Nous l'examinons successivement en octobre 1911, avril et novembre 1913. Elle succombe peu après notre dernier examen.

Examen (octobre 1911). — 1° *Etat mental*. Attention très mobile, difficile à fixer. La malade se fatigue rapidement et répète alors toujours la même phrase, quand on lui pose des questions : « Je suis née le 25 avril », ou bien : « J'étais chez Duvernoy. » Affaiblissement considérable des facultés intellectuelles. Connaît cependant son nom et son prénom, ainsi que le quantième et le mois de sa naissance. Disparition complète des souvenirs anciens et récents.

Le jugement et le raisonnement, bien que très diminués, ne sont pas complètement abolis, car Hélène dénombre, sans se tromper, les pièces de monnaie courantes qu'on place devant elle et énumère 1 sou, 2 sous, 3 sous, 5 sous, 5 francs. Elle reconnaît de même et nomme de façon correcte certains objets usuels qu'on lui montre. Elle lit assez bien sur le calendrier.

L'affectivité semble en partie conservée : la fillette manifeste de la joie quand ses parents viennent la voir. Elle est douce, gentille, ne se met jamais en colère; l'émotivité est exagérée, ce qui lui donne l'air un peu inquiet.

Pas de délire.

2° *Etat somatique*. — *Aspect* gracile; maigreur assez accusée. Plis naso-géniens effacés des deux côtés. Les commissures labiales sont tombantes (hypotonie musculaire).

Nombreux *stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis* : bosses frontales proéminentes, dents d'Hutchinson, etc....

Parole. — Dysarthrie considérable s'accentuant avec la fatigue, au point que la malade est par moments tout à fait incompréhensible. Trouble de l'élocution moindre dans le langage spontané (peu fréquent d'ailleurs).

Tremblements. — Tremblement en masse et fibrillaire de la langue, tremblement spasmodique des lèvres et des muscles de la face, surtout marqué quand la fillette parle. Il existe un véritable clonus des mains dans l'attitude du serment.

Motricité. — Les troubles de la motricité (paralysies, parésies, etc...) sont difficiles à mettre en évidence, en raison de l'état démentiel du sujet. La main droite accuse 2 au dynamomètre; quant à la main gauche, elle n'est capable d'aucun effort à cause de la contracture qu'elle présente.

©BIUM

On constate de l'atrophie des masses musculaires des deux jambes.

Sensibilité. — Il semble y avoir un peu d'hypoesthésie du côté gauche (face principalement). Le réflexe pharyngien est diminué. La recherche de la sensibilité est particulièrement délicate, par suite de l'émotivité considérable que cet examen contribue à mettre en jeu.

Réflectivité. — Ce qui prédomine, au niveau des membres, c'est un état permanent de contracture dans tout le côté gauche, aussi accentué au bras qu'à la jambe. On note à gauche, au niveau du membre inférieur, un Babinski spontané et permanent très marqué; le clonus du pied offre les mêmes caractères et le réflexe rotulien présente une très forte exagération. Il existe, en outre, de la contracture permanente des extenseurs du pied.

A la jambe droite, le Babinski n'est pas spontané, mais il est très net quand on le provoque (extension du gros orteil et phénomène de l'éventail). La trépidation épileptoïde persiste moins au repos que de l'autre côté; de même, le réflexe patellaire est un peu moins brusque. Enfin, il n'y a pas de contracture des extenseurs du pied : la pointe de ce dernier est, au contraire, tournée en dedans, en varus equin (véritable chute de cette extrémité).

Du côté des yeux, on constate une mydriase énorme; la pupille gauche est plus grande que sa congénère et semble un peu déformée. Le réflexe à l'accommodation est conservé des deux côtés; le réflexe lumineux est presque complètement aboli.

Motilité. — La malade, qui se trouve dans l'impossibilité absolue de se mouvoir, reste constamment alitée et se fixe dans une même attitude, le corps penché du côté gauche.

Elle est gâteuse.

Poids : 38 kilog. 800.

Lymphocytose rachidienne considérable.

Albumo-réaction positive.

Avril 1913.—L'évolution a été lentement progressive, avec de légers ictus dont un plus violent il y a une quinzaine de jours. La malade est actuellement dans un état de démence très avancé. Alors qu'elle prononçait encore quelques paroles à nos premiers examens, elle ne répond plus maintenant que par monosyllabes ou bien se contente de sourire d'une façon stéréotypée et par là même souvent discordante. Elle chante

©BIUM

cependant avec sa mère, suit l'air que celle-ci lui fredonne et, à la fin, retrouve le rythme et les paroles.

Hélène regarde avec un semblant d'intérêt ce qui se passe autour d'elle, crie quand des malades se frappent. Elle ne veut pas changer de lit et, à cette menace, son visage toujours souriant se rembrunit peu à peu.

La déchéance physique va de pair avec le trouble profond de l'intelligence : des eschares ont apparu, le gâtisme est permanent. Même état généralisé de contracture, le corps est plié en chien de fusil. La température oscille entre 37 et 38 degrés, le pouls se maintient. La malade en est réduite à une vie purement végétative.

Elle ne s'occupe à rien, déchire du papier toute la journée.

Novembre 1913. — Démence globale, cachexie, amaigrissement, eschares, gâtisme, tel est le bilan. Tout examen psychique devient impossible, par suite du mutisme presque absolu de la malade. Celle-ci grince des dents continuellement et ne sort de sa torpeur habituelle que pour gémir ou pleurer. La contracture s'est étendue au bras droit, où elle est prédominante. L'amaigrissement est progressif, le poids est tombé à 35 kilogrammes ; la température enfin, qui se tient toujours autour de 38-39 degrés, monte parfois à 40 degrés.

Hélène succombe le 25 novembre, à dix heures du matin, de cachexie paralytique, après avoir eu, le 14, des mouvements convulsifs généralisés.

L'autopsie n'a pu être faite (opposition de la famille).

L'intérêt de cette observation réside essentiellement dans l'âge auquel ont débuté les troubles mentaux dus à la spécificité héréditaire. Celle-ci, d'ailleurs, n'est pas douteuse ; le père a contracté la syphilis à vingt-huit ans, et la mère a présenté, quelques années après son mariage, des accidents spécifiques (paralysie motrice de l'œil) qui ont parfaitement guéri par des injections hypodermiques d'un sel de mercure ; elle a fait deux fausses couches. L'enfant porte, en outre, des stigmates dystrophiques dont la nature est indiscutable.

C'est à l'âge de six ans qu'ont apparu, chez notre petite malade, les premières manifestations de l'hérédo-

SBIUM

syphilis. La kératite parenchymateuse, dont elle fut alors atteinte, précéda de peu l'éclosion de troubles cérébraux dus, sans conteste, à une artérite d'origine spécifique. Ces deux affections, nous l'avons vu, guérirent très rapidement par l'application qui fut faite du traitement hydrargyrique.

Pendant les sept années qui suivirent, aucun accident. Puis, à l'âge de treize ans, alors que la fillette était en parfaite santé physique et intellectuelle, ictus épileptiforme soudain qui, bientôt, se répète et qui annonce le début d'une méningo-encéphalite. La paralysie générale évolue alors d'une façon lentement progressive et la malade succombe cinq ans et demi plus tard, en 1913.

Telle est, dans son ensemble, l'histoire de l'affection qui nous occupe. Il s'agit donc bien ici d'un cas typique de paralysie générale qu'on peut, sans hésitation, qualifier d'infantile.

Nous n'avons pu, à notre grand regret, avoir de justification anatomique; mais, au point de vue clinique, deux points particuliers méritent de retenir notre attention.

C'est tout d'abord, chez cette enfant, la lente et longue évolution des symptômes. Les paralysies générales juvéniles ont, dans la majorité des cas, une durée assez courte, qui n'excède pas le plus souvent deux ou trois années, quelquefois même beaucoup moins. Mon excellent Maître, M. le Dr Marcel Briand, et moi avons présenté en 1909, à la Société clinique de Médecine mentale, une jeune fille de dix-huit ans atteinte, selon toute vraisemblance, de méningo-encéphalite diffuse dont l'évolution avait été si rapide, que la mort était survenue un peu plus d'un an après le début de la maladie. Nous écrivions à son sujet : « ..... A partir de ce moment (apparition des signes physiques), l'affection précipitait sa marche, l'intelligence baissait d'une ma-

©BIUM

nière progressive, à tel point que la malade est, à l'heure actuelle, complètement démente (1). »

Jacquin et Laignel-Lavastine (2) viennent tout récemment de publier un cas semblable (démence rapidement globale avec évolution n'excédant pas trois années). Or, rien de tel ne s'est produit chez Hélène : celle-ci n'a présenté, au début, qu'une atteinte assez légère des facultés intellectuelles ; trois ans plus tard seulement, la déchéance mentale devient profonde (entrée à l'Asile), mais ce n'est pas encore l'affaiblissement en masse, la ruine absolue, qui ne surviennent que quelques mois avant la mort.

Cette constatation méritait d'être faite, car il est assez singulier de voir un processus morbide, comme celui de la paralysie générale, trouver chez une fillette, malade depuis l'âge de treize ans, un terrain de résistance aussi grand que chez une personne adulte.

Il est, en second lieu, intéressant de signaler l'importance des signes somatiques dans le tableau clinique. Les symptômes physiques de la méningo-encéphalite diffuse s'y trouvent au grand complet ; mais, ce qui frappe plus particulièrement ici, c'est la tendance à la généralisation des phénomènes de spasmodicité. De bonne heure, en effet, nous constatons chez Hélène un état permanent de contracture dans tout le côté gauche (avec clonus, Babinski très accentués, etc.) et qui, bientôt, s'étend à la partie droite dans sa totalité. Les mêmes phénomènes se rencontrent, avec une intensité peut-être un peu moindre, dans l'observation citée plus haut, de Jacquin et Laignel-Lavastine.

---

(1) Marcel Briand et Brissot. Syndrome paralytique chez une débile. Possibilité de paralysie générale juvénile. *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, juillet 1909, n° 7.

(2) G. Jacquin et M. Laignel-Lavastine. Paralysie générale juvénile avec autopsie. *Encéphale*, janvier 1914, n° 1.

©BIUM

Thérapeutique.

LE SÉDOBROL

UNE SIMPLIFICATION DU TRAITEMENT TOULOUSE-RICHET

Par le Dr Ch. LADAME

Privat-docent à l'Université de Genève,
Médecin-adjoint à l'asile de Bel-Air.

Certes l'histoire de la médecine possède peu de sujets aussi captivants que celui de la thérapeutique de l'épilepsie. On suit pas à pas les efforts tentés et les succès obtenus par de nombreux savants qui se sont consacrés à la tâche ardue de trouver le moyen de guérir le mal sacré. Les déceptions cependant suivent de bien près les bons résultats obtenus à l'aide des remèdes « honnêtes » que l'on voit surgir périodiquement.

Le bromure, seul, survit encore à tout l'arsenal de ses succédanés tombés dans l'oubli peu après leur apparition tapageuse à l'horizon thérapeutique.

Quand on eut l'idée d'associer le bromure de potassium à un régime alimentaire spécial et surtout au régime déchloruré [Toulouse et Richet (*a*)], les prises du médicament purent être diminuées sans amoindrir l'effet de la médication.

Cette façon empirique de procéder, cependant, n'était pas exempte de quelque danger et c'est en partie à cause de ces inconvénients que l'on renonça bientôt,

(*a*) Voir index bibliographique, page 676.

©BIUM

dans la pratique privée tout au moins, à employer une arme, certes excellente, mais d'un maniement délicat, voire même dangereux à l'occasion, parce que mal réglée.

Les menaces du délire épileptique, toujours possible, vu la déchloruration indéterminée et la toxicité du brome plus grande, les difficultés de l'application du régime sans sel selon les milieux et les individus, le dégoût rapide du malade et l'anorexie pour cette alimentation insipide, furent autant d'arguments favorables pour inciter aux recherches d'un moyen plus propice et mieux adapté aux circonstances diverses dans lesquelles il doit être appliqué.

C'est alors que l'on eut l'idée d'associer le brome à des préparations organiques variées, permettant son assimilation plus complète, plus rapide, avec bien d'autres avantages que l'usage, du reste, ne confirma pas (*b*), bien qu'il y eût déjà une amélioration certaine.

Le Dr Ulrich (de Zurich), reprenant toutefois le principe ingénieux du traitement Toulouse et Richet, eut l'heureuse idée, non pas de faire des composés organiques problématiques, mais de chercher à mettre le traitement déchloruré à la portée de chacun par la simplification des diverses manipulations.

A cet effet, il inclut dans un cube de condiments divers (telle une tablette de potage Maggi) une dose déterminée de bromure de sodium en lieu et place du chlorure de sodium. Voilà en quoi consiste le *Sédobrol*.

Le malade reçoit un ou plusieurs de ces cubes, selon avis, qu'il fait dissoudre lui-même dans un bol d'eau chaude ; il obtient ainsi, comme potage, un breuvage sapide et savoureux. De telle sorte :

1° Point n'est besoin de soumettre le malade à un régime d'exception.

2° Le « bouillon sédobrol » remplace la soupe, le

©BIUM

brome en est le corps salant, son goût particulier est largement masqué par les espèces composant le cube. On obtient ainsi une baisse des chlorures déterminée exactement, une installation contrôlée et agréable du régime déchloruré.

3° De moindres doses de brome sont nécessaires pour obtenir un succès plein et durable.

4° N'importe où et n'importe comment, le malade peut prendre son bouillon, et ne subir aucune interruption dans son traitement.

5° Le Sédobrol réalise un traitement plus individuel, le régime étant établi d'après la courbe journalière des chlorures dosés dans les urines.

Seul, jusqu'ici, le Sédobrol permet de réaliser ces divers desiderata.

Cette affirmation est basée sur les observations des auteurs qui ont expérimenté ce nouveau médicament.

Nous renvoyons, pour plus ample informé, à la littérature déjà existante sur ce sujet.

Grâce à l'obligeance de mon chef, le professeur Dr R. Weber, directeur de l'asile de Bel-Air, nous avons pu expérimenter ce médicament (1) d'après les indications personnelles aimablement fournies par le Dr Ulrich.

Nous devons reconnaître que les résultats obtenus, pendant les huit mois d'expérimentation à Bel-Air, confirment largement ce qui a été dit antérieurement par Ulrich (*c*), Maier (*d*), Steffen (*e*), etc.

Notre collègue, le Dr V. Demole (*f*), a déjà indiqué les résultats du traitement au Sédobrol appliqué à quelques malades pendant six mois. Je renvoie également à ses graphiques intéressants concernant la teneur

(1) Le Sédobrol nous a été largement fourni, pour nos essais, par la maison Hofmann-La Roche, Bâle.

©BIUM

en chlorures des urines des malades prenant de la soupe ou du Sédobrol, ou à la courbe des chlorures d'un malade en permission hebdomadaire.

Remarquons à ce propos combien la méthode Long-Wiki (*g*) est précieuse pour qui veut doser rapidement les chlorures des urines, par ses manipulations simples et ses résultats instantanés (Fig. 1).

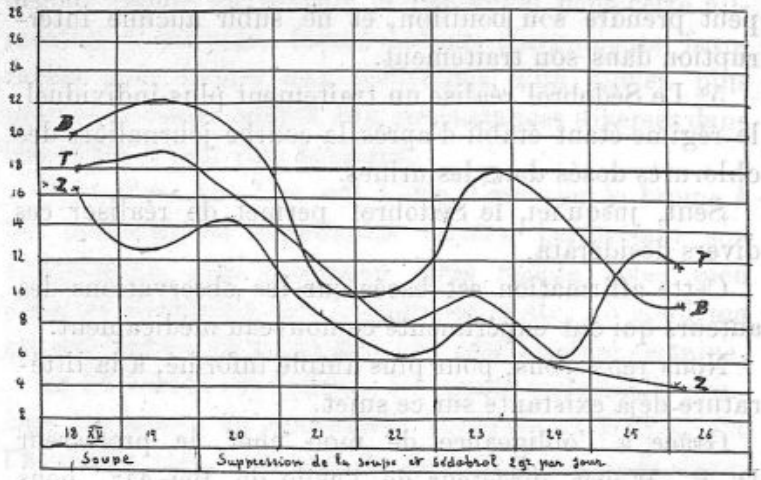


FIG. 1. — B. T. Z. Trois courbes des chlorures urinaires chez trois malades soumis d'abord au régime de la soupe ordinaire, puis, depuis le 20 décembre, au régime du potage Sédobrol. L'ascension de B le 23 correspond à une sortie en permission d'un dimanche.

Il est important d'insister sur le fait que, plus notre statistique s'étend en durée, meilleurs se montrent les résultats. En d'autres termes, le malade est d'autant mieux qu'il est depuis plus longtemps soumis au régime du Sédobrol.

Les quelques chiffres suivants feront mieux saisir la chose :

©BIUM

	TOTAL DES CRISES	
	Huit mois au KBr.	Huit mois au Sédobrol.
B.	56	28
Z.	61	48
T.	16	10
	133	84

ce qui donne pour la moyenne mensuelle totale : 16,6 crises pour le KBr; 10,5 crises pour le Sédobrol. Autrement dit, une amélioration au Sédobrol de 36,8 p. 100.

Donc le Sédobrol a un effet réducteur manifeste sur le nombre total des accès épileptiques, ce qui est bien ; mais il y a mieux encore.

Au dire des auteurs compétents dans la matière, Ulrich en particulier, et d'après ce que notre expérience a pu nous enseigner, nous confirmons que le Sédobrol a une action incontestable sur l'intensité des crises et sur la mentalité et le caractère si particulier des épileptiques.

Env..., cas qui ne figure pas dans les chiffres ci-dessus, n'a plus de crises depuis qu'elle prend du Sédobrol. Ces dernières ne sont marquées que par un réveil brusque une ou deux fois par nuit. La malade est aussi d'une façon générale plus apte au travail. Ceci a également été noté chez les malades hommes soumis à ce régime.

Pendant le traitement au bromure simple, la malade Env... avait une moyenne mensuelle de 57 crises, avec le régime sédobrol ; elles tombent à 9,6 par mois d'abord et, les deux derniers mois, Env... n'a plus eu d'accès épileptiques.

Le Dr Ulrich nous a montré un jeune pensionnaire de l'asile qu'il dirige, très amélioré aussi, qui, aupara-

©BIUM

vant, faisait l'impression d'une démence aussi profonde qu'irrémédiable. Il travaille maintenant et fort bien.

Signalons encore que nos observations ont uniquement porté sur des malades à épilepsie chronique et grave.

Si les résultats ici obtenus sont déjà si favorables, qu'en sera-t-il dans les formes légères et surtout dans les cas récents? C'est peut-être là que la prophylaxie du haut mal trouvera sa vraie voie et pourra un jour saper par la base l'épilepsie, l'atteignant, alors que les dégâts anatomiques ne sont pas encore organisés.

Un autre côté de la question, non moins important à notre avis, c'est l'action du Sédobrol sur les insomnies rebelles des neurasthéniques et des nerveux; là encore les résultats obtenus sont aussi des succès.

Pour nous résumer, nous dirons que le *Sédobrol* réalise bien les desiderata émis plus haut.

Il permet d'installer, n'importe où et n'importe quand, le régime déchloruré dosé avec une prise minime de bromure de sodium. Il se prend agréablement et a une action favorable sur la digestion.

On peut dire, avec Ulrich, que le Sédobrol est une simplification du traitement Toulouse et Richet, qui de ce fait est mis à la portée de chacun.

Note du 30 *mai* 1914. — Depuis l'envoi de cette étude, nous avons continué l'emploi du Sédobrol. Les faits recueillis confirment d'une manière remarquable les conclusions émises ci-dessus.

Dr Ch. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Je renvoie le lecteur à la publication de Steffen pour la littérature détaillée, me contentant ici d'indiquer les ouvrages des auteurs cités dans ma notice.

a. Richet-Toulouse. Effets d'une alimentation pauvre en chlo-

©BIUM

rures sur le traitement de l'épilepsie par le KBr. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, n° 98, 1899.

b. Demole. Un composé organique du brome. *Rev. suisse de Méd.*, n° 14, 1913.

c. Ulrich. Mitteilung über fünfjährige Erfahrungen der Epilepsie-behandlung bei salzarmer Kost. *Münch. med. Woch.*, 36 et 37, 1912. — Epilepsia, vol. IV, fasc. 1, 1912. Ueber salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie.

d. Maier. Versuche mit einer neuen Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost. (Sedobrol). *Münch. med. Woch.*, 36, 1912.

e. Steffen. Die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. *Thèse* de Zurich, 1912.

f. Demole. Réalisation pratique du traitement déchloruré de l'épilepsie par le Sédobrol. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20. V. 1913.

g. Long et Wiki. Le dosage des chlorures urinaires en présence des bromures. *Rev. de Méd.*, 1909.

©BIUM

Revue critique.

L'HYSTÉRIE ET LA FOLIE HYSTÉRIQUE

Par le Dr Paul GUIRAUD
Médecin de l'asile de Tours.

Depuis quelque temps on n'ose plus parler d'hystérie. De multiples théories s'opposent et les cas typiques se font de plus en plus rares. M. Chaslin ne dit-il pas, dans ses *Eléments de sémiologie*, que si le lecteur ne rencontre pas d'hystériques, il n'a peut-être pas absolument besoin d'avoir une opinion sur cette affection?

Il faut être reconnaissant au professeur Bernheim d'avoir mis au point, dans son nouveau livre sur l'hystérie (1), les théories de l'école de Nancy.

Il commence par l'exposé de l'hystérie classique, décrit la grande attaque de la Salpêtrière avec ses quatre périodes et ses variétés. Il interprète ensuite le mécanisme de ces crises. En pratique, ce type complet et classique n'existe pas, M. Bernheim l'affirme depuis 1891. Chaque individu fait une crise personnelle variable suivant ses antécédents, l'auto ou l'hétérosuggestion. Il y a des crises avec mouvements désordonnés prédominants, cris, etc., s'accompagnant ou non de délire ; c'est la variété convulsive ou grande hystérie. Il existe des variétés avec stupeur, qu'on peut appeler attaques de sommeil, d'autres avec résolution musculaire complète, flexibilité cireuse ou contracture généralisée. On peut encore observer des crises syncopales ou à un moindre degré des simples défaillances nerveuses

(1) L'hystérie, définition et conception, pathogénie, traitement ; par le Dr H. Bernheim. 1 vol. in-12, de l'*Encyclopédie scientifique* du Dr Toulouse. Paris, O. Doin, 1913.

©BIUM

et enfin des crises d'hystérie douloureuse, d'hystérie dyspnéique dans lesquelles c'est tantôt l'élément douleur, tantôt l'élément dyspnée qui domine la scène.

« *Ces crises, grandes et petites, dans leurs diverses et nombreuses formes, ne sont que l'exagération d'un phénomène habituel d'ordre psychophysiologique d'origine émotive.* »

Sous l'influence d'une émotion, chacun réagit à sa façon : tremblement, défaillance, agitation, douleur dans divers organes, etc. Lorsque cette réaction prend la forme d'une crise intense, elle devient de l'*hystérie*. L'émotion provocatrice de l'hystérie peut être d'ordre variable. Dans certains cas, il s'agit d'un événement impressionnant ; d'autres fois, l'émotion cause de la crise est d'ordre suggestif.et n'est que la représentation mentale d'une émotion antérieure ; souvent enfin, l'état émotif est la conséquence d'une maladie soit organique, soit fonctionnelle (neurasthénie, psychasthénie). L'hystérie n'est donc pas pour M. Bernheim une maladie autonome ; c'est une réaction émotive : un *épiphénomène*.

Les classiques ont depuis Sydenham associé à l'hystérie une foule de symptômes étrangers qu'il convient d'en distraire. Ce sont, en particulier, les stigmates et les accidents. Dès 1886, M. Bernheim a démontré que l'hémianesthésie, par exemple, est purement *psychique* et identique à l'anesthésie artificiellement créée par suggestion expérimentale. Il fait remarquer avec raison que dans ces anesthésies la sensation entre dans le domaine de la conscience, mais que le sujet la neutralise et crée une suggestion négative ; en un mot, il se comporte sans le vouloir comme un simulateur volontaire. Citons quelques exemples : Un sujet qui a de l'anesthésie complète du bras gauche ne peut pas avec sa main droite trouver son membre anesthésié ; il évite de le toucher, cherche à le fuir comme ferait un simulateur peu intelligent. Les expériences avec l'appareil de Snellen, pour l'amaurose, démontrent aussi que les sensations perçues par l'œil amaurotique deviennent bien conscientes. La suggestion joue le même rôle pour la contracture, la catalepsie, la toux, l'aphonie et autres accidents dits hystériques.

©BIUM

A côté de ces symptômes d'ordre suggestif, on attribue à l'hystérie une foule d'états qui ressortissent à la simulation vraie ou à des maladies organiques. C'est ce que M. Bernheim appelle la doctrine de l'*hystérie simule-tout*. Il rapporte des observations de fièvre typhoïde, d'hémiplégie organique, de myélite, de névrite considérées à tort comme hystériques.

Cette tentative de définition de l'hystérie conduit l'auteur à étudier les rapports de cette affection avec le traumatisme, le somnambulisme et l'épilepsie.

Après le traumatisme on peut observer : 1° de l'hystérie véritable résultant de l'émotion ; 2° des psychonévroses diverses ; 3° de la neurasthénie traumatique, qui est une affection auto-toxique.

Le somnambulisme est un état différent de l'hystérie. C'est un rêve en action qui peut se manifester dans des circonstances diverses : sous l'influence de la suggestion expérimentale, des commotions morales, des traumatismes subits et enfin des crises d'hystérie. Il existe une variété d'hystérie dans laquelle le somnambulisme domine.

On rapproche du somnambulisme les états de dédoublement de la personnalité. M. Bernheim analyse ce syndrome, qui ne doit pas être rattaché au somnambulisme. Il consiste essentiellement en un changement de caractère, avec amnésie partielle. Ce qu'il y a d'intéressant dans l'état second, c'est l'amnésie de l'état premier, qui n'est jamais totale, puisque le sujet sait encore d'habitude lire, écrire, etc. Cette amnésie relève en grande partie de l'autosuggestion et présente les caractères de simulation involontaire dont nous avons parlé, à propos de l'hémianesthésie, et de l'amaurose. De même que le sujet néglige, sans s'en rendre compte, ses impressions visuelles, conscientes, de même il néglige ses souvenirs réels.

Pour l'épilepsie, le diagnostic avec l'hystérie est dans certains cas fort difficile, d'autant plus que le mal comitial provoque parfois des crises hystériques.

On le voit, cette délimitation de la grande névrose est radicale : l'hystérie est réduite à la crise. Cette crise peut être isolée ou associée à d'autres maladies mentales ou physiques.

©BIUM

Avec l'autorité de sa longue expérience, M. Bernheim affirme que cette complication : la crise de nerfs, est très facilement guérissable par la psychothérapie. Il faut d'abord montrer au malade qu'on est maître de ses crises en en provoquant une ; ensuite, par la suggestion, on enraye cette crise provoquée ou une crise spontanée, et enfin, par une éducation suggestive continue, on enseigne au malade à faire lui-même l'inhibition de ses crises.

Mais, dira-t-on, M. Bernheim résout le problème en le supprimant. Il exile de l'hystérie toute la symptomatologie traditionnelle : anesthésies, contractures, paralysies, aphonie, délire, algies diverses. Un clinicien aussi averti n'élude pas ainsi les difficultés. A côté de l'hystérie, M. Bernheim édifie le groupe des psychonévroses. Il entend par ce mot « *des troubles nerveux d'origine émotive susceptibles d'être entretenus ou reproduits par représentation mentale ou d'être créés d'emblée par représentation mentale émotive* ». A une émotion, l'un réagira par une crise avec sensation de constriction, dyspnée, convulsions ; il fera une psychonévrose appelée hystérie. Un autre éprouvera, dans les mêmes conditions, une violente douleur de tête ; il fera une psychonévrose de la sensibilité. Il existe de même des psychonévroses d'anesthésie, des psychonévroses de contracture, de paralysie. Il existe des psychonévroses viscérales (respiratoires, gastriques, cardiaques), des psychonévroses hallucinatoires. Ces diverses psychonévroses, se développant sur le même terrain, peuvent s'associer. C'est pourquoi on observe chez les hystériques (à la façon de M. Bernheim) des paralysies, des contractures, etc.

Insistons sur le rôle de l'auto- ou de l'hétérosuggestion sur la naissance, l'évolution, la disparition des diverses psychonévroses.

Le terrain ainsi éclairci, il ne reste plus que des questions de mots, et les travaux de MM. Bernheim et Babinski se complètent, se soutiennent mutuellement sur beaucoup de points. Si l'on veut appeler *pithiatisme* l'ensemble des psychonévroses (au sens de Bernheim), il y a, *au moins pour la question de la suggestion*, concordance complète. Le groupement des psychonévroses

©BIUM

s'impose d'ailleurs ; on ne peut pas décrire autant de maladies pithiatiques qu'il y a d'organes, de nerfs, de muscles dans l'organisme. Sans doute MM. Bernheim et Babinski sont en désaccord sur la signification des mots suggestion, persuasion. Mais qu'importent ces chicanes verbales : ils sont, en réalité, du même avis.

Jamais les mots ne représenteront la complexité des syndromes nerveux qui prennent tous une allure individuelle. Toujours les délimitations seront incertaines et c'est faire œuvre vaine que de vouloir apporter sur le terrain de la clinique nerveuse des définitions mathématiques. Il est facile à M. Bernheim de dire à M. Babinski : « Convient-il d'englober sous le nom d'hystérie, de pithiatisme, des milliers de troubles divers... Le médecin qui, en présence d'un malade couvert de poux, croit en avoir attrapé, a-t-il des démangeaisons pithiatiques? » Ces démangeaisons d'ordre suggestif prouvent simplement qu'il y a toutes les transitions entre l'état normal et le pithiatisme. M. Bernheim dit bien lui-même que nous sommes tous sujets à des phénomènes hystériformes, que l'hystérie n'est que l'exagération d'un état psychophysiologique. Il affirme bien que lorsque ces réactions, que nous sommes tous susceptibles de manifester à un certain degré, s'amplifient en intensité et en durée, il y a hystérie. M. Babinski pourrait demander à son tour si le fils qui se sent le cœur serré à la mort de son père est hystérique. La différenciation exacte de l'hystérie, au sens de M. Bernheim, avec l'état normal est impossible ; de même elle est impossible avec les autres psychonévroses. M. Bernheim admet que dans la crise hystérique, les convulsions peuvent dominer ou le délire, ou l'état syncopal. Il admet la crise monosymptomatique caractérisée par le sommeil hystérique ; pourquoi exclut-il de l'hystérie l'aphonie, par exemple?

Si, quant à la suggestion, MM. Bernheim et Babinski sont d'accord, il en est tout autrement au sujet du rôle de l'émotion dans l'hystérie. Tandis que le premier affirme que la crise d'hystérie initiale est toujours d'ordre émotif (la suggestion l'amplifiant, la multipliant ensuite), l'autre soutient que l'émotion n'est pour rien dans l'hystérie ou plutôt dans le pithiatisme. Pour

©BIUM

le clinicien de la Pitié, l'émotion, à elle seule, peut bien provoquer une sensation de constriction à la gorge, quelques mouvements brusques, du dérobement des jambes; poussés au maximum, ces phénomènes peuvent constituer une vulgaire crise de nerfs, mais ces crises ne sont pas de l'hystérie véritable. La longue discussion, qui a eu lieu en décembre 1909 à la Société de neurologie, a bien posé la question, mais ne l'a pas tranchée, semble-t-il.

Malgré la multiplicité des théories contradictoires, il se dégage actuellement, au sujet de l'hystérie, une tendance générale. On abandonne à peu près complètement l'idée classique d'une névrose du système nerveux tout entier avec crises nerveuses, stigmates, accidents, bien délimitée des autres affections, pour en venir à la notion d'un trouble exclusivement mental qui, dans les zones frontières, se confond avec des syndromes voisins. Il y a donc eu dans l'histoire de l'hystérie trois conceptions pathogéniques successives : pendant quelques siècles, on a admis la théorie utérine; avec Briquet et Charcot, l'hystérie est devenue une maladie nerveuse; actuellement, on en fait un syndrome mental. Toutes les théories actuelles, en effet, sont psychologiques. Ce qui fait la variété, c'est que chacun, en présence d'un syndrome aussi protéiforme et mal limité, fait un groupement personnel qui englobe plus ou moins de l'hystérie traditionnelle et essaie d'étayer ce groupement clinique par une théorie hypothétique conforme aux tendances de son esprit.

M. Babinski a remplacé l'hystérie par le pithiatisme où la suggestion est tout. M. Dupré, étudiant la tendance morbide au mensonge et à la fabulation, fait de l'hystérie une mythomanie spéciale simulant des syndromes organiques. Pour M. Pierre Janet, ce qui domine dans la mentalité hystérique n'est pas la suggestibilité, mais des troubles qui restreignent le passage des phénomènes psychiques dans le domaine du conscient. La suggestibilité n'est qu'une conséquence de ces troubles. L'hystérie est pour lui un rétrécissement du champ de la conscience. Freud et les psychanalystes vont bien plus loin. Ils cherchent jusque dans les profondeurs de l'inconscient : ils vont trouver à l'hystérie

©BIUM

actuelle une origine infantile résultant d'un traumatisme sexuel prépubéral. Pour les psychanalystes moins absolus, l'émotion causale peut être plus récente. Dans tous les cas, il y a refoulement d'une émotion : au moment du choc, le sujet n'a pas assez réagi, ne s'est pas suffisamment « déchargé ». L'émotion maintenue loin du conscient se manifeste sous une forme symbolique qui consiste en troubles somatiques divers. On sait que dans d'autres affections, l'émotion refoulée s'exprime par des obsessions, des phobies, etc.

Telles sont les théories des amateurs de psychologie fine. Ceux dont les préoccupations sont autres élaborent des conceptions anatomiques, histologiques. M. Sollier explique l'hystérie par « l'endormissement » de certaines zones cérébrales. Cet état provoque dans les territoires correspondants des anesthésies, des paralysies, etc. A l'époque où florissait la théorie de l'amiboïsme des neurones, l'hystérie, pour certains, était le résultat d'une perte de contact interneuronique.

Signalons enfin une tendance intéressante (1), qui consiste à dire que l'hystérie est une entité artificielle qui a été élaborée en glanant des symptômes sur diverses maladies. Qui sait si, quand on aura bien fait l'analyse clinique de tous les symptômes hystériques, quand on aura rendu à chaque maladie ce qui lui appartient, il restera encore quelque chose de l'hystérie?

En définitive, chacun définit et interprète l'hystérie à sa façon. L'avenir fournira peut-être une solution radicale qui consisterait à supprimer le mot hystérie, cause de tant de confusion. Sans doute il restera... les hystériques, comme on l'a dit; mais on pourrait ranger ces malades dans des catégories plus précises, définies à l'avance. A ce point de vue, M. Babinski a rendu un grand service en créant le pithiatisme, affection dont les limites sont aussi nettes que possible. Si l'on tient à conserver le mot traditionnel, on pourrait peut-être le réserver, comme le fait M. Bernheim, pour la crise de nerfs à grand orchestre.

---

(1) A. Marie. *Traité international de psychologie*, t. II. Avant-propos.

©BIUM

Que reste-t-il, après ce que nous venons de dire, de la *folie hystérique* ?

MM. Mairet et Salager, dans leur livre *La folie hystérique* (1), montrent, en faisant l'historique de la question, les contradictions des auteurs. Morel, le premier, parle de folie hystérique sans donner de cette affection une définition précise. De même, Moreau (de Tours) en décrivant la « Folie névropathique vulgo-hystérique », ne signale que de vagues caractères distinctifs. En 1890, M. Colin nie l'existence de la folie hystérique et en attribue les symptômes à la dégénérescence mentale. M. Gilbert Ballet, au Congrès de 1894, sans se prononcer catégoriquement, ne semble pas admettre la folie hystérique. Enfin, en 1908, au Congrès de Gand, après la discussion du rapport de M. Laruelle, la plupart des aliénistes ont été d'accord pour ranger dans le cadre de la démence précoce ou de la psychose maniaque dépressive les syndromes appelés autrefois folie hystérique. Cependant beaucoup d'auteurs, comme MM. Krafft-Ebing, Kraepelin, Claus, Maer, etc., décrivent encore des psychoses hystériques.

Ces contradictions ont poussé MM. Mairet et Salager à reprendre la question au point de vue exclusivement clinique en étudiant surtout les hystériques de leur service. Ils admettent comme *criterium* de l'hystérie : 1° les crises convulsives ; 2° les stigmates (anesthésie, hyperesthésie, zones hystérogènes, rétrécissement du champ visuel); 3° certaines manifestations nettement marquées au coin de l'hystérie (délire de rêve vécu, avec hallucinations de la vue, conservation plus ou moins complète de la conscience, modifiable par la pression de zones hystérogènes); 4° l'ensemble de la physionomie clinique revêtue par la maladie. Grâce à ces moyens de diagnostic, MM. Mairet et Salager ont pu grouper les troubles mentaux hystériques de la façon suivante.

Il existe des délires hystériques liés aux attaques convulsives. Ces délires s'observent rarement à l'asile.

---

(1) A. Mairet et Salager. *La Folie hystérique*. 1 vol. in-8°, Paris, Masson, 1910.

©BIUM

Ils constituent la phase ultime de la grande attaque dans sa forme classique.

Dans le groupe suivant, le délire « peut s'émanciper des attaques » ; c'est le délire équivalentaire; sans convulsions, les malades font un accès de délire hystérique qui remplace la crise véritable.

Parfois ces délires équivalentaires se succèdent à intervalles très rapprochés constituant ainsi des périodes délirantes.

Dans d'autres cas, le délire hallucinatoire de l'hystérie se prolonge sous forme d'un rêve vécu pendant quelques jours.

Une nouvelle variété est constituée par le délire avec amnésie. Les auteurs classent dans ce groupe une très longue observation avec amnésie remarquable et un certain degré de fabulation. La malade de MM. Mairet et Salager a oublié le nom des mois de l'année, des jours de la semaine, elle ignore combien font 2 et 2, etc. Il y a certainement, dans ce cas, de l'exagération auto-suggestive, d'autant plus que la malade a eu autrefois des crises d'amnésie analogues. Cette observation est une démonstration des idées de M. Bernheim sur l'amnésie dite hystérique.

De ces groupes, il faut éliminer les deux premiers correspondant au délire d'attaque et au délire équivalentaire qui ne constituent pas un état d'aliénation mentale. Les trois autres : période délirante, délire prolongé, délire amnésique, constituent la folie hystérique véritable. Les auteurs décrivent ensuite l'hystérovésanie qui est une association intime de troubles hystériques à diverses psychoses, l'ensemble formant un tout clinique. Quelquefois, enfin, des symptômes hystériques peuvent se présenter au cours d'aliénations mentales banales sans en modifier le caractère.

Après une description de la physionomie clinique générale de la maladie, MM. Mairet et Salager font une étude analytique des divers symptômes. Ils décrivent successivement : les manifestations émotives, les périodes d'excitation et de dépression, les perversions sensorielles, l'état de la conscience, les idées délirantes, les impulsions, etc. L'importance donnée à l'émotion est considérable. L'exagération de l'émotivité

©BIUM

représente « le fonds sur lequel viennent éclore les idées délirantes et les perversions sensorielles qui, dans bien des cas, ne font qu'exprimer l'émotion qui est à la base ». Cette émotion est très souvent la peur, quelquefois la colère. La peur peut être la cause déterminante de l'hystérie. A la suite d'un choc moral réel, l'émotion se produit, « dépasse les limites physiologiques et désormais ne sera plus endiguée par les éléments antagonistes qui lui font contrepoids dans la vie normale ..... Plus tard, la peur reviendra par accès qui ne sont que la revivification de la crise émotive originelle et qui s'accompagneront de la représentation psychique imaginaire ou même hallucinatoire de la scène terrifiante qui fut la cause initiale des accidents ».

L'ouvrage de MM. Mairet et Salager a paru à un moment difficile, celui de la critique et de la désagrégation de l'hystérie classique. On ne manquera pas de contester les signes qu'ils considèrent comme caractéristiques de la grande névrose. Puisque la définition elle-même est discutée, chacun peut soutenir que la sienne est la bonne.

Le délire, ressemblant à un rêve vécu et parlé, avec hallucinations de la vue prédominantes, ne paraîtra pas à tout le monde pathognomonique de l'hystérie, de même les crises de nerfs, de même l'exaltation de l'imagination.

On tend actuellement à tenir compte, en nosographie mentale, moins de l'analyse des symptômes à un moment donné que de l'évolution de la maladie tout entière. Aussi peut-on être étonné de voir ranger sous le même nom des troubles transitoires et des formes prolongées aboutissant à la démence.

Ces formes prolongées doivent être considérées différemment. Certains symptômes appelés autrefois hystériques : délire hallucinatoire vécu, exaltation de l'imagination, attaques de nerfs, sautes d'humeur, appartiennent à d'autres maladies mentales, en particulier à la psychose maniaque dépressive et à la démence précoce. Combien de déments précoces sont pris au début de leur maladie pour des hystériques : leurs attitudes maniérées, leur catalepsie, leurs attaques hystériformes, leur délire d'influence hypnotique ou de

©BIUM

transformation corporelle prêtent à la confusion. Beaucoup d'auteurs (1) ont signalé un syndrome hystéroïde au début de l'hébéphrénie. Ce groupement semble à l'heure actuelle plus satisfaisant.

Quand on lit les observations publiées par les divers auteurs sous le nom de folie hystérique, catalepsie prolongée, démence précoce à forme hystérique, etc., on est frappé par l'identité des symptômes; les malades sont les mêmes, l'observation clinique est également exacte, le groupement nosologique seul est différent, mais l'instabilité des classifications doit nous faire considérer leur importance comme très secondaire par rapport à la clinique.

S'il faut renoncer à considérer comme folie hystérique les formes aboutissant à la démence, la question est plus délicate pour les cas légers et transitoires. Le problème pourrait se poser de la façon suivante : l'émotion peut-elle transformer le cours normal des représentations et de l'imagination jusqu'à provoquer des hallucinations et du délire? Ce délire peut-il persister un certain temps? Le souvenir d'une vive émotion passée est-il capable de reproduire une représentation hallucinatoire du fait qui l'a causée? Pour ces questions, le livre de MM. Mairet et Salager fournira beaucoup d'observations détaillées, précises, impartiales. C'est par là surtout qu'il est vivant et clinique.

Nous sommes actuellement dans une période de remaniement du groupe des psychonévroses. Quand on a éliminé des névroses les affections qui résultaient soit de troubles endocriniens, soit de lésions nerveuses mal connues, mais incontestables, on s'est aperçu que les soi-disant névroses n'étaient pas des troubles *sine materia* de diverses parties du système nerveux, mais bien des troubles mentaux. Les névroses sont devenues psychonévroses, troubles mentaux intermédiaires entre l'aliénation mentale et l'état normal, avec conscience habituelle de la maladie et possibilité de vie sociale. Dans cette masse des psychonévroses, ainsi comprises, on a essayé depuis longtemps et avec grande difficulté

(1) Halberstadt. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1913.

©BIUM

de délimiter des entités morbides. Charcot avait construit l'hystérie. M. Magnan appelait dégénérés supérieurs des malades atteints de psychonévroses (obsédés, déséquilibrés, impulsifs, etc.). M. Pierre Janet, lorsque la notion de dégénérescence a commencé à s'effriter, a, de ses débris, édifié la psychasthénie. Freud, attachant une importance capitale à l'émotion, a isolé la névrose d'angoisse, la neurasthénie, la névrose d'obsession.

Suivant les moments, tel ou tel de ces groupements ne s'adapte plus aux besoins, devient trop vague ; il est désagrégé et les symptômes qui le constituaient sont utilisés pour l'élaboration de nouveaux syndromes. C'est ce qui est arrivé pour l'hystérie. MM. Bernheim et Babinski ont mis en lumière la suggestibilité, dont le rôle était méconnu. M. Babinski a créé un nouveau groupement, *le pithiatisme*, basé précisément sur cette suggestibilité pathologique. M. Bernheim a pris comme criterium la crise nerveuse.

Il est à craindre que ces groupements ne soient jamais définitifs ; les malades de cet ordre présentent trop de variations individuelles et réalisent des formes où se mélangent les divers éléments de syndromes voisins. L'essentiel est l'observation clinique précise : *ars tota in observationibus*.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 MAI 1914

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

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

MM. Conso, Dupouy, Lalanne, Levassort, Libert, Mignard, Rayneau, Wahl, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Ritti, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre de M. Lorenzo Gualino, médecin en chef de l'asile d'Alexandrie (Italie), qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Truelle et Dupain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Etude sur l'hérédité*, par M. E. Masoin ;

2° *Aliénation mentale et divorce. Etat de la question*, par M. Lucien Lagriffe.

Congrès international de Psychiatrie, de Berne.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai sous les yeux une lettre du Dr Schnyder, secrétaire général du Congrès de Berne, adressée à M. le Dr Ladame (ce dernier, en ce moment à Paris, s'excuse de ne pas assister à la séance); nos confrères nous demandent de leur indiquer spécialement les noms de ceux d'entre nous qui feraient

©BIUM

partie du Comité de propagande du Congrès. Sans allonger indéfiniment cette liste, je vous propose de joindre au bureau quelques-uns de nos collègues non encore désignés par d'autres Sociétés ; MM. Magnan, Legras, Briand, Séglas, Kéraval, Sérieux et Leroy, par exemple.

Cette proposition est adoptée.

Question du prix Aubanel de 1916.

La Commission du prix Aubanel propose à la Société pour le prix à décerner en 1916, la question suivante :

« *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente.* »

Cette question est adoptée.

Rapport de candidature.

M. KÉRAVAL. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Ritti, Séglas et Kéraval, rapporteur, d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. J. van der Kolk, qui sollicite son admission dans notre Société en qualité de membre associé étranger.

M. van der Kolk est actuellement médecin-directeur de l'asile des aliénés d'Endegeest, près Leyde (Hollande), et en même temps du sanatorium de Rhijngeest pour affections nerveuses, et de l'établissement de Vorgeest pour jeunes idiots. Ces trois institutions appartiennent à la ville de Leyde ; elles ont été fondées pour servir à l'enseignement de la psychiatrie et de la neurologie à l'Université de Leyde. M. van der Kolk n'est arrivé à cette situation qu'après avoir suivi pendant deux années des cours de ces deux spécialités ; il était auparavant médecin de marine. Entré en 1897 à l'asile d'Endegeest comme médecin adjoint, il en fut en 1906 nommé médecin directeur.

M. van der Kolk a déposé à l'appui de sa candidature les mémoires suivants, tous écrits en hollandais, que je classerai par années afin de montrer la continuité de son effort. Ce sont :

1° Recherches anatomopathologiques sur les relations de la couche optique avec les phénomènes de lésions en

©BIUM

foyer cérébrales ; contribution à l'étude des dégénérescences secondaires faite au laboratoire du professeur Jelgersma d'Endegeest. (Tirage à part des *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 1901.)

2° Cinq cas de psychose épileptique sans attaques. (*Ibid.*, 1902.)

3° Coup d'œil bibliographique sur le traitement de l'épilepsie par la méthode Richet-Toulouse. (*Ibid.*, 1902.)

4° Les coupes en série colorées au Weigert-Pal, et la méthode actuellement employée au laboratoire du professeur Jelgersma. (*Ibid.*, 1902.)

5° Dégénérescences secondaires consécutives aux affections en foyer cérébrales. (*Ibid.*, 1903.)

6° Quelques mots sur le sulfonal. (*Ibid.*, 1903.)

7° Psychose consécutive à des tumeurs cérébrales multiples. (*Ibid.*, 1904.)

8° Ponction lombaire et cytodiagnostic ; sa valeur en clinique psychiatrique. (*Ibid.*, 1904 et 1905.)

9° Hypermnésie extraordinaire de dates commémoratives du calendrier chez un imbécile à niveau intellectuel très bas. En collaboration avec G. J. B. A. Jansens (*Ibid.*, 1905.)

10° Diagnostic différentiel entre la démence paralytique et la pseudo-paralysie générale alcoolique. (*Ibid.*, 1906.)

11° Les aliénés difficiles à la Société médico-psychologique en février et mars 1907 ; compte rendu. (*Ibid.*, 1907.)

12° Observation de tumeur cérébrale prise pour une démence paralytique à marche rapide. (*Ibid.*, 1908.)

13° Existe-t-il une manie grave des buveurs au sens de Krafft-Ebing ? (*Ibid.*, 1908.)

14° La manière dont au criminel il est pourvu aux requêtes d'assistance psychiatrique donne-t-elle satisfaction ; sinon, quelle amélioration y apporter ? (*Ibid.*, 1909.)

15° Deux cas d'auto-psychose circonscrite de Wernicke, sur terrain hystérique. (*Ibid.*, 1910.)

16° De la sortie des asiles d'aliénés des criminels aliénés et aliénés criminels. (Tirage à part du *Nederland. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1910.)

17° La signification du phénomène de Babinski pour

©BIUM

le diagnostic différentiel entre l'hématome de la dure-mère et les tumeurs cérébrales. (*Ibid.*, 1911.)

Ces dix-sept mémoires témoignent de l'activité et de la valeur scientifiques de leur auteur. Nous en analyserons brièvement quelques-uns.

Le premier d'entre eux concerne un dément de soixante-dix-neuf ans artérioscléreux, ayant eu jadis des attaques apoplectiformes légères, qui succombe en trois jours à une dernière attaque. Un examen *post mortem* attentif montre que la lésion initiale consiste en un gros foyer de ramollissement qui a détruit la corne d'Ammon, son subiculum, le lobule lingual et le lobule fusiforme du côté gauche ; il a entraîné la *dégénérescence du tubercule antérieur et de la partie antérieure du tubercule moyen de la couche optique.* L'auteur en conclut que ces noyaux dépendent des régions susnommées.

Les cinq observations de *psychose épileptique sans attaques convulsives* trahissent une périodicité très nette ; le trouble mental, plus ou moins long, était stéréotypé pour chacune des attaques. Dans la seconde observation seule, avant la dernière attaque psychique, il s'est produit un accès rudimentaire d'épilepsie vertigineuse. La modification du caractère du patient joue d'ailleurs un grand rôle dans le diagnostic.

En ce qui concerne le *sulfonal,* M. van der Kolk estime qu'il est mieux supporté que le chloral, surtout chez les nerveux non aliénés et que jamais il ne donne ce mal de tête si désagréable dont est si souvent suivi le chloral. Il n'a pas observé la période d'excitation mentionnée par Stokvis lorsqu'on en administre des doses insuffisantes.

Dans le mémoire sur la *ponction lombaire*, nous avons le résultat cyto-diagnostique de 79 ponctions en 54 observations différentes. Le résultat fut négatif dans les psychoses suivantes : 5 idioties et imbécillités ; 8 démences précoces ; 2 chorées progressives ; 3 démences séniles ; 2 artérioscléroses cérébrales ; 2 alcoolismes chroniques ; 3 folies maniaques dépressives ; 1 mélancolie sénile. Il fut positif dans la paralysie générale ; quinze fois on a ponctionné en quatre cas de paralysie générale juvénile ; mais, où l'on n'a pas trouvé de lym-

©BIUM

phocytose, ou celle-ci fut moins marquée que dans la paralysie générale des adultes. Pour l'auteur, *la réaction cytologique renseigne sur l'état des méninges, mais le genre des éléments trouvés ne permet guère de conclure au degré d'intensité du processus méningitique.*

L'imbécile à la mémoire hypertrophiée spéciale qui fait l'objet du mémoire de 1905 a trente-cinq ans ; il se serait normalement développé jusqu'à l'âge de trois ans. Ses facultés auraient été frappées d'arrêt à la suite d'un traumatisme cranien. Ne sachant pas lire, ne connaissant que les gros chiffres, incapable de dire de mémoire les noms des jours et des mois, il sait par cœur l'Almanach de 1904 et chaque jour de la semaine auquel se lie chaque date. Il possède de même les années 1903 et 1905 ; il sait l'anniversaire de la naissance et l'âge de ceux des personnages princiers indiqués sur le calendrier, les noms de ses camarades de l'asile, des infirmiers, des médecins, la date de leur naissance, leur âge. Il est incapable de fournir aucune explication sur l'origine et le mode de genèse de ces connaissances unilatérales.

Le diagnostic entre la démence paralytique et la pseudo-paralysie générale alcoolique a, dit notre confrère, un appui de premier ordre dans la lymphocytose. Le caractère progressif de la démence et sa profondeur, malgré l'abstinence de toute boisson alcoolique, les symptômes d'ataxie, de bredouillement, d'achoppement syllabique, plaident en faveur de la paralysie générale.

Rien de plus intéressant que l'*observation de tumeur cérébrale* publiée en 1908. Un homme de soixante ans, devenu bizarre, incapable d'exécuter convenablement son travail, oublieux, a, de temps à autre, la parole embarrassée. Sa faculté de fixation est diminuée ; il est désorienté, raconte des histoires mensongères et puériles, a l'air quelque peu niais. Réflexes un peu exagérés ; aucun trouble de la parole ; pupilles réagissant normalement. Puis surviennent du tremblement et de la paralysie des jambes. Réaction positive du liquide céphalo-rachidien. A *l'autopsie*, les deux lobes frontaux, droit et gauche, sont occupés par une tumeur diffuse dont au microscope on ne peut exactement déterminer la nature.

Faut-il et comment faut-il faire sortir les aliénés qui

©BIUM

ont été dangereux? L'auteur cite la proposition de Leppmann concernant la création d'un tribunal neutre composé de jurisconsultes, de médecins, et, au besoin, de profanes, qui serait chargé d'examiner les sujets présentés par les directeurs-médecins des asiles, et de décider, s'il y a lieu, de faire sortir tel individu taxé jusqu'ici de dangereux.

Nous arrivons au dernier mémoire sur le *phénomène de Babinski*. Un buveur enragé éprouve depuis quatre à cinq mois des vertiges et de violents maux de tête ayant en somme abouti, sans attaque apoplectiforme, à une paralysie spasmodique du côté droit, accompagnée de somnolence progressive. Les phénomènes aphasiques qui ont précédé, la sensibilité locale du crâne, l'existence du réflexe abdominal, la variation d'un jour à l'autre de l'intensité de la somnolence, l'apparition intermittente de l'agitation motrice, tout ceci, rapproché des habitudes antérieures du sujet, incite l'auteur à diagnostiquer, *malgré la présence du réflexe de Babinski*, un hématome dure-mérien, issu, puisqu'il n'y a pas eu traumatisme, d'une pachyméningite interne hémorragique. On trépane sans trouver d'hématome. Mort subite quelques heures plus tard. A l'*autopsie*, on a dès l'abord l'impression d'une tumeur intracérébrale. Le lobe occipital gauche est transformé en une cavité turgescente d'où sort une substance friable contenant des portions rouge pâle. Le ventricule latéral de ce côté est poussé en avant. La substance cérébrale qui entoure la cavité est comprimée, de teinte jaune-citron, quasi gélatineuse. L'examen microscopique est en faveur d'*un gliome* ayant entraîné des hémorragies et la nécrose des éléments.

Messieurs, cette analyse vous permet, je pense, d'apprécier les mérites de M. J. van der Kolk, que nous vous proposons de recevoir en qualité de membre associé étranger.

M. le Dr van der Kolk est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

©BIUM

Du sort des aliénés en Normandie avant 1789,

Par le Dr WAHL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés.

J'emprunte ce titre à une très curieuse communication faite en 1869 à l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen par M. Joly, professeur à la Faculté des lettres de cette ville, parce que je me suis servi d'un grand nombre de documents qu'il a colligés; mais je me hâte de dire que je suis loin d'arriver aux mêmes conclusions que lui.

Le savant maître que je viens de nommer était tout pénétré de la doctrine classique sur les lettres de cachet que, depuis Voltaire et la Révolution, on a vu traîner partout, et dont Michelet était alors le plus éminent représentant. Depuis, sous l'influence de Taine, de Funck-Brentano et de bien d'autres, on est revenu de ce préjugé. Certes, il est bien et dûment établi que la prison d'Etat se fermait, parfois pour ne plus se rouvrir, sur les ennemis des personnages de la cour, poètes satiriques, pamphlétaires, écrivains hostiles au « trône et à l'autel »; mais naguère encore, MM. Sérieux et Libert ont montré que la Bastille et les prisons d'Etat étaient précisément les établissements dont nous manquons aujourd'hui, où l'on doit placer les insociables, les demi-fous, les tarés dangereux, tous ces psychopathes qui ne sont à leur place ni à la prison ni à l'asile, et qui font l'objet de publications très nombreuses et très intéressantes, depuis le livre de Cullerre sur les frontières de la folie jusqu'à celui de Grasset sur les demi-fous et demi-responsables, ces individus que Haury a rencontrés dans les régiments, Boigey, Ribierre et Jude dans les corps d'épreuves, Esposito dans le corps expéditionnaire de Tripolitaine, Raux et Laurent dans les prisons, Guiard et A. Petit dans les asiles.

Sans doute, sous l'ancien régime, les individus n'étaient point catégorisés logiquement, et cependant Sérieux et Libert, Wahl et d'autres, ont fait remarquer que les maisons relevant de l'ordre de la Charité de

©BIUM

Saint-Jean de Dieu étaient spécialement réservées aux aliénés : Charenton, Senlis, La Charité, Pontorson, etc., mais que c'étaient des pensionnats très coûteux.

A côté de ces établissements spécialisés, destinés aux riches, aux nobles, aux prêtres, il existait au XVII^e^ et au XVIII^e^ siècles des maisons, qui, le plus souvent, s'appelaient des hôpitaux généraux par imitation de l'organisation qui existait sous la même domination à Paris, et dont relevaient la Pitié, Scipion, Bicêtre, la Salpêtrière, les Madelonettes et où étaient placés pêle-mêle les bons pauvres, les mauvais pauvres, les filles publiques, les épileptiques, les fous, les syphilitiques, les galeux, les teigneux, les proxénètes et même des délinquants de droit commun. Ces renfermeries étaient certes, des « enfers », surtout pour les aliénés. Je rappellerai la description si littéraire que Pariset a fait de la Salpêtrière dans son éloge de Pinel. Les hôpitaux de cette époque ne valaient guère mieux d'ailleurs, le célèbre rapport de Tenon est là pour le prouver. Cependant, à Bicêtre, les sentiments d'humanité du XVIII^e^ siècle avaient pénétré avant même que Pinel en devînt le médecin, grâce à Pussin et à sa femme.

En 1785, à Caen, venait de s'accomplir aussi une réforme dans le sens de l'amélioration du sort des malheureux fous. Ces pauvres malades avaient été envoyés partie dans des « loges » construites pour eux à l'Hôtel-Dieu de la ville, partie à la vieille abbaye des Prémontrés de Beaulieu. Jusqu'alors ils étaient renfermés sur l'ordre du roi, du maire de Caen, dans une vieille tour que l'on appelait vulgairement « La tour aux fols » et officiellement la tour Chatimoine. Cette forteresse remontait à Charles VII qui en avait ordonné la construction quelques années après qu'il eut chassé les Anglais de la Normandie. Elle devait son nom au mauvais vouloir que les moines de l'abbaye voisine de Saint-Etienne avaient apporté lors de sa construction. Elle appartenait au corps de ville qui l'avait construite de ses deniers et qui eut bien souvent à la défendre contre les empiètements du procureur général qui la revendiquait comme prison, et contre l'autorité militaire qui la considérait comme forteresse.

En 1659, elle fut remise aux directeurs du bureau

©BIUM

général des pauvres, pour y renfermer les mauvais sujets et mendiants. Plus tard, elle fut échangée par cette administration, avec le lieu de Santé, c'est-à-dire le terrain et les baraquements destinés à recevoir les victimes de la peste lorsque, ce qui n'était pas rare alors, cette redoutable contagion apparaissait dans la ville. En 1676, la tour Chatimoine fut rendue à l'hôpital général pour y renfermer les vagabonds, parmi lesquels on comprenait les aliénés. On sait, comme je l'ai dit ailleurs, que jusqu'en 1838 et même quelques années plus tard, les aliénés furent déposés dans les dépôts de mendicité, renfermeries de pauvres, etc.

Joly fait, d'après le rapport du subdélégué qui la visita officiellement quelque temps avant sa démolition, en même temps que le maire et l'inspecteur des hôpitaux du royaume, un très sombre tableau de ces cabanons tout en pierre, manquant d'air et de lumière, dans lesquels étaient enfermés les malheureux fous que leurs familles ou l'administration hospitalière laissaient manquer de vêtements. Elles ne devaient guère différer des loges de la Salpêtrière où Théroigne de Méricourt passa la dernière période de sa vie et dont les deux Pinel ont fait une si lamentable description. Même dans nos asiles modernes, les quartiers cellulaires que l'on est parfois obligé d'utiliser malgré les progrès de la technique manicomiale, sont encore bien défectueux ; j'en connais qu'on ne peut ni chauffer ni éclairer ; ce qu'il faudrait, c'est les démolir et les remplacer par des chambres d'isolement en petit nombre, à proximité des quartiers.

Comment se faisaient les admissions à la tour Chatimoine : par lettres de cachet du roi, ou plus souvent par décision non motivée du maire de Caen. Joly, comme tous les historiens, accuse les pouvoirs publics de jeter dans ces lieux horribles des gens sans motif suffisant. Des pièces qu'il a colligées lui-même, il résulte que les demandes de placement étaient faites par des pétitions revêtues d'un certain nombre de signatures : l'internement était donc fait sur des plaintes régulières qu'on instruisait et non à la requête du premier venu, comme le pensait Joly. Le 14 juin 1782, le principal du collège Milesius, Mac Parlan, demanda l'internement de la fille L..., sa voisine, dont les bruyantes

©BIUM

extravagances troublaient l'ordre de son collège. Un habitant de Vaucelle est interné pour avoir fait scandale à l'église, brisé le crucifix, maltraité le bedeau et menacé de mort ceux qui sont intervenus pour défendre sa victime : ce sont bien là des raisons justificatives d'un internement. Une pièce annexée à la communication de Joly est une lettre du ministre Bertin, du 31 décembre 1773, demandant une enquête dans laquelle devaient être entendus les parents paternels et maternels d'un jeune homme qui s'était livré à de graves extravagances.

Sur vingt-deux personnes retenues à la tour Chatimoine au moment de la visite du subdélégué, onze étaient certainement folles au moment de leur entrée, les autres paraissaient l'être devenues postérieurement à leur séquestration. Si le savant professeur d'histoire avait connu les aliénés, il aurait su que, chaque fois que les hallucinés changent de milieu, ils sont quelque temps sans entendre leurs voix qui, bientôt, reprennent de plus belle, qu'il y a des folies intermittentes et que la folie carcéraire, décrite autrefois par Pietra Santa et auparavant par Ferrus, est un fait rare et non une conséquence presque naturelle de la réclusion cellulaire prolongée qui ne se rencontre que chez des sujets fortement prédisposés.

En 1773, une dame B... adresse au ministre un long factum, dans lequel elle se plaint que, par des manœuvres criminelles, des parents indignes veulent la dépouiller et qu'ils ont réussi par leurs intrigues à faire détenir son mari à Pontorson. Cette lettre ressemble singulièrement à toutes celles que certains aliénés persécutés adressent aux autorités. Mme B... ne reçut point de réponse; mais en 1782, neuf années plus tard, on la remit en liberté, probablement parce que, avec les années, son délire était devenu moins agressif et qu'elle ne présentait plus de danger pour l'ordre social.

Je ne veux certes point faire l'éloge de la tour Chatimoine et je sais que la douceur n'était pas la méthode thérapeutique que l'on y avait adoptée; mais ne conserve-t-on point dans certains asiles les colliers et les chaînes de fer, les fauteuils oscillants qu'on y utilisait un demi-siècle après Pinel et Daquin. On frappait à la

©BIUM

tour Chatimoine les aliénés avec des fouets parce que, comme le disait Mme de la Guelte, « le fouet est un souverain remède de la folie »; mais n'avons-nous point connu à une période beaucoup plus récente la thérapeutique par la douche de correction?

Il faut cependant dire que si la tour Chatimoine répondait à sa mauvaise réputation, comme d'ailleurs à Paris dans le même temps les Petites Maisons et la salle Saint-Thomas de l'Hôtel-Dieu, il y avait alors en Normandie des abbayes ou des monastères dont plusieurs existent encore, qui employaient dès cette époque la méthode de douceur. J'ai déjà longuement étudié l'hôpital de la Charité de Pontorson, je n'y reviendrai point; mais je citerai l'hôpital du Mesnil-Garnier, situé dans le canton de Gavray, arrondissement de Coutances, qui prenait, lui aussi, des aliénés en pension au prix de 450 livres par an en 1775, c'est-à-dire à un prix très voisin de celui de Pontorson. Au mont Saint-Michel, on recevait aussi des prisonniers d'Etat au nombre desquels étaient des aliénés, pour le prix de 600 à 800 livres. D'après le peu que je sais de cette célèbre maison, le régime s'y rapprochait beaucoup de celui de la Bastille, c'est-à-dire qu'il était somptueux et, qu'à part la privation de la liberté, les reclus n'étaient point trop à plaindre. La tradition locale veut même que certains détenus aient eu des permissions de sortie plus ou moins longues. Le Bon-Sauveur de Caen, qui existait déjà, construit sur le terrain d'une ancienne léproserie, était encore plus cher : on y payait 950 livres annuellement; c'était donc une maison s'adressant à une clientèle aristocratique. Plus modeste était le Bon-Sauveur de Saint-Lô, où l'on hospitalisait des dames pour 400 livres.

Mais toutes ces maisons s'adressaient à la clientèle riche ou aisée, tandis que l'abbaye de Beaulieu avait un caractère tout différent. Ce célèbre monastère continua, d'ailleurs, après la Révolution, à être un dépôt de mendicité, on y a reçu, jusque vers 1830, des aliénés. Actuellement c'est une prison centrale. On y retenait dès le milieu du XVIIIe siècle des reclus, prisonniers d'Etat, jeunes gens enfermés par voie de correction paternelle, pour une faible rétribution et même à titre gratuit des mendiants, des vagabonds, des prostituées,

©BIUM

des simulateurs d'infirmités, des bohémiens, des avorteuses, des voleurs non jugés, des épileptiques, des paralytiques, des idiots, des imbéciles, des culs-de-jatte, des fous et des infirmes. Nous avons vu qu'en 1785 la ville de Caen y fit diriger les pensionnaires de la tour Chatimoine. Les indigents y étaient admis sur un ordre du ministère public agissant au nom du roi. En somme, Beaulieu était une sorte d'hôpital général sans en porter le nom. C'était là son grand défaut, qu'il conserva jusqu'au jour où, transformé en maison centrale de détention, les aliénés furent évacués sur l'établissement de Pontorson qui était alors aussi un dépôt de mendicité. Les reclus de Beaulieu touchaient, chaque jour, une livre et demie de pain qui devait être fait moitié froment moitié orge ; le plus souvent le pain y était détestable, deux onces de riz assaisonné avec du sel et du lait à raison d'un pot (2 litres) par 25 rations ou 4 onces de légumes frais avec sel et poivre. Le dimanche, les reclus peuvent, au nombre de six, passer une heure dans une buvette et y consommer un petit pot (10 centilitres) d'eau-de-vie : ce n'est donc pas d'hier qu'existe l'abus de l'eau-de-vie chez les aliénés et les hospitalisés de Normandie et de Bretagne, abus sur lequel Pain nous a éclairés il y a quelques années.

Le plus curieux article du règlement de Beaulieu porte le n° 33. « Lorsque, après ordonnance du médecin ou du chirurgien, un ou plusieurs détenus seront mis à la diète, le bouillon sera pris sur celui de vieillards qui souffriront tous en proportion de cette diminution. » Les lits de Beaulieu recevaient une, deux ou trois personnes ; la pension du régime commun était fixée à 120 livres ; pour 150, on avait un cabinet à part à la condition que la famille en fournît le mobilier ; pour 200 livres, on obtenait une chambre meublée, mais on devait fournir le linge, le blanchissage, le chauffage. Je rappellerai qu'en 1830, la Commission administrative du Dépôt de mendicité d'Auxerre refusa un pensionnaire parce que la famille demandait qu'il fût chauffé et éclairé à ses frais. Je conclurai donc que l'administration des Prémontrés de Beaulieu était relativement paternelle, très relativement évidemment, car la douceur envers les aliénés et les délinquants est d'origine récente.

©BIUM

Ce n'était pas le reproche de bienveillance et de douceur exagérées que l'on pouvait faire au régime de la tour Chatimoine. Le concierge (on sait qu'au XVIII^e^ siècle ce mot n'évoquait point comme aujourd'hui l'idée de domesticité) traitait à forfait pour nourrir les malades qui y étaient retenus, et naturellement, en l'absence d'un contrôle suffisant (ceux du maire et du procureur général, d'ailleurs en hostilité constante, étaient très théoriques, pour ne pas dire inexistants), le concierge réduisait ses pensionnaires à la portion congrue et quelquefois moins encore : peu ou point de paille pour le coucher et une nourriture juste suffisante pour ne pas mourir de faim. Ceci est tellement vrai que l'on trouve mention qu'en 1718, Gaspard Lemaître, bourgeois, fut nommé aux fonctions, profits et émoluments, de garde de la tour et des fous renfermés en icelle. Ces émoluments paraissent avoir été relativement élevés, car il vendait aux reclus tout ce qui leur était nécessaire, depuis la paille de couchage jusqu'aux mauvaises hardes dont ils étaient revêtus, et, comme il avait le monopole, il n'y devait point perdre. Le régime des hospices n'était point brillant au XVIII^e^ siècle, celui des prisons pire encore, surtout pendant les années de famine, si fréquentes alors.

En somme, on peut dire, à propos du XVIII^e^ siècle, comme de notre temps, que les séquestrations de gens sains d'esprit dans les maisons de fous étaient si exceptionnelles qu'on peut les dire inexistantes, tous les faits cités étant sujets à controverse. Mais alors il n'existait, en dehors des monastères où des maisons où l'on recevait les aliénés riches et aisés, que de très rares établissements, hôpitaux généraux pour la plupart, dans lesquels, dans une promiscuité complète avec tout ce que la Société contient de plus abject, où on recueillait les aliénés indigents ou peu fortunés, on les y soumettait à un régime de privation et souvent de dureté et de violences qui ne pouvait qu'être contraire à leur guérison.

La plupart des aliénés tranquilles erraient dans les villes et les campagnes, subsistaient comme ils pouvaient, et n'avaient quelque chance d'être recueillis que lorsque, ayant commis quelque crime, quelque délit

©BIUM

ou quelque scandale, le ministère public les envoyait dans ces hôpitaux généraux ou dans les prisons.

Et cependant, malgré ses imperfections si souvent décrites, l'hôpital général était un perfectionnement sur les lieux de détention réservés aux aliénés dans des endroits comme la tour Chatimoine de Caen et les Petites Maisons de Paris, où les malades étaient traités comme de véritables fauves, privés du nécessaire et montrés au public comme des animaux féroces.

Ces hôpitaux généraux, où l'on accueillait les aliénés au XVIII[e] siècle, rappelaient, à la spécialisation près, les monastères chrétiens ou musulmans que Libert a vus pendant son voyage en Orient.

Les travaux que quelques collègues et moi, nous poursuivons sur les aliénés aux VIII[e] siècle, n'ont point pour but de diminuer la gloire de Pinel et de Daquin, mais de montrer ce qu'ils ont fait, l'étendue exacte de leur réforme. Certains points de l'Amérique du Nord étaient connus des anciens Northmans ; cela n'enlève rien à la gloire de l'illustre Génois Christophe Colomb qui découvrit l'ensemble du continent. Ce ne sont là que des justifications nouvelles du vieil aphorisme : « Natura non fecit saltus. »

DISCUSSION.

M. DUPAIN. — J'ai connu un asile de la Normandie où, par mesure administrative, les malades travailleurs étaient gratifiés d'un café *eau-de-visé* suivant la formule. Il est vrai que l'asile jouissait du privilège d'être bouilleur de cru. Les jours de fête, la distribution était abondante... et le tapage dans les dortoirs excessif.

M. WAHL. — Un autre asile de la même région possédait une licence de marchand de vin, et débitait des boissons alcooliques à ses employés.

Aliénés méconnus et condamnés observés à l'Asile de Pontorson de 1830 à 1867,

Par M. le D[r] WAHL.

La question des aliénés méconnus et condamnés, celle des criminels aliénés, c'est-à-dire des individus devenus fous en cours de peine dans les prisons, est l'une

©BIUM

des plus difficiles de la psychiatrie. Monod avait relevé avec soin, dans tous les asiles de France, le nombre des individus de cette catégorie transférés des prisons dans les asiles pendant une période de dix années. MM. Pactet et Colin ont réuni un assez grand nombre de faits de même nature. En Belgique, en Allemagne, en Italie, divers auteurs ont colligé des observations analogues. De Pietra Santa, médecin de Mazas, à la suite de Ferrus, a considéré la prison cellulaire comme génératrice d'aliénation mentale.

Il est certain qu'autrefois, à l'époque où dominait devant les tribunaux la doctrine du procureur général Troplong, les cas de cette nature étaient beaucoup plus fréquents qu'aujourd'hui. Nous savons aussi que les longues peines font éclater la folie chez les prédisposés et qu'à cette époque les tribunaux répressifs se montraient beaucoup plus sévères que maintenant. Nous avons donc eu la curiosité de rechercher dans les registres de l'asile d'aliénés de Pontorson les malades qui y ont été évacués dans la période 1830 à 1867, venant des maisons centrales et surtout de celle du mont Saint-Michel. On sait que la célèbre abbaye a servi de maison de détention de 1790 à 1863. On y envoyait, outre les reclusionnaires de la région, des condamnés que leur méchanceté et leur violence avaient fait signaler d'une façon spéciale dans les maisons où ils étaient détenus, et aussi quelques prisonniers politiques. Le personnel était tellement habitué à la violence de certains prisonniers, qu'il existait deux cachots que l'on montre encore et dans lesquels on enfermait pendant leurs crises les détenus les plus redoutables. J'insiste aussi sur ce fait que, à l'époque où je me suis placé, la folie épileptique n'était point considérée comme une entité clinique définie, mais un simple épiphénomène de la crise.

Le professeur Mairet (de Montpellier), d'après l'enseignement de Lasègue et de Paul Garnier, considère la simulation comme rare. Il a même insisté sur ce fait que celui qui simule est toujours un taré, tandis que, autrefois, les aliénistes se défiaient, instinctivement, des malades venus des prisons qu'ils considéraient d'emblée comme des gens qui cherchaient à se faire passer pour fous pour être soumis à un régime moins sévère et à

©BIUM

une surveillance moins étroite. On voyait alors fréquemment le fait que M. Vigouroux signalait naguère à la Société de psychiatrie, d'un aliéné dont on attend la guérison pour le traduire en justice pour des faits commis avant l'éclosion de la maladie ou pendant un intervalle lucide (ce que l'on croyait alors commun), ou encore parce que le fait délictueux ne paraissait n'avoir rien à voir avec les idées délirantes (doctrine de la monomanie d'Esquirol). Les faits de simulation paraissaient d'autant plus fréquents que l'on ne connaissait point encore la première période de la démence précoce aujourd'hui bien étudiée par divers auteurs (Antheaume et Mignot, etc.), période pendant laquelle le malade paraît simuler alors que ses facultés intellectuelles sont profondément altérées.

C'est en 1819 que, pour la première fois, la défense posa la question de folie pour exempter de peine un individu dont la maladie mentale n'était pas évidente. Il s'agissait du fameux Papavoine qui avait violé et tué un enfant de quatre ans dans des circonstances qui permettaient d'avoir des doutes sur son état mental. Cela n'empêcha pas Papavoine d'être condamné à mort. Peu à peu la doctrine aujourd'hui condamnée de la monomanie d'Esquirol prenait de l'extension; elle avait alors pour protagoniste Marc, premier médecin du roi Louis-Philippe.

Contre la doctrine de la monomanie se dressait alors l'opinion des magistrats et des administrateurs, fondée sur la renaissance du spiritualisme en philosophie. Que l'on ne m'accuse pas de vouloir dramatiser des luttes purement scolastiques et de vouloir faire jouer à une circonstance accessoire un rôle primordial sur la scène du monde. Que l'on lise, si on ne les connaît pas, les admirables pages que Broussais a laissées sur la folie, dans lesquelles il montre l'acharnement et quelquefois même la calomnie que ses adversaires cherchaient à répandre sur son système. C'est qu'avant tout, le célèbre théoricien de l'inflammation se vante d'être le continuateur de Cabanis, le disciple de Condillac, qu'il se vantait de se rattacher à cette école sensualiste qu'il considérait à juste titre comme la gloire la plus pure de notre XVIII[e] siècle.

©BIUM

Depuis le jour où, en 1809, Roger-Collard aîné, frère du célèbre médecin de Charenton, avait ramené le vieux spiritualisme classique à être la doctrine officielle de la philosophie française, opinion sur laquelle avaient renchéri encore Maine de Biran et Jouffroy, il n'y avait pas de foudres assez violentes pour excommunier ceux qui ne voulaient point admettre la conception du jour ; ce fut à ce point que les prétendus disciples de Descartes, renonçant à la pensée fondamentale du père de la philosophie moderne, osèrent presque se montrer heureux de l'œuvre néfaste de Frayssinons supprimant l'Ecole normale et pratiquant des coupes sombres parmi les maîtres de l'Université.

Sous le règne de Louis-Philippe, la philosophie tout entière était courbée sous le joug écrasant d'un homme remarquable, mais profondément imbu de la valeur réelle de son système, pourtant si fragile. Je veux parler de l'éclectisme et de Victor Cousin. N'oublions point cependant que c'est à lui que nous devons en France l'introduction du système de Kant. L'auteur de l'*Universel criticisme*, ce véritable bienfaiteur de l'esprit humain, qui traça si éloquemment la limite de ce que nous pouvons connaître (phénomènes) et de ce que nous ignorerons toujours (noumène), était cependant intransigeant sur un point : pour lui l'étude de la folie était du ressort des philosophes et non de celui du médecin ; par conséquent, il admettait implicitement que la folie, maladie de l'âme, de l'esprit, ne saurait s'accompagner de lésions du corps. Ainsi donc, jusque vers 1850, la médecine légale psychiatrique avait comme adversaires : les magistrats qui entendaient conserver intact le droit de punir, les philosophes spiritualistes qui ne voulaient point admettre que la pensée normale soit subordonnée à l'intégrité de toutes les parties du corps humain et enfin, parmi les médecins eux-mêmes, ceux qui se refusaient à voir dans l'intelligence de petits compartiments dont un seul puisse être malade à l'exclusion de tous les autres.

Si l'on ajoute à cette opposition scientifique les questions purement administratives, le coût relativement élevé de l'entretien des aliénés à l'asile (plus élevé proportionnellement que de nos jours) comparé à

©BIUM

celui des détenus à la prison et aussi les difficultés qu'éprouvent les personnes, qui ne sont point habituées aux fous, à se rendre compte que l'aliéné n'est pas le fantoche grimaçant et sautillant que l'on se représente vulgairement, on s'expliquera facilement combien a été lente à s'établir la notion du criminel irresponsable telle que nous la comprenons aujourd'hui. Cela n'a été possible que grâce à l'atténuation de la philosophie, qui est descendue progressivement de la notion des absolus à la notion des contingences et qui s'est peu à peu transformée sous l'influence de Comte, de Bain, de James Sully, de Spencer, de Stuart Mill et même de Bergson. Aujourd'hui, personne n'ose plus soutenir qu'entre les phénomènes intellectuels et les phénomènes biologiques, il y a l'abîme que l'on y voyait autrefois. L'inconscient, ou plus exactement le subconscient, est venu combler ce fossé. Tout le monde aujourd'hui a été forcé de l'avouer, que du système nerveux dépend l'intégrité de l'intelligence, autrement dit, que, lorsque le cerveau est malade, même lorsqu'un nerf périphérique est malade, la sensation et l'émotion qui l'accompagne sont altérées sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la question de l'âme, question philosophique et religieuse qui n'a rien à voir avec l'étude des fonctions organiques troublées. Cette nouvelle conception des rapports du physique et du moral a permis à M. Picqué d'examiner sous un jour tout nouveau la vieille question si négligée de nos jours de la folie sympathique.

Je ferai remarquer à titre de renseignement qu'en Allemagne l'exagération du kantisme aboutit à la singulière doctrine d'un disciple d'Esquirol, Heinroth, et un peu plus tard d'Hoffbauer, qui voyaient encore en plein XIXe siècle dans la folie une punition des péchés, absolument comme l'auteur du livre de Daniel.

Je ne m'appesentirai pas sur cette doctrine, car elle n'a point pénétré chez nous.

En compulsant les registres de la maison d'aliénés de Pontorson, nous avons relevé 46 observations de détenus transférés à l'asile. Tous ces détenus, à l'exception de deux femmes, provenaient de la maison centrale du Mont-Saint-Michel, fermée en 1864, et qui a contenu presque constamment 600 détenus environ. Nous pou-

©BIUM

vons remarquer que les prisonniers du Mont-Saint-Michel étaient des reclusionnaires, c'est-à-dire des condamnés à plus d'un an et un jour de prison. Deux quartiers spéciaux de cet établissement méritent d'attirer notre attention : l'un était celui très important des condamnés politiques; l'autre, celui des individus condamnés par les conseils de guerre, outre une peine principale, variable, à la peine subsidiaire de la dégradation militaire. Comme les autres, ces deux quartiers ont fourni des aliénés à l'asile de Pontorson. En raison de l'extrême difficulté des évasions, on envoyait également au Mont-Saint-Michel des forçats ou des reclusionnaires susceptibles de se sauver.

Des 46 observations ainsi relevées, je me contenterai de résumer les plus intéressantes.

I. — Le nommé R... (Jean-Baptiste), condamné politique, manœuvre, né en 1813, condamné après les événements de 1832 par le Conseil de guerre de la 19e division, détenu d'abord à Belle-Isle-en-Mer, fut transféré au Mont-Saint-Michel, probablement à cause de son état mental. Dans cette prison, on fut obligé de le mettre en cellule presque constamment. Lorsqu'on essayait de le tenir à l'infirmerie, il injuriait tout le monde, déchirait ses fournitures. Le certificat de vingt-quatre heures du 26 mars 1838 le représente comme agité, ayant des idées de grandeur : il est Alexandre, fils du grand Alexandre d'Alexandrie; son père est chef d'Etat et il doit lui succéder prochainement; il possède d'immenses richesses, on le retient captif pour l'empêcher de jouir de son droit; on a cherché à l'empoisonner, mais il est ressuscité. Au bout de quelques mois d'internement, le nommé R..., qui avait trente-cinq ans, a été gracié, et transféré après libération à l'asile de son département, à la Charité-sur-Loire. Etait-ce un paralytique général?

II. — Le nommé Charles-Jean X..., marchand de vins, né à Aigueperse, domicilié à Paris, condamné politique, le 31 janvier 1841, par la Cour des pairs. Il s'agit probablement d'un individu condamné pour participation à l'émeute républicaine du 12 mai 1839. Au premier examen, le médecin de l'asile de Pontorson, qui n'était pas alors spécialisé dans l'étude des maladies mentales, déclare que ce détenu ne lui paraissait pas aliéné, mais qu'il avait l'air d'un simulateur. Néanmoins, il constate qu'il refuse tout travail, qu'il est bizarre, original, et il le conserve pour l'observer plus complètement; il le reconnaît ensuite comme malade, et le garde jusqu'au 30 janvier 1844, époque à laquelle il fut gracié par le roi et transféré dans un autre asile.

©BIUM

III. — A... (Rodolphe-Auguste), cordonnier, condamné par la Cour des pairs, condamné politique pour le complot du 12 juillet 1839, probablement pour la même affaire que le précédent, en vertu des articles 87, 88 et 91 du Code pénal, à quinze ans de détention et à la surveillance à vie. Il était né à Dantzig (Prusse), entra à l'asile le 18 septembre 1840. Le certificat déclare que c'est un visionnaire violent, qui refuse les aliments, casse tout ce qui lui tombe sous la main, accès érotiques. « Le ministre envoie des voix pour le tourmenter. » Il sort, le 27 décembre 1845, amélioré. La peine est commuée en celle du bannissement.

Pour les raisons que j'ai développées plus haut, ces trois cas sont intéressants, parce qu'ils démontrent la folie non douteuse de trois condamnés politiques, chiffre relativement élevé, puisque ces détenus sont relativement toujours en petit nombre dans les prisons, à une époque où l'on niait volontiers les psychoses chez les condamnés. Ces quelques faits corroborent ceux étudiés par Lombroso, Laborde, Sighele et autres, qui montrent que, à la tête des insurrections, figurent souvent, non seulement des prédisposés, mais des aliénés véritables.

IV. — Le nommé B... (Claude-François), condamné militaire (en cours de peine) pour propos et gestes envers un supérieur, est de nouveau condamné par la Cour d'assises de Coutances (Manche) pour tentative d'assassinat sur un de ses codétenus : c'est un épileptique, que le Dr Poret père renvoie bientôt au Mont-Saint-Michel, à cause de la difficulté qu'on a de garder à l'asile de Pontorson de pareils sujets.

V. — G... (Adolphe-Mathurin), originaire de Lamballe (Côtes-du-Nord), fut condamné à cinq ans de fers et à la dégradation militaire par le 1er Conseil de guerre de la 1re division, le 18 août 1848 : il est entré à l'asile le 5 avril 1851. Son état est caractérisé par des craintes chimériques d'empoisonnement, des menaces de se porter à des actes de violence, à des excès de masturbation ; il meurt, le 23 août de la même année, d'hydropisie du péricarde et de pneumonie, hépatisation grise du lobe inférieur du poumon gauche.

VI. — Bl... « Maria », qualifié d'ancien militaire, probablement de la Légion étrangère, Espagnol, trente-deux ans, condamné aux fers, entré le 12 mai 1854, avec le diagnostic de manie chronique hallucinatoire et maux de tête ; en 1860, il ne peut supporter de vêtements ; il meurt, le 6 juin 1875,

©BIUM

d'une affection du cœur, après vingt et un ans de présence à l'asile.

VII. — D... (Léonor-Amable), vingt-quatre ans, trois condamnations, la dernière à cinq ans de fer, par le Conseil de guerre d'Alger. Entre le 4 mars 1851, à la suite d'une tentative de suicide : il est mélancolique à de certains moments et furieux à d'autres. Obscénités. Sort guéri (?) le 15 février 1855.

VIII. — B... (Louis), matelot de 3e classe, condamné à cinq ans de prison par le 1er Conseil de guerre de Brest, le 15 janvier 1845, entre à l'asile le 7 juillet 1846. Turbulent, criard, avec des alternatives de mutisme, de prostration, semble tombé dans l'idiotisme, grimaces, propos incohérents, ses traits expriment l'imbécillité; malgré cela, le médecin de l'asile le renvoie au Mont-Saint-Michel.

IX. — Arg... (Gabriel), vingt-quatre ans, né à Paris en 1825, condamné militaire, enfant naturel, caractère hargneux, irritable, indocile, refuse de travailler; entré en 1847, devient furieux. Tentative de suicide, plusieurs plaies du bas-ventre. Depuis un an, il est en cellule au Mont-Saint-Michel pour éviter les rixes avec ses camarades. Le regard de ce jeune homme a quelque chose de stupide, d'indécis, de vague, absence de jugement; il déclare qu'il n'est pas maître d'agir autrement qu'il ne le fait : et, le plus curieux, c'est qu'après cette énumération de symptômes, après avoir signalé que le nommé Arg... avait été condamné à la peine de mort (peine commuée) pour voies de fait envers son supérieur, le médecin du Mont-Saint-Michel ajoute cette phrase bizarre : « Y a-t-il aliénation mentale? Pas précisément, selon moi, mais il existe un trouble général dans les fonctions cérébrales, d'où il résulte que Arg... ne peut, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, se plier à l'obéissance et à la discipline. » Le médecin de l'asile ne le reconnaît pas non plus aliéné, tout en remarquant qu'il a de grands travers de caractère et qu'il ne peut se livrer à aucun travail. On le renvoie au Mont-Saint-Michel, qui le retourne à l'asile, où il reste dix-huit mois, pour être réintégré de nouveau à la prison.

Je ne sais comment on apprécierait aujourd'hui le cas de ce jeune homme ni à quelle forme mentale il peut appartenir, puisque tout le dossier qui le concerne se réduit à des phrases sonores, mais imprécises.

Parmi les autres observations que j'ai pu relever, et que je ne veux point rapporter toutes, je me contente d'indiquer, en les résumant très brièvement, les suivantes, qui, toutes, se rapportent à des détenus de droit commun.

©BIUM

X. — L. F..., cinquante-cinq ans, condamné à cinq ans de prison par la Cour d'appel de Rennes, le 26 avril 1844, entre à l'asile, le 23 janvier 1845, pour agitation. A été plusieurs fois traité pour folie à l'asile de Dinan. Sort guéri le 29 juillet 1847.

XI. — G..., mendiante, vient du Bon-Sauveur, de Caen, où elle a été transférée de la prison de cette ville où elle était en cours de peine, complètement démente, gâteuse. Meurt du choléra en 1849.

XII. — L. C..., quarante-huit ans, entré le 7 mai 1854, venant du Mont-Saint-Michel, est atteint de paralysie générale, diagnostic du Dr Poret père.

XIII. — P..., paralytique général, condamné par la Cour d'assises de la Loire-Inférieure à cinq ans de prison et à cinq ans de surveillance pour vol. Entre, en 1853, à l'asile, devient gâteux, et meurt en 1856.

XIV. — Le nommé B... (Mathurin-Honoré), condamné par la Cour d'assises du Nord à quatre ans d'emprisonnement et cinq ans de surveillance, avec bénéfice des circonstances atténuantes, en 1853. Est envoyé à l'asile une première fois en 1854, n'est pas reconnu aliéné et réintégré au Mont-Saint-Michel; on le renvoie à Pontorson l'année suivante, en plein accès de manie aiguë. Sort libéré et guéri en 1857.

XV. — H... (Jean-Marie), condamné par le tribunal de Vire, le 25 juin 1857, pour vols, est reconnu atteint d'idiotie, interné et transféré, à l'expiration de sa peine, à l'asile de Rennes.

XVI. — A..., condamné à trois ans d'emprisonnement pour avoir volé des traverses faisant partie d'une barrure mobile et avoir blessé sans provocation un individu quelques mois auparavant; deux autres condamnations pour coups et blessures, vols et rebellion; n'avait pas été condamné jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans. Entre à l'asile quatre mois après sa dernière condamnation. Paralytique général; mort à l'asile.

XVII. — Alt..., récidiviste, est épileptique depuis sa jeunesse et présente, d'après les notes du registre, ce que Lombroso appelle le caractère épileptique, crises fréquentes. Sort par transfèrement à l'asile de Rennes.

XVIII. — Qu..., récidiviste, entre en 1842, condamné en 1841 pour vagabondage et rupture de ban, est gâteux; transféré à Quimper.

XIX. — Le nommé M... (Yves), mendiant, condamné à cinq ans de réclusion, en 1839, pour attentat à la pudeur sur une jeune fille âgée de moins de quinze ans, circonstances atténuantes; est atteint d'idiotie presque complète. Impossibilité de répondre aux questions les plus simples.

XX. — F... était au Mont-Saint-Michel quand il frappa

©BIUM

l'un des gardiens, ce qui lui valut une condamnation nouvelle à quinze ans de travaux forcés. Est entré trois fois de suite à l'asile de Pontorson pour hallucinations; il prétend qu'on le viole. Etant à l'asile, a frappé un gardien avec son sabot. Sorti après une détention de vingt-deux ans et trois mois, il paraissait guéri.

XXI. — Le nommé A .. entre en 1843; s'était renversé la tête dans un baquet plein d'immondices et dit que c'était pour s'amuser; actes immoraux; autre tentative de suicide en s'ouvrant les veines. Troisième tentative en se coupant la gorge. Réformateur religieux. Réintégré comme simulateur, il fut ramené à l'asile, renvoyé de nouveau au Mont Saint-Michel, où on paraît l'avoir conservé.

XXII. — R... (Jean), vingt-sept ans, vient du Mont-Saint-Michel dans un état d'idiotie absolu; sans autre renseignement.

XXIII. — Le nommé D... (Jean-Baptiste) vient de la maison centrale de Fontevrault et de l'asile de Saint-Gemmes-sur-Loire. Le Dr Combe, directeur-médecin de ce dernier établissement, le signale comme atteint de manie, entée sur l'imbécillité de naissance, il cherche à exagérer son état, d'après les notes de M. Sizaret père; meurt, en 1896, après vingt-sept ans de séjour à l'asile.

XXIV. — K... (Yves), condamné par le tribunal de Morlaix à un an et un mois de prison pour vols d'une chemise et d'un kilog. de pain. Crises d'épilepsie avec accès maniaques. A sa libération, transféré à l'asile de Quimper.

Les quelques faits qui précèdent suffisent à montrer que l'idée de répression était, beaucoup plus qu'aujourd'hui, profondément ancrée dans les cerveaux, même dans ceux des aliénistes, qui renvoyaient plusieurs fois à la prison des sujets qui étaient bien, selon toute vraisemblance, des malades et non des simulateurs. Il est possible que cette défiance ait été surtout fréquente chez ceux des médecins chargés des services d'aliénés qui n'étaient point spécialisés dans la psychiatrie; mais on la retrouve chez des aliénistes distingués, comme M. Poret père. Elle n'a vraiment disparu que lorsque l'asile de Pontorson a été dirigé par le Dr Sizaret père, élève de Morel, rompu à la finesse des diagnostics, d'une science beaucoup plus avancée, et à la notion de dégénérescence, dont il fut l'un des premiers partisans. Tant que l'on a fait de la médecine mentale purement

©BIUM

symptomatique, sans tenir compte du terrain sur lequel évoluaient les psychoses, les médecins, même instruits, ont eu peur d'être le jouet de malfaiteurs habiles et peu scrupuleux. On n'a plus eu cette crainte le jour où l'on a su que ne devient pas fou qui veut, qu'il faut une prédisposition plus ou moins marquée, dont le degré le plus accusé est la dégénérescence mentale, au sens où l'entendait Morel et que Magnan a adopté et perfectionné depuis. Aujourd'hui, on tente d'aller plus loin encore et de faire la classification rigoureuse des états psychologiques, dont le terrain dégénératif est le substratum.

Je remarquerai aussi que, contrairement aux doctrines de Lombroso, les faits montrent que les condamnés politiques sont aussi sujets à la folie que les autres condamnés et que les condamnés militaires eux-mêmes. J'aurais voulu établir un pourcentage ; malheureusement, si l'on trouve facilement les archives du Mont-Saint-Michel antérieures à la Révolution, il est presque impossible d'avoir communication de celles de la prison centrale et des condamnés politiques des époques plus récentes.

On me dira peut-être que j'enfonce des portes ouvertes, et que la folie chez les détenus est bien connue : je le sais aussi bien que personne, mais je crois qu'il faut quand même apporter des faits qui se joignent à d'autres et montrent que l'asile-prison, réclamé depuis Garnier par les aliénistes modernes, a été entrevu depuis longtemps, pour éviter aux malades des asiles une promiscuité fâcheuse et à l'Administration le soin de garder des sujets pour lesquels les hospices d'aliénés ne sont point organisés. Aujourd'hui, le besoin s'en fait sentir plus que jamais, maintenant que l'on veut transformer nos asiles actuels, qui ressemblent encore trop à des prisons, et qui ne sont, pour la plupart, que des garderies d'aliénés, en hôpitaux pour les maladies mentales, dont les pensionnaires puissent jouir de l' « open door » et de toutes les améliorations modernes de la technique manicomiale.

DISCUSSION

M. PACTET. — Je constate que M. Wahl n'a pas observé, à propos des troubles mentaux survenant chez

©BIUM

les détenus politiques, l'immunité dont parle Lombroso. Je crois, en effet, que les raisons invoquées pour expliquer cette immunité sont très discutables.

M. Wahl. — Lombroso va jusqu'à faire de cette catégorie de détenus une catégorie particulière, à laquelle il fait allusion en termes élogieux.

M. Colin. — M. Wahl préfère-t-il, pour les aliénés difficiles qu'il a étudiés au point de vue historique, l'asile-prison proprement dit ou le quartier spécial affecté à un établissement ordinaire?

M. Wahl. — La solution de cette question ne ressort pas de mes recherches : je suis d'avis de ne pas traiter ces aliénés avec les malades ordinaires, mais je n'ai pas comparé les divers moyens de réaliser cette séparation.

Comment caractériser et définir la démence.

Discussion (1).

M. Roger Dupouy. — MM. Toulouse et Mignard désirent que la précision la plus grande soit apportée à la définition des termes employés dans le langage psychiatrique. Je m'associe très volontiers à leur désir, tout en faisant cette remarque que la psychologie s'accommode fort mal d'une rigueur mathématique. Il existe, d'autre part, entre certains états mentaux, des zones frontières qu'il est véritablement impossible de réduire jusqu'à les rendre linéaires; d'où la difficulté de préciser très exactement leur limitation. MM. Toulouse et Mignard ont fait eux-mêmes cette constatation quand ils ont voulu délimiter l'âge de début de la démence. A partir de quel âge devient-on dément, se demandent-ils, et ils répondent : après la puberté. Pourquoi ce moment, et non un autre? Le diagnostic d'un état psychopathique ne saurait être conditionné par l'âge du malade. L'imbécillité et la démence sont deux états différents : le premier correspond à une arriération par défaut de développement, le second consiste en la rétro-

(1) Suite. Voir les *Annales* d'avril 1914.

©BIUM

gradation d'une intelligence primitivement plus ou moins voisine de la normale, et la clinique nous apprend qu'il existe des démences gliomateuses, des démences « précocissimes » et des paralysies générales infantiles prépubérales ; les confondre avec les états d'imbécillité ou d'idiotie constitue théoriquement une erreur de diagnostic.

Le sens psychiatrique du mot démence n'est pas superposable à celui employé par les jurisconsultes, surtout par ceux qui rédigèrent, il y a plus de cent ans, les articles du Code Civil. De ce que l'usage a conservé dans un texte juridique un terme dont la compréhension scientifique est aujourd'hui notablement différente de ce qu'elle était au début de la psychiatrie, il ne s'ensuit nullement que des aliénistes modernes fassent de la démence une classe de déchet englobant « les altérations plus ou moins globales ou même localisées des fonctions mentales ».

La démence est au contraire une affection bien caractérisée, tant au point de vue psychologique qu'anatomique. MM. Toulouse et Mignard la définissent par « la perte de la spontanéité intellectuelle durable et pratiquement définitive », par « la déchéance habituelle, constante et chronique de la spontanéité intellectuelle » et la différencient des amnésies, aprosexies, incohérences, défaillances quelconques de l'imagination, du jugement et du raisonnement. La conception classique de la démence comporte le même diagnostic différentiel et précise justement ce diagnostic en la définissant un affaiblissement *global* des facultés psychiques, ce qui la sépare nettement de la perte d'une seule de ces facultés, mémoire, attention, jugement, raisonnement, affectivité, moralité, etc. Les tests psychologiques couramment employés pour dépister une démence ne se réduisent pour aucun d'entre nous à l'exclusive recherche de la conservation de la mémoire arithmétique, mais portent sur l'ensemble de nos facultés intellectuelles, mnésiques, critiques, affectives. Ceux utilisés à ce sujet par MM. Gilbert Ballet et Genil-Perrin constituent de véritables clichés en couleurs de la personnalité mentale d'un malade. Ils symbolisent par l'image le contraste qui existe entre une amnésie ou une apro-

©BIUM

sexie pure et une démence, toutes les colonnes du graphique étant dans ce cas amputées à une hauteur variable suivant la déchéance de la faculté correspondante.

La démence est conditionnée par la perte de la spontanéité intellectuelle, disent MM. Toulouse et Mignard. Mais où commence exactement cette spontanéité et sur quels éléments se baser pour affirmer sa diminution d'abord, et ensuite sa perte? Ce sont là des précisions irréalisables, d'autant que la spontanéité intellectuelle existe chez des déments et fait défaut chez des non-déments.

En dehors de la phase initiale d'exaltation du dynamisme fonctionnel, bon nombre de paralytiques généraux présentent de la spontanéité intellectuelle; ils font des projets qui ne manquent pas d'originalité, ils imaginent et ils inventent ; les produits de leur spontanéité créatrice sont empreints d'un cachet démentiel, ils manquent de cohésion, de critique, de raisonnement, ils sont instables, contradictoires, et se laissent facilement modifier et oublier, mais ils n'en existent pas moins. Il en est de même des déments séniles et des déments vésaniques qui, à travers leur démence, peuvent témoigner d'une certaine spontanéité, morbide mais réelle. Tous les musées particuliers d'aliénistes ou d'asiles renferment des « œuvres de déments ».

Inversement, l'on constatera un défaut, une absence même de spontanéité intellectuelle chez des sujets non déments. Le confus, hébété et désorienté, hésitant et indécis, capable seulement d'ébaucher un acte qu'il n'achèvera point, docile jusqu'à la suggestibilité et inerte jusqu'à la stupidité, offre un type remarquable d'absence non démentielle de spontanéité intellectuelle. Le mélancolique figé en son attitude douloureuse et résignée, concentré en lui-même, recroquevillé dans ses pensées pénibles, inaccessible aux autres sollicitations, négativiste et stuporeux, en est un deuxième exemple. L'hystérique du genre ancien, dont Janet a si magistralement étudié l'automatisme, agit en état second sans aucune spontanéité, toute son activité intellectuelle étant absorbée par l'idée fixe qui accapare son subconscient. Le vieux délirant enfin, si solidement fixé dans ses habitudes routinières, que l'on doute s'il est entré

©BIUM

ou non dans la démence, n'offre plus guère de spontanéité, si ce n'est souvent lors de la mort : tous les auteurs anciens ont décrit à ce moment un « réveil » de l'intelligence chez les vieux vésaniques.

Le défaut de spontanéité intellectuelle ne constitue donc pas et ne peut suffire à caractériser une entité morbide. C'est un symptôme important, analogue à l'amnésie ou à l'aprosexie que tout à l'heure MM. Toulouse et Mignard distinguaient judicieusement de la démence. Esquirol avait nettement compris son rôle séméiologique et dans la définition de la démence il signale *le défaut de spontanéité intellectuelle et morale* dont il fait un signe de la démence, mais qu'il n'identifie pas à celle-ci : « La démence, écrit Esquirol, est une affection cérébrale ordinairement sans fièvre et chronique caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. L'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale sont les signes de cette affection. »

MM. Toulouse et Mignard ajoutent à la déchéance de la spontanéité intellectuelle qui doit caractériser la démence le qualificatif de constante et de chronique. Là encore, je me séparerais quelque peu de leur manière de voir. Le défaut de spontanéité intellectuelle que je signalais précédemment dans les états de confusion mentale, de mélancolie, d'hystérie et de délire peut durer des années et devenir chronique. La démence, d'autre part, n'est pas fatalement constante et irréductible.

Des rémissions, des intermissions s'observent dans toutes les démences, dans la paralytique comme dans l'artérioscléreuse; et l'on ne peut toujours invoquer l'appoint passager d'un élément confusionnel pour les expliquer. La régression d'autres symptômes tels que l'embarras de la parole, le tremblement de la langue et des mains, l'incertitude de la marche, la vivacité ou la faiblesse des réflexes, les modifications mêmes du signe d'Argyll vont de pair avec la restauration relative de la mémoire et le réveil partiel des facultés critiques. Il semble donc que, tout en tenant compte de sa fragilité spéciale, il faille raisonner pour le cerveau comme pour les autres organes et admettre la possibilité d'une régé-

©BIUM

nération cellulaire expliquant les régressions du processus encéphalopathique et laissant entrevoir dans l'avenir la curabilité de certaines formes bénignes de paralysie générale. Déjà sous l'influence des traitements appropriés à la nature et à la localisation de l'affection, grâce aux injections intrarachidiennes ou intracérébrales de sels mercuriels ou arsenicaux, de sérums d'animaux traités par le salvarsan, etc., etc., différents auteurs ont parlé de la guérison de la paralysie générale, donc de la démence paralytique.

Mais pourquoi cette bataille autour de la définition de la démence? MM. Toulouse et Mignard ont un autre but que de discuter la compréhension d'un terme médical sur lequel, pratiquement, tous les psychiatres sont d'accord. Ils désirent, si je ne me trompe sur leurs intentions, rétrécir les cadres de la démence afin d'en exclure la démence précoce, laquelle, pour eux, deviendrait une confusion mentale chronique avec altération du pouvoir d'auto-conduction. Et l'idée directrice de leur communication originale sur la démence peut se résumer en cette proposition : la démence précoce n'est pas une démence. Il y a, je crois, une discussion ouverte sur la démence précoce à notre Société médico-psychologique. Il serait peut-être bon de la vider et d'aboutir à une conception définitive de cette psychose dont on a dit qu'elle n'était ni démence ni précoce.

Sérieux et ses élèves Masselon et M^lle^ Pascal la considèrent comme une démence. Régis, qui la divise en deux variétés, l'une constitutionnelle, l'autre post-confusionnelle, lui reconnaît un élément démentiel. A voir enfin ces malades stéréréotypés dans leurs attitudes, leurs gestes et leurs paroles, à entendre la pauvreté et la monotonie de leur système délirant, à constater leur incohérence, leur absence de critique, d'affectivité, de décence, la perte de leurs sentiments éthiques et familiaux, la diminution même des différents modes de leur sensibilité, il est difficile de dénier aux déments précoces leur qualité de déments, malgré la conservation relative de leurs souvenirs épars et dissociés.

Je résumerai cette critique, dont je m'excuse encore vis-à-vis de nos collègues, par les trois conclusions suivantes :

©BIUM

1° La démence doit demeurer définie au sens où la comprenait Esquirol ;

2° La démence précoce est une variété de démence ;

3° La démence ne doit pas être toujours tenue pour absolument constante et incurable, et l'on doit admettre de plus en plus la régression possible de certains états démentiels.

M. VIGOUROUX. — M. Mignard voudra-t-il bien répondre, à la prochaine séance, aux critiques que vient de formuler M. Dupouy ?

M. MIGNARD. — Je remercie M. Dupouy des observations qu'il a bien voulu nous présenter. Je crois que nous nous mettrons aisément d'accord, et j'essaierai, le mois prochain, de démontrer à la Société que M. Dupouy et nous ne différons que sur le sens de certains termes.

La séance est levée à six heures.

Les secrétaires des séances,
J.-M. DUPAIN et P. JUQUELIER.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES
DE FRANCE

Reconnue comme établissement d'utilité publique

par décret impérial en date du 7 novembre 1866.

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

DÉCRET

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Intérieur ;

Vu le décret du 7 novembre 1866 qui a reconnu comme établissement d'utilité publique l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, de Paris ; ensemble les statuts tels qu'ils ont été modifiés par décret du 15 septembre 1895 ;

L'extrait du procès-verbal de l'assemblée générale en date du 28 avril 1913 ;

Les pièces établissant la situation financière de l'Association ;

L'avis du Préfet de la Seine, du 14 juin 1913 ;

La loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du Conseil d'Etat entendue,

Décrète :

ARTICLE PREMIER.

L'Association dite « Association mutuelle des médecins aliénistes de France », dont le siège est à Paris, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 7 novembre 1866, sera dorénavant régie par les statuts annexés au présent décret.

©BIUM

ARTICLE 2.

Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des Lois*.

Fait à Eze, le 30 avril 1914.

Signé : R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

Signé : L. MALVY.

STATUTS

(Modifiés sur la demande du ministre de l'Intérieur.

TITRE PREMIER

But et Composition de l'Association.

ARTICLE PREMIER.

L'œuvre dite « *Association mutuelle des médecins aliénistes de France* », fondée à Paris en 1865 et reconnue comme établissement d'utilité publique le 7 novembre 1866, a pour but de venir en aide à ses membres titulaires et à leurs familles tombés dans l'infortune. Les secours, temporaires en principe, peuvent être renouvelés.

Sa durée est illimitée.

Elle a son siège social à Paris.

ART. 2.

L'Association se compose de membres titulaires et de membres honoraires.

Peuvent seuls être membres titulaires les médecins attachés à des asiles d'aliénés, publics ou privés, et en général tous les médecins qui s'occupent spécialement d'études médico-psychologiques.

Les membres titulaires peuvent être fondateurs ou sociétaires.

©BIUM

Pour être membre titulaire, il faut :

1° Etre présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'administration ;

2° Payer une cotisation annuelle dont le minimum est de 25 francs pour les fondateurs et de 10 francs pour les sociétaires.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme de 500 francs pour les fondateurs et de 250 francs pour les sociétaires ; ils deviennent alors fondateurs perpétuels ou sociétaires perpétuels.

Toutes autres personnes que les médecins peuvent, sur leur demande, être admises par le Conseil d'administration comme membres honoraires en versant une cotisation de 20 francs au minimum.

ART. 3.

La qualité de membre de l'Association se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée pour motifs graves, par le Conseil d'administration, le membre intéressé ayant été préalablement appelé à fournir ses explications, sauf recours à l'Assemblée générale sur le rapport du Conseil d'administration.

TITRE II

Administration et fonctionnement.

ART. 4.

L'Association est administrée par un Conseil composé de quinze membres élus pour trois ans par l'Assemblée générale.

En cas de vacance, le Conseil pourvoit au remplacement de ses membres, sauf ratification par la plus prochaine Assemblée générale.

Le renouvellement du Conseil a lieu annuellement par tiers.

Les membres sortants sont rééligibles.

Après chaque renouvellement, ce Conseil choisit parmi ses membres un Bureau composé des président, vice-président, secrétaire et trésorier.

Le Bureau est élu pour un an.

©BIUM

ART. 5.

Le Conseil se réunit tous les trois mois et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence de cinq membres est nécessaire pour la validité des délibérations.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

ART. 6.

Les membres de l'Association ne peuvent recevoir aucune rétribution en raison des fonctions qui leur sont confiées.

ART. 7.

L'Assemblée générale des membres titulaires de l'Association se réunit une fois par an et toutes les fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'administration, ou sur la demande du quart au moins de ses membres. Son ordre du jour est réglé par le Conseil d'administration. Son Bureau est celui du Conseil.

Elle entend les rapports sur la gestion du Conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'Association.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration dont les fonctions sont expirées. Cette élection a lieu par bulletin de liste, au scrutin secret et à la majorité absolue des membres votants ; le vote par correspondance est admis.

Le compte rendu et le procès-verbal de la séance sont publiés, des exemplaires en sont transmis à tous les membres de l'Association.

ART. 8.

Les dépenses sont ordonnancées par le président.

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de la vie civile par le trésorier.

©BIUM

Le représentant de la Société doit jouir du plein exercice de ses droits civils.

Le trésorier est chargé de la perception des recettes en capitaux et revenus : cotisations, subventions, dons et legs; rentes et intérêts, remboursement de titres amortis et toutes autres sommes; du paiement des dépenses et des distributions des secours. Il fournit au Conseil d'administration, tous les trois mois, un bordereau constatant l'état de la caisse et la situation financière; il donne une fois par an le compte rendu de la gestion de l'exercice clos, mais il ne peut assister à la séance d'examen.

ART. 9.

Les délibérations du Conseil d'administration relatives aux acquisitions, échanges et aliénations des immeubles nécessaires au but poursuivi par l'Association, constitutions d'hypothèques sur lesdits immeubles, baux excédant neuf années, aliénations de biens dépendant du fonds de réserve et emprunts, ne sont valables qu'après l'approbation de l'Assemblée générale.

ART. 10.

Les délibérations du Conseil d'administration, relatives à l'acceptation des dons et legs, ne sont valables qu'après l'approbation administrative donnée dans les conditions prévues par l'article 910 du Code civil et les articles 5 et 7 de la loi du 4 février 1901.

Les délibérations de l'Assemblée générale, relatives aux aliénations de biens dépendant des fonds de réserve, ne sont valables qu'après l'approbation du Gouvernement.

TITRE III

Fonds de réserve et ressources annuelles.

ART. 11.

Le fonds de réserve comprend :

1° La dotation;

2° Le dixième au moins du revenu net des biens de l'Association;

3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations;

©BIUM

4° Le capital provenant des libéralités, à moins que l'emploi immédiat n'en ait été autorisé.

ART. 12.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives sur l'Etat ou en obligations nominatives de chemins de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'Etat.

Il peut être également employé à l'acquisition des immeubles nécessaires au but poursuivi par l'Association.

ART. 13.

Les recettes annuelles de l'Association se composent :

1° Des cotisations et souscriptions de ses membres ;

2° Des subventions qui pourront lui être accordées ;

3° Du produit des libéralités dont l'emploi immédiat a été autorisé, des ressources créées à titre exceptionnel, et, s'il y a lieu, avec l'agrément de l'autorité compétente ;

4° Du revenu de ses biens.

Les fonds disponibles de l'Association seront déposés dans une caisse publique jusqu'à leur emploi définitif.

Les excédents de recettes qui ne seront pas indispensables aux besoins ou au développement de l'Œuvre seront placés en rentes sur l'Etat ou en obligations de chemins de fer français.

TITRE IV

Modification des Statuts et dissolution.

ART. 14.

Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Conseil d'administration ou du dixième des membres titulaires, soumise au Bureau un mois avant la séance.

L'Assemblée extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée doit se composer du quart au moins des membres en exercice (1). Si cette proportion n'est pas

(1) Membres titulaires.

©BIUM

atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, à quinze jours d'intervalle, et cette fois, elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

ART. 15.

L'Assemblée générale, appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre au moins la moitié plus un des membres en exercice. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à quinze jours au moins d'intervalle, et cette fois elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

ART. 16.

En cas de dissolution volontaire, statutaire, prononcée en justice ou par décret, ou en cas de retrait de la reconnaissance d'utilité publique, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Elle attribue l'actif net à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Les délibérations sont adressées sans délai au ministre de l'Intérieur.

ART. 17.

Les délibérations de l'Assemblée générale prévues aux articles 15 et 16 ne sont valables qu'après l'approbation du Gouvernement.

TITRE V

Surveillance et règlement intérieur.

ART. 18.

Le membre du Bureau chargé de la représentation de l'Association en justice et dans les actes de la vie civile devra faire connaître dans les trois mois à la Préfecture de la Seine tous les changements survenus dans l'administration ou la direction.

Les registres et pièces de comptabilité de l'Associa-

©BIUM

tion seront présentés sans déplacement sur toute réquisition du Préfet, à lui-même ou à son délégué.

Le rapport annuel et les comptes sont adressés chaque année au Préfet de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

ART. 19.

Le ministre de l'Intérieur aura le droit de faire visiter par ses délégués les établissements fondés par l'Association et de se faire rendre compte de leur fonctionnement.

ART. 20.

Les règlements intérieurs préparés par le Conseil d'administration et approuvés par l'Assemblée générale doivent être adressés au ministre de l'Intérieur.

Vu pour être annexé au décret du 30 avril 1914, enregistré sous le n° ...

Le ministre de l'Intérieur,

Pour le ministre et par délégation,
Le directeur
de l'Administration départementale et communale,

Signé : RICHARD.

Pour ampliation :

Le sous-directeur,
chef du bureau du Cabinet,

L. TABARANT.

©BIUM

RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION INTÉRIEURE

(Arrêté par le Conseil dans la séance du 31 mars 1913.)

ARTICLE PREMIER. — Avant que le Conseil ait statué sur leur demande, les candidats pourront être admis à verser le montant de leur cotisation, sauf à leur en faire la restitution dans le cas où le Conseil ne validerait pas leur admission.

ART. 2. — Les cotisations sont dues pour l'année entière, et jusqu'à concurrence du montant de celle de l'année précédente, par tout membre qui n'a pas fait connaître avant le 1er avril, au Président de l'Œuvre, son intention de se retirer de l'Association, ou de contribuer pour une somme inférieure à celle versée par lui l'année précédente.

ART. 3. — Tout membre qui, mis en demeure par une lettre de rappel adressée par le Trésorier dans le courant de janvier, n'aura pas acquitté avant le 1er mars sa cotisation de l'année précédente, sera considéré comme démissionnaire.

Toutefois, il pourra être admis à recouvrer la qualité de membre de l'Œuvre en versant l'arriéré de ses cotisations.

ART. 4. — Tout membre qui cessera de faire partie de l'Association, par suite de démission ou autre cause, perdra tous droits à l'assistance et ne pourra exercer de répétition quant à ses versements antérieurs.

ART. 5. — Le Président surveille et assure l'exécution des statuts, convoque, par l'intermédiaire du secrétaire, les Assemblées générales et le Conseil d'administration, ouvre et clôt les séances, dirige les débats, signe tous les actes et mandate les ordonnances de paiement.

ART. 6. — Le Président peut convoquer exceptionnellement aux séances du Conseil un ou plusieurs

©BIUM

membres de l'Œuvre, à l'effet de prendre leurs avis sur des faits qui pourraient n'être point connus du Conseil. Les membres ainsi convoqués n'ont que voix consultative.

En cas d'absence ou d'empêchement du Président et du Vice-Président, les séances du Conseil et les Assemblées générales sont présidées par le plus âgé des membres du Conseil.

ART. 7. — Le Secrétaire est chargé de la correspondance et de la rédaction des procès-verbaux des séances générales et de celles du Conseil d'administration. Sur l'ordre du Président, il convoque aux Assemblées générales et aux séances du Conseil. Il est dépositaire des archives de l'Association.

Il tient le registre matricule des membres de l'Œuvre et en remet tous les trois mois la liste exacte au Président et au Trésorier.

ART. 8. — Le Trésorier inscrit régulièrement les recettes et les dépenses sur un livre de caisse coté et paraphé par le Président.

Il acquitte les dettes de l'Association sur des mémoires visés par le Président, et garde par devers lui tous les reçus et quittances des paiements qu'il a effectués.

Il opère le placement et le déplacement des fonds sur un ordre signé du Président, indiquant la somme à placer ou à retirer.

Il est responsable des titres et fonds de la Société.

ART. 9. — Le Conseil se réunit au siège de l'Association.

Il statue sur les demandes d'admission, sur les dépenses ordinaires et généralement sur toutes les affaires qui lui sont soumises par son Président.

ART. 10. — Les admissions et les exclusions sont prononcées par le Conseil, à la majorité des deux tiers des voix ; sur la demande du tiers au plus des membres présents, il sera procédé au scrutin secret.

ART. 11. — Le Conseil a tout pouvoir pour déterminer, dans les limites tracées par les statuts, dans quels cas et à quelles conditions l'Association vient en

©BIUM

aide à ses membres fondateurs ou sociétaires, et pour fixer le montant des secours accordés.

ART. 12. — Lorsque le Conseil régulièrement convoqué n'a pu délibérer, faute d'un nombre de membres suffisant, une nouvelle convocation est faite dans le délai de quinze jours, et les délibérations prises par le Conseil dans cette seconde réunion sont valables, quel que soit le nombre des membres présents, pourvu toutefois qu'il ne soit pas inférieur à cinq.

ART. 13. — L'Assemblée générale seule peut autoriser les dépenses extraordinaires, c'est-à-dire toutes celles autres que les frais de bureau et d'administration, les secours temporaires accordés aux membres participants et à leurs familles et les placements de fonds.

ART. 14. — Aucun rapport, aucune proposition ne seront présentés à l'Assemblée générale s'ils n'ont été soumis, un mois d'avance, à l'examen du Conseil qui décidera s'il y a lieu d'y donner suite.

ART. 15. — Aucune proposition ou modification au présent règlement ne sera prise en considération si elle n'est formulée par écrit et signée par trois membres du Conseil.

Toute délibération à ce sujet devra, pour être valable, être prise par huit membres du Conseil, et à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 18 *mai* 1914.

I. — *Iconoclastes mystiques et réformateurs. Présentation de malades.* — MM. *Marcel Briand* et *J. Salomon* présentent deux malades dont l'un est un débile mental, appartenant à la catégorie des « justiciers », qui, pour protester contre l'hommage posthume adressé à un homme politique qu'on voulait, dit-il, imposer à l'admiration publique, a maculé d'encre un monument commémoratif. C'est la vue d'une statue sur laquelle un passant avait brisé un encrier qui a suggéré à cet individu la formule de sa manifestation.

L'autre cas est celui d'un mystique halluciné qui, voyant dans une statuette exposée chez un marchand d'antiquités, comme un retour au paganisme, a brisé la devanture de la boutique où elle était en vente.

II. — *La sortie des malades délirants et l'expertise médicale. Présentation de malade.* — M. *Henri Colin* présente un malade atteint de délire des persécutions, délirant dangereux qui, cependant, a été mis en liberté à la suite d'une expertise médicale. Il insiste sur les inconvénients qui peuvent résulter de la facilité avec laquelle certains experts non aliénistes proposent la sortie des malades de ce genre.

III. — *Autopsie d'un cas d'aphasie totale. Présentation de pièces.* — MM. *Laignel-Lavastine* et *Sengès* montrent le cerveau d'un malade dont l'histoire clinique est la suivante et a été rapportée en détail dans le *Bulletin de la Société clinique*, le 19 juin 1911, p. 221.

Garçon plombier, quarante-sept ans, cardiaque devenu hémiplégique en septembre 1907. Hémiplégie droite avec aphasie : aphasie motrice totale, pas d'apraxie de la main droite.

©BIUM

Aphasie sensorielle. En somme, aphasie totale de Broca et de Wernicke sans apraxie.

L'examen de l'encéphale confirme pleinement le diagnostic. Diminution du poids de l'hémisphère gauche (505 grammes contre 600 grammes pour le droit). Enorme ramollissement à gauche occupant les zones de Broca et de Wernicke.

IV. — *Hémiplégie droite, aphasie, autopsie. Présentation de document.* — MM. *Hamel* et *Walter Sallis*, de l'asile de Fains, communiquent les résultats de l'autopsie d'une femme qui avait présenté de l'hémiplégie droite avec aphasie. Le début de la paralysie gauche par la face et l'aphasie motrice permettraient de soupçonner, en se tenant à la théorie de Broca, que la ou les lésions devaient occuper d'une part la région inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, d'autre part, le pied de la frontale, à gauche. Or, il en est bien ainsi. Sans doute, il existe une troisième lésion dans l'hémisphère gauche, mais il se trouve qu'elle aussi empiète sur le pied de la troisième frontale.

Notons qu'elle occupe aussi l'ancien centre de l'agraphie, généralement abandonné. Quant à la localisation en profondeur des lésions, il ne paraît pas téméraire d'affirmer qu'elles ont intéressé l'écorce *principalement et primitivement*, et que les troubles fonctionnels étaient constitués avant que le centre ovale ait pu être atteint.

V. — *Lésions cérébrales dans un cas de délire aigu. Présentation de préparations histologiques.* — MM. *Toulouse* et *Marchand* apportent les préparations d'une femme qui, au début d'un troisième accès d'excitation maniaque, est atteinte de délire aigu. La mort survient le troisième jour après le début des accidents. Les lésions cérébrales consistent en une nécrose des cellules corticales avec légère réaction inflammatoire des méninges, sans altérations des vaisseaux; les cellules sont atrophiées et ne prennent plus les colorants électifs. Les auteurs montrent qu'à côté des cas de délire aigu dans lesquels on observe des lésions inflammatoires méningo-corticales, il y a des formes de délire aigu de nature toxique dans lesquelles les lésions portent surtout sur la cellule nerveuse. Ces dernières sont les plus fréquentes.

VI. — *Paralysie générale et traumatisme. Affaire médico-légale. Présentation de pièces.* — MM. *Legrain* et *Trenel* montrent les pièces d'un cas de paralysie générale avec traumatisme. Les troubles mentaux éclatèrent après un trauma-

©BIUM

tisme. La marche clinique de l'affection fut celle de la paralysie générale vulgaire. L'autopsie fut confirmative; à noter seulement l'absence d'adhérence de la pie-mère au cerveau.

JOURNAUX RUSSES

Année 1912.

Revue de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale.

I. — *De l'influence des sels de chaux sur le système neuro-musculaire*; par le Dr G. J. Markéloff (numéro de mai-juin). — L'introduction dans l'organisme des sels de chaux s'accompagne par de l'augmentation de la fatigue de l'appareil neuro-musculaire; l'introduction de leur antagoniste (des sels de soude) aide à la restitution de la capacité normale au travail. Pourtant, les unes et les autres associations se trouvent dans l'organisme en liaison avec des substances organiques. L'auteur pense qu'il y a une liaison entre la fonction des glandes parathyroïdiennes et l'échange des sels de chaux.

II. — *Deux cas d'épilepsie et de maladie de Bechtéreff*; par le Dr A. A. Soukhoff (numéro de mai-juin).

III. — *Sur certaines particularités de l'inhibition de la réaction motrice d'association chez les animaux*; par le Dr S. Schwarzmann (numéro de mai-juin). — L'inhibition du réflexe d'association survient non seulement dans le cas, lorsque l'excitation d'association est répétée un nombre de fois défini, sans le soutien du réflexe fondamental, mais aussi et en cas de son soutien constant. Ici joue le rôle la fréquence des excitations.

IV. — *Sur la pathogénie de la myasthénie*; par le Dr G. J. Markéloff (numéro de mai-juin). — L'auteur considère la myasthénie, comme résultat du trouble de l'activité des glandes à sécrétion interne; c'est, d'après son opinion, une lésion polyglandulaire. De la participation d'un nombre, plus ou moins grand, dans la lésion de ces glandes et du caractère de leur combinaison fonctionnelle dépend, comme il paraît, la forme clinique de la myasthénie.

V. — *De l'influence de l'extrait des glandes à sécrétion interne sur la courbe ergographique*; par le Dr G. J. Markéloff

©BIUM

(numéro de mai-juin). — Les extraits de la glande thyroïde, de l'hypophyse et des testicules provoquaient chez les chiens l'augmentation en longueur de la courbe ergographique ; encore plus intense était l'influence de l'extrait des glandes surrénales ; la glande du thymus ne provoquait pas de modifications marquées de l'ergogramme ; on pouvait seulement noter l'abaissement de la hauteur de l'élévation du poids. Les glandes parathyroïdes et le pancréas donnaient un ergogramme court qui passait bientôt dans une ligne droite, car survenait de l'épuisement complet du muscle ; le courant induit indiquait sur une réaction myasthénique.

VI. — *De la fugue morbide* ; par le Dr E.-A. Kopystynsky (numéro de juillet-août). — L'auteur admet plusieurs types de la fugue morbide : 1° « fugues » ou « courses » temporaires qui se développent en liaison avec divers états psychopathiques, comme cause de symptômes morbides fondamentaux, propres à ces derniers et qui ne s'accompagnent pas du trouble de conscience ; 2° vagabondage, comme état constitutionnel constant, provenant de la modification de toute la personnalité (dans les maladies mentales et les dégénérescences) ; 3° dromomanie, comme état passager, où la fugue porte un caractère impulsif et, principalement, obsédant ; 4° la fugue automatique, s'accompagnant, de préférence, par du trouble de conscience (ici se rapportent le somnambulisme, l'automatisme ambulatoire de différent genre et les procursions). De pair avec les cas typiques se rencontrent beaucoup de formes mixtes et transitoires.

VII. — *De l'agnosie tactile* ; par le priv.-doct. M. P. Nikitine (numéro de juillet-août). — L'auteur dit que l'existence de l'agnosie tactile, comme trouble d'association, ne peut pas pour le moment être considérée comme prouvée ; dans tous les cas ce symptôme, ayant une signification pour le diagnostic topique, donne une indication sur la localisation corticale du processus morbide. La vraisemblance de l'origine corticale du trouble du sentiment de la reconnaissance des objets, dans chaque cas isolé, est d'autant plus grande que plus grands sont les troubles du sentiment de l'espace, de la pression, des mouvements passifs, du poids et de la capacité à la localisation, et plus ces troubles prédominent sur les troubles élémentaires de la sensibilité (de température, douloureuse et tactile). Il y a lieu de supposer que l'agnosie tactile est provoquée par la lésion de la région *centropariétale*.

©BIUM

VIII. — *Sur le diagnostic des amyotrophies progressives chroniques; amyotrophie neuromyogène progressive*; par le Dr W. Dzerginsky (numéro de juillet-août). — Chez un malade, de trente-deux ans, dans le cours de quatre ans se développa progressivement de la faiblesse des membres inférieurs avec atrophies consécutives, commençant par le groupe des péroniers et, en général, par les muscles disposés dans la partie antérieure de la jambe. D'un des côtés ces symptômes apparurent plus tôt et étaient plus accentués que de l'autre. L'atrophie touchait aussi les muscles fessiers. On a signalé un abaissement très marqué de l'excitabilité électrique des muscles des extrémités inférieures et son absence dans les muscles disposés dans la partie antérieure de jambe; des parasthésies douloureuses (d'un caractère indéfini) dans la colonne vertébrale, les membres inférieurs et les articulations brachiales.

IX. — *Phénomènes électriques dans l'écorce cérébrale*; par le Dr P.-J. Kaufmann (numéro de septembre-octobre). — L'auteur pense, en se basant sur ses recherches personnelles, qu'on peut parler de l'origine physiologique des phénomènes électriques du cerveau; cela se confirme par des expériences, où on obtenait des courants à travers l'épaisseur de tout l'os et à travers les méninges cérébrales, et aussi par les oscillations autonomes des courants. La méthode électro-physiologique apparaît comme l'un des meilleurs procédés pour l'étude du cerveau.

X. — *Sur certaines particularités dans l'état des réflexes dans la paralysie générale*; par le Dr A. A. Boutenko (numéro de septembre-octobre). — Dans la paralysie générale très souvent se rencontre de l'exagération des réflexes du périoste, des réflexes musculaires et tendineux du tronc et des extrémités et aussi des réflexes musculaires et des réflexes du périoste de la face. Comme il paraît, l'exagération de l'excitabilité réflexe dans ces cas n'envahit pas parfois tout de suite tout le corps, mais consécutivement se propage du haut en bas, passant dans la région des extrémités inférieures seulement dans le cours ultérieur de l'affection. L'absence des réflexes tendineux sur les extrémités supérieures s'observe très rarement. Souvent apparaît exagéré le réflexe scapulo-brachial de Bechtéreff-Steiner; il ne manque jamais; souvent à l'investigation de ce réflexe on note la propagation de la contraction sur la région du muscle deltoïde et du muscle biceps brachial, ce qui apparaît pathognomonique, peut-être, pour l'altération des voies pyramidales. L'exagération des réflexes patellaires et des réflexes

©BIUM

du tendon d'Achille se rencontre deux à trois fois plus souvent que leur abaissement ou leur affaiblissement; les réflexes des tendons d'Achille disparaissent avant que les réflexes patellaires, c'est-à-dire l'affaiblissement et la disparition des réflexes tendineux, se propagent dans la paralysie générale d'en bas en haut, contrairement à leur exagération. L'état des réflexes n'est pas constant dans diverses périodes de la paralysie générale. Dans plus de la moitié des cas de paralysie générale on constate l'inégalité de l'excitabilité réflexe sur la partie inférieure et supérieure du corps, l'exagération des réflexes tendineux sur les extrémités supérieures et l'état normal ou l'affaiblissement et la disparition des réflexes sur les extrémités inférieures ou du moins la prédominance de l'exagération des réflexes sur les extrémités supérieures; plus rarement se rencontre l'inégalité de la force des réflexes sur la moitié gauche et droite du corps. La prédominance de l'exagération de l'excitabilité réflexe dans la partie supérieure du corps, observée déjà dans la période initiale de la paralysie générale, se rencontre très rarement dans d'autres affections mentales, ce qui présente une certaine signification pour le diagnostic différentiel.

XI. — *Contribution à la connaissance des soi-disant kystes du cervelet*; par le Dr B.-M. Verziloff (numéro de septembre-octobre). — Chez une malade de vingt-quatre ans il y y avait de très fortes céphalées, des vomissements, des pupilles rétrécies; tous ces phénomènes prouvaient l'existence d'une tumeur cérébrale; les vertiges, la démarche chancelante de type cérébelleux, les mouvements impulsifs, tous ces symptômes donnaient le droit de parler d'une tumeur du cervelet (de son lobe droit, puisque la malade, en marchant, tombait du côté droit). A l'autopsie furent trouvé un kyste de l'hémisphère droite du cervelet et une cavité dans la région cervicale de la moelle épinière (du côté droit) dans la corne postérieure. Les parois du kyste du cervelet et de la cavité dans la moelle épinière, à l'investigation microscopique, présentaient la même construction; le développement des vaisseaux et des cellules glieuses (en forme, par place, de petits nœuds) donnait le tableau d'un gliome. C'est pourquoi l'auteur présume que dans la base de tels kystes cérébelleux se trouvent des anomalies dans le développement de la glie; ici il y a une ressemblance avec la syringomyélie. Le kyste dans le cas donné ressemble à une cavité syringomyélique.

©BIUM

XII. — *Méthode de l'électro-hypnotisation en liaison avec la question sur la technique de l'hypnose*; par les Drs S. E. Mikhaïloff et A. L. Goréloff (numéro de novembre-décembre).

XIII. — *Sur les injections subdurales*; par le Dr N. J. Afanacieff (numéro de novembre-décembre). — Dans les injections subdurales de l'iode et des autres substances, possédant des qualités excitantes, ces substances doivent être appliquées après une solution considérable; les plus précieuses par leurs qualités thérapeutiques, et aussi en rapport avec la réaction consécutive, apparaissent les préparations du sulfate de magnésie, du sublimé et des métaux colloïdes. L'auteur porte l'attention sur ce point, que les injections subdurales réclament de certaines précautions, vu leur période réactive, pénible en somme. Des modifications, survenant dans le système nerveux central, l'auteur indique la modification cytologique du liquide céphalo-rachidien.

XIV. — *Dyspepsies psychogènes et leur base physiologique*; par Mme A. Dyléva (numéro de novembre-décembre.) — L'auteur constate que les émotions psychiques, les secousses morales, etc., ont une influence inhibitoire sur la sécrétion gastrique, provoquant des phénomènes de dyspepsie; à ces phénomènes peuvent s'associer de l'atonie et de la dilatation de l'estomac.

ELISE SOUKHANOFF.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale; par le Dr Charles Blondel. 1 vol. in 8°. Paris, F. Alcan, éd., 1914.

L'ouvrage débute par une série d'observations, très détaillées et abondamment commentées, de délires systématisés non démentiels, où dominent les idées de dépersonnalisation et de transformation du monde extérieur (idées d'hypocondrie, de négation, d'influence, de persécution, de dédoublement...), greffées sur un fond d'émotivité plus ou moins anxieuse. C'est sur cette base clinique que Blondel édifie une nouvelle théorie de la conscience morbide.

Il nous met en garde d'abord sur la formule discursive du concept pathologique. Les capacités de souplesse et d'approximation du langage lui permettent, en effet, de masquer sous une apparence normale la morbidité de la pensée et, d'autre part, l'inintelligibilité flagrante ou discrète de l'expression rend plus malaisée l'analyse de l'idée délirante, dont la complexité est encore un obstacle à sa compréhension. En l'absence même de propos nettement paralogiques, l'intensité des réactions affectivo-motrices peut suffire à nous faire diagnostiquer l'équivalent d'un délire. Il faut donc savoir, en premier lieu, interpréter le langage de son malade, mais les images et les métaphores qu'emploie celui-ci ne doivent pas être identifiées à celles dont nous nous servons normalement; la théorie cénesthésique fondée sur ce parallélisme hypothétique est, en fait, inapte à expliquer la nature particulière des lamentations imagées de certains délirants.

Les délires systématisés, quels qu'ils soient, une fois créés, obéissent dans leur développement discursif à des lois mentales analogues, sinon identiques à celles qui régissent celui de la pensée normale, et l'absurdité qui nous choque peut demeurer en harmonie avec le concept primitif du délire et n'être signe ni d'affaiblissement intellectuel ni même de débilité mentale.

©BIUM

Aussi Blondel s'attache-t-il d'abord à démontrer chez ses malades l'absence clinique de tout élément démentiel, malgré l'absurdité ou le polymorphisme du délire; il se préoccupe ensuite de son interprétation. Il faudrait, en effet, distinguer l'activité mentale et l'activité intellectuelle; celle-ci est perturbée, déséquilibrée, de façon évidente, touchée par des tares héréditaires et personnelles, mais celle-là peut, malgré tout, demeurer intacte.

Chez ces malades, le dynamisme psychique dont procèdent leurs réactions intellectuelles est intact et les troubles morbides tiennent non pas à la dégradation de l'énergie mentale, mais seulement à la manière dont elle est mise en œuvre. Etudiant, en effet, leurs idées de négation ou de transformation organiques ou morales, l'on arrive à cette conclusion que plus les sujets affirment leur dépersonnalisation psychique et nient l'existence de leur sensibilité morale, plus, au contraire, sont intenses et persistantes leurs manifestations affectives. « Si paradoxale, dit Blondel, que semble la constatation, on peut poser qu'en règle générale il n'est pas, cliniquement, de dépersonnalisation psychique et d'anesthésie morale sans anxiété concomitante, et cet antagonisme reste un problème pour le malade comme pour le psychopathologue. De même il n'est pas de dépersonnalisation corporelle, de transformation ou de négation organiques et d'insensibilité physique, sans persistance ou exagération paradoxale de la sensibilité à la douleur. »

La coexistence d'orientations délirantes différentes et contradictoires est de règle chez de tels malades, et leurs complexus délirants, en résumé, diffèrent doublement de la pensée normale; ils s'accommodent d'abord des contradictions les plus flagrantes et témoignent, en outre, d'une singulière complaisance à traduire leurs concepts en des termes ayant pour eux seuls le sens particulier qu'ils y attachent et qui, à nous, paraissent contraires, étranges, incohérents.

Les théories physiologiques tendant à expliquer les idées de négation, de transformation personnelle ou de déformation du milieu extérieur (toutes idées de dépersonnalisation) par des perturbations de la cénesthésie viscérale ou cérébrale résistent mal à une critique serrée. D'ailleurs d'autres idées, de grossesse, de persécution, de grandeur, viennent se mêler intimement aux idées de dépersonnalisation physique ou morale et qu'aucune théorie cénesthésique ne saurait expliquer. Force est donc de chercher ailleurs l'explication du thème délirant, qui se présente

©BIUM

marqué de deux traits essentiels : un défaut d'organisation logique (tout au moins à nos yeux), et un polymorphisme qui nous déconcerte pareillement. Et cependant la cohérence et l'unité des systématisations délirantes sont évidentes. Leur conception dérive d'une base affective d'où s'élancent en poussées plus ou moins vigoureuses des formations délirantes explicatives dont les unes avortent, dont les autres se développent jusqu'à l'épanouissement complet et dont certaines peuvent se contredire malgré leur commun point de départ, la recherche naturelle des causes d'une affectivité morbide. Mais ce n'est jusqu'ici que reculer le problème sans le résoudre en fait, car notre expérience affective ne nous permet pas encore de comprendre cette affectivité morbide, riche de tant de conséquences paradoxales.

Poursuivant maintenant la pensée morbide à travers ses souvenirs, ses concepts et ses jugements, Blondel en conclut que la conscience morbide a perdu le sens de l'utilisation spontanée et précise des cadres plus ou moins rigides dans lesquels nous enfermons les fragments de notre expérience : d'où une certaine confusion entre le présent et le passé, la perte plus ou moins complète de la notion du temps écoulé, l'identification de la pensée et de son objectivation verbale avec des apparences et une traduction hallucinatoires, l'univoque compréhension des différents sens d'un même terme pris au propre ou au figuré et rendant certaines expressions délirantes inintelligibles pour nous, etc.

Mais si l'on doit reconnaître, en définitive, que les caractères des réactions motrices, affectivo-motrices et intellectuelles de tels malades conduisent à admettre pour la conscience morbide une sorte de noyau affectif, il reste à expliquer la nature de cette anxiété pathologique qui ne peut se ramener, dans son fonds comme dans sa forme, à l'anxiété normale ou se comprendre à l'aide de notre seule expérience affective. De sa longue analyse, il en résulte pour Blondel que la conscience morbide présente des caractères qui lui sont absolument personnels, qu'elle constitue une réalité psychologique originale et irréductible à celle dont nous avons l'expérience, partant inintelligible pour notre logique normale.

L'étude de la conscience normale montre que la pensée subit la contrainte du langage, que l'émotion se laisse influencer par une réglementation affectivo-motrice collective et que la poussée exercée par la masse sociale sur l'individu est telle que l'éli-

©BIUM

mination de tout élément individuel est devenue la réaction immédiate, spontanée et naturelle de l'activité consciente. Dès lors, les réactions affectives, motrices, intellectuelles de certains aliénés, leur étant entièrement personnelles, nous apparaissent constamment inadéquates aux nôtres ; le dérèglement morbide étant de sa nature tout individuel, ses réactions restent incomprises de tous, aussi bien des normaux que des divers malades dont le délire offre une commune traduction discursive.

L'individualisation de chacun d'entre nous tient à notre cénesthésie ; notre vie organique et mentale n'est en effet perçue, d'une manière subconsciente, que par nous seuls et la masse homogène de nos impressions organiques constitue un psychologique pur, propre à chaque individu normal ou pathologique. Fondement essentiel du psychologique pur, la cénesthésie jouera ainsi dans la conception de la conscience morbide un rôle capital.

Ce donc en quoi les délirants systématiques non déments de Blondel diffèrent essentiellement de nous est que la subconscience de leur moi interne est différente de la nôtre, formée de « composantes inaccoutumées, anormalement irréductibles ». La complexité de leur vie consciente égale celle de la vie normale, et son inintelligibilité est générale pour cette raison que la conscience morbide est le siège d'une modification globale qui porte sur toute son étendue.

Cependant le langage de ces délirants se rapproche du nôtre ; leurs réactions, les manifestations mêmes de leur délire nous sont souvent des plus compréhensibles et en tout cas se ressemblent étrangement entre elles. C'est qu'en effet la vie consciente socialisée réalise pour nous le type de la vie consciente individuelle et qu'à travers le bouleversement de la conscience morbide il subsiste un certain automatisme collectif, reliquat de la participation antérieure du malade à notre vie intellectuelle et sociale.

Pour étayer sa théorie, Blondel refait la synthèse clinique de ses malades et les montre présentant tous un cortège plus ou moins riche de troubles, étourdissements, vertiges, syncopes, étouffements, suffocations, malaises gastriques, battements et palpitations de cœur, crampes, fourmillements, qui révèlent un état de déséquilibre et de souffrance cénesthésique. Mais ces états cénesthésiques douloureux existent aussi chez le normal, à conscience socialisée, et leur apparition ne provoque point l'éclosion de troubles mentaux. Il y a donc chez ces

©BIUM

malades autre chose qu'un sentiment pénible de leur organisme interne, il y a l'irréductibilité de leurs représentations à celles qu'ils sont avec nous accoutumés d'avoir. Ils éprouvent en eux quelque chose de nouveau et d'original, quelque chose que n'a encore jamais senti leur conscience socialisée, qu'ils ne savent exprimer clairement par leur langage habituel et qui les pousse à user d'images incroyables, de métaphores extraordinaires et de termes équivoques ou incompréhensibles pour tous.

Le premier effet psychologique de l'irréductibilité conceptuelle des masses cénesthésiques se trouve donc être tout naturellement un état affectif quelconque antérieurement éprouvé. D'autre part, ce sentiment irréductible d'étrangeté et d'angoisse s'étend de plus en plus ; il s'étale sur tout le champ de la conscience morbide et enveloppe tous ses états de mystère et de gêne douloureuse, d'où cette inquiétude générale que l'on observe chez tous les délirants systématisés au début de leur affection et la traduction de ce sentiment en idées de dépersonnalisation, de transformation corporelle ou intellectuelle et d'étrangeté du monde extérieur. Les convictions délirantes et tous leurs comportements suivent, justificateurs de cette perturbation affective initiale. Le contenu de la conscience morbide s'efforce, en effet, de s'organiser et un dilemme se pose : « Ou cet effort le porte vers les cadres anciens qui ne peuvent plus lui convenir, et la conscience morbide s'immobilise, pour ainsi dire, dans le doute et l'anxiété, dans l'angoisse et le mystère. Ou cet effort aboutit à imaginer des cadres nouveaux pour une situation mentale nouvelle, et le seuil des délires est désormais franchi. »

Le délire conserve toujours quelque chose de l'anxiété primitive qui lui a donné naissance et ses matériaux seront fatalement empruntés à ceux de l'expérience acquise par la conscience socialisée, c'est-à-dire antérieure et normale, donnant ainsi à ses allégations une apparence conceptuelle et discursive pouvant laisser croire à un parallèle possible avec nos concepts et nos discours de normaux. Dès lors peuvent s'expliquer les diverses idées délirantes de ces malades, idées de négation, de possession, de persécution, etc., et même leurs contradictions, leur antagonisme et leur paradoxe affectifs.

L'intensité subjective devenant signe pour elle d'objectivité, ces malades accordent pratiquement la même importance à leurs rêves et à leurs hallucinations hypnagogiques qu'à leurs perceptions de l'état de veille, ce qui fait souvent prendre à

©BIUM

leur langage l'apparence de traduire des hallucinations qui n'existent pas.

Quant à la raison d'être de la morbidité de la conscience, elle se résoud finalement dans l'hérédité et la congénitalité, c'est-à-dire, si l'on nous permet d'employer une expression dont on a beaucoup médit après l'avoir beaucoup louée, dans la dégénérescence mentale de l'individu. « Les troubles de la mentalité morbide, écrit Blondel, ne sont pas la conséquence fortuite d'accidents survenus au cours d'une évolution individuelle par ailleurs normale. Les singularités diverses que la vie antérieure de nos malades a présentées, la lourdeur plus ou moins accablante de leurs antécédents héréditaires sont révélatrices, à cet égard, d'une anomalie congénitale, que nous saisissons, sans doute, non dans ses conditions physiologiques, à supposer qu'elles nous soient jamais connaissables, mais uniquement dans ses manifestations psychiques et collectives, et qui fait des psychopathes, au sein même du genre humain, une sorte de sous-genre, dont l'effort de la clinique est de distinguer les variétés. »

L'œuvre de Blondel est essentiellement personnelle et originale. Nous avons voulu l'exposer dans ses grandes lignes sans la charger d'aucuns commentaires; elle est à lire, lentement, et à méditer, longuement.

ROGER DUPOUY.

La guérison des verrues. De la magie médicale à la psychothérapie; par P. Saintyves. Paris, Emile Nourry, 1913.

Les verruqueux sont presque tous gens de la campagne, enclins aux superstitions et facilement accessibles à la suggestion. Ils écoutent le rebouteux et le sorcier plus encore que le médecin et usent volontiers, pour guérir les maux dont ils souffrent, de procédés plutôt bizarres et tenant fort peu de notre thérapeutique magistrale. C'est ainsi qu'ils font disparaître leurs verrues, non par des cautérisations ou des excisions, mais au moyen de transferts magiques par les corps, substances ou influences les plus divers : corps inertes tels que cailloux, sable, sel, grains, fruits ou sucs végétaux quelconques, pois, fèves, bryone, jus d'euphorbe ou de chélidoine..., animaux ou produits d'animaux, limaces, crapauds, poissons, lard, morceaux de viande, sécrétions ou excréments, etc.

©BIUM

M. Saintyves nous promène à travers les campagnes de France et d'Angleterre, nous exposant tous les curieux détails de ces transferts magiques, dont l'un au moins, cité par Laurent Joubert, Noël du Fail et J.-B. Thiers, peut quelquefois paraître déplaisant à celui dont l'intermédiaire est nécessaire : « Touchez la robe d'un que vous sachiez bien être cocu (c'est celui à qui l'on biscote sa femme) : en quelque endroit que vous le touchiez, sans qu'il s'en avise, vos verrues se perdront. »

Les conclusions de cette étude sont pour M. Saintyves formelles : les guérisons *incontestablement* obtenues par ces sorciers et magiciens de campagne sont dues à la suggestion ; et celle-ci a donné les mêmes résultats aux mains d'expérimentateurs médicaux, comme Gibert, Bonjour, Roussel, Farez. La suggestion n'a donc pas seulement une action fonctionnelle, mais une action organique, action indirecte, il est vrai, mais certaine et réelle ; et l'auteur conseille, comme exemple de cette action, de guérir les écrouelles par suggestion. Malgré tout, je reste sceptique et ne puis partager la foi de Bacon qui pensait pouvoir, par la seule putréfaction d'un morceau de lard mis en contact avec ces parties, faire tomber les cors, les loupes et autres excroissances de cette espèce, et même les crêtes et les éperons des coqs, les cornes des quadrupèdes, etc...

ROGER DUPOUY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HENRI AIMÉ. Quelques modes actuels de traitement des crises épileptiques et conjectures sur la théorie dialytique de leur mécanisme. 7 pages in-8°. Extrait du *Progrès médical*, numéro du 9 janvier 1914.

P. SAINTYVES. La guérison des verrues. De la magie médicale à la psychothérapie. Broch. in-8° de 86 pages, de la *Collection Science et Magie*. Paris, Emile Nourry, 1913.

HÉRISSON-LAPARRE. Psychoses intermittentes et insuffisance rénale. 123 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1913.

CHARLES L. DANA. Mental tests. 98 pages in-12. Extrait du *Medical Record*, de New-York, numéro du 4 janvier 1913.

CHARLES L. DANA et WILLIAM N. BERKELEY. The functions of the pineal gland. 48 pages in-12. Extrait du *Medical Record*, numéro du 10 mai 1913.

©BIUM

Die niederösterreichischen Landes-Heilanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder :

Jahresbericht 1910-1911. 1 vol. in-4° de 512 pages. Vienne, 1912.

Jahresbericht 1911-1912. 1 vol. in-4° de 493 pages. Vienne, 1912.

Charles Blondel. La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale. 1 vol. in-8° de 336 pages. Paris, Félix Alcan, 1914.

Andrea Cristiani. La capacitá civile nelle remissioni della paralisi generale progressiva. 9 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, 1914, fasc. 1.

Dominici, L. Marchand, Chéron et G. Petit. Essai de traitement des psychoses aiguës par le bromure de radium et par des sérums radio-actifs. 24 pages in-8°. Extrait de la *Revue de psychiatrie*, décembre 1913.

Cesare Agostini. Sopra due casi di tumori interessanti i lobi frontali (Osservazioni cliniche, anatomopatologiche e medico-legali). 23 pages in-8° avec figures. Extrait du *Volume giubilare in nore di L. Bianchi*. Catania, 1913.

Paul Sollier. L'hystérie et son traitement. 2e édition revue. 1 vol. in-16 de 298 pages de la *Collection médicale*. Paris, Félix Alcan, 1914.

Maurice Boigey. Introduction à la médecine des passions. 1 vol. in-16 de 280 pages. Paris, Félix Alcan, 1914.

Lucien Lagriffe. La limitation du nombre des débits de boissons comme facteur important de la lutte contre l'alcoolisme. 20 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier 1914.

P.-L. Ladame. Les Congrès internationaux de neurologie, psychiatrie et psychologie. 11 pages in-8°. Extrait de l'*Informateur des aliénistes et neurologistes*, décembre 1913.

V. Demole. La réaction de Moriz Weisz dans les maladies mentales. 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*. 30 janvier 1914.

One hundredth annual Report of the trustees of the Massachussetts general Hospital including the general Hospital in Boston, the Mc Lean Hospital and the convalescent Hospital in Waverley. 1913. 1 vol. in-8°. Cambridge, the University Press.

Victor Parant. Incompétence de l'autorité judiciaire dans l'internement des aliénés. 23 pages in-8°. Extrait de la *Revue politique et parlementaire*, février 1914.

Magnan et Fillassier. Les aliénés du département de la

©BIUM

Seine. Statistique du service central d'admission de 1867 à 1912 (asile Sainte-Anne). 19 pages in-8°. Extrait de l'*Institut international de statistique*, septembre 1913.

Rémond (de Metz). Les synergies cellulaires. Leçon d'ouverture de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. 40 pages in-8°. Extrait du *Mouvement médical à l'Université de Toulouse*, numéro du 12 janvier 1914.

A. Cullerre. Les enfants nerveux. Education, prophylaxie. 1 vol. in-12 de 335 pages. Paris, Payot et C^ie^. 1914.

E. Masoin. Etude sur l'hérédité. 12 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, séance du 28 février 1914.

L. De Block. Du délire alcoolique aigu. 23 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de la Belgique*, février 1914.

Protestant hospital for the insane, Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year, 1913. 54 pages in-8° avec planches. Montréal, 1914.

Mary Lawson Neff. The minimizing of insanity. 8 pages in-8°. Extrait de *The Journal of the medical Association*, 23 août 1913.

Georges Paul-Boncour. Les principes de la défense sociale contre le crime et la notion d'inadaptabilité. 16 pages in-8°. Extrait de la *Revue anthropologique*, mars 1914.

Société génevoise de patronage des aliénés. Huitième assemblée générale du 14 avril 1913. 36 pages in-8°. Genève, 1913.

Spencer L. Dawes. Report on the alien insane in the civil hospitals. 123 pages in-8°. Albany, 1914.

Thirty-sixth annual report of the trustees of the Danvers state Hospital at Danvers, Mass., for the year ending november 30, 1913. 87 pages in-8°. Boston, 1914.

J. Montgomery Mosher. Albany Hospital. Eleventh report of Pavillo F. Department for mental disease, for the year ending september 30, 1913. 14 pages in-8°. Extrait d'*Albany medical Annals*, novembre 1913.

Julius Donath. Sodobrol in der Behandlung der Epilepsie. 10 pages in-8°. Extrait de la *Wiener Klinischen Wochenschrift*, 1914, n° 8.

Gaetano Boschi. E possibile una canizie emotiva subitanea? Studio clinico. 10 pages in-8° avec planches. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1913.

— Papirofagia familiare. Memoria clinica. 7 pages in-8°. Extrait des *Atti dell' Academia delle scienze mediche e naturali in Ferrara*, juin 1913.

H. Bernheim. L'aphasie. Conception psychologique et clinique. 150 pages in-18. Paris, Octave Doin et fils, 1914.

©BIUM

Paul Rebierre. Le timide délinquant. Préface du professeur Gilbert Ballet. 155 pages in-18. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1914.

Ernst Jetnsch. Julius Robert Mayer. Seine Krankheitsgeschichte und die Geschichte seiner Entdeckung. 135 pages in-8°. Berlin, Julius Springer, 1914.

Henri-F. Secrétan. La population et les mœurs. 1 vol. in-12. Paris, Payot et C^ie^, 1913.

Richard Dewey. Forty years' evolution in construction and administration of state hospitals in the Middle West. 8 pages in-8°. Extrait de l'*Illinois medical Journal*, mars 1914.

The Society of the New-York hospital. Annual report for the year 1913. 108 pages in-8°, s. l. n. d.

Armand Laurent. Les arriérés scolaires d'après un ouvrage récent. 16 pages in-8°. Extrait de *L'Enfance anormale*, décembre 1913 et janvier 1914.

— Discours prononcé à la cinquième assemblée générale annuelle de la Société des amis de l'enfance pour le développement des enfants arriérés, du 1^er^ mars 1914. 8 pages in-8°. Extrait de *L'Enfance anormale*, mars 1914.

Alberto Salmon. Le problème du sommeil. 46 pages in-8°. Extrait de l'*Encéphale*, s. d.

J. Maxwell. Le concept social du crime, son évolution. 1 vol. in-8° de 456 pages de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1914.

Joh. Bresler. Heil-und Pflegeanstalten für Psychischkranke im Wort und Bild. Ersten Band. 1 vol. in-folio de 372 pages avec planches. Halle a. S., Carl Marhold, 1914.

Au professeur L. Régis, ses collègues, ses amis, ses élèves, 14 décembre 1913. 70 pages in-8° avec planches. Bordeaux, imprimerie A. Destout aîné, 1914.

José Ingenieros. Principes de psychologie biologique. Traduit de l'espagnol par R. Delpeuch. 1 vol. in-8° de 395 pages de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1914.

A. Lacassagne et Edmond Locard. Alphonse Bertillon. L'homme, le savant, la pensée philosophique, l'œuvre. 28 pages in-8° avec portrait. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, numéro du 15 mars 1914.

Reports of the trustees and superintendent of the Butler Hospital presented to the Corporation at its seventieth annual meeting, january, 28, 1914, Providence, N. I. 64 pages in-8° avec planches, 1914.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de février 1914 : M. le Dr Aubry, médecin en chef de l'asile de Saint-Lô (Manche), est promu à la 3e classe de son grade (6.000 fr.);

M. le Dr Trénel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la 1re classe de son grade (8.000 fr.);

MM. les Drs Dupain, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, et Bonnet, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 fr.);

— *Arrêtés de mars* 1914 : M. le Dr Alaize, médecin adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé médecin adjoint de l'asile de Marseille;

M. le Dr Mahon, directeur-médecin de l'asile de Mont-de-Marsan (Landes), est promu à la 2e classe de son grade (7.000 fr.);

M. le Dr Burle, médecin adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin adjoint de l'asile de Bassens (Savoie);

M. le Dr Condomine, médecin adjoint de l'asile de Bassens, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bron (Rhône).

M. Cacaud, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est promu à la 2e classe de son grade (7.000 fr.).

— *Arrêtés d'avril* 1914 : MM. les Drs Gassiot, médecin adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), et Prince, médecin adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), sont promus à la 2e classe de leur grade (3.500 fr.);

M. le Dr Cornu, directeur-médecin de l'asile de Vauclaire (Dordogne), est nommé médecin en chef de l'asile de Bassens;

MM. les Drs Nouet, médecin adjoint de l'asile de Quimper, et Calmettes, médecin adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.500 fr.);

M. le Dr Terrien est nommé médecin adjoint du quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes (Loire-Inférieure).

— M. le Dr Fillassier, chef des travaux statistiques de la Ville de Paris, membre de la Société médico-psychologique, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

©BIUM

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Vœux des conseils généraux. — Plusieurs conseils généraux ont émis, dans la session de mai, des vœux pour combattre l'extension de l'alcoolisme. Nous reproduisons ceux qui sont parvenus à notre connaissance.

EURE. — Le Conseil général de l'Eure, sur la proposition du préfet, a discuté et adopté un projet d'arrêté pris par le préfet tendant à la limitation des débits de boissons dans le département.

CÔTE-D'OR. — Le Conseil général de la Côte-d'Or a donné un avis favorable aux propositions du préfet concernant la limitation des débits de boissons.

GARD. — Le Conseil général a voté, à l'unanimité moins une voix, un vœu invitant le gouvernement à interdire formellement la vente et la fabrication de l'absinthe.

ISÈRE. — Le Conseil général a adopté une motion de M. Léon Perrier, député, invitant le Parlement à supprimer les zones d'interdiction pour l'ouverture des débits de boisson s zones qui créent des difficultés sérieuses aux débitants aux prises avec des propriétaires rapaces. Il propose de remplacer ce système par la fixation du nombre des débits, d'après le chiffre de la population de la commune. M. Brenier, député socialiste, s'était opposé au vote de la motion.

En Afrique occidentale. — On lit dans *Le Temps* (numéro du samedi 6 juin 1914) :

Poursuivant sa campagne contre l'alcoolisme, M. Ponty, gouverneur général, a pris le 16 mai un arrêté interdisant, à compter du 1er juillet 1914, la vente de l'absinthe aux indigènes du territoire militaire du Niger.

Le même arrêté interdit également de rémunérer, en tout ou en partie, avec de l'absinthe, les indigènes et, d'une façon générale, de leur en distribuer des cadeaux.

LE MAL DE LA ROSE (1).

La pellagre, qu'on continue d'appeler encore dans certains pays du nom si joliment poétique de mal de la rose, sans doute parce qu'au début elle se signale par des taches rosées qui apparaissent sur le visage, autour du cou, sur le dos des mains et des pieds, fait en ce moment d'inquiétants ravages dans les régions du sud des Etats-Unis.

Un savant français, le Dr Louis Sambon, professeur à

(1) Extrait du *Temps*, numéro du jeudi 4 juin 1914.

©BIUM

l'Ecole de médecine tropicale de Londres, l'a rencontrée partout, dans l'Ancien comme dans le Nouveau-Monde, en Asie, en Afrique, dans les deux Amériques et dans presque toute l'Europe.

Chargé de plusieurs missions par l'Office colonial et l'École de médecine tropicale de Londres, il vient de rentrer d'Amérique, où il s'était rendu pour étudier la pellagre dans la Caroline du Sud, qui renferme plus de 100.000 pellagreux. Les observations qu'il y a faites sont du plus haut intérêt. Mais avant de déposer son rapport officiel, le Dr Sambon a tenu à mettre au courant de ses recherches les savants de l'Institut Pasteur. Le Dr Roux, vivement intéressé par les travaux du savant bactériologiste et par la nouvelle théorie qu'il a imaginée sur le mécanisme de la propagation de la pellagre, lui a demandé de faire vers la fin de juin une conférence pour les savants de l'Institut Pasteur.

En Europe, on ne connaissait le mal de la rose qu'en Italie, en Roumanie et en Espagne, pays où il est connu depuis Pline, qui lui avait donné le nom de *mentagra*. De son temps, les pays frappés étaient l'Illyrie, la Thrace, l'Italie, la Gaule, l'Égypte et l'Espagne. Ces foyers se sont perpétués à travers les âges ; mais la pellagre, ainsi que l'a appelée un médecin italien, Frappoli, au XVIIIe siècle, le mal de la rose des Espagnols, le mal *rosso* des Vénitiens, s'est étendue.

Le Dr Sambon est convaincu que la pellagre, maladie parasitaire ou microbienne, est inoculée par des insectes. La pellagre ferait partie de la grande famille des maladies transmises par les piqûres de certains insectes, comme le paludisme, la fièvre jaune ou la maladie du sommeil.

Un médecin français, le Dr Hameau, qui vécut à La Teste, petit village de pêcheurs situé près d'Arcachon, avait entrevu cette théorie en 1813. Il croyait que la pellagre, qui sévissait à ce moment-là dans les Landes et dans les Pyrénées, était une maladie infectieuse ayant un insecte pour véhicule.

Les observations du Dr Sambon confirment cette idée. La pellagre ne s'observe que dans les campagnes. On n'en a jamais constaté dans les villes. La répartition géographique semble être l'inverse de celle du paludisme. Les foyers sont localisés le long des cours d'eau rapides. Enfin les épidémies éclatent surtout au printemps et à l'automne, lorsque la gent ailée des moucherons et des moustiques est en pleine floraison.

Partout où il y a des cas de pellagre, le Dr Sambon a enregistré la présence de ces petits moucherons piquants qu'on appelle des simulis, sauf dans l'île de la Barbade. Mais là encore il retrouva des moucherons appartenant à la famille des cératopogones ou des chironomidés, proches voisins des simu-

©BIUM

lidés. Ce sont ces moucherons qui constituent presque sûrement les vecteurs de la pellagre. Les preuves apportées par le savant sont nombreuses et convaincantes. Et c'est là un fait capital.

La nature microbienne ou parasitaire de la pellagre a été démontrée dernièrement par un médecin de la Nouvelle-Orléans, le Dr Harris. Ce dernier a pu inoculer le mal de la rose à des singes en leur injectant un filtrat de peau, de cervelle ou de tissus provenant d'un pellagreux décédé.

« A l'heure actuelle, nous dit le Dr Sambon, on ne connaît malheureusement pas de remède spécifique de la pellagre. Les substances arsénicales ont une certaine action, mais elle n'est pas constante. Le mal est cependant grave. En Roumanie, où, il y a vingt ans, on ne croyait pas qu'il y eût plus de 50.000 pellagreux, on affirme aujourd'hui que leur nombre atteint 500.000.

« En Italie, il y en a plus de 100.000, et des villages entiers échappent aux statistiques. J'ai trouvé en Ombrie un village de 4.000 habitants dont les trois quarts étaient atteints de pellagre, omis par les statistiques officielles. En Vénétie, on trouve des pellagreux sur les côtes de la lagune et dans l'île de Burano, seulement parmi les hommes qui vont travailler dans les terres, tandis que les pêcheurs et les femmes sont presque indemnes. Les pellagreux pullulent également en Espagne, et il y en a en Belgique, en Angleterre, dans l'Allemagne du Sud. La France, entourée de pays où la pellagre est endémique, ne pouvait rester indemne. J'en ai vu de nombreux cas dans le Sud-Ouest.

« En acceptant l'aimable invitation du Dr Roux de faire une conférence à l'Institut Pasteur à la fin de juin, conclut le Dr Sambon, j'ai voulu simplement donner l'éveil. La menace de la pellagre est méconnue actuellement, comme on méconnaissait, il n'y a point très longtemps, le péril de la lèpre. Des horizons nouveaux sont d'autre part ouverts sur l'origine de certains cas de folie. N'est-il point extraordinaire, en effet, que la démence provoquée par la pellagre ait pour première cause la piqûre d'un moucheron ? »

A propos de cet article, *Le Temps* a publié, dans son numéro du dimanche 14 juin 1914, la lettre suivante qu'il nous paraît intéressant de reproduire :

« L'intéressant article sur « le Mal de la rose », paru dans vos colonnes, attire très justement l'attention sur les belles recherches que le Dr L. W. Sambon, professeur à l'Ecole de médecine tropicale de Londres, consacre, depuis quelques années, à l'étude de la pellagre. Sans avoir encore élucidé d'une façon définitive la nature et le mode de transmission de cette maladie redoutable, le Dr Sambon a mis du moins hors

©BIUM

de doute que celle-ci n'a rien à voir avec la consommation du maïs, contrairement à l'opinion communément acceptée.

« Les médecins italiens restent fidèles à cette théorie, qui est née chez eux, et qui a compté d'ardents défenseurs, notamment C. Lombroso. J'assistais, en septembre 1912, au Congrès pellagrologique italien, qui se réunit tous les cinq ans et se tenait alors à Bergame ; tous furent d'accord pour repousser l'opinion de Sambon. Il n'en est pas moins vrai que celle-ci va finir par s'imposer, car il est désormais établi, et par Sambon lui-même, que la pellagre authentique est très répandue dans beaucoup de pays où le maïs n'entre pas pour la moindre part dans l'alimentation.

« Vu l'absence de maïs, on la confond alors généralement avec l'eczéma ou divers érythèmes, quant à ses manifestations cutanées ; avec l'entérite, la myélite ou l'aliénation mentale, quant à ses autres symptômes. Ces interprétations ne sont plus admissibles dorénavant : il importe d'ouvrir les yeux et de reconnaître la vraie pellagre là où elle est, c'est-à-dire dans beaucoup de contrées où le maïs n'est ni cultivé ni mangé.

« Connaissant la pellagre pour l'avoir observée en Roumanie, en Serbie et en Italie, je puis confirmer son existence actuelle en Angleterre, où Sambon en a découvert de nombreux cas. Il l'a retrouvée aussi dans notre département des Landes, où elle sévissait autrefois et où elle sévit toujours, bien qu'actuellement méconnue.

« La maladie est particulièrement grave ; les faits récemment mis en lumière par le savant professeur de Londres ne peuvent donc pas rester sans écho ; chez nous, comme en d'autres pays, la question de la pellagre se pose, et il importe de faire, à son sujet, une large et sérieuse enquête. Il ne s'agit pas de préciser de nouveau les caractères cliniques de l'affection, bien qu'actuellement on les méconnaisse ; il s'agit d'élucider une importante question de parasitologie et d'épidémiologie, dans laquelle l'histoire naturelle dira probablement le mot décisif, par la découverte de l'animal inoculateur, insecte ou acarien.

« C'est presque toujours vers ces animaux malfaisants que viennent finalement converger les grands problèmes modernes de la pathologie des infections : l'animal piqueur, suceur de sang, est vraiment l'être le plus redoutable de la création, non par sa piqûre elle-même, mais par les germes infectieux, singulièrement variés, qu'elle inocule. Chaque jour, pour ainsi dire, la parasitologie conquiert une nouvelle partie du domaine médical ; chaque jour, elle s'affirme comme le flambeau qui va dissiper les dernières ténèbres.

« La question de la pellagre, telle qu'elle résulte des

©BIUM

recherches de Sambon, n'est pas inconnue des élèves de la Faculté de Paris. Non seulement je l'expose chaque année dans nos cours, mais j'ai eu même, à deux reprises, la satisfaction de la laisser exposer par mon excellent ami, le Dr Sambon. La dernière fois, c'était le lundi 8 février 1914 : il était, depuis peu, revenu d'Amérique, où l'avait envoyé la Société royale de Londres. Il rapportait des documents sans nombre, dont il consentit à faire part aux très nombreux auditeurs qui se pressaient dans mon amphithéâtre. Pendant une heure presque entière, il exposa la question de la pellagre avec une grande élégance de langage, avec une lucidité et une maîtrise qui lui valurent les plus chaleureux applaudissements.

« En remerciant mon savant ami de sa brillante conférence, faite au pied levé, et d'autant plus intéressante, j'insistais sur l'importance du problème épidémiologique et parasitologique soulevé par lui. Je concluais à la nécessité de reprendre l'étude de la pellagre et de la soumettre à une enquête méthodique. Je m'en tiens à cette conclusion : la question est posée maintenant devant l'opinion ; espérons que les pouvoirs publics ne s'en désintéresseront pas.

« Veuillez agréer, etc.

« R. Blanchard,
Professeur à la Faculté de Médecine,
membre de l'Académie de Médecine ».

TRIBUNAUX

Acquittement d'un jeune assassin. — On télégraphie de Grenoble au *Temps* (numéro du vendredi 25 mai 1914) :

La Cour d'assises de l'Isère a acquitté, comme ayant agi sans discernement, le jeune Jules Chambaud, né à Châtillon-Saint-Jean (Drôme), le 2 mars 1896, qui, il y a cinq mois, assassina, pour le voler, un ouvrier tailleur, le nain Amori, âgé de vingt-huit ans. Ce dernier, qui avait voyagé avec les géants Hugo, vivait depuis quelque temps avec ses parents à Voreppe. Assailli sur les digues de l'Isère, à proximité de cette localité, il fut assommé et étranglé par le journalier Chambaud, à qui le crime rapporta 2 francs et deux montres en nickel. Le Dr Castin, médecin aliéniste, a conclu à une responsabilité légèrement atténuée par l'abus de l'absinthe.

Me Charbonnier, du barreau de Grenoble, utilisa cette déclaration pour plaider l'irresponsabilité complète de son client. Chambaud a bénéficié d'un verdict d'acquittement. Il sera envoyé dans une maison de correction jusqu'à sa majorité.

Condamnation d'un détracteur du « 606 ». — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 10 juin 1914) :

©BIUM

Notre correspondant de Berlin nous télégraphie que la question de l'efficacité du remède contre l'avarie, trouvé par le chevalier Ehrlich, vient d'être remise en question à l'occasion d'un procès au rédacteur d'une revue hebdomadaire de Francfort, M. Wassmann. M. Wassmann avait reproché au Conseil municipal de Francfort et à deux médecins de cette ville d'avoir introduit dans les hôpitaux l'usage du « 606 », quoique la nocuité de ce produit fût patente. Il accusa des médecins de faire à des femmes sans défense des injections de ce remède. M. Wassmann a été déféré à la justice. Il vient d'être condamné à un an de prison.

Les dépositions des témoins, au cours de ce procès sensationnel, ont révélé des faits qui produisent dans l'opinion publique une assez vive émotion. Le chevalier Ehrlich avait assuré, lors de sa découverte, que le « 606 » ne serait point pour lui une affaire et que son remède serait vendu au prix coûtant aux hôpitaux et aux malades indigents. M. Kanngieser, maître de conférences à l'Université de Neufchâtel, rapporte que le kilogramme de « 606 », d'un prix de revient de 8 marks, est vendu 10.000 marks. Le Dr Notthafft, de Munich, qui est un des partisans ardents du procédé Ehrlich, a protesté contre la cherté de ce remède. Le Dr Altman, appelé comme témoin, convient du fait que des femmes traitées par le « 606 » ont dû être internées dans des asiles d'aliénés.

Le Dr Drew, attaché au bureau sanitaire de la préfecture de police de Berlin, affirme avoir observé à Berlin seize cas de gangrène des os à la suite d'un traitement au « 606 ». D'après lui, 87 personnes sont mortes à Berlin, après des injections de salvarsan. « Dans chacun de ces cas, dit-il, il était facile de reconnaître les symptômes d'un empoisonnement dû à l'arsenic. » Un médecin de Strasbourg, M. Menzberger, déclare avoir constaté lui-même 135 décès à la suite de l'emploi du salvarsan.

Conseil d'Etat. — A propos de l'ogresse de la Goutte-d'Or. — Le Conseil d'Etat a été appelé à statuer sur une question litigieuse de domicile de secours d'une aliénée.

Il s'agissait de la femme Jeanne Weber, que l'on surnomma l' « ogresse de la Goutte d'Or », et qui fut convaincue d'avoir étouffé plusieurs enfants. Reconnue aliénée et irresponsable, elle fut, par arrêté du préfet de la Meuse, internée à l'asile de Fains.

Or, le préfet de la Meuse, estimant qu'à la date de son internement, Jeanne Weber avait son domicile de secours à Paris, où son mari était domicilié, réclama au préfet de la Seine le remboursement des frais de traitement.

Le préfet de la Seine refusa, et c'est sur ce différend que le Conseil d'Etat a eu à statuer.

©BIUM

La loi du 15 juillet 1893 a posé le principe de l'unité de domicile de secours des époux, et elle a décidé que c'est la situation du mari, chef de la communauté, qui détermine le domicile de secours.

Si le mari déserte le domicile conjugal, la femme, restée au foyer, n'en conserve pas moins le domicile de secours, et le Conseil d'Etat a décidé qu'après cette séparation, résultant du fait du mari, la femme ne suit plus le sort de ce dernier.

Mais il en est tout autrement lorsque c'est la femme qui, sans être divorcée ou judiciairement séparée de corps, abandonne le domicile conjugal. Dans ce cas, c'est le mari qui continue à déterminer le domicile de secours du ménage.

Or, dans l'espèce, la femme Weber avait abandonné son mari en 1905, et depuis cette époque, jusqu'au jour de son internement, elle avait résidé dans plusieurs départements.

Mais son domicile de secours n'en restait pas moins dans le département de la Seine, où son mari était domicilié.

Le Conseil d'Etat, conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Helbronner, a donc jugé que les frais d'internement étaient à la charge du département de la Seine.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIUM

Arrestation d'une bande de marchands de cocaïne et de morphine. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du jeudi 18 juin 1914) :

Le commissaire de police du quartier Saint-Georges a envoyé, hier, au Dépôt, une bande d'individus qui se livrent habituellement au trafic des stupéfiants. Ce sont : Daniel Gay, âgé de vingt-deux ans, soldat au 27e régiment d'infanterie, demeurant 42, rue Véron; Mallosena, âgé de trente ans, garçon de café, et Raymond Delser, âgé de vingt et un ans, employé de commerce, demeurant tous deux à Saint-Maur; Ernest Brignel, âgé de dix-neuf ans, garçon de café, demeurant 46, boulevard de Clichy; Marie Coat, âgée de vingt et un ans, et Anna Renillou, couturière, demeurant à Saint-Maur.

Le soldat Gay a été arrêté place Clichy et ses complices au cours d'une enquête qui a suivi cette arrestation.

L'on a trouvé sur ces individus, récidivistes du délit, 150 paquets de sels de cocaïne et de morphine.

Germaine Bateault, autre membre de cette bande, demeurant rue Victor-Massé, qui avait abusé de ces drogues, a dû être envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Devant les tribunaux. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 5 juin 1904) :

©BIUM

Récemment condamnées, par le Tribunal correctionnel de Brest, chacune à un mois de prison avec sursis et 200 francs d'amende pour avoir tenu une fumerie clandestine d'opium, deux demi-mondaines, M^lles^ Louise Laborde et Emilie Pérès, avaient fait appel. La Cour de Rennes vient de confirmer le jugement de 1^re^ instance, mais en leur retirant le bénéfice du sursis.

Un pharmacien de Brest, M. Poncerat, condamné à deux mois de prison pour vente de la funeste drogue, s'est également vu retirer le bénéfice de la loi Bérenger, qu'il avait obtenu des premiers juges.

Enfin, la femme Brébant, qui servait d'intermédiaire entre M. Poncerat et ses clientes, et qui avait été condamnée par le Tribunal correctionnel à quarante jours de prison avec sursis, s'est vu infliger par la Cour deux mois de prison sans sursis et 2.000 francs d'amende.

FAITS DIVERS

Crime de la superstition. — On télégraphie de Madrid au *Temps* (numéro du vendredi 10 juin 1914) :

Un horrible crime vient d'être commis à Salamanque, sous l'empire de la superstition religieuse. La femme Sanchez, croyant que son mari et ses trois enfants étaient possédés d'un démon, fit part à son confesseur de son intention de les tuer pour les offrir au Seigneur. Le prêtre, croyant avoir affaire à une folle, n'attacha pas d'importance à ces propos. Hier, en l'absence de son mari, la femme Sanchez égorgea ses trois enfants. Puis, effrayée de son crime, elle se jeta dans un puits.

Vingt-cinq passagers blessés par un aliéné à bord d'un steamer. — On télégraphie de Punta-Delgada au *Petit Journal* (numéro du dimanche 14 juin 1914) :

Ce matin, à 9 h. 30, un sujet italien, passager de troisième classe à bord du steamer *Canopic*, pris soudainement de folie, a blessé avec un couteau vingt-cinq passagers, dont cinq grièvement.

La scène s'est déroulée avant l'entrée du *Canopic* dans le port de Punta-Delgada.

Arrestation d'une aliénée dangereuse à l'aide de pistolets asphyxiants. — M^me^ Maignan, dessinatrice pour journaux de mode, atteinte d'une crise de folie subite, restait depuis trois jours barricadée dans la chambre qu'elle occupe, 53, avenue de Neuilly, à Neuilly. Des voisins ayant voulu s'informer de sa santé furent reçus par des menaces. Deux inspecteurs de la Sûreté et un serrurier, requis par le commissaire de police de Neuilly, se rendirent hier chez la démente. Comme celle-ci ne

©BIUM

répondait à leur appel que par des vociférations, le serrurier se mit en devoir de forcer la porte. Soudain une détonation retentit et une balle vint s'aplatir contre le mur. On avisa la Préfecture de police, et hier soir, vers cinq heures, M. Kling, directeur du laboratoire municipal, arrivait sur les lieux avec deux brigadiers munis de casques respiratoires et revêtu de cuirasses. M. Kling fit pratiquer dans la porte, à l'aide de vilebrequins, deux trous où l'on introduisit les canons de deux gros pistolets, chargés de cartouches de chasse contenant une substance asphyxiante dont nous avons déjà parlé et qui est due à l'invention du directeur du laboratoire municipal. L'effet ne se fit pas attendre. La malheureuse folle, qui était presque nue, s'affaissa sur le parquet de la chambre à demi asphyxiée. Sa porte fut ouverte et on la transporta à l'infirmerie spéciale du Dépôt. M^me^ Maignan n'avait pas tardé à reprendre ses sens. (*Le Temps*, numéro du jeudi 19 juin 1914.)

XXIV^e^ Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de la langue française.

Luxembourg, 3-6 *août* 1914.

Programme des travaux et excursions.

Lundi 3 aout. — *A 9 h. 1/2 du matin.* — Séance solennelle d'ouverture au Cercle de la Municipalité.

Après-midi. — Rapport et discussion sur la première question : *Les Psychoses post-oniriques.* — Rapporteur : M. le D^r^ Delmas, médecin de la Maison de santé Esquirol, à Ivry-sur-Seine.

Soir. — Réception offerte par la Municipalité de Luxembourg.

Mardi 4 aout. — *Matin.* — Rapport et discussion de la deuxième question : *Les Maladies mentales professionnelles.* — Rapporteur : M. le D^r^ Coulonjou, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée).

Après-midi. — Excursion à Mondorf-les-Bains (par train spécial). — Séance de communication à l'établissement thermal.

Soir. — Réception offerte aux Congressistes par M. Mollard, ministre de France à Luxembourg.

Mercredi 5 aout. — *Matin.* — Rapport et discussion de la troisième question : *Les Lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.* — Rapporteur : M. le professeur agrégé Roussy, de la Faculté de médecine de Paris.

Après-midi. — Séance de communications. — Un appareil à projections et un cinématographe seront à la disposition des congressistes.

©BIUM

Soir. — Réception offerte par le président et les membres du Congrès.

JEUDI 6 AOUT. — Excursion automobile dans le Grand-Duché du Luxembourg. — Aller par Esch-sur-Sûre et Wiltz. Déjeuner à Clervaux. — Retour par la vallée de l'Our, le château de Vianden et Diekirch. — Arrivée à Ettelbruck vers 4 heures. — Visite de l'Asile d'aliénés sous la conduite du médecin-directeur, M. le Dr BUFFET, secrétaire général du Congrès.

Séance de communication et clôture des travaux du XXIVe Congrès.

Lunch offert par l'Asile d'Ettelbruck.

Retour à Luxembourg.

Excursions facultatives (Bords du Rhin).

VENDREDI 7 AOUT. — Départ le matin de Luxembourg pour Metz. Déjeuner à Metz. — Visite de la ville. Départ de Metz pour Mayenne (dîner et coucher).

SAMEDI 8 AOUT. — Le matin, visite de Mayence. — L'après-midi, départ en bateau sur le Rhin jusqu'à Coblentz (dîner et coucher).

DIMANCHE 9 AOUT. — Départ en bateau pour Kœnigswinter. — Montée en funiculaire au Drachenfels (déjeuner).

L'après-midi, départ pour Bonn et arrivée à Cologne.

LUNDI 10 AOUT. — Le matin, visite de Cologne et dislocation.

Les billets de retour, valables trente jours, donneront aux Congressistes la faculté de prolonger le séjour et de rentrer individuellement à Luxembourg par la vallée de la Moselle.

Le prix par personne pour ce voyage est de 110 fr. (Agence Cook).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

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 province momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront:

1° Etre de nationalité française;

©BIUM

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1913 et 1914, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

Année 1916.

Prix Aubanel. — 1.500 francs. — Question : *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente.*

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.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1914 pour les prix à décerner en 1915, et le 31 décembre 1915, pour les prix à décerner en 1916, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société ; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes ;

3° 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.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE Ve VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

La loi sur le régime des aliénés devant le Sénat; par le Dr Parant, père 129
La revision de la loi de 1838 sur les aliénés. Lettre ouverte à MM. les membres du Sénat; par le Dr Gilbert Ballet 149

II. — Psychologie.

La psychologie scientifique et les œuvres littéraires; par le Dr R. Mourgue 513

III. — Psychologie morbide.

L'état mental de Catherine de Sienne; par le Dr Wahl 257

IV. — Pathologie.

Quelques considérations cliniques sur les accès maniaques chez les débiles; par le Dr J. Séglas 5
Troubles mentaux et maladie de Basedow; par les Drs Arsimoles et Legrand 154
Considérations sur la nature des maladies mentales; par le Dr Jouchtchenko 278
Influence des émotions sur la genèse de la confusion mentale; par le Dr Adam Cygielstrejch 298
Instabilité choréiforme et insuffisance thyroïdienne; par les Drs A. Rémond (de Metz) et Roger Sauvage 385
Contribution au diagnostic des états mixtes de psychose maniaque dépressive; par le Dr Paul Courbon 398
Considérations biologiques sur l'hérédité dans les maladies mentales; par le Dr Victor Demole 417
De la valeur anaphylactique du syndrome mélancolie; par le Dr Rémond (de Metz) 527
Les états de loquacité dans la démence précoce; par le Dr Paul Guiraud 544
Confusion mentale et syndrome de Korsakoff à forme anesthésique pure dans un cas de chorée rhumatismale; par le Dr L. Arsimoles 563

©BIUM

PAGES

Nouvelle conception des maladies mentales. La théorie confusionnelle et l'auto-conduction ; par les Drs E. Toulouse et M. Mignard (1er *article*) 642
Un cas de paralysie générale infantile ; par le Dr Maurice Brissot. 661

V. — Thérapeutique.

Le Sédobrol. Une simplification du traitement Toulouse-Richet ; par le Dr Ch. Ladame 67

VI. — Médecine légale.

L'expertise psychiatrique et l'engagement volontaire ; par le Dr Haury. 18
Psychose interprétative aiguë chez un accidenté du travail. Expertise ; par le Dr J. Charpentier 308

VII. — Législation.

Les moyens d'investigation de l'autorité judiciaire sur l'état et l'internement des aliénés. Inefficacité et inconvénients ; par le Dr Victor Parant, père (*suite et fin*) :
III. Les visites des magistrats dans les établissements d'aliénés. 44
IV. Les nouveaux projets de loi sur le régime des aliénés . . . 169

VIII. — Revue critique.

La limitation du nombre des débits de boissons comme facteur important de la lutte contre l'alcoolisme ; par le Dr Lucien Lagriffe 57
Les thèses de médecine mentale soutenues à la Faculté de Paris durant l'année 1912-1913 ; par le Dr Roger Dupouy 178
Les thèses de médecine mentale soutenues à la Faculté de Lyon au cours de l'annee scolaire 1912-1913 ; par le Dr Frantz Adam. 322
Les névroses post-traumatiques ; par le Dr Paul Voivenel 432
L'hystérie et la folie hystérique ; par le Dr Paul Guiraud 678

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 29 décembre 1913. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dupain, Ritti, Boissier, Picqué, Régis, Aleardo Salerni. — Rapport de la Commission des finances : M. Colin. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M. Boschi ; élection. — Troubles mentaux dans le tabes, par MM. V. Truelle et A. Cornet. Discussion : MM. Marchand, Vigouroux, Trénel, Arnaud, Truelle. — Elections pour le bureau de 1914. . 77
Séance du 26 janvier 1914. — Installation du bureau : MM. Semelaigne, Vigouroux, Chaslin. — Correspondance : MM. Ritti, Gaëtano Boschi, Collet, Mario Baccelli, Ferdinando Cazzamelli, Em. Padovani. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1914. — Nomination des commissions de prix. — La revision

©BIUM

PAGES

de la loi sur les aliénés au Sénat. Définition des termes affection mentale, aliénation mentale : MM. Vigouroux, Colin. Nomination d'une Commission. — A propos de la démence épileptique. La paliphrasie et la paligraphie épileptique, par M. Trénel. Discussion : MM. Ducosté, Chaslin, Marchand, Vurpas, Trénel 197

Séance du 23 *février* 1914. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ritti, Vigouroux, Al. Pilcz, Massalongo et Gasperini. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Collet; élection. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M. Baccelli; élection. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Cazamalli; élection. — Rapport de M. Leroy sur la candidature de M. Padovani; élection. — La revision de la loi sur les aliénés au Sénat. Définition des termes : affection mentale, aliénation mentale : MM. René Charpentier, Gilbert Ballet, Colin, Arnaud, Chaslin, Vigouroux, Dupré 332

Séance supplémentaire du 3 *mars* 1914. — Correspondance : M. Ritti. — La revision de la loi sur les aliénés au Sénat. Définition des termes : affection mentale, aliénation mentale ; MM. René Charpentier, Gilbert Ballet, Pactet, Colin 342

Séance du 30 *mars* 1914. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ritti, Collet, Baccelli, Cazzamalli, Padovani, Régis. — Congrès international de neurologie, de psychiatrie et de psychologie de Berne : MM. Vigouroux, Colin, Arnaud. — Comment caractériser et définir la démence, par MM. E. Toulouse et M. Mignard. Discussion : MM. Piéron, Mignard, Lwoff, Truelle, Dupouy, Arnaud, Trénel. — Epilepsie mentale pure, par M. Porot (de Tunis). 441

Séance du 27 *avril* 1914. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ritti, Schnyder, Van der Kolk, Erwin Strausky. — Rapport de la Commission du prix Aubanel :M. Laignel-Lavastine. — Rapport de la Commission du prix Semelaigne : M. René Charpentier. — Débilité mentale et délire chez les trois enfants d'un déséquilibré alcoolique mort à l'asile, par MM. R. Leroy et P. Juquelier. Discussion : MM. Piéron, Juquelier. — Un délirant mélancolique qui se transforme en un délirant persécuté, par MM. Hérisson-Laparre et Pruvost. Discussion : MM. Leroy, Mignard, Vigouroux, Arnaud, Roger Dupouy. . . . 579

Séance du 25 *mai* 1914. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ritti, Lorenzo Gualino, E. Masoin, Lagriffe. — Congrès international de Psychiatrie de Berne : M. Vigouroux. — Question du prix Aubanel de 1916. — Rapport de M. Kéraval sur la candidature de M. Van der Kolk; élection. — Du sort des aliénés en Normandie avant 1789, par M. Wahl. Discussion : MM. Dupain, Wahl. — Aliénés méconnus et condamnés observés à l'asile de Pontorson de 1830 à 1867, par M. Wahl. Discussion : MM. Pactet, Wahl, Colin. — Comment caractériser et définir la démence. Discussion (*suite*) : MM. Dupouy, Vigouroux, Mignard 690

Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Statuts modifiés sur la demande du ministre de l'Intérieur. . . . 720
Règlement d'administration intérieure 728

©BIUM

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1913-1914).

PAGES

Deux cas de chorée gravidique 94
Paralysie générale et tabes . . . . . 94 et 96
Impulsions conscientes chez un épileptique 95
Paralysie générale et néo-salvarsan 95
Un singe cocaïnomane 95
Démence précoce et tuberculose du cerveau 96
Un cas de perforation spontanée du temporal 96
Inversion sexuelle et pathologie mentale 212
Un cas de manie chronique 215
Dégénérescence mentale et épilepsie; obsessions conscientes; impulsions comitiales inconscientes; appoint alcoolique 216
Psychose interprétative et imaginative chez un vagabond 216
Epilepsie et psychose d'interprétation 216
Confusion mentale et aspect de démence précoce. Guérison. Valeur des signes d'incurabilité 217
L'aliénation mentale chez les employés de chemins de fer et des compagnies de transport en commun 347
Paralytiques généraux traités par la voie intracranienne 347
Délire ambitieux et tabes 348
Etat circulaire chez une paralytique générale 349
Un cas d'exhibitionnisme associé à l'inversion sexuelle 349
Sarcome du corps calleux chez un délirant interprétateur 349
Revision de la loi de 1838. Définition des termes : affection mentale, aliénation mentale 350
Réponse à une question posée à M. le Ministre de l'Intérieur à l'occasion du projet de réforme de la loi de 1838 . . . . 351, 354
L'aliénation mentale chez les employés de chemins de fer 465
Confusion mentale avec crises convulsives 466
Accès confusionnel chez une femme épileptique 467
L'aliénation mentale chez les employés de chemins de fer. 607 et 608
Paralysie générale et syphilis extragénitale 609
Traumatisme céphalique, crises convulsives 609
Hypothermie chez un paralytique général 609
Démence précoce et alcoolisme chronique 609
Démence précoce chez deux sœurs 610
Descendance de paralytique général 610
Saturnisme et exhibitionnisme 610
Trois cas de paralysie générale de longue durée 610
Méningite terminale chez une urémique 611
Iconoclastes mystiques et réformateurs 731
La sortie des malades délirants et l'expertise médicale 731
Autopsie d'un cas d'aphasie totale 731
Hémiplégie droite, aphasie, autopsie 732
Lésions cérébrales dans un cas de délire aigu 732
Paralysie générale et traumatisme. Affaire médico-légale 732

JOURNAUX ANGLAIS (1909)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Les bases physiques de la conscience 97
La catatonie; ses rapports avec la démence précoce 98
Bactériologie du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale 99
Quelques vues sur la folie maniaco-dépressive 100

©BIUM

PAGES
A propos de la psychose maniaco-dépressive de Kraepelin 100
A propos de la démence précoce. 101
Discours inaugural du président de la section de neurologie et de psychiatrie du Congrès médical de Melbourne de 1908. . . 101
Des devoirs et des responsabilités qui découlent de la loi pour la profession médicale en matière d'aliénation mentale. 101
Du traitement des aliénés dans les grands asiles 101
Note sur la paralysie générale. 101
La menstruation dans ses rapports avec la folie. 102
Recherches sur les dimensions du crâne des aliénés comparées à celles des individus normaux 102
Paralysie générale conjugale 103
De la valeur clinique de la conscience dans la maladie 103
De l'urgente nécessité de venir en aide aux convalescents de l'aliénation mentale 103
Observations de la pression sanguine et les maladies vasculaires chez les femmes aliénées 104
De la réaction de Wassermann et de sa signification par rapport à la paralysie générale 104
Recherches bactériologiques dans la paralysie générale des aliénés, avec des tableaux de numération des globules sanguins 107
Remarques sur le traitement hospitalier des formes aiguës d'aliénation mentale 107
Signes cliniques et nécropsiques du « Status lymphaticus » . . . 107
Maisons d'observation 107
Mouvements désordonnés et obsession 108
Réflexions sur des idées modernes en psychiatrie et note sur quelques cas de manie d'origine probablement microbienne. 108
Le facteur biologique de l'hérédité. 108
La genèse expérimentale de la paralysie générale 109
Le « Bacillus paralyticans » 110
Le liquide cérébro-spinal dans la paralysie générale et la syphilis du système nerveux 111
Les symptômes mentaux du goitre exophtalmique et leur traitement 111
Note sur le traitement précoce des affections mentales et nerveuses, spécialement chez les pauvres 112
Alcoolisme et folie. 112
Relation autographe d'un cas d'hallucinations conscientes d'origine alcoolique et atropinique. 112
Leucocytes et psychoses aiguës d'après l'observation clinique. . . 112

JOURNAUX ITALIENS (1908).

(Anal. par le Dr WAHL.)

Essai anthropologique sur la main. 467
Rapport médico-légal sur l'affaire Guido Casale 468
Réflexions sur le procès Steinheil 469
Enregistreur mental 470
Le premier asile criminel polaire de Drontheim 470
Psychologie des tremblements de terre 471
La cyto-architecture corticale 472
Hypertrichose faciale chez une démente 473
Epilepsie endémique à Panama et ses rapports avec le béri-béri. 473
Crâne de délinquant avec processus para-mastoïdiens 473
Nouvelles idées sur la pathogénèse de l'hystérie. 474
Etude psycho-pathologique sur Gœthe. 474
Pellagre, épilepsie, mérycisme. 475
Vêtements de l'homme préhistorique. 475

©BIUM

PAGES
Sur une forme très rare des plis plantaires (pieds en γ) et sur ses rapports avec les sillons des pieds. 476
Argot des ramoneurs d'Intragua. 476
La délinquence précoce masculine 476
Les nouvelles formes du délit 479
Les délits et la névrose de Grete Beeger 480
Les globules rouges à substances granulo-filamenteuses chez les épileptiques et dans quelques maladies nerveuses et mentales. 480
Alcoolisme d'Etat 481
Sur un cas de suicide par coup de revolver dans l'oreille gauche. . 482
Auto-accusation pendant un accès d'aliénation mentale par un individu inculpé d'homicide. 482
Délit et moralité à Panama. 483
Cas de polymastie chez un sujet épileptique. 483
Un cas d'interruption de la scissure de Rolando chez un microcéphale sourd-muet 483
Mort de C. Lombroso 484
Vie de mon père. 484
Curriculum vitea de César Lombroso. 485
Bibliographie des œuvres de Césare Lombroso. 486
Le dernier livre de Lombroso. Recherche sur les phénomènes hypnotiques et spirites. 488

JOURNAUX AMÉRICAINS (1910)

(Anal. par le Dr V. PARANT père.)

Température du corps dans la démence paralytique 611
Utilité des conférences entre les médecins dans les établissements publics d'aliénés. 611
Recherches sur l'hérédité 612
Délire hallucinatoire alcoolique aigu. 613
La scarlatine cause de maladies mentales.. 613
Analyse anatomique de soixante-dix cas de démence sénile. . . . 613
Recherches sur la démence sénile, spécialement par rapport à l'atrophie cérébrale. 613
Note sur le traitement de l'état aigu dans l'aliénation mentale . . 613
Plan d'examen de l'état mental à l'usage des établissements d'aliénés 614
Importance des observations complètes sur les aliénés. 614
Psychiatrie militaire 614
Amnésie et automatisme alcooliques 614
Rapport du Comité nommé par l'Association médico-psychologique américaine pour étudier la question de l'expertise légale en médecine mentale. 614
Moyens d'action relatifs aux aliénés criminels.. 615
De l'expertise relative à l'aliénation mentale dans les cas de crimes.. 615
Formes intermittentes de démence précoce. 616
Imbécillité simulée dans l'hystérie. 616

JOURNAUX RUSSES

(Anal. par Mme ÉLISE SOUKANOFF.)

De l'influence des sels de chaux sur le système neuro-musculaire. 733
Deux cas d'épilepsie et de maladie de Bechtéreff 733
Sur certaines particularités de l'inhibition de la réaction motrice d'association chez les animaux. 733

©BIUM

PAGES
Sur la pathogénie de la myasthénie 733
De l'influence de l'extrait des glandes à sécrétion interne sur la courbe ergographique. 733
De la fugue morbide 734
De l'agnosie tactile. 734
Sur le diagnostic des amyotrophies progressives chroniques; amyotrophie neuromyogène progressive. 735
Phénomènes électriques dans l'écorce cérébrale 735
Sur certaines particularités dans l'état des réflexes dans la paralysie générale 735
Contribution à la connaissance des soi-disant kystes du cervelet. 736
Méthode de l'électro-hypnotisation en liaison avec la question sur la technique de l'hypnose. 737
Sur les injections subdurales. 737
Dyspepsies psychogènes et leur base physiologique 737

III. — Bibliographie.

Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques; par le Dr R. Benon (Anal. par le Dr A. Cullerre). 114
Névroses et sexualité; par le Dr Paul Ladame (de Genève) (Anal. par le Dr A. Cullerre) 116
Signification de l'examen de la motilité pour les recherches neuro-psychiques objectives; par le professeur Bechterew (Anal. par le Dr A. Adam). 218
La paresse pathologique. Un essai de sociologie clinique; par le Dr Haury (Anal. par le Dr L. Wahl). 219
Traitement des états neurasthéniques et des maladies nerveuses, par une antitoxine cérébrale; par le Dr Maurice Page (Anal. par le Dr Roger Dupouy) 220
Le véronalisme; par les Drs Vallon et R. Bessière (Anal. par le Dr Roger Dupouy) 221
Les sources de la dégénérescence; par le professeur Bunge (Anal. par le Dr Arsimoles). 222
De l'emploi des réflexes associatifs moteurs comme procédé objectif de recherches dans la neuro-pathologie et la psychiatrie clinique; par le professeur Bechterew (Anal. par le Dr A. Adam). 366
Traitement par l'hypnotisme et la suggestion, ou psychothérapie; par le Dr C. Lloyd Tuckey (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . 367
Les phénomènes dits de matérialisation ; par Mme Juliette Alexandre-Bisson (Anal. par le Dr A. Cullerre) 368
Discours prononcé à l'ouverture de la section de psychiatrie de la Société royale de médecine, 22 octobre 1912; par le Dr Sir Georges H. Savage (Anal. par le Dr A. Cullerre) 369
Trois mois avec et trois mois sous la collaboration du service social, à la clinique mentale du dispensaire de Boston ; par le Dr C. Vernon Briggs (Anal. par le Dr A. Cullerre). 370
Critique de la raison impure; par le Dr Frédérick Lyman Wells (Anal. par le Dr A. Cullerre). 370
Ecce Mulier, ou l'éternelle blessée; par le Dr J. Miclesco (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 371
La prohibition dans la lutte contre l'alcoolisme; ses progrès; par le Dr Victor Delfino (Anal. par le Dr Arsimoles). 372
Le progrès de la médecine psychologique; par le Dr Frédéric Lywan Wells (Anal. par le Dr A. Cullerre). 372
Contrôle de l'Etat sur les bibliothèques des hôpitaux d'Etat; par Edith Catheleen Jones (Anal. par le Dr A. Cullerre) 373

©BIUM

PAGES

Note sur la valeur pronostique des hallucinations dans les psychoses maniaques-dépressives ; par le Dr Edwind M. Pease (Anal. par le Dr A. Cullerre) 373

Les établissements populaires pour le traitement des maladies nerveuses en Allemagne, en l'année 1913 ; par le Dr J. Bressler (Anal. par le Dr A. Adam). 489

Incompétence de l'autorité judiciaire dans l'internement des aliénés ; par le Dr Victor Parant, père (Anal. par le Dr Voivenel). 492

La psychiatrie est-elle une langue bien faite? par le Dr Chaslin (Anal. par le Dr Voivenel) 495

La campagne contre l'alcoolisme en République Argentine ; par le Dr Delfino (Anal. par le Dr Arsimoles) 496

Névrome ganglionnaire du système nerveux central ; par le Dr Achucarro (Anal. par le Dr Arsimoles) 497

Recherches histologiques sur la destruction des vaisseaux et sur le ramollissement dans l'écorce cérébrale ; par le Dr Achucarro (Anal. par le Dr Arsimoles). 498

Contribution à la connaissance des cellules ganglionnaires de la glande pinéale de l'homme ; par les Drs Achucarro et Sacristan (Anal. par le Dr Arsimoles). 499

Les causes de l'abandon et de la criminalité de la jeunesse. Etudes sur la question : milieu ou prédisposition ; par le Dr Hans W. Gruhle (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 617

Pérégrinations psychologiques par chemins détournés ; par le Dr Bernhard Schulz (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). 618

Théorie énergétique des psychoses et des états de conscience anormaux ; par le Dr Harry Marcuse (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). 620

Psychopathologie générale ; par le Dr Karl Jaspers (Anal. par le Dr Ph. Chaslin).. 621

Pathogénie de l'épilepsie ; par le professeur A. Pierret (Anal. par le Dr Roger Dupouy).. 622

L'action directe sur les centres nerveux. Centrothérapie ; par le Dr Pierre Bonnier (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 624

Le mouvement psychologique ; les fumeurs d'opium ; par le Dr J. Abadie (Anal. par le Dr Roger Dupouy). 624

Le tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux ; par les Drs C. Levaditi, A. Marie et J. Bankowski (Anal. par le Dr Roger Dupouy).. 625

La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale ; par le Dr Charles Blondel (Anal. par le Dr Dupouy). 738

La guérison des verrues. De la magie médicale à la psychothérapie ; par le Dr P. Saintyves (Anal. par le Dr Dupouy). 743

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . 117, 222, 373, 500, 626 et 744

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Aubin, Dodero, Papillon, Brunet, Gaspa, Lemaistre, J. Lépine. — Concours de 1914 pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés. — Nécrologie : Alcée Biaute, Rousset. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — La lutte contre l'alcoolisme. — Les aliénés en liberté 118

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Lapaine, Bouleau, Dericq, Juquelier, Dagnan-Bouveret. — Au sujet de l'examen mental des détenus et de leur placement dans les asiles. Circulaire du Garde des Sceaux, ministre de la Justice. — Nécrologie : Dr Pilleyre,

©BIUM

PAGES

Dr Chardon. — Concours de 1914 pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions d'asiles privés. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — La lutte contre l'alcoolisme. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Concours pour l'internat de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). 223

Nominations et promotions : MM. Pélissier, Frantz Adam, Alombert-Goget, Raviart. — Concours de 1914 pour l'admission aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés. — Projet de création d'une chaire de clinique chirurgicale des aliénés à l'asile Sainte-Anne. — Au sujet de l'examen mental des détenus et de leur placement dans les asiles. — Le régime des aliénés et la liberté individuelle. 378

Nominations et promotions : MM. Pochon, Ameline, Pasturel, Arsimoles, Régis. — Tribunaux. — La lutte contre l'alcoolisme. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — Faits divers. — XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Luxembourg, 3-7 août 1914 502

Nominations et promotions : MM. Coulonjou, Lacroix. — La lutte contre l'alcoolisme. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Congrès international de neurologie, de psychiatrie et de psychologie. Berne, 7-12 septembre 1914. 627

Nominations et promotions : MM. Aubry, Trénel, Dupain, Bonnet, Alaize, Mahon, Burle, Condomine, Cacaud, Gassiot, Prince, Cornu, Nouët, Calmettes, Terrien, Fillassier. — La lutte contre l'alcoolisme. — Le mal de la rose. — Tribunaux. — Contre la morphine, la cocaïne, l'opium. — Faits divers. — Programme du XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Luxembourg, 3-6 août 1914. — Prix de la Société médico-psychologique. 1915 et 1916. 748

Table des matières du tome V de la 10e série 760

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.